



Asociación Española
de Psicología Conductual

Compiladores:

Raúl Quevedo-Blasco

Víctor J. Quevedo-Blasco

Santiago de Compostela (España), 2013

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2013

Libro de capítulos del VI Congreso Internacional y XI
Nacional de Psicología Clínica.

Compiladores:
Raúl Quevedo-Blasco
Víctor J. Quevedo-Blasco

Santiago de Compostela-España, 6, 7 y 8 de junio de 2013

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2013

© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

VI CONGRESO INTERNACIONAL Y XI NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Santiago de Compostela-España, 6, 7 y 8 de junio de 2013

Idiomas: español, inglés y portugués.

Autor: VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica. Santiago de Compostela-España, 6-8 de Junio de 2013

Compiladores: Raúl Quevedo-Blasco y Víctor J. Quevedo-Blasco.

Edita: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

CIF: G-23220056

Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18011, Granada (España).

Tel: +34 958 273460.

Fax: +34 958 296053.

E-mail: info@aepec.es.

Web: <http://www.aepec.es>

Printed in Granada, Spain.

ISBN-13: 978-84-695-6987-0

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los trabajos publicados en el libro de capítulos del "VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica", denominado *Avances en Psicología Clínica. 2013*, son de responsabilidad exclusiva de los autores; asimismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

INDICE	Páginas
<u>CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN MAYORES VIUDAS: TRIANGULACIÓN DE MÉTODOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS</u> <i>Anna De Magalhaes, Paola Flores Alves y Celia Camilli Trujillo</i>	22
<u>PROCESOS COGNITIVOS ASOCIADOS A LA MEDITACIÓN: LA PERSPECTIVA NEUROPSICOLÓGICA</u> <i>Su Miao Ye-Chen, Lidia Marfil-Victoria, Emilio García-García, Paula Cabal-García y Carlos Valiente-Barroso</i>	28
<u>PRESENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA FOMENTAR LA RESILIENCIA EN MENORES MALTRATADOS: ESTUDIO PILOTO SOBRE SU EFICACIA</u> <i>M^a Vicenta Alcántar, Maravillas Castro y Concepción López-Soler</i>	35
<u>FORTALEZAS PERSONALES EN MAYORES VIUDOS: DISEÑO MIXTO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA POSITIVA</u> <i>Adriana Rodríguez, Lucía Loreto y Celia Camilli Trujillo</i>	42
<u>MEDITACIÓN Y SALUD MENTAL</u> <i>Paula Cabal-García, Lidia Marfil-Victoria, Emilio García-García, Su Miao Ye-Chen, Rebeca Lombraña-Ruíz y Carlos Valiente-Barroso</i>	49
<u>DEPRESIÓN E IRA EN MALTRATO INFANTIL: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EMPLEANDO REALIDAD VIRTUAL</u> <i>Maravillas Castro, M^a Vicenta Alcántara y Concepción López-Soler</i>	57
<u>CEREBRO Y MEDITACIÓN: APROXIMACIÓN MEDIANTE NEUROFISIOLOGÍA Y NEUROIMAGEN</u> <i>Carlos Valiente-Barroso, Lidia Marfil-Victoria, Su Miao Ye-Che, Paula Cabal-García y Emilio García García</i>	64
<u>ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA EMERGENCIA DEL HUMOR</u> <i>Adrián Barbero-Rubio y Carmen Luciano</i>	71
<u>RELACIÓN ENTRE RECUPERACIÓN DE ESTRÉS, PERSONALIDADES BÁSICAS Y APRECIACIÓN DEL HUMOR EN TRES MUESTRAS OCUPACIONALES</u> <i>Alejandra Mohamed Noriega y José Miguel Rodríguez</i>	80
<u>RELACIÓN Y COMUNICACIÓN CON PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE ESQUIZOFRENIA EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA</u> <i>Alejandro Chévez, Daniel Navarro, Alejandro Arribas, Esther González y Almudena Gutiérrez</i>	87
<u>TREATMENT RESISTANT DEPRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW OF TREATMENTS</u> <i>Alia Inés Pérez-Wehbe, Lilisbeth Perestelo-Pérez, Amado Rivero-Santana, Juan Manuel Bethencourt Pérez, Leticia Cuellar-Pompa y Wenceslao Peñate Castro</i>	95
<u>EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE ARTETERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL</u> <i>Amador Cernuda-Lago</i>	101

<u>CONTROL ATENCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR: UNA APROXIMACIÓN TRASLACIONAL DESDE LA NEUROCIENCIA AFECTIVA</u>	107
<i>Ana García-Blanco, Manuel Perea, Ladislao Salmerón y Lorenzo Livianos</i>	
<u>RELACIONES ENTRE LAS NORMAS DE GÉNERO Y LA SALUD EN MUJERES MALTRATADAS</u>	113
<i>Raquel Rivas-Díez, Andreea C. Brabete y Clara Ruiz-García</i>	
<u>DISOCIACIÓN EN PACIENTES CON ALUCINACIONES AUDITIVAS Y EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO</u>	120
<i>Ángel G. López-Pérez-Díaz, Belén Rodríguez-Borlado, Carlos Cuevas-Yust y Luisa Serret-Romano</i>	
<u>ACTUACION INMEDIATA TRAS SEISMOS EN LORCA 2011. EN EL PROGRAMA DE ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA</u>	126
<i>Antonia Sánchez-López, M^a Ascensión Albacete-Belmonte, Jesús Valera-Bernal y Julio César Martín García-Sancho</i>	
<u>PERSONALIDAD Y VARIABLES SOCIO-COGNITIVAS EN LA EXPLICACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL AL VOLANTE: EL PAPEL DEL GÉNERO COMO VARIABLE MODERADORA</u>	132
<i>Beatriz González-Iglesias, Xosé Antón Gómez-Fraguela y M^a Ángeles Luengo</i>	
<u>ABANDONO ESPONTÁNEO DEL CONSUMO DE TABACO DURANTE EL EMBARAZO: UN ESTUDIO PILOTO</u>	139
<i>Beatriz Pereira-Méndez, M^a del Carmen Míguez-Varela y Lucía Álvarez-Santullano</i>	
<u>EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN PEDOFILIA. INTERVENCIÓN LLEVADA A CABO CON UN PACIENTE</u>	146
<i>Belén López-Moya, Laura Portabales-Barreiro, María Concepcion Escolar-Gutiérrez, Nuria Asenjo-Araque y Carmen Carcedo-Robles</i>	
<u>PERFIL DIFERENCIAL DE VIVENCIA DE LA IRA PACIENTES HIPERTENSOS Y POST-INFARTADOS</u>	152
<i>Carmen Caballero-Pelaez, Sergio Sánchez-Reales, Javier Prado-Abril e Isabel Laporta-Herrero</i>	
<u>ACOSO A TRAVÉS DEL SEXTING EN LAS REDES SOCIALES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS</u>	159
<i>Carmen Maganto, Maite Garaigordobil y Montserrat Peris</i>	
<u>TERAPIA COGNITIVA DE UN CASO DE FOBIA SOCIAL CON RASGOS PARANOIDES: POTENCIACIÓN DE LA AUTOREGULACIÓN EMOCIONAL Y LA MENTALIZACIÓN</u>	166
<i>Carolina Rojas-Rocha, Francisco Gómez-Holgado, Elena Domínguez-Perandones, Nùria Giner-Gosálbez, Blanca Quintana, Javier Ramos-García y Miguel Ángel Jiménez-Arriero</i>	

<u>ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS EFECTOS SOBRE LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL Y CONTROL COGNITIVO DE DOS ENTRENAMIENTOS BASADOS EN MINDFULNESS Y PSICOLOGÍA POSITIVA</u>	173
<i>Carolina Pérez-Dueñas, Elena Cañadas, Luis Carlos Delgado-Pastor y Alberto Acosta</i>	
<u>MIEDO A TRAGAR: TRATAMIENTO DE UN CASO</u>	180
<i>César Castro Fraquela</i>	
<u>UNA MUJER QUE TRABAJA EN EL MUNDO DE LA PROSTITUCIÓN. UN CASO DE ESTRÉS CON ATAQUES DE PÁNICO</u>	188
<i>Clara Equena-Freixas</i>	
<u>EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA EL RETORNO AL TRABAJO Y LA INCAPACIDAD TEMPORAL DEBIDO A TRASTORNOS MENTALES COMUNES</u>	194
<i>Juan Capafóns-Bonet, Lilisbeth Perestelo-Pérez, Cynthia Montesinos-Del-Carpio, Pedro Prieto-Marañón y Leticia Cuellar</i>	
<u>MODELOS DE TRATAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION CON ESQUIZOFRENIA CON NECESIDADES DE PROGRAMAS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL</u>	202
<i>Daniel Navarro, Alejandro Chévez, Alejandro Arribas, Esther González y Almudena Gutiérrez</i>	
<u>VIOLENCIA MEDIADA E IMEDIATA: O CASO DOS LOUCOCRIMINOSOS NO CONTEXTO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO</u>	210
<i>Diana Pinto e Uriel Nascimento</i>	
<u>PREDICTORES DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL EN VARONES SEGÚN LA EDAD</u>	216
<i>Dimitra Anastasiadou, Ana Rosa Sepúlveda, Melissa Parks, Miriam Blanco, Pilar García y Carmen García-Rosado</i>	
<u>EXPOSICIÓN DE LOS HIJOS A SITUACIONES DE VIOLENCIA FAMILIAR</u>	223
<i>Dolores Seijo, Ramón Arce, Sandra Carracedo y Manuel Vilariño</i>	
<u>DÉFICITS COGNITIVOS EN LA NEUROACANTOCITOSIS TIPO SÍNDROME DE MCLEOD. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA</u>	230
<i>Elena Domínguez-Perandones, María Díaz-Medina, Francisco Gómez-Holgado, Thais López-Moreno y Blanca Quintana-Saiz</i>	
<u>IMPACTO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA NORMALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA JUVENTUD DE HONDURAS</u>	239
<i>Elena López Maya-Asís</i>	
<u>PREDICTABLE VARIABLES OF VIOLENT COMMUNICATION IN THE COUPLE</u>	248
<i>Enrique Armas-Vargas</i>	

<u>MARTE MEO THERAPY FOR A PRESCHOOL CHILD WITH AGGRESSIVE BEHAVIOR PROBLEMS</u>	255
<i>Estere Birzina and Kristine Vende</i>	
<u>¿CÓMO PERCIBEN LOS HIJOS LAS RELACIONES FAMILIARES TRAS LA RUPTURA DE LOS PROGENITORES?</u>	262
<i>Francisca Fariña, Mercedes Novo, M^a José Vázquez y Sandra Carracedo</i>	
<u>EL PSICOTICISMO DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA</u>	270
<i>Francisco García-Torres y Francisco J. Alós</i>	
<u>A LA MEMORIA DE ENFERMOS Y MANTENIMIENTO DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO</u>	276
<i>Francisco Ramos de Farias</i>	
<u>EL TRANSITO A LA EMANCIPACIÓN DE JÓVENES MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS: AJUSTE PSICOSOCIAL Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA</u>	282
<i>Gabriela Nicolae, Cristina Martínez de Taboada y Edurne Elgorriaga</i>	
<u>VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA PERSONALIDAD TIPO D EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA</u>	289
<i>Gema Rosa Calvillo-Mesa, Humbelina Robles-Ortega, M^a Carmen Fernández-Santaella y Jaime Vila</i>	
<u>ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RELACIONES QUE ESTABLECEN LOS PACIENTES CON TOC CON SUS OBSESIONES Y LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CON SUS VOCES</u>	296
<i>Gloria Bellido Zanin, Amalia Macías González, Carmen Abolafia Pérez y Carlos Cuevas-Yust</i>	
<u>DESCRIPCIÓN DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO</u>	302
<i>Hélade María Verdet-Martínez, Patricia Navarro-Gómez, Pilar Arnal-Val y M^a José Lara-García</i>	
<u>RELAÇÃO EXTRA-NAMORO EM JOVENS ADULTOS: ATRIBUIÇÕES E ESTILO DE VINCULAÇÃO</u>	310
<i>Helena Afonso, Maria Elisa Oliveira e Isabel Sá</i>	
<u>THE INFLUENCE OF KOREAN CULTURE IN KOREAN IMMIGRANTS' CHILDREN IN BRAZIL</u>	317
<i>Hi Ryung Kim, Nirã dos Santos Valentim, Claudia Nabarro-Muñoz, Ivonise Fernandes-Motta and Kayoko Yamamoto</i>	
<u>LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONSUCTA ALIMENTARIA</u>	324
<i>Idoia Fernández-Marañón, Laura Barbadillo-Izquierdo e Imanol Querejeta Ayerdi</i>	
<u>EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE AUTISMO</u>	330
<i>Inés Del Cerro y Abraham De los Remedios</i>	
<u>CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO CON UN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UN ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO</u>	336
<i>Iria Pardiño-Vizoso, Montserrat Durán-Bouza, Juan C. Fernández-Méndez y Aitziber Goñi-Artola</i>	

<u>PRESENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL ENTORNO FAMILIAR DE NIÑOS CON TDAH</u>	342
<i>M^a Isabel Montañez-Gómez</i>	
<u>SELF-MONITORING USING NEW TECHNOLOGIES</u>	348
<i>Isabel Sá, Marisa Alves, Luís Duarte e Luís Carriço</i>	
<u>IMPULSIVENESS, AGGRESSIVE BEHAVIOUR, PERSONALITY AND CONTROL OF RESPONSE DISTORTION</u>	354
<i>Isidro Pérez-Martín, Enrique Armas-Vargas, Pablo García-Medina, Juan Manuel Bethencourt-Pérez and Leticia Padilla-González</i>	
<u>PERFIL CLÍNICO DE LOS MENORES DENUNCIADOS POR VIOLENCIA FILIO-PARENTAL</u>	361
<i>Izaskun Ibabe, Ainara Arnoso y Edurne Elgorriaga</i>	
<u>PREDICCIÓN DE DESEMPEÑO COMO INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ANOSOGNOSIA Y METAAPRENDIZAJE EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE – MODERADO</u>	368
<i>J. Antonio García-Casal, Federico Cardelle, Nuria Ordóñez-Cambor y Miguel Goñi-Imízcoz</i>	
<u>DIMENSIONALIZACIÓN COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVO Y BIPOLAR: DIFERENCIAS CUANTITATIVAS MEDIATIZADAS POR LA GRAVEDAD CLÍNICA</u>	377
<i>Javier Prado-Abril, Carmen Caballero-Peláez, Sergio Sánchez-Reales, María Burillo-Gonzalvo y Javier García-Campayo</i>	
<u>ACTUACION INMEDIATA TRAS INUNDACIONES EN PUERTO LUMBRERAS Y LORCA 2012. EXPERIENCIA GRUPAL EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM) DE LORCA</u>	383
<i>Jesús Valera, Ascensión Albacete, Antonia Sánchez y Julio C. Martín</i>	
<u>CAUSAS DE LA TRANSEXUALIDAD: EL MITO DEL TRAUMA INFANTIL</u>	390
<i>José-Miguel Rodríguez-Molina, Nuria Asenjo-Araque, Antonio Becerra-Fernández y María Jesús Lucio-Pérez</i>	
<u>MINDFULNESS Y TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN: ESTUDIO DE CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS</u>	397
<i>Luis Carlos Delgado-Pastor y João Salgado</i>	
<u>LESIÓN VERTEBRAL MEDULAR TRAUMÁTICA: AS ESTRATÉGIAS DE COPING DO CUIDADOR INFORMAL</u>	404
<i>José Bruno Alves, Ana Ribas Teixeira, António Santos e Juan Gestal-Otero</i>	
<u>RIESGOS PSICOSOCIALES EN PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA. UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA A LOS PLANTEAMIENTOS NORMATIVOS, CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS</u>	411
<i>Esteban Agulló-Tomás, José Antonio Llosa-Fernández y Miguel Erja González-Solís</i>	

<u>ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LAS SESIONES EN ESTUDIOS CON GRUPOS DE HABILIDADES SOCIALES DE NIÑOS AFECTADOS DE T.E.A. DE ALTO FUNCIONAMIENTO</u>	418
<i>José María Martín-Jiménez, Ana María García-Sánchez, Rubén Aníbal García-Oliva y Roberto Guillermo Matías-Suárez</i>	
<u>INTERVENCIÓN BREVE BASADA EN ACT EN UNA ADOLESCENTE CON DIFICULTADES EN RELACIONES SOCIALES: ESTUDIO DE CASO</u>	425
<i>Juan C. López, Adrián Barbero-Rubio y Carmen Luciano</i>	
<u>EXPRESIÓN FACIAL INVOLUNTARIA Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN HOMBRES PENADOS POR VIOLENCIA CONTRA LA MUJER</u>	433
<i>Juan Lázaro, Marisol Lila, Mariano Chóliz y Elena Terreros</i>	
<u>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD</u>	440
<i>Juan Manuel Gutiérrez-Trigo, Belén Villalba-Segovia e Isabel Salguero-Andrades</i>	
<u>CAPACITACIÓN SOCIAL EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD GRAVES. DIFERENCIAS PRE-POST TRATAMIENTO EN MEDIDAS DE AUTOINFORME</u>	447
<i>Juan Manuel Ramos-Martín</i>	
<u>CARACTERÍSTICAS DEL TEPT Y OTROS TRASTORNOS DEMORADOS O CRONIFICADOS TRAS LOS SEISMOS DE LORCA</u>	455
<i>Julio C. Martín García-Sancho, Jesús Valera Bernal, M. Ascensión Albacete Belmonte y Antonia Sánchez López y Carmen Egea Durán</i>	
<u>TRABAJAR EN TIEMPOS REVUELTOS: DISCURSOS EN TORNO A LA CRISIS Y EL DESEMPLEO EN LOS JÓVENES</u>	464
<i>Julio Rodríguez-Suárez, Esteban Agulló-Tomás, Miguel Arenas-Martínez y Joan Boada-i Grau</i>	
<u>LAS EXPECTATIVAS HACIA LAS RELACIONES DE PAREJA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: EL PAPEL DEL CONFLICTO INTERPARENTAL Y DE LAS REPRESENTACIONES MENTALES DEL APEGO</u>	471
<i>Klara Smith-Etxeberria, María José Ortiz-Barón y Pedro Apodaca-Urquijo</i>	
<u>INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS VITALES EN LA DEPRESIÓN</u>	479
<i>Laura Bafaluy-Franch, Sofía Torres-Pousa, Laura Barbadillo-Izquierdo e Imanol Querejeta-Ayerdi</i>	
<u>INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO CLÍNICO DE MIELOMA MÚLTIPLE</u>	485
<i>Laura López-López y Laura Sotelo-Estévez</i>	
<u>UN CASO REAL DESDE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO (U.T.I.G.) DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL DE MADRID</u>	491
<i>Laura Portabales-Barreiro, María Concepción Escolar-Gutiérrez, Belén López-Moya, Nuria Asenjo-Araque y Carmen Cardedo-Robles</i>	

<u>INTERVENCION GRUPAL PARA PADRES DE ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL</u>	497
<i>Susana-de Cruylles de Peratallada-Jaumandreu, Rocío-Guardiola-Wanden Berghe, Irene Gutiérrez-Arana y Leticia León-Quismondo</i>	
<u>CAPACIDAD PARA RECONOCER, CONTENER Y AFRONTAR EMOCIONES EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA</u>	503
<i>Leticia Linares, Ana Estévez, Miren Atucha y Usue Orbegoza</i>	
<u>CONTROLLING AND JEALOUSY TACTICS: RELATIONSHIP WITH PERSONALITY AND RESPONSE DISTORTION</u>	508
<i>Leticia Padilla-González, Enrique Armas-Vargas, Davinia Tacoronte-Toledo, Teresa Sánchez-Remacho, Imelda Bencomo-Hernández e Isidro Pérez-Martín</i>	
<u>TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL PARA LA SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD: EXPERIENCIA EN UN EQUIPO DE SALUD MENTAL</u>	515
<i>Lidia Isabel García, Ione Esquer Terrazas, Mª Ángeles Delgado Gómez, Mª Teresa Gallego de Dios y Berta Bote Bonaechea</i>	
<u>CASO CLÍNICO: DIME LO QUE TENGO QUE HACER</u>	521
<i>Lidia Isabel García</i>	
<u>EFEECTO DEL CONTEXTO VERBAL EN EL RECONOCIMIENTO DE LA EXPRESIÓN FACIAL EMOCIONAL</u>	528
<i>Lilia Mestas, Miguel Ángel Pérez, José Héctor Lozano, Rafael Manuel López, José M. Arara y Fernando Gordillo</i>	
<u>TRABAJO EN PRISIONES: ¿PRODUCCIÓN DE ARREGLOS SUBJETIVOS Y / O FORMA DE RESISTENCIA DE POTENCIA?</u>	536
<i>José Paulo de Moraes-Souza e Lobelia da Silva-Faceira</i>	
<u>PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA GRUPAL PARA TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN ATENCION PRIMARIA</u>	542
<i>Lourdes Tudela Cantallops, Pilar Fuixet Comas, Eva García Bayona, Montse Mateu Ribas y Lúdia Ugas Ballester</i>	
<u>EFICACIA DIFERENCIAL DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y DE UNA TERAPIA BASADA EN MINDFULNESS PARA EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS</u>	549
<i>Luis Carlos Delgado Pastor, Alberto Amutio Kareaga, Mª Teresa Arroyo Narváez, Clara Arroyo Lozano, Mª Isabel Peralta-Ramírez y Humbelina Robles-Ortega</i>	
<u>EFICACIA DE UN ENTRENAMIENTO BASADO EN MINDFULNESS FOCALIZADO EN LA RE-EVALUACIÓN MINDFUL</u>	556
<i>Luis Carlos Delgado-Pastor, Manuela Fernández, Carmen Goicoechea, José Luis Mata, Alberto Acosta y Jaime Vila</i>	
<u>ALTERAÇÕES AO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS</u>	565
<i>Luisa Bizarro</i>	

<u>DETECCIÓN TEMPRANA DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO APLICANDO EL M-CHAT</u>	572
<i>M^a del Sol Fortea-Sevilla, M^a Olga Escandell-Bermúdez y José Juan Castro-Sánchez</i>	
<u>“HABLAMOS NOSOTROS”: UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCION DE GRUPO EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN UN CENTRO DE DIA</u>	579
<i>M^a Esther Cantero Recio, Isabel de la Parra Jiménez, María Alonso Rodríguez, Carlos Galán Hernangómez y Raquel Velasco Alonso</i>	
<u>MODELO BIOPSICOSOCIAL DE LA MEDICINA DE FAMILIA: LA APORTACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO</u>	586
<i>M^a José Campillo-Cascales, Rosa M^a Espinosa-Gil, Aida Navarro-Hernández, Ascensión Garriga-Puerto y Julio Cesar Martín-García-Sancho</i>	
<u>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN UN NIÑO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA</u>	593
<i>M^a Olga Escandell-Bermúdez y M^a del Sol Fortea-Sevilla</i>	
<u>RASGOS LÍMITES DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES ADOPTADOS: A PROPÓSITO DE UN CASO</u>	600
<i>M^a Pilar Arnal-Val, M^a José Lara-García, Hélade María Verdet-Martínez y Patricia Navarro Gómez</i>	
<u>CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN VÍCTIMAS DEL MALTRATO ENTRE IGUALES</u>	607
<i>M^a Mar Muñoz-Prieto, M^a Sandra Fragueiro-Barreiro y José Roberto Soto-Fernández</i>	
<u>OBTENCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA BASE DE PALABRAS AFECTIVAS RELACIONADAS CON LA MUERTE Y EL SUFRIMIENTO</u>	614
<i>Manuel Fernández-Alcántara, M^a Nieves Pérez-Marfil, Andrés Catena-Martínez, Miguel Pérez-García, Celia Martí-García y Francisco Cruz Quintana</i>	
<u>DESAFIOS À PSICOLOGIA CLÍNICA EM TEMPOS DE CRISE: DISCURSOS DO PATHOS HUMANOS</u>	621
<i>Manuela Cruz</i>	
<u>INTERVENCION EN UN CASO DE TEPT GRAVE DEMORADO, EN EL CSM DE LORCA, TRAS LOS SEISMOS DE MAYO 2011</u>	627
<i>M^a Ascensión Albacete-Belmonte, Jesús Valera-Bernal, Antonia Sánchez-López y Julio Cesar Martin García-Sancho</i>	
<u>PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: PROGRAMA DE DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL DESTINADO A PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE</u>	634
<i>María Ángeles Alayeto-Gastón y Naiara Sánchez-Lucas</i>	
<u>VIOLÊNCIA CONJUGAL IMPLICAÇÕES DELETÉRIAS PARA A SEXUALIDADE DA MULHER</u>	642
<i>Maria de Fátima Scaffo, Francisco Ramos de Farias e Glaucia Regina Vianna</i>	

<u>CASO CLINICO. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE CRISIS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS, Y TERAPIA BREVE MULTIMODAL. DUELO EN ADULTOS</u>	646
<i>María del Carmen Olarte</i>	
<u>PROCEDIMIENTOS EDUCATIVO-PRÁCTICOS PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN ALUMNOS CON SÍNDROME DE ASPERGER</u>	654
<i>María del Mar Villanueva-Martín</i>	
<u>COMPETENCIAS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA: LA CONCEPCIÓN DEL ALUMNADO</u>	659
<i>María del Pilar Ceballos-Becerril, María del Pilar Niño-Martínez y José Manuel Rodríguez-González</i>	
<u>RELACIÓN ENTRE ESTILO DE AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE CÁNCER DE MAMA</u>	666
<i>María Díaz-Medina, Carolina Rojas-Rocha, Thais López-Moreno, Nuria Giner-Gosálbez, Francisco Gómez-Holgado, Blanca Quintana, Elena Domínguez-Perandones, Francisca Denia-Ruiz, Vanesa Fernández, Diana Taboada y Miguel Ángel Jiménez-Arriero</i>	
<u>FACTORES ASOCIADOS AL PERDÓN</u>	672
<i>Patricia Díez, María Fernández-Capo, Pilar Gual y Montserrat Girabent-Farrés</i>	
<u>EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD LIBRE DE HUMOS EN SALUD MENTAL</u>	678
<i>María Frenzi Rabito- Alcón, M^a Aránzazu de la Calle- Prieto, María Luisa- Torre Burgos, Leonor Ortiz- Martins, Julia Torres- Morales y Javier Correas- Lauffer</i>	
<u>SEXUALIDAD EN EL VARÓN AFECTADO DE LESIÓN MEDULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO</u>	683
<i>María José Lara-García, Hélaide María Verdet-Martínez, Patricia Navarro Gómez y María Pilar Arnal Val</i>	
<u>EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA SOBRE EL PRINCIPAL PREDICTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EN MUJERES</u>	689
<i>María Lledó Soriano-Segarra, Beatriz Corbí, Cristina González-Millán y Loreto Carmona</i>	
<u>PSICOSIS TEMPRANA: A PROPÓSITO DE UN CASO</u>	696
<i>Marta Sales-Crespí, Raquel Seijas-Gómez, Esther Garreta-Canillas y Teresa Jimeno-Beltrán</i>	
<u>ECONOMÍA DE FICHAS Y ESQUIZOFRENIA: UN CASO CLÍNICO</u>	703
<i>Mercedes Seoane-Bouzas y Margarita Rosselló-Corró</i>	
<u>RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y SÍNTOMAS OBSESIVOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO</u>	712
<i>Miguel Romero-González, Estrella María Serrano-Guerrero, Laura Merinero-Casado, Miguel Ortigosa-Luque y Miguel Ruiz-Veguilla</i>	

<u>COMPARACIÓN DE DOS METODOLOGÍAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN CONTEXTOS SANITARIOS: UNA APLICACIÓN EN PACIENTES CON ASMA</u>	719
<i>Mikel Montero, Ioseba Iraurgi, José Manuel Montero y Usue Orbegozo</i>	
<u>ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ANSIEDAD Y MIEDO AL DENTISTA Y SU ASOCIACIÓN CON LA BAJA FRECUENCIA AL DENTISTA</u>	728
<i>Eugenia Díaz Almenara y Miguel Ruiz Veguilla</i>	
<u>INCIDENCIA DE BURLAS Y FACTORES PSICOLÓGICOS EN OBESIDAD INFANTIL</u>	737
<i>Miriam Blanco, Melissa Parks, Ana Rosa Sepúlveda, Beatriz Real, Blanca Cano, Marga del Sol y M. Ángeles Hernández</i>	
<u>INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN CON SÍNTOMAS ANSIOSOS ASOCIADOS AL ESTRÉS</u>	744
<i>Naiara Sánchez-Lucas y Marian Alayeto-Gastón</i>	
<u>CASO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIÓN DE CRISIS</u>	752
<i>M^a Natacha López-Carrascosa</i>	
<u>ESTUDIO DE LOS ASPECTOS ADAPTATIVOS Y PSICODINÁMICOS DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA</u>	757
<i>Nirã dos Santos Valentim y Kayoko Yamamoto</i>	
<u>PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES: EVALUACIÓN DE NECESIDADES PARA UN SERVICIO ONLINE DE SALUD MENTAL</u>	763
<i>Noemí Guillamón-Cano, Eulàlia Hernández-Encuentra, Montserrat Martínez-García, e Isabel Alarcón-Domingo</i>	
<u>LA TRANSEXUALIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: NUESTRA EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO (UTIG) DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL DE MADRID</u>	773
<i>Nuria Asenjo Araque, José Miguel Rodríguez Molina, Laura Portabales Barreiro, Belén López Moya, María Escolar y Antonio Becerra Fernández</i>	
<u>VALORACIÓN PSICOLÓGICA TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA MAMARIA. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INCLUIDA</u>	779
<i>Nuria Giner-Gosálbez, Thais López-Moreno, Helena Domínguez-Perandones, Francisco Gómez-Holgado, Blanca Quintana-Saiz, María Díaz-Medina, Carolina Rojas-Rocha, Vanesa Fernández y Diana Taboada</i>	
<u>“PRF” TEST: CONSTRUCT VALIDITY</u>	787
<i>Pablo García-Medina</i>	
<u>SENSIBILIZACIÓN HACIA UNA SOCIEDAD MÁS TOLERANTE: LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL</u>	793
<i>Ana Báez-Miralles, Miguel Ángel Castro-Rodrigo, Lucila Fernández-Lorente, Fco. Javier González-Villajos, Paloma Martínez-Heras, María Méndez-Moya, Mayte Patier Del Río y Estrella Zorrilla-Rebollo</i>	
<u>SALUD BUCODENTAL Y TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA: TRATAMIENTO DE UNA ADOLESCENTE CON SUCCIÓN DEL PULGAR CRÓNICA</u>	800
<i>Patricia Borreguero Sancho</i>	

<u>DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN LA MUJER. TRATAMIENTO DIFERENCIAL EN FUNCIÓN DEL GÉNERO. A PROPÓSITO DE UN CASO</u>	805
<i>Patricia Navarro-Gómez, M^a Pilar Arnal-Val, M^a José Lara-García y Helade M^a Verdet-Martínez</i>	
<u>VARIABLES PREDICTORAS DEL RESULTADO DE UNA INTERVENCIÓN DE PREVENCIÓN INDICADA DE LA DEPRESIÓN APLICADA A CUIDADORAS NO PROFESIONALES</u>	814
<i>Patricia Otero, Fernando L. Vázquez, Vanessa Blanco, Elisabet Hermida y Ángela Torres</i>	
<u>NANOPSICOTERAPIA. NUEVA TÉCNICA DE INTERVENCIÓN</u>	821
<i>María Pilar Emilia Romeo Sancet y Ana María Hernández Romeo</i>	
<u>NIVELES DE DEPRESIÓN EN CASADOS Y SEPARADOS: UN ANÁLISIS POR SEXO</u>	827
<i>Ricardo Bastida-González, José Luis Valdez-Medina, Inmaculada Valor-Segura, Norma Ivonne González Arratia-López Fuentes y Sofía Rivera-Aragón</i>	
<u>USO DE PRUEBAS PROYECTIVAS GRÁFICAS Y SU CORRELACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL</u>	834
<i>Roberto Guillermo Matías-Suárez, José María Martín-Jiménez y Ana María García-Sánchez</i>	
<u>PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL Y LA IMPLICACIÓN EN LA PERSONALIDAD TIPO-D</u>	841
<i>M^a del Mar Benítez-Hernández, María Valdés-Díaz, Juan Fco. Rodríguez-Testal, Cristina Senín-Calderón y M^a Carmen Núñez-Gaitán</i>	
<u>LA FAMILIA QUE NO SE MIRABA: A PROPÓSITO DE UN CASO. ABORDAJE DE LAS AUTOLESIONES Y LA IMPULSIVIDAD DESDE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA ESTRUCTURAL</u>	848
<i>Rosa María Espinosa-Gil y Juan García-Sánchez</i>	
<u>EMOCIONES NEGATIVAS Y SUPRESIÓN DE PENSAMIENTOS EN FIBROMIALGIA</u>	854
<i>Rubén Uclés-Juárez</i>	
<u>LA EXPOSICIÓN PURA MEJORA LOS PENSAMIENTOS Y ESTADOS EMOCIONALES ASOCIADOS AL PROPIO CUERPO EN BULIMIA NERVIOSA</u>	861
<i>Sandra Díaz-Ferrer, Blanca Ortega-Roldán, Sonia Rodríguez-Ruiz, Silvia Moreno-Domínguez y M^a Carmen Fernández-Santaella</i>	
<u>TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL TRASTORNO DE PÁNICO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL</u>	869
<i>Sara Pineda, Gemma Benavides y Fermín Martínez</i>	

<u>RECONOCIMIENTO EMOCIONAL FACIAL Y NIVEL DE AGRESIVIDAD EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TDAH</u>	876
<i>Sarah Berrocoso-Cascallana, Esther Lázaro-Pérez, Mireia Oliva-Macias, Manuel Pérez-Álvarez, Pamela Parada-Fernández, Andrea Iglesias-Núñez, Amaia Jometón-Elorriaga, Óscar Martínez-Gutiérrez, Juan Francisco López-Paz e Imanol Amayra-Caro</i>	
<u>SUBTIPOS DE PERSONALIDAD EN CANDIDATOS OBESOS PREBARIÁTRICOS: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN IMAGEN CORPORAL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA?</u>	883
<i>Sergio Sánchez-Reales, Javier Prado-Abril, Carmen Caballero-Pelaez, Sandra del Olmo Conte</i>	
<u>LOS PROCESOS IMAGINATIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE</u>	890
<i>Silvia Schlemenson, Julián Grunin y Gustavo Cantú</i>	
<u>UN GRUPO DE APOYO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: UNA EXPERIENCIA CLÍNICA</u>	897
<i>Silvia Yáñez-López, Ana Rosa González-Barroso, Sara Herrera-Rodríguez, Rocío Guardiola-Wanden-Berghe, Elena Cordero-Gutiérrez y M Francisca Diéguez-Porres</i>	
<u>PERFIL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO ADAPTATIVO EN CENTRO DE SALUD MENTAL</u>	902
<i>Sofía Torres-Pousa, Laura Bafaluy -Franch, Laura Barbadillo-Izquierdo, e Imanol Querejeta-Ayerdi</i>	
<u>TERMS OF SOCIALIZATION AND AGGRESSION AS A FACTOR OF SOCIOPATHY IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN</u>	908
<i>Sofiya Portukhay</i>	
<u>ME SIENTO SUCIO. ABORDAJE DE UN CASO DE TOC DE LARGA EVOLUCIÓN</u>	916
<i>Teresa Montalvo-Calahorra, Marina Carretero-Gómez y M^a del Pino Espegel-Betegón</i>	
<u>EVALUACIÓN DEL DETERIORO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS ¿QUÉ INSTRUMENTOS SON ÚTILES?</u>	923
<i>Montserrat García-Zamora, Pilar Jiménez-Solís, Natalia Marcos-Casero y Maica Ruiz-Pérez</i>	
<u>ESQUIZOFRENIA + MUNCHAUSEN: ¿ACTOR FINGIDO O ENFERMO MANTENIDO?</u>	931
<i>Natalia Marcos-Casero, Pilar Jiménez-Solis, Montserrat García-Zamora y Maica Ruiz-Pérez</i>	
<u>FACTORES DE LA PERSONALIDAD Y ESTILOS PARENTALES PREDICTORES DE ESQUEMAS INADAPTADOS TEMPRANOS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES ADULTOS</u>	938
<i>Usue Orbegoza, Ana Estevez, Begoña Matellanes, Inmaculada de la Fuente y Cristina Vargas</i>	

<u>SATISFACCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON DEPRESIÓN SUBCLÍNICA</u>	945
<i>Vanessa Blanco, Ángela J. Torres, Patricia Otero, Elisabet Hermida y Fernando L. Vázquez</i>	
<u>SOBRECARGA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ICTUS</u>	951
<i>Verónica Sanmartín-Cuevas, Susana Pinedo-Otaola, Begoña Zaldibar-Barinaga, Maite Miranda-Artieda, Paula Erazo-Presser, Pedro Tejada-Ezquerro, Ana Gamio-Indakoetxea, Juan Aycart-Barba, Natividad Lizarraga-Errea y Isaac Gomez-Fraga</i>	
<u>EJERCICIO DE SIMULACRO EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS A VÍCTIMAS, FAMILIARES, E INTERVINIENTES POR TERREMOTO EN GRANADA</u>	957
<i>Virtudes Ruiz-de la Rosa</i>	
<u>FRAGMENTALIDAD EN LAS FLUCTUACIONES COTIDIANAS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y LA ANSIEDAD</u>	963
<i>Xavier Bornas y Maria Balle</i>	
<u>RELAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR, ADESAO AO TRATAMENTO E FUNCIONAMENTO SEXUAL NA EPILEPSIA</u>	970
<i>Rute F. Meneses, José Pais-Ribeiro, Luísa Pedro, Isabel Silva, Helena Cardoso, Denisa Mendonça, Estela Vilhena, Ana Martins e António Martins-da-Silva</i>	
<u>SUBJECTIVE TIME EXPERIENCE IN DEPRESSION AND MANIA – A CONTROLLED EXPERIMENTAL STUDY</u>	978
<i>Karel Flaska & Panajotis Cakirpaloglu</i>	

CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN MAYORES VIUDAS: TRIANGULACIÓN DE MÉTODOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS

Anna De Magalhaes*, Paola Flores Alves* y Celia Camilli Trujillo**

* Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela

** Universidad CEU-San Pablo, Madrid, España

Resumen

El Crecimiento Postraumático (CPT) refiere al cambio psicológico positivo que surge de la lucha en contra de circunstancias que han supuesto un trauma. El evento traumático tiene la capacidad de hacer “temblar” las bases de la vida de la persona, retándola a lidiar con una nueva realidad e incluso a ser capaz de aprender y beneficiarse de la situación difícil que le ha tocado vivir. Los estudios en CPT sugieren la integración de métodos mixtos de investigación cuantitativos y cualitativos porque incrementan la validez interna. Por lo tanto, se ha aplicado esta metodología con el objetivo de analizar el CPT, sus dimensiones y el significado otorgado por mujeres adultas mayores que han perdido a su pareja o cónyuge siendo los objetivos específicos: (a) explorar la existencia de CPT en mujeres mayores adultas viudas, (b) identificar las dimensiones del crecimiento (relaciones con los otros, nuevas posibilidades, percepción de sí mismo, creencias espirituales y sentido de vida), (c) comprender las vivencias y significados otorgados al CPT y (d) contrastar los resultados cualitativos y cuantitativos a través de la triangulación de métodos. Los instrumentos aplicados han sido un cuestionario de eventos traumáticos, Test Mini-Mental (MMSE), Inventario de Crecimiento Postraumático y entrevistas en profundidad y semiestructuradas. Las dimensiones del CPT que reportaron mayor crecimiento han sido *relaciones con los otros, fuerza personal y crecimiento espiritual*, resultados que se evidencian tanto en el inventario como en las narrativas de los sujetos a través de las entrevistas. El CPT en adultos mayores combate los mitos y percepciones erradas de la vejez como una etapa exclusivamente de pérdidas y no de ganancias. Los métodos mixtos de investigación enriquecen las conclusiones y otorgan mayor confiabilidad y nivel de precisión en la consistencia interna del estudio.

Palabras claves: métodos mixtos de investigación, crecimiento postraumático, psicología positiva, viudez.

POST-TRAUMATIC GROWTH IN WIDOWS: TRIANGULATION OF QUANTITATIVE AND QUALITATIVE METHODS

Summary

Post-Traumatic Growth (PTG) refers to the positive psychological change emerging out of overcoming circumstances representing a trauma. The traumatic event can "shake" the foundations of the person's life, forcing her to confront a new reality and even to prove able to learn and benefit from the difficult situation which has befallen her. Studies into PTG suggest the integration of mixed quantitative and qualitative research methods because they increase internal validity. This methodology was therefore applied with the aim of analysing PTG, its dimensions and the meaning given by elderly women who have lost their partner or spouse, the specific objectives being: (a) explore the existence of PTG in elderly widows, (b) identify the dimensions of growth (relationships with others, new possibilities, self-perception, spiritual beliefs and sense of life), (c) understand the experiences and meanings given to PTG, and (d)

compare the qualitative and quantitative results through method triangulation. The instruments applied were a traumatic event questionnaire, the Mini-Mental Test Examination (MMSE), Post-Traumatic Growth Inventory and in-depth and semi-structured interviews. Those dimensions of PTG registering the greatest growth were *relationships with others, personal strength and spiritual growth*, results found both in the inventory and in the subjects' narratives recounted in the interviews. PTG in elderly adults rebuts false perceptions and myths of old age as a period of only loss with no gain. Mixed research methods enrich the conclusions and give greater reliability and precision in the internal consistency of the study.

Keywords: Mixed research methods, post-traumatic growth, positive psychology widowhood.

Introducción

A lo largo de la historia de la Psicología se ha tratado de asociar el enfrentamiento a eventos traumáticos con el desarrollo de psicopatologías. Holmes y Rahe (1967) reconocen la existencia de eventos vitales estresantes que pueden dar lugar al desarrollo de las patologías, independientemente de que los niveles de estrés no sean tan fuertes como los que supondría un acontecimiento vital sumamente estresante, mejor conocido como trauma (Brantley et al., 1987; Lazarus y Folkman, 1989, c.p. Carrobbles y Benevides-Pereira, 2008).

Sin embargo, Calhoun y Tedeschi (2006) han investigado cómo el crecimiento del ser humano no es más que un terreno fértil para la producción de cambios positivos. Los estudios reportan que personas expuestas a eventos traumáticos pueden crecer incluso en distintos ámbitos de la vida (Calhoun y Tedeschi, 1999). El Crecimiento Postraumático -a partir de ahora CPT- hace referencia al “...cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático” (Vázquez, Castilla y Hervás, 2009, p. 379).

Calhoun y Tedeschi (2006) diferencian tres amplios componentes dentro de los cuales se observa crecimiento: *cambios en la percepción del sí mismo, cambios en las relaciones con los otros y cambios en la propia filosofía de vida*. A su vez, estos componentes conducen a cinco dominios específicos: *fuerza personal, nuevas posibilidades, relación con los otros, apreciación de la vida y cambios en la espiritualidad*. La presencia de crecimiento en estos dominios no elimina la posibilidad de que persistan elementos como el estrés y el dolor consecuentes a una experiencia traumática que, en esencia, es negativa.

El crecimiento no surge como un resultado directo del trauma, sino que es “la lucha del individuo con la nueva realidad luego del trauma la que es crucial en determinar hasta qué punto ocurre o no el Crecimiento Postraumático” (Calhoun y Tedeschi, 2004, p. 5). Calhoun y Tedeschi (2004) afirman que “...el Crecimiento Postraumático es probablemente una consecuencia de intentos de supervivencia psicológica, y puede coexistir con el distrés residual del trauma” (p. 5).

Por lo tanto, el objetivo general del estudio ha sido analizar a través de la utilización de métodos mixtos de investigación, el CPT, dimensiones y significado otorgado por seis mujeres adultas mayores viudas, residentes de la Zona Metropolitana de Caracas, quienes han perdido a su pareja o cónyuge. El estudio contribuye a comprender cómo las mujeres enfrentan la viudez con la finalidad de ofrecer bienestar en personas que atraviesan por esta etapa de la vida.

Método

Participantes

La muestra inicial estuvo conformada por 21 personas (14 mujeres y 7 hombres). De ellas, 2 sujetos participaron en la prueba piloto (un miembro de cada sexo) y los 13 restantes no formaron parte de la muestra por no reportar CPT. Por lo tanto, 6 adultos mayores del sexo femenino sin deterioro cognitivo constituyeron la muestra final.

Instrumentos

- Cuestionario de Eventos Traumáticos elaborado por López y Camilli (2010) para conocer los datos sociodemográficos, identificar la existencia o no de crecimiento y la naturaleza, características y posibles repercusiones del evento traumático.
- *Test Mini-Mental (MMSE)* de Folstein, Folstein y McHugh (1975) para descartar posible deterioro cognitivo en las personas mayores.
- Entrevista en Profundidad, para profundizar en temas relativos a vida en pareja, viudez, duelo y CPT. El guión de preguntas ha sido validado por tres expertos.
- Inventario de Crecimiento Postraumático para identificar los cambios positivos a partir del evento traumático en cinco dimensiones: *relaciones con los otros, nuevas posibilidades, fuerza personal, cambio espiritual y apreciación por la vida*. La versión que se ha utilizado es la traducida al castellano conformada por 21 ítems (Páez et al., 2011).
- Entrevista semi-estructurada, para contrastar y complementar la información obtenida en el inventario y en las entrevistas a profundidad. El guión ha sido validado por expertos y enfocado hacia las cinco dimensiones del CPT.

Procedimiento

Primero se aplicó el Cuestionario de Eventos Traumáticos. Una vez identificada la existencia o no de CPT en los participantes del estudio, se aplicó en un segundo momento el Test Mini-Mental para descartar deterioro cognitivo. Luego, las entrevistas en profundidad se focalizaron en temas relativos a la vida en pareja, la viudez, el duelo y el CPT. Una vez analizada las primeras categorías emergentes, se aplicó el inventario lo que permitió un primer contraste entre técnicas cualitativas y cuantitativas. Por último, las entrevistas semi-estructuradas cumplieron información de los dominios de CPT. La triangulación de los datos permitió fortalecer la validez de los resultados y enriquecer la investigación.

Diseño

El estudio estuvo constituido por un diseño exploratorio de métodos mixtos de investigación. Este diseño combina al menos un componente cuantitativo o cualitativo en un mismo estudio. Se caracteriza por ser cíclico e iterativo, con un énfasis mixto en todos los niveles de la investigación, buscando el equilibrio y el compromiso hacia lo cuantitativo y cualitativo (Creswell y Clark, 2011).

Resultados

Los resultados del Inventario de Crecimiento Postraumático indicaron crecimiento en todas las cinco dimensiones pero con valoraciones distintas según los

casos. Las dimensiones que registraron mayor puntaje global con un 100% de cambio han sido *relaciones con los otros, fuerza personal y crecimiento espiritual*.

El análisis cualitativo a través de las entrevistas a profundidad y semi-estructuradas permitió profundizar en cada una de ellas. En la dimensión *relaciones con los otros*, se identificaron seis subcategorías: *el valor de la amistad* (aumento en la calidad de las relaciones con los otros), *las nuevas relaciones* (establecimiento de nuevas relaciones de pareja), *los otros como fuente de compañía* (como sistemas de apoyo), *la unión familiar* (fortalecimiento de vínculos familiares), *la empatía hacia el otro* (aumento de la comprensión y preocupación por el otro) y, finalmente, *las consecuencias del trato con el otro* (como fuente para remediar la soledad y sentirse útil).

En cuanto a la dimensión *fuerza personal*, se vive como *sentido de independencia, madurez, espíritu de lucha, fuerza para continuar y capacidad para la resolución de problemas*.

La otra dimensión, *cambio espiritual*, se significa como *crecimiento espiritual, comunicación espiritual* (la oración y el rezo como fuente de alivio, paz y tranquilidad), *espiritualidad como herramienta para superar la pérdida, aceptación de las cosas* (permite lidiar con lo negativo y aceptar lo positivo con alegría y júbilo) y *significado de vida* (adquisición de nuevos roles y evaluación de los anteriores).

Por otra parte, las dimensiones *nuevas posibilidades y apreciación de la vida*, obtuvieron un menor índice de CPT porque solo 5 sujetos reportaron cambios aunque estos han sido igualmente significativos (ambos 83%). En las narrativas de los participantes, la dimensión *nuevas posibilidades* se interpreta como *nuevas experiencias de aprendizaje, adquisición de nuevos intereses, actuación de acuerdo a un plan* (establecimiento, planificación y actuación de metas personales), *apreciación y apertura a las nuevas experiencias y actitud positiva para enfrentar los nuevos desafíos*.

Finalmente, la dimensión *apreciación por la vida* se experimenta por los sujetos del estudio como el aumento de la *percepción positiva de la vida*, la *capacidad de disfrute*, la *reorganización de prioridades*, una mayor *valoración de la vida* y la adquisición de un *nuevo ritmo de vida*.

Discusión/conclusiones

A pesar de que se ha reportado que la vivencia de un trauma no excluye la posibilidad de que las personas manifiestan reacciones psicológicas significativas o desarrollen signos de patología mental, el CPT puede conllevar a que el individuo sea capaz de zurcirlas, generando así nuevas respuestas adaptativas y extrayendo aprendizajes significativos de tales eventos (Vázquez et al., 2009).

Según Calhoun y Tedeschi (2004), cuando hay crecimiento surgen relaciones más cercanas y significativas, con vínculos más fuertes y profundos. Se observa una mayor cohesión familiar y una búsqueda más activa a la hora de fortalecer los vínculos ya existentes con esta unidad (hijos, hermanos, etc.). Belsky (2001) habla de un gran compromiso entre los hijos adultos y los padres adultos mayores como una norma vigente en la actualidad -solidaridad intergeneracional- donde los lazos familiares se fortalecen a medida que envejecen las generaciones.

El sentido de independencia luego de la pérdida conduce al manejo de nuevas situaciones de vida, siendo éstas en ocasiones percibidas como retadoras o de gran

complejidad (Calhoun y Tedeschi, 2004). Asimismo, la madurez también se relaciona con este tipo de cambio. El espíritu de lucha permite salir adelante aún cuando haya una concomitancia de afectos negativos y positivos en relación a una situación difícil.

Uno de los aportes más importantes del CPT es la posibilidad de la convivencia entre afectos negativos y positivos, afirmando que el individuo posee la capacidad para desarrollar respuestas adaptativas luego de experimentar momentos difíciles. En otras palabras “con cada pérdida, viene una ganancia” (Calhoun y Tedeschi, 2004, p. 6).

Varios de los participantes del estudio señalaron haberse hablado a sí mismos como medio para darse aliento y seguir adelante, acción que refiere al concepto de *rumiación cognitiva* a través del cual se busca entender cómo la situación traumática ha generado cambios positivos en la persona. Se trata entonces de un pensamiento que es repetitivo sin ser intrusivo y que da lugar al recuerdo, a la solución de problemas y ofrece sentido a lo ocurrido (Calhoun y Tedeschi, 2006).

Algunos de los sujetos alcanzaron una mayor conexión espiritual a través de actividades placenteras, como por ejemplo, la música. También se observó una mayor gratitud en términos de espiritualidad y nuevos intereses en este ámbito (Chadha, 2012). Esto es congruente con la investigación de Walker, Trunk, Sarnoff, Crawford y House (2007), donde la espiritualidad y las creencias resultaron ser un predictor de CPT en adultos mayores mayores de 55 años, hallazgo que Calhoun y Tedeschi (2004) confirman en sus estudios. El cuestionarse la propia existencia es un indicador de cambios espirituales y, por ende, de crecimiento.

Para Vázquez et al. (2009), una mayor apreciación de la vida tiene que ver también con el disfrute de las pequeñas cosas que ella ofrece. En este caso, los sujetos reconocieron la existencia de un aumento en la capacidad de disfrute asociada a situaciones o eventos diversos (viajes, encuentros familiares, etc.). Esto soporta lo que afirman Carrobbles y Benevides-Pereira (2008) que el CPT no se refiere únicamente al mantenimiento de la funcionalidad antes de la situación difícil sino que va más allá. La edad y el sexo también resultan variables moderadoras cuando se compara el CPT entre hombres y mujeres siendo ellas quienes reportan un mayor crecimiento (Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi y Demakis, 2010).

Por consiguiente, la narrativa de los sujetos arraigada a cada uno de los contextos y circunstancias facilitó el profundizar en las vivencias y significados otorgados (Bruner, 1990). La narrativa personal permite conocer si un evento ha sido realmente traumático o no y los distintos matices del cambio (Emery, 2008; Srivastava, 2012).

La utilización de métodos mixtos de investigación ha favorecido la comprensión del CPT. En futuros estudios se sugiere ampliar la muestra así como triangular la información con familiares y profesionales de la salud y continuar aplicando métodos cuantitativos y cualitativos de investigación para seguir profundizando en cómo se vive y experimenta el CPT en las personas mayores viudas, con la finalidad de ofrecer programas socio-sanitarios y educativos que repercutan en una mejora de la calidad de vida.

Agradecimientos

El tema del presente estudio forma parte del convenio de investigación entre la Universidad Metropolitana en Caracas y la Universidad CEU-San Pablo en Madrid.

Gracias a la colaboración entre ambas universidades se ha trabajado con una línea de interés común potenciando así el estudio de los adultos mayores.

Referencias

- Belsky, J. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Thomson Editores.
- Bruner, J. (1990). *Actos de Significado*. Madrid: Alianza Editorial.
- Calhoun, L. y Tedeschi, R. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A clinician's guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. y Tedeschi, R. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Calhoun, L. y Tedeschi, R. (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Estados Unidos: Lawrence Erlbaum.
- Carrobes, J. y Benevides-Pereira, A. (2008) El estrés y la psicología positiva. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 363-374). Madrid: Editorial Pirámide.
- Chadha, N. K. (2012). Spiritual intervention in old age: A move towards positive psychology. *International journal of psychology*, 47, 638-638.
- Creswell, J. y Plano, V. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2a. ed.). California: SAGE Publications.
- Emery, V. (2008). Life themes in the positive psychology of adulthood and aging. *The Gerontologist*, 48, 667-668.
- Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic research*, 11, 213-218.
- López, J. y Camilli, C. (2010). *Crecimiento Postraumático en Personas Mayores Viudas*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I. y Sezibera, V. (2011). Crecimiento post estrés y post trauma: posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos. En D. Páez, C. Martín, J. González, N. Basabe y J. De Rivera (Eds.). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz* (pp. 311-339). España: Editorial Fundamentos.
- Srivastava, M. (2012). Construction of trust and hope by women who lived through trauma: A grounded theory approach. *International journal of psychology*, 47, 626.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 374-392). Madrid: Editorial Pirámide.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006) La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y Crecimiento Postraumático. *Papeles del psicólogo*, 7, 40-49.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L., Tedeschi, R. y Demakis, G. (2010). Gender Differences in Self-Reported Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Psychology of women quarterly*, 34, 110-120.
- Walker, L., Trunk, B., Sarnoff, D., Crawford, T. y House, G. (2007). *The Relationship of self-esteem, spirituality, negative emotional symptoms, and locus of control to posttraumatic growth in older, middle class adults* (Tesis Doctoral inédita). Capella University, Minneapolis, Minnesota.

PROCESOS COGNITIVOS ASOCIADOS A LA MEDITACIÓN: LA PERSPECTIVA NEUROPSICOLÓGICA

Su Miao Ye-Chen*, Lidia Marfil-Victoria*, Emilio García-García*, Paula Cabal-García** y Carlos Valiente-Barroso***

**Universidad Complutense de Madrid, España*

***Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España*

**** Universitat Autònoma de Barcelona, España*

Resumen

Existe un significativo bagaje científico que analiza la meditación desde las perspectivas tanto de la psicología clínica como de la neurociencia. De este modo, se acumulan estudios que aluden a su eficacia en las alteraciones psicopatológicas, así como publicaciones que exponen las modificaciones neuroplásticas que acompañan la meditación. Paulatinamente, se van desarrollando investigaciones que estudian la práctica meditativa desde otro enfoque neurocientífico, analizando sus efectos sobre los procesos cognitivos a través de tests neuropsicológicos y empezando a considerar la meditación como una posible forma de entrenamiento cognitivo. En este trabajo, realizamos una revisión de los últimos 17 estudios que evalúan el efecto de un entrenamiento meditativo sobre al menos un proceso cognitivo medido de forma objetiva, en participantes adultos sin experiencia previa y en comparación con un grupo control. En contra de la conceptualización teórica vigente, que postula que la atención es el principal mecanismo subyacente a la meditación, hemos hallado resultados mixtos en este proceso cognitivo. No obstante, la mayoría de los estudios apoyan que la meditación sí que se asocia a mejoras significativas en memoria operativa y funciones ejecutivas. Esto nos conduce a señalar la necesidad de un cambio en la conceptualización teórica actual sobre los mecanismos cognitivos subyacentes a la meditación. En conjunto, los resultados apoyan la idea de que la meditación podría ser incluida dentro de los factores que generan reserva cognitiva, y, por tanto, sería una práctica que potenciaría la capacidad cognitiva y/o protegería frente a la neurodegeneración.

Palabras clave: Meditación, neuropsicología, atención, memoria, funciones ejecutivas.

COGNITIVE PROCESSES ASSOCIATED TO MEDITATION: THE NEUROPSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE

Abstract

There is significant scientific background that analyzes meditation from the perspectives of both clinical psychology and neuroscience. Thus, studies alluding to its effectiveness in psychopathology are accumulating, as well as publications that expose the neuroplastic changes that accompany meditation. Gradually, there is also developing research that explores meditation practice from another neuroscientific approach that analyzes its effects on cognitive processes through neuropsychological tests and begins to consider meditation as a possible method of cognitive training. In this paper, we review the last 17 studies evaluating the effects of meditation training on at least one cognitive process objectively measured in naïve adult participants compared to a control group. Against the current theoretical conceptualization, which posits that attention is the main mechanism underlying meditation, we have found mixed results in this cognitive process. Nevertheless, most of the studies support that meditation is

associated with significant improvements in working memory and executive function. This leads us to point out the need for a change in current theoretical conceptualization of the cognitive mechanisms underlying meditation. Overall, these results support the idea that meditation may be included among the factors that generate cognitive reserve and, therefore, would be a practice that would enhance cognitive ability and/or protect against neurodegeneration.

Keywords: Meditation, neuropsychology, attention, memory, executive functions.

Introducción

Existe un significativo bagaje científico que analiza la meditación desde las perspectivas tanto de la psicología clínica como de la neurociencia (Cahn & Polich, 2006). La investigación en meditación comenzó a ganar popularidad en los años noventa, sobre todo, en psicología clínica y neurociencia. La evidencia proveniente de estos estudios parece apoyar la idea de que la meditación mejora algunos procesos cognitivos. De este modo, desde la psicología clínica, se está mostrando a través de cuestionarios mejoras en la percepción subjetiva de atención y funciones ejecutivas tras aplicar un programa de meditación a niños (Flook et al., 2010) y a adolescentes con TDAH (Grosswald et al., 2008; van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin y Bögels, 2012).

Por otro lado, desde la neurociencia, varias investigaciones encuentran un mayor volumen en materia gris asociada a los años de experiencia (Grant, Courtemanche, Duerden, Duncan y Rainville, 2010) o una mayor activación cerebral mediante IRMf (Hölzel et al., 2007) y a través de EEG (Tang et al., 2009) en sujetos meditadores en comparación con sujetos no meditadores en áreas como la corteza cingulada anterior, implicada en procesos atencionales (van Veen y Carter, 2002).

Varios autores incluso proponen que la meditación es una forma de entrenamiento cognitivo, siendo principalmente la atención el proceso que se cree que mejora (Lutz, Slagter, Dunne y Davidson, 2008; Sedlmeier et al., 2012). En esta línea, sobre todo en la última década, están empezando a surgir investigaciones sobre el efecto de la práctica meditativa en procesos cognitivos medidos de forma objetiva. Por ello, en este trabajo, hemos realizado una revisión sobre dicha literatura científica.

Método

Materiales y procedimiento

La búsqueda bibliográfica se realizó en Pubmed, PsycINFO, Cochrane Database, Scimedirect y Google Scholar bajo los términos “meditation” o “mindfulness” y “neuropsychology”, “cognitive processes”, “cognition”, “attention”, “memory” o “executive functions” en título y resumen, recuperándose artículos de revistas *peer-review* en inglés desde el año 2006 hasta abril de 2013.

Tras la lectura de los resúmenes, se consultó el texto de 109 trabajos empíricos que tomaban al menos una medida conductual de un proceso cognitivo y se incluyeron aquellos que cumplieran los siguientes criterios: a) participantes mayores de 18 años, sin experiencia previa en meditación y sin trastornos psicopatológicos o neurológicos; b) implantación de un programa de meditación, comparado con un grupo control, con medidas pre-test y post-test en cada grupo; y c) intervenciones en meditación “sentada”,

diferenciable de la meditación “en movimiento” –yoga, taichí– (Black, Milam y Sussman, 2009) y más relacionada con procesos cognitivos, descartando también la ligada a aspectos emocionales.

Resultados

Se incluyeron 17 artículos (aplicando 16 de éstos *mindfulness*) de los cuales 12 son intervenciones controladas con asignación aleatoria y 5 son intervenciones controladas sin aleatorización. En cuanto al tipo de control, 9 usan un grupo pasivo, 5 un grupo activo y 3 ambos tipos.

De los estudios con algún grupo control activo, 4 consistieron en un entrenamiento en relajación, encontrándose efectos positivos significativos en el grupo meditativo, en comparación con la relajación, en atención sostenida (Mrazek Smallwood y Schooler, 2012; Semple, 2010), resolución de problemas por insight (Ostafin y Kassman, 2012), y monitorización de conflictos y una tendencia a diferencia significativa en inteligencia fluida (Tang et al., 2007).

Asimismo, en el estudio de Jensen, Vangkilde, Frokjaer y Hasselbalch también usan como grupo control una intervención en reducción de estrés (no basada en *mindfulness*) y un grupo control pasivo que recibían un incentivo económico si superaban el rendimiento previo, para controlar los posibles efectos de reducción de estrés y el esfuerzo atencional en los resultados (2012). Encontraron que, mientras el grupo con incentivo obtenían mayores diferencias significativas en las capacidades basadas en TR, cambio atencional y atención sostenida; los meditadores significativamente alcanzaban un número de errores menor que cualquiera de los otros grupos en atención selectiva y eran los únicos que mejoraban en el umbral de la percepción consciente y en memoria operativa visual.

Atención

Una gran parte de las investigaciones seleccionadas miden atención (11 de 18). Esto es, en gran parte, porque es el proceso cognitivo que más se ha asociado a la meditación (Lutz et al., 2008). Concretamente, las cuatro áreas más estudiadas son atención sostenida, atención ejecutiva (o monitorización de conflictos), atención selectiva y cambio atencional.

Respecto a la atención sostenida, encontramos que cuatro estudios no hallan diferencias significativas a favor de la meditación respecto al grupo control (Anderson, Lau, Segal y Bishop, 2007; Jensen et al., 2012; Jha, Krompinger y Baime, 2007; Tang et al., 2007); mientras que otros tres estudios sí obtienen mejoras tanto en un entrenamiento de al menos un mes (Chambers, Lo y Allen, 2008; Semple, 2010) como en uno de solo 8 minutos (Mrazek et al., 2012).

Lo mismo sucede con la atención ejecutiva, encontrándose efectos positivos significativos en los meditadores respecto a los participantes control en tres estudios (Allen et al., 2012; Jha et al., 2007; Tang et al., 2007), mientras que no lo hacen en otros tres estudios (Anderson et al., 2007; Moore, Gruber, Deroose y Malinowski, 2012; Semple, 2010). Aunque debe señalarse que en el caso del estudio de Moore sí que encuentran diferencias en los patrones de activación cerebrales medidos por potenciales evento relacionados.

Por otro lado, en los trabajos que estudian atención selectiva, de cuatro trabajos (Jensen et al., 2012; Jha et al., 2007; Semple, 2010; Tang et al., 2007) también

encontramos que solo en los de los grupos de Jensen y de Jha se encuentran mejoras significativas sobre el grupo control. Asimismo, Anderson et al. (2007) tampoco encuentran efectos de la meditación en el cambio atencional, aunque sí que lo hacen los grupos de investigación de Greenberg (2012b) y Chambers (2008).

Memoria

Cinco estudios de la muestra seleccionada evaluaban memoria. Concretamente, todos ellos estudiaron memoria operativa y todos hallaron mejoras significativas en el grupo meditador respecto a los grupos control (Chambers et al., 2008; Jensen et al., 2012; Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong y Gelfand, 2010; Mrazek, Franklin, Phillips, Baird y Schooler, 2013; Zeidan, Johnson, Diamond, David y Goolkasian, 2010).

Funciones ejecutivas

Dos de los estudios escogidos señalan que existe influencia de la meditación sobre la flexibilidad cognitiva (Greenberg et al., 2012a; Heeren, Van Broeck y Philippot, 2009). Además, en el estudio de Heeren y colaboradores, al solo encontrar mejoras en flexibilidad e inhibición cognitiva, y no en flexibilidad e inhibición motora, concluyen que es posible que la meditación afecte específicamente a componentes ejecutivos cognitivos. Por otra parte, tanto el grupo de Heeren como Zeidan y colaboradores (2010) hallaron también efectos de la meditación sobre fluencia verbal.

Por último, también se han evaluado otros procesos cuya consideración como función ejecutiva es más polémica, como la capacidad de abstracción y de resolver problemas. Respecto a estas, Tang et al. (2007) encuentran en el grupo meditador una tendencia a diferencia significativa en las matrices de Raven; mientras que Ostafin y Kassman (2012) obtuvieron que el estado meditativo mejora la capacidad de resolver problemas por *insight*, aunque no los problemas que no requieren *insight*.

Conclusiones

Encontramos que, aunque revisiones previas señalan una falta de calidad metodológica (Canter y Ernst, 2003), en los últimos siete años hay una mayoría de estudios con intervenciones en meditación controladas y aleatorizadas, lo cual maximiza la posibilidad de inferir relaciones causales. Además, están empezando a aparecer estudios que usan instructores (Greenberg et al., 2012a, 2012b) y evaluadores (Jensen et al., 2012) ciegos a las condiciones experimentales.

Por otro lado, en contra de la asociación teórica que se ha hecho (Lutz et al., 2008), los estudios de los últimos años muestran resultados mixtos en todos los procesos atencionales. Chiesa y colaboradores, quienes llegaron a la misma conclusión en su revisión, argumentan que es posible que los posibles factores por los que no se obtuvieron efectos significativos sean la corta duración de la práctica y la propia validez de la tarea a la hora de medir el proceso psicológico deseado (2010).

Sin embargo, en los estudios sobre funciones ejecutivas y la memoria de trabajo, la mayoría de estudios apoyan que la meditación tiene un efecto positivo sobre estos procesos. En esta línea, conceptualizaciones alternativas defienden que además de la atención, otros procesos, como la memoria de trabajo deberían ser considerados también un mecanismo principal de la meditación (Buttle, 2011; Jha et al., 2010).

Por tanto, aunque aún se necesita una mejor fundamentación teórica, en conjunto, la mayoría de las investigaciones revisadas apuntan a que existen efectos de la

meditación sobre procesos cognitivos. Efectos específicos de la meditación que no se deben a la relajación, ni a la reducción de estrés, ni a un mayor esfuerzo atencional. Todo lo cual, apoya la inclusión de la meditación como una forma de entrenamiento cognitivo que potenciaría la capacidad cognitiva y, por tanto, ayudaría a generar reserva cognitiva y protegería frente a la neurodegeneración (Valiente-Barroso, 2012).

Es también importante mencionar que muchos de los beneficios psicológicos asociados a la meditación, como por ejemplo, la reducción de reactividad emocional y de rumiación (Heeren y Philippot, 2011), podrían depender del desarrollo del control atencional y la mejor inhibición de estímulos irrelevantes proveniente de la meditación (Greenberg et al., 2012b). Por ello, un estudio en mayor profundidad en esta línea, de los procesos cognitivos asociados a la meditación, se hace necesario, no solo para conocer mejor una nueva forma de entrenamiento cognitivo, sino también por su aplicación clínica, por otro lado, ya más que demostrada (Baer, 2003).

Referencias

- Allen, M., Dietz, M., Blair, K.S., van Beek, M., Rees, G., Vestergaard-Poulsen, P., Lutz, A. y Roepstorff, A. (2012). Cognitive-affective neural plasticity following active-controlled mindfulness intervention. *Journal of Neuroscience*, 32, 15601-15610.
- Anderson, N.D., Lau, M. A., Segal, Z.V. y Bishop, S.R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Health Psychotherapy*, 14, 449-463.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10, 125-143.
- Buttle, H. (2011). Attention and Working Memory in Mindfulness-Meditation Practices. *Journal of Mind and Behavior*, 32, 123-134.
- Cahn, B.R. y Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, 132, 180-211.
- Canter, P.H. y Ernst, E. (2003). The cumulative effects of Transcendental Meditation on cognitive function--a systematic review of randomised controlled trials. *Wien Klin Wochenschr*, 115, 758-766.
- Chambers, R., Lo, B.C. Y. y Allen, N.B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 303-322.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40, 1239-1252.
- Flook, L., Smalley, S.L., Kitil, M.J., Galla, B.M., Kaiser-Greenland, S., Locke, J., Ishijima, E. y Kasari, C. (2010). Effects of mindful awareness practices on executive functions in elementary school children. *Journal of Applied School Psychology*, 26, 70-95.
- Grant, J.A., Courtemanche, J., Duerden, E.G., Duncan, G.H. y Rainville, P. (2010). Cortical thickness and pain sensitivity in Zen meditators. *Emotion*, 10, 43-53.
- Greenberg, J., Reiner, K. y Meiran, N. (2012a). "Mind the trap": Mindfulness practice reduces cognitive rigidity. *PLoS ONE*, 7, e36206.
- Greenberg, J., Reiner, K. y Meiran, N. (2012b). "Off with the old": mindfulness practice improves backward inhibition. *Frontiers in Psychology*, 3, 618.
- Grosswald, S. J., Stixrud, W.R., Travis, F. y Bateh, M.A. (2008). Use of the transcendental meditation technique to reduce symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) by reducing stress and anxiety: an exploratory study. *Current Issues in Education*, 10, 1-16.
- Heeren, A. y Philippot, P. (2011). Changes in Ruminative Thinking Mediate the Clinical Benefits of Mindfulness: Preliminary Findings. *Mindfulness*, 2, 8-13.

- Heeren, A., Van Broeck, N. y Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour, Research and Therapy*, 47, 403-409.
- Hölzel, B.K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R. y Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and nonmeditators. *Neuroscience Letters*, 421, 16-21.
- Jha, A.P., Krompinger, J. y Baime, M.J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 7, 109-119.
- Jha, A.P., Stanley, E.A., Kiyonaga, A., Wong, L. y Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*, 10, 54-64.
- Jensen, C.G., Vangkilde, S., Frokjaer, V. y Hasselbalch, S.G.(2012). Mindfulness training affects attention--or is it attentional effort? *Journal of Experimental Psychology: General*, 141,106-123.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D. y Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 163-169.
- Moore, A., Gruber, T., Derose, J. y Malinowski, P.(2012). Regular, brief mindfulness meditation practice improves electrophysiological markers of attentional control. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 18.
- Mrazek, M.D., Franklin, M.S., Phillips, D.T., Baird, B. y Schooler, J.W. (2013).Mindfulness Training Improves Working Memory Capacity and GRE Performance While Reducing Mind Wandering. *Psychological Science*, 24,776-781.
- Mrazek, M.D., Smallwood, J. y Schooler, J.W.(2012). Mindfulness and mind-wandering: Finding convergence through opposing constructs. *Emotion*, 12, 442-448.
- Ostafin, B.D. y Kassman, K.T.(2012). Stepping out of history: Mindfulness improves insight problem solving. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 21, 1031-1036.
- Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haarig, F., Jaeger, S. y Kunze, S. (2012). The psychological effects of meditation: a meta-analysis. *Psychological Bulletin Journal*, 138, 1139-1171.
- Semple, R.J. (2010). Does mindfulness meditation enhance attention? A randomized controlled trial. *Mindfulness*, 1, 121-130.
- Slagter, H.A., Lutz, A., Greischar, L.L., Francis, A.D., Nieuwenhuis, S., Davis, J.M. y Davidson, R.J. (2007). Mental training affects distribution of limited brain resources. *PLoS biology*, 5, e138.
- Tang, Y.Y., Ma, Y., Fan, Y., Feng, H., Wang, J., Feng, S., Lu, Q., Hu, B., Lin, Y., Li, Y., Li, J., Zhang, Y., Zhou, L. y Fan, M.(2009). Central and autonomic nervous system interaction is altered by short-term meditation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 106, 8865-8870.
- Tang, Y.Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., Yu, Q., Sui, D., Rothbart, M.K., Fan, M. y Posner, M.I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 104, 17152-17156.
- Valiente-Barroso, C. (2012). Práctica de la meditación y neuroprotección frente a la demencia: profundizando en el concepto de reserva cerebral. En G. Pérez Serrano (Coord.), *Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional: claves para un envejecimiento activo* (p. 65). Madrid: UNED.
- Van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A. R., de Bruin, E. I. y Bögels, S. M. (2012). The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD. *Journal of child and family studies*, 21, 775-787.
- Van Veen, V. y Carter, C.S. (2002). The anterior cingulate as a conflict monitor: FMRI and ERP studies. *Physiology & Behavior*, 77, 477-482.

Zeidan, F., Johnson, S.K., Diamond, B.J., David, Z. y Goolkasian, P.(2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 19, 597-60.

PRESENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA FOMENTAR LA RESILIENCIA EN MENORES MALTRATADOS: ESTUDIO PILOTO SOBRE SU EFICACIA

M^a Vicenta Alcántara^{*/**}, Maravillas Castro^{*} y Concepción López-Soler^{*/**}

**Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud,
Quiero Crecer. Murcia, España*

***Universidad de Murcia, España*

Resumen

La mayoría de intervenciones clínicas con menores maltratados están centradas en el trauma. En los últimos años van aumentando aquellas que tienen como objetivo rescatar y potenciar las competencias y recursos personales de estos/as menores, si bien aún no son concluyentes los resultados en cuanto a su eficacia. Se presenta un programa de fomento de la resiliencia en menores maltratados con el objetivo de analizar su eficacia. La muestra está formada por 11 menores que han sufrido maltrato intrafamiliar (4 expuestos a violencia de género y 7 tutelados) de edades comprendidas entre los 8 y los 13 años. Se ha empleado como instrumento el BASC (*Behavior Assessment System for Children*; adaptado, en su versión autoinforme). Se utiliza un diseño intrasujeto con medidas pretratamiento y postratamiento. Las dimensiones globales Desajuste Escolar y Desajuste Clínico presentan puntuaciones medias inferiores en el postratamiento con respecto al pretratamiento, tanto en el nivel 2 como en el 3. Por otra parte, las puntuaciones medias de la dimensión adaptativa Ajuste Personal aumentan tras la intervención en los dos niveles. No se hallan diferencias estadísticamente significativas en ninguna dimensión global, si bien los tamaños del efecto encontrados son altos. Los datos obtenidos en este estudio piloto muestran una disminución de las escalas clínicas así como un aumento de las escalas adaptativas tras la intervención, por lo que se puede concluir que el programa aplicado ha favorecido un mayor ajuste de los/as menores de la muestra. No obstante, los resultados deben confirmarse en investigaciones futuras. Se pone de relieve la necesidad de llevar a cabo intervenciones psicológicas eficaces que disminuyan el sufrimiento de los/as menores víctimas de maltrato, y especialmente que potencie las competencias personales de éstos/as para conseguir un desarrollo psicológico satisfactorio.

Palabras clave: Maltrato infantil, resiliencia, BASC, eficacia de la intervención.

PRESENTATION OF A PROGRAM TO PROMOTE RESILIENCE IN CHILDREN ABUSED: PILOT STUDY ON EFFICACY

Abstract

Most clinical interventions with abused children are trauma focused. In recent years are increasing those that aim to rescue and enhance the skills and personal resources of these children, but still the results are inconclusive as to its effectiveness. We present a program to promote resilience in abused children in order to analyze their effectiveness. The sample consists of 11 children who have suffered domestic abuse (4 exposed to gender violence and 7 protected) aged between 8 and 13 years. It has been used as an instrument the BASC (*Behavior Assessment System for Children*; adapted, in its self-report version). Subject design is used with pretreatment and posttreatment measures. The overall dimensions School Maladjustment and Clinical Maladjustment lower mean scores presented in the posttreatment with respect to pretreatment, both in the level 2 and 3. Moreover, the mean scores of the Personal Adjustment

dimension adaptive increase after the intervention in the two levels. There are no statistically significant differences in overall size, although the effect sizes found are high. The data obtained in this pilot study show a decrease in clinical scores and increased adaptive scales after intervention, so that it can be concluded that the program implemented has favored a greater adjustment of children in the sample. However, the results need to be confirmed in future research. It highlights the need for effective psychological interventions that reduce the suffering of child abuse victims, especially that enhances the personal skills of these to achieve a satisfactory psychological development.

Keywords: Child abuse, Resilience, BASC, Intervention efficacy.

Introducción

Tradicionalmente se ha pensado que los/as menores que sufren una experiencia traumática, como el maltrato familiar, son víctimas potenciales de sufrir una patología (Bonanno, 2004). Desde esta concepción se ha estudiado el desarrollo de los trastornos mentales, la contribución de los factores de riesgo, así como las consecuencias negativas de estos trastornos (Amar, Kotliarenco y Abello, 2003). No obstante, desde otros modelos más positivos se reconoce al ser humano con una capacidad innata para resistir a las adversidades de la vida (Vera, Corbelo y Vecina, 2006). Un ejemplo de ello es el gran porcentaje de niños/as que pese haber sufrido maltrato presentan niveles de adaptación iguales o superiores a los de otros/as menores que no han vivenciado tal acontecimiento traumático, como muestran en su metaanálisis Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny (2008). Este comportamiento positivo ha sido denominado resiliencia (Giesbrecht et al., 2009; Howell, Graham-Bermann, Czyz y Lilly, 2010).

Hoy día aún son escasos los instrumentos de medida para valorar resiliencia que estén psicométricamente validados y adaptados a población española. Por este motivo, clínicos e investigadores (como Calhoun, 2001; Keane y Calkins, 2004) emplean medidas como el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC) de Reynold y Kamphaus (1992), que dispone de escalas adaptativas para medir aspectos de la conducta que forman parte de la resiliencia. Con población maltratada también se han realizado estudios, como el de Makanui (2008).

En los últimos años se han desarrollado programas para fortalecer las competencias personales en la infancia, especialmente en población general, de los que se han realizado estudios sobre su eficacia, con buenos resultados (Quintana et al., 2007). Se dispone de menor información en relación a programas de resiliencia en menores que han sufrido maltrato y su eficacia (uno de ellos es el de Barudy y Dantganan, 2011). Hasta ahora los tratamientos para estos/as menores han estado centrados en el trauma, con el objetivo de reducir su sintomatología clínica. En este sentido, Alcántara (2009) llevó a cabo un estudio sobre la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual empleando realidad virtual, con 8 menores maltratados (11-16 años). Se empleó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) antes y después de la intervención. A pesar de que la diferencia entre las medias (121,75 en el pre frente a 141,50 en el postratamiento) no alcanzó significación estadística ($t = -2,016$, $p = 0,084 \geq 0,05$), el tamaño del efecto fue alto (entre -0,71 y -1,31), concluyendo que aumentaron las características de resiliencia de estos/as menores.

La Asociación Quiero Crecer ha desarrollado un programa de fomento de la resiliencia en menores maltratados, que consta de tres módulos: (1) teórico, en el que se

trabajan los distintos componentes de la resiliencia, la autoestima y el humor; (2) práctico, en el que se realizan actividades artísticas para expresar y representar sus vivencias; y (3) realidad virtual, en el que se inducen emociones positivas y se realiza un proyecto de vida. El objetivo de este trabajo es presentar este protocolo y estimar la eficacia del mismo, a través de la evaluación pre y postratamiento.

Método

Participantes

Los participantes se han seleccionado de un total de 39 niños/as que han formado parte de un programa de fortalecimiento de sus competencias personales, llevado a cabo por la *Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud, Quiero Crecer*. Han sido derivados a este tratamiento desde dos servicios prestados por esta asociación: *Servicio de Atención Psicológica con Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género* y *Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención Psicológica a Menores Tutelados (PEDIMET)*.

Los criterios de inclusión para formar parte de la muestra de este estudio son: (a) Haber sufrido violencia en el hogar (maltrato intrafamiliar directo y/o estar expuesto a violencia de género); (b) Presentar alteraciones emocionales y/o comportamentales; (c) Tener entre 8 y 17 años de edad; (d) Tener acceso a la Asociación Quiero Crecer a través de sus programas; (e) Residir en la Región de Murcia; (f) Tener completa la evaluación pre y post tratamiento en el cuestionario BASC para menores; y (g) Haber asistido a todas las sesiones de intervención del programa de fomento de competencias personales o, como máximo, faltar a una sesión.

En concreto, se han seleccionado a 11 menores para este estudio, 5 chicos y 6 chicas, de entre 8 y 13 años. De ellos, 4 están expuestos/as a violencia de género y 7 se encuentran tutelados por la Administración.

Instrumentos

Se ha utilizado como instrumento el *Behavior Assessment System for Children* (BASC; Reynold y Kamphaus, 1992). Está adaptado a población española por González, Fernández, Pérez y Santamaría en 2004. Evalúa una amplia gama de dimensiones patológicas y dimensiones adaptativas en menores de edades comprendidas entre los 3 y 18 años. La evaluación puede realizarse utilizando distintas fuentes de información (padres –P, tutores –T, y el propio sujeto –S), y los cuestionarios difieren según la edad del encuestado: nivel 1 (3-6 años), nivel 2 (6 - 12 años) y el nivel 3 (12-18 años).

En este trabajo se presentan los resultados obtenidos en la versión autoinforme-S. Es un inventario de personalidad que consta de enunciados que han de ser contestados como Verdadero o Falso, y consta de dos niveles de edad: nivel 2 (8-11 años), que contiene 12 escalas; y nivel 3, 12-18 años, con 14 escalas. Estos niveles se solapan en escalas, estructura y elementos individuales, por lo que se exponen los datos hallados en tres dimensiones globales, que son comunes: Desajuste Escolar, Desajuste Clínico y Ajuste Personal. En lo que se refiere a las propiedades psicométricas, el BASC versión S ha mostrado una alta consistencia interna (el alfa de Cronbach de las dimensiones globales oscila entre 0,77 y 0,91, con un valor promedio de 0,86), y una adecuada estabilidad temporal (valor promedio de las medianas de 0,76). Además, se

han obtenido evidencias de validez de constructo y de criterio del instrumento (González et al., 2004).

Procedimiento

Los/as psicólogas que trabajan en el área de salud mental de la Asociación Quiero Crecer derivan, siguiendo un criterio clínico, a los/as menores (que eran atendidos por los programas llevados a cabo) al proyecto denominado “*Fortalecimiento de las competencias personales en menores maltratados y/o expuestos a violencia de género*”. En la primera cita se administran los cuestionarios de evaluación psicológica (BASC) al cuidador/a principal y al niño/a, y se les proporcionan los cuestionarios para que el tutor/a del colegio del/la menor los cumplimente. A continuación se inicia el protocolo de tratamiento psicológico del programa de fortalecimiento de competencias. Tras la intervención psicológica se vuelve a aplicar el protocolo de evaluación con el fin de estimar los efectos de la intervención.

Diseño

Se ha llevado a cabo un diseño intragrupo de medidas repetidas, tomando medidas en dos momentos temporales diferentes para cada niño (antes de iniciar el tratamiento y después de finalizarlo).

Resultados

Como se puede observar en la Tabla 1 y en las Figuras 1 y 2, en relación al nivel S2, las dimensiones globales Desajuste Escolar y Desajuste Clínico presentan puntuaciones medias inferiores en el postratamiento con respecto al pretratamiento. Así, en el primer caso, de 115,28 en el pre pasa a 108,14 en el post; mientras que en el segundo, la media disminuye de 135,71 a 127,57 después del programa de intervención. Por otra parte, la dimensión global Ajuste Personal aumenta la puntuación hallada de 188,14 a 209,71, pre y postratamiento, respectivamente. Con respecto al nivel S3, se hallan unas puntuaciones medias de 153,75 en Desajuste Escolar y de 183,5 en Desajuste Clínico, antes de la intervención, disminuyendo a 136,5 y a 175,5, respectivamente, al finalizar la misma. En la dimensión adaptativa Ajuste Personal se encuentra un aumento de su puntuación en el postratamiento con respecto al pretratamiento, pasando de 170,75 a 200.

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas pre y post tratamiento para el BASC-S, niveles 2 y 3.

	DIMENSIONES GLOBALES		MEDIA	PUNTO
BASC S2 (N7)	Desajuste escolar	PRE	115,28(24,97)	59,85
		POST	108,14 (23,69)	55,85
	Desajuste clínico	PRE	135,71 (15,22)	44,85
		POST	127,57 (13,55)	41,57
	Ajuste personal	PRE	188,14 (37,18)	45,71
		POST	209,71 (9,14)	53,28
BASC S3 (N4)	Desajuste escolar	PRE	153,75 (39,78)	54,5
		POST	136,5 (23,70)	47
	Desajuste clínico	PRE	183,5 (23,27)	44,25
		POST	175,5 (22,03)	42
	Ajuste personal	PRE	170,75 (43,79)	40
		POST	200 (18,49)	50

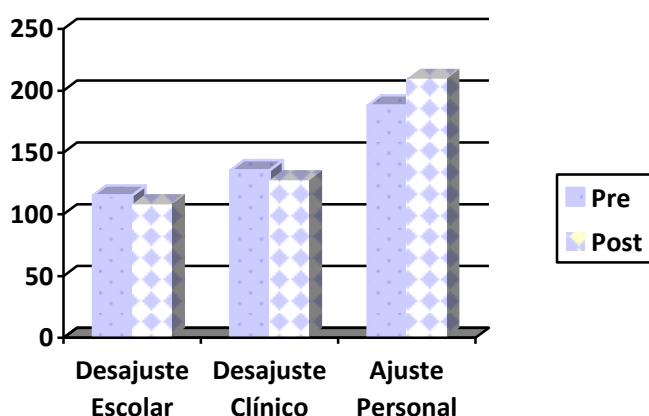


Figura 1. Medias pre y post tratamiento de las dimensiones globales BASC S2.

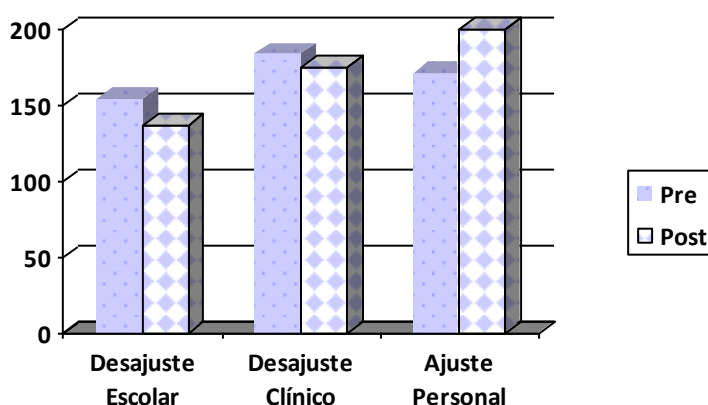


Figura 2. Medias pre y post tratamiento de las dimensiones globales BASC S3.

En la Tabla 2 se recogen los resultados de las pruebas *t* de Student para el nivel S2 y S3 del BASC, no hallando significación estadística en ninguna dimensión global. No obstante, son altos los tamaños del efecto encontrados. Así, en el nivel 2 se halla un valor $d = 4,47$ en Desajuste Escolar ($t = 1,69$ (6) $p = 0,14 \geq 0,05$); $d = 3,94$ en Desajuste Clínico ($t = 1,49$ (6) $p = 0,18 \geq 0,05$); y $d = -3,78$ en Ajuste Personal ($t = -1,43$ (6) $p = 0,20 \geq 0,05$). En el S3 son valores inferiores, con un $d = 1,59$ en Desajuste Escolar ($t = 0,79$ (3) $p = 0,48 \geq 0,05$); $d = 1,11$ en Desajuste Clínico ($t = 0,55$ (3) $p = 0,61 \geq 0,05$); y $d = -3,39$ en Ajuste Personal ($t = -1,69$ (3) $p = 0,18 \geq 0,05$).

Tabla 2. Pruebas T, significación y Tamaño del efecto para el BASC S2 y S3.

	<i>DIMENSIONE S</i>	<i>Diferencia medias</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	<i>GLOBALES</i>					
BA	Desajuste	7,14	1,69	6	0,14	4,47
SC	escolar					
S2	Desajuste	8,14	1,49	6	0,18	3,94
(N7)	clínico					
	Ajuste	-21,57	-1,43	6	0,20	-3,78
	personal					
BA	Desajuste	17,25	0,79	3	0,48	1,59
SC	escolar					
S3	Desajuste	8,00	0,55	3	0,61	1,11
(N4)	clínico					
	Ajuste	-29,25	-1,69	3	0,18	-3,39
	personal					

Discusión/conclusiones

Los datos obtenidos en este trabajo muestran una disminución de las dimensiones clínicas así como un aumento de la dimensión adaptativa en el BASC tras la intervención en resiliencia, por lo que se puede concluir que el programa aplicado ha favorecido un mayor ajuste de los/as menores maltratados de la muestra.

Sin embargo, es necesario apuntar que es un estudio piloto y presenta algunas limitaciones: no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre las medias antes y después de la intervención. Además el instrumento de evaluación empleado no es específico sobre resiliencia y no se han publicado estudios con él en programas para menores maltratados, con los que poder comparar los resultados.

Todavía son escasos los estudios en la literatura científica acerca de intervenciones en resiliencia con menores maltratados, por lo que los resultados en torno a la eficacia de programas para estos fines aún no arrojan datos concluyentes. En relación a esto, este trabajo responde estas necesidades actuales en el campo de la resiliencia y el maltrato infantil. En concreto, se ha presentado un protocolo de tratamiento para fomentar las competencias personales de menores que han sufrido maltrato intrafamiliar y se han obtenido datos en un estudio piloto sobre su eficacia.

Todo esto merece análisis más detallados en estudios futuros. Resulta imprescindible contar con un mayor número de participantes y comparar los datos con un grupo control para poder aumentar la potencia de las pruebas estadísticas, y verificar así los resultados obtenidos.

Por último, se pone de relieve la necesidad de llevar a cabo intervenciones psicológicas eficaces que disminuyan el sufrimiento de los/as menores víctimas de maltrato, y especialmente protocolos de tratamiento que aborden dos objetivos: disminuir las alteraciones clínicas y aumentar las habilidades y competencias personales frente a la adversidad, para conseguir un mayor ajuste en su desarrollo y mayor satisfacción vital.

Agradecimientos

Esta investigación se ha realizado gracias al proyecto “Fortalecimiento de las competencias personales en menores maltratados y/o expuestos a violencia de género” concedido por la Obra Social La Caixa a la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud en el año 2012.

Referencias

- Alcántara, M.V. (2009). *Eficacia de un tratamiento psicológico cognitivo-emocional-comportamental focalizado en el trauma en infancia maltratada*. Tesina de licenciatura no publicada. Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Amar, J.J., Kotliarenko, M.A. y Abelló, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y desarrollo*, 11(1), 162-197.
- Calhoun, G. B. (2001). Differences between male and female juvenile offenders as measured. *Journal of Offender Rehabilitation*, 34(2), 77-87.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2011) *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil*. Barcelona: Gedisa.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Giesbrecht, T., Abidi, K., Smeets, T., Merckelbach, H., Oorsouw, K.V. y Raymaekers, L. (2009). Adversity does not always lead to Psychopathology: cognitive reactivity is related to longitudinal changes in Resilience. *Netherlands journal of Psychology*, 65(2), 62-68.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones.
- Howell, K. H., Graham-Bermann, S.A., Czyz, E. y Lilly, M. (2010). Assessing Resilience in Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Violence and Victims*, 52(2), 150-164.
- Keane, S. P. y Calkins, S. D. (2004). Predicting kindergarten peer social status from toddler and preschool problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 409-423.
- Kitzmann, K.M., Gaylord, N.K., Holt, A.R. y Kenny, E.D. (2008). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352.
- Makanui, B. A. (2008). *Examining the role of explanations and expectatives as mediators of the maltreatment-outcome relation in youth*. Kansas: Universidad de Kansas, ProQuest.
- Quintana, A., Montgomery, W., Yanec, E., Sarria, C., Chavez, H., Malaver, C., Soto, J., Alvites, J., Herrera, E. y Solórzano, L. (2007). Efectos de un modelo de entrenamiento en autovalía sobre la conducta resiliente y violenta en adolescentes. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(2), 43-69.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *BASC – Behavioral Assessment System for Children Manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento post-traumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Wagnild, G y Young, H (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

FORTALEZAS PERSONALES EN MAYORES VIUDOS: DISEÑO MIXTO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA POSITIVA

Adriana Rodríguez*, Lucía Loreto* y Celia Camilli Trujillo**

** Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela*

*** Universidad CEU-San Pablo, Madrid, España*

Resumen

Las fortalezas personales pueden ser potenciadas y desarrolladas en todos los individuos sin importar la etapa del ciclo vital en la que se encuentren. La vejez es un período de vida de gran relevancia para el entendimiento del desarrollo completo del ser humano, cuestión que interesa al ámbito de la psicología y que no ha sido mayormente abordada desde los aspectos positivos. El objetivo de la investigación ha sido analizar a través de un diseño mixto exploratorio, las fortalezas personales, significados y uso en una muestra de seis adultos mayores hombres viudos. Los instrumentos aplicados han sido entrevistas a profundidad, la versión adaptada al castellano del cuestionario VIA de Fortalezas Personales y entrevistas semiestructuradas. El análisis cuantitativo ofreció información sobre el perfil de fortalezas personales de los adultos mayores y el análisis cualitativo profundizó en el significado y uso de las fortalezas. Los resultados señalan que los adultos mayores hombres viudos entienden que en las fortalezas intervienen características propias del individuo y del contexto, coincidiendo con lo planteado por la Psicología Positiva. El contraste de resultados evidenció coincidencias a nivel nominal y de significado con respecto a las 24 fortalezas del carácter propuestas en el VIA pero también diferencias, al emerger otras que no estaban contempladas en dicho perfil, tales como *resiliencia, salud física, autonomía, experiencia, inteligencia, habilidades artísticas y trabajo*. Las fortalezas personales que predominan en este grupo etario son *autenticidad, bondad, justicia, liderazgo y prudencia*, las cuales se ejercen en actividades laborales, de relaciones sociales, recreativas, comunitarias y a través de la palabra. La utilización de diseños mixtos de investigación permitió matizar cómo viven y significan las fortalezas de los adultos mayores hombres viudos en función del contexto y de las circunstancias particulares que han tenido que enfrentar en esta nueva etapa de la vida.

Palabras claves: diseño mixto de investigación, psicología positiva fortalezas personales, personas mayores, viudez.

PERSONAL STRENGTHS IN ELDERLY WIDOWERS: POSITIVE PSYCHOLOGY IN MIXED RESEARCH DESIGN

Summary

Personal strengths can be enhanced and developed in all individuals, irrespective of their stage of life. Old age is a hugely significant period of life in understanding the holistic development of a human being, a matter of interest in the field of psychology which has not been substantially addressed in terms of its positive aspects. The purpose of the research was to analyse, by means of a mixed exploratory design, personal strengths, meanings and usage in a sample of six elderly widowers. The instruments applied were in-depth interviews, the Spanish version of the VIA Character Strengths questionnaire and semi-structured interviews. The quantitative analysis provided information on the personal strength profile of the elderly men,

while the qualitative analysis explored in greater depth the meaning and usage of strengths. The results indicate that elderly widows understand that their strengths are affected by their inherent personal and contextual characteristics, coinciding with the approach adopted by Positive Psychology. A comparison of results revealed correspondences at the nominal and meaning level with regard to 24 character strengths set out in the VIA, as well as differences, since others emerged which were not covered by said profile, such as *resilience, physical health, independence, experience, intelligence, artistic skills and work*. The personal strengths which predominate within this age group are *authenticity, generosity, fairness, leadership and prudence*, expressed in work, in social, recreational and community relations, and orally. The usage of mixed research designs served to fine-tune the perception of how elderly widows experience and signify their strengths in accordance with the context and the specific circumstances they have had to face up to in this new stage of their lives.

Keywords: Mixed research design, positive psychology, personal strengths, elderly people, widowhood.

Introducción

El objeto de la Psicología Positiva es el estudio de aquellos elementos positivos que apuntan a una perspectiva saludable e integral del individuo, los cuales son inherentes a todas las personas y pueden ser potenciados para la obtención de bienestar y felicidad, a través del conocimiento propio del sujeto y la puesta en práctica de sus capacidades, habilidades y fortalezas.

En general, los estudios sobre la calidad de vida tienden a considerar a los adultos mayores como los destinatarios de “influencias externas” en lugar de ser vistos como “agentes autónomos y generadores de cambios en su contexto”. La expresión de talentos y competencias individuales y el uso de las fortalezas personales, facilitan la eliminación de las barreras externas para un envejecimiento saludable (Ranzijn, 2002).

Mejorar la calidad de vida en el envejecimiento es el objetivo primordial de la psicogerontología como disciplina que ha promovido el bienestar de las personas mayores (Fernández-Ballesteros, 2006), demostrando así las habilidades potencialidades y contribuciones que este grupo etario ofrece la sociedad (Bhatia, 2012).

Para Seligman y Csikszentmihalyi (2000) el bienestar se manifiesta en tres dimensiones: la vida placentera, que refiere a experimentar emociones positivas con respecto al pasado, presente y futuro; la vida comprometida en la que se ponen en práctica las fortalezas personales para poder desarrollar mayor cantidad de experiencias óptimas y la vida significativa, que se constituye bajo el sentido vital y el desarrollo de determinados objetivos que trascienden más allá de uno mismo. Precisamente son las fortalezas del carácter “los ingredientes psicológicos (procesos o mecanismos) que definen las virtudes. Dicho de otra manera, son rutas distinguibles para demostrar una u otra de las virtudes” (Peterson y Seligman 2004, p.13) las cuales contribuyen al enriquecimiento de la vida (Peterson y Park, 2009) y a hacer frente a la adversidad.

Las fortalezas se agrupan en seis virtudes universales que son “...el núcleo de características valoradas por filósofos morales y pensadores religiosos...” (Peterson y Seligman, 2004, p.13) a saber: *sabiduría y conocimiento* (creatividad, curiosidad, apertura de mente, amor al aprendizaje y perspectiva); *coraje* (valor, persistencia, autenticidad y vitalidad); *humanidad* (amor, bondad e inteligencia social); *justicia* (civismo, imparcialidad y liderazgo), *templanza* (perdón y misericordia, humildad y

modestia, prudencia y autorregulación) y por último, *trascendencia* (apreciación de la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, humor y religiosidad).

No se trata entonces, de poseer fortalezas porque todo ser humano cuenta con ellas (Seligman (2005) sino cómo las personas hacen uso frecuente de éstas en su cotidianidad para potenciarlas. Por lo tanto, la viudez exige de las personas respuestas adaptativas en donde las fortalezas personales y su uso activo permiten mantener una calidad de vida saludable y así disfrutar de esta etapa del ciclo vital (Baltes, 1987, Sánchez, 2004).

Por consiguiente, la presente investigación tiene por objetivo el estudio de las fortalezas personales, su uso y significados que otorgan los adultos mayores hombres en su condición de viudez con la finalidad de ofrecer programas psicoeducativos orientados a un envejecimiento exitoso.

Método

Participantes

Se trató de una muestra intencional por conveniencia, conformada por seis adultos mayores de 65 años, hombres, viudos, que habían perdido al cónyuge o pareja en un tiempo mayor a 3 meses, sin deterioro cognitivo y que viven en la Zona Metropolitana de Caracas.

Instrumentos

- *Test Mini-Mental* (MMSE) de Folstein, Folstein y McHugh (1975) para descartar deterioro cognitivo en los adultos mayores.
- Entrevista a profundidad para abordar y profundizar acerca de los significados y vivencias que los adultos mayores hombres viudos otorgan a sus fortalezas personales. El guión fue validado por expertos siendo los temas a indagar: significados y vivencias de fortalezas, su uso, relación fortaleza-vejez y relación fortaleza-viudez.
- Cuestionario VIA de Fortalezas Personales elaborado por Peterson y Seligman (2001) y adaptado al castellano por Vásquez (2006) para identificar el perfil de las 24 fortalezas del carácter en los participantes de la muestra y así, destacar las fortalezas personales que refieren a las cinco primeras que prevalecen en dicho perfil.
- Entrevista semiestructurada para profundizar en cómo los adultos mayores hombres viudos emplean sus fortalezas personales en la vida cotidiana.

Procedimiento

Los resultados obtenidos del Cuestionario VIA de Fortalezas Personales permitieron identificar de un perfil de 24 fortalezas las primeras y últimas cinco de cada sujeto. Luego el análisis cualitativo de las entrevistas a profundidad y semiestructuradas, matizó el significado y uso de esas fortalezas personales. El primer nivel de análisis cumplió con la identificación de las unidades de significados lo que dio paso a la comparación constante de las unidades de información que se siguieron conectando conceptualmente para generar nuevas categorías y consolidar las anteriormente establecidas. Posteriormente se logró la saturación de categorías, lo que implica la repetición de los datos entendiendo que cada nueva información emergida y

analizada fundamentaba lo antes conformado. Por último, se trabajó en el segundo nivel de análisis, el cual es más conceptual y abstracto lo que a su vez generó la construcción de temas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Diseño

La premisa central de los métodos de investigación mixtos radica en el uso de la combinación de enfoques porque ofrecen una mejor comprensión de la situación de estudio cuando se comparan con la aplicación de los métodos de manera individual (Creswell y Plano, 2011). El diseño mixto que se ha aplicado es exploratorio en donde los hallazgos de la metodología utilizada en la primera etapa del estudio, en este caso la cualitativa, contribuye en el desarrollo o a informar la segunda etapa cuantitativa.

Resultados

En la entrevista a profundidad emergieron cinco grandes categorías con respecto a cómo los adultos mayores viudos significan y viven las fortalezas y su uso cotidiano:

- La fortaleza y su significado, se entiende como el carácter y la forma de ser de una persona, mediada por factores como la formación personal e instruccional, la inteligencia y las redes de apoyo sociales. Las fortalezas las significan como gozar de una buena salud física, como una herramienta para superar la pérdida y como motor para mantener el deseo de seguir realizando lo que se quiere “es una manera de pensar positivamente”.
- La fortaleza y su vivencia, la cual se experimenta dependiendo de la situación que se esté atravesando en un momento determinado. Las consecuencias físicas y emocionales vividas pueden disminuir o potenciar las fortalezas. La cantidad de fortalezas acumuladas dependen de las experiencias durante la vida.
- Las fortalezas en adultos mayores viudos, refieren a aquellas que se consideran como propias de esta etapa de la vida siendo las que emergieron de las narrativas con mas fuerza resiliencia, salud física, autonomía, habilidades, experiencia, inteligencia y trabajo.
- El uso de fortalezas en la vejez, variará en función de las circunstancias del momento y son utilizadas tanto en la dinámica cotidiana así como ante experiencias dolorosas y situaciones difíciles.
- Por último, la experiencia de la viudez en los adultos mayores hombres y sus fortalezas, en donde los participantes en su condición de viudez, reflejan el uso de las mismas frente a la pérdida de la pareja en la que refieren sentimientos de soledad y vacío, así como en el cambio que conlleva este evento en la dinámica diaria al enfrentar nuevas tareas y exigencias. Las fortalezas aumentan o disminuyen tras la muerte de su cónyuge, no obstante, la implementación de las mismas es un medio para la superación de dicho suceso que, unido al paso del tiempo, permite afrontar de forma adaptativa el fallecimiento y sus consecuencias, demostrando que es posible crecer y verse aún más fortalecido ante la adversidad.

Posterior a la aplicación de la entrevista a profundidad, los resultados del cuestionario *VIA de Fortalezas Personales* indicaron que las cinco fortalezas que con mayor frecuencia aparecen en este grupo de personas mayores son: (a) *autenticidad*, la cual se evidenció en todos los participantes y (b) *bondad, imparcialidad y justicia, liderazgo y prudencia* solo en la mitad de la muestra. Por otro lado, las fortalezas que ocuparon los últimos cinco lugares fueron: *creatividad, curiosidad, amor al*

aprendizaje, perspectiva, valor, vitalidad, amor, apreciación de la belleza, esperanza, humor y espiritualidad.

Llama la atención que algunas de las fortalezas que ocuparon los últimos lugares en el perfil del grupo, tales como creatividad, curiosidad, perspectiva, vitalidad, amor, humor, esperanza, espiritualidad, son consideradas por los adultos mayores hombres viudos como propias en sus narrativas, lo cual abre un espacio de reflexión sobre el hecho de que quizás las mismas podrían no ser utilizadas con frecuencia en su cotidianidad ante diversas situaciones de vida y por ende, no se constituyen como fortalezas en su total potencialidad.

En cuanto a los resultados obtenidos en la *entrevista semiestructurada*, cuyo objetivo estuvo dirigido a abarcar los ámbitos y acciones específicas en las que los adultos mayores viudos hacen uso de sus fortalezas personales, éstas se llevan a cabo en diferentes ámbitos: (a) laboral, vinculadas al desarrollo profesional y la realización de tareas simples o más complejas, (b) social, para el establecimiento de relaciones sociales, ya sea con familiares, amigos o vecinos; (c) de ocio y recreación, en actividades asociadas a momentos de disfrute con personas significativas; (d) comunitario, relacionadas con el hecho de proporcionar ayuda y servicio desinteresado a aquellas personas que lo necesitan así como vida ciudadana de la forma más correcta posible para el beneficio de la sociedad; y (e) a través de la palabra, como compromiso de intenciones, deseos y creencias.

Discusión/conclusiones

La construcción de las significaciones de los adultos mayores hombres viudos sobre sus fortalezas se relaciona con el hecho de que éstas depende del carácter, que a su vez, es entendido como la manera de ser de una persona, su visión particular y el ánimo para enfrentarse ante situaciones de la vida (Seligman, 2005). Los estilos de pensamiento, sentimientos y conductas moralmente valoradas contribuyen al enriquecimiento de la vida y son parte de lo que se entiende como fortalezas del carácter es precisamente ese pensamiento positivo lo que pone en evidencia la fortaleza (Peterson y Park, 2009).

El contraste de resultados cualitativos y cuantitativos permitió validar el perfil del fortalezas del VIA (Peterson y Seligman, 2004) porque a pesar de que los adultos mayores en sus narrativas ofrecieron “nombres diferentes” coincidieron en cuanto a su definición sustancial. También es cierto que este contraste evidenció cómo no es suficiente con asumir que se poseen determinadas fortalezas sino que es necesario su puesta en práctica para ser consideradas como tal (Seligman, 2005). En las entrevistas emergieron fortalezas muy valoradas por este grupo etario, las cuales no aparecieron en el perfil, como es el caso de la salud física entendida como un factor o condición para un envejecimiento exitoso (IMSERSO, 2011).

El valor del trabajo, el aprendizaje a lo largo de la vida (Baltes, 1987) y la capacidad de resiliencia (Bonanno, 2004) variables que se asocian con un envejecimiento exitoso (Fernández-Ballesteros, 2006).

Entre algunas de las limitaciones halladas en el proceso de investigación se encontró la dificultad para contactar a sujetos con las características específicas requeridas para la muestra. De igual forma, la aplicación del cuestionario VIA, resultó extenso por lo que se sugiere una adaptación dirigida únicamente a la población de adultos mayores. Además, se recomienda realizar estudios vinculados al género y el

duelo, a cómo se vive jubilación en esta etapa, estudios de familias con miembros en condición de viudez, así como estudios de diferencias generacionales y los significados otorgados a las fortalezas.

Finalmente, a pesar de las visiones y connotaciones negativas que existen sobre la vejez, bajo la perspectiva de la Psicología Positiva se plantea que todas las personas sin importar edad, sexo y cultura poseen fortalezas que pueden ser utilizadas para la producción de bienestar.

Agradecimientos

El tema del presente estudio forma parte del convenio de investigación entre la Universidad Metropolitana en Caracas y la Universidad CEU-San Pablo en Madrid. Gracias a la colaboración entre ambas universidades se ha trabajado con una línea de interés común potenciando así el estudio de los adultos mayores.

Referencias

- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Bathia, H. (2012). Need for positive psychology today. *International Journal of Psychology*, 47, 638-638.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Creswell, J. y Plano, V. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2a. ed.). California: SAGE Publications.
- Fernández-Ballesteros, R. (2006). GeroPsychology. An Applied Field for the 21st Century. *European Psychologist*, 11, 312-323.
- Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª. ed.). México: Editorial McGraw Hill.
- IMSERSO (2011). *Envejecimiento activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo.
- Peterson, C. y Park, N. (2009). El estudio científico de las Fortalezas Humanas. En C. Vázquez y G. Hervás (Coords.) *La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva* (pp.181-205). Madrid: Alianza Editorial.
- Peterson, C. y Seligman, M. (2001). *Values in Action (VIA) Classification of Strengths*. Recuperado el 11 de julio de 2013 de <http://www.positivepsychology.org/>
- Peterson, C. y Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues, A Handbook and Classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ranzijn, R. (2002). The potential of older adults to enhance community quality of life: links between positive psychology and productive aging. *Ageing International*, 27, 30-55.
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas* (Tesis doctoral, Universidad de Málaga). Recuperada de <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16704046.pdf>
- Seligman, M. (2005). *La Auténtica Felicidad*. Barcelona, España: Ediciones B.

Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American psychologist*, 55, 5-14.

Vázquez, C. (2006). *Cuestionario VIA de Fortalezas Personales*. Recuperado el 10 de julio de 2013 de <http://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/default.aspx>

MEDITACIÓN Y SALUD MENTAL

Paula Cabal-García*, Lidia Marfil-Victoria, Emilio García-García***, Su Miao Ye-Chen***, Rebeca Lombrana-Ruiz* y Carlos Valiente-Barroso*****

**Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España*

***Universidad Autónoma de Barcelona, España*

****Universidad Complutense de Madrid, España*

Resumen

La meditación se ha desarrollado como una práctica espiritual y asociada a la salud, en muchos lugares de la Tierra, desde hace más de 5000 años. Históricamente, los objetivos religiosos o espirituales eran intrínsecos a cualquier forma de meditación. Su ejercicio ha pretendido lograr algún tipo de crecimiento espiritual, iluminación interior, transformación personal o experiencia trascendental. Durante las últimas décadas, la práctica de la meditación ha incrementado notablemente su popularidad, adaptándose a los intereses y tendencias de la cultura occidental, convirtiéndose paulatinamente en una estrategia terapéutica complementaria para una diversa gama de problemas relacionados con la salud. Aunque existe una variedad de tradiciones y técnicas meditativas, se puede proponer una definición operacional, basada en técnicas de consenso, que permite catalogar como ‘meditación’ cualquier práctica si: (1) utiliza una técnica específica y claramente definida; (2) implica relajación muscular en algún momento del proceso; (3) conlleva una coherente relajación mental, exenta de intencionalidad añadida por búsqueda de expectativas en su proceso (analizando los efectos psico-físicos, juzgando posibles resultados, etc.); (4) implica un estado auto-inducido; y (5) utiliza la capacidad de autoenfocar la atención. Una revisión exhaustiva de la literatura científica centrada en los efectos de la meditación sobre la salud mental, atestigua la efectividad de esta práctica en relación a depresión, ansiedad, trastorno de pánico, desórdenes de la conducta alimentaria, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, abuso de sustancias, así como en cuadros de estrés patológico. Se constata la necesidad de profundizar en los factores diferenciales que dimanan de cada técnica meditativa específica.

Palabras Clave: Ansiedad, depresión, hipocondriasis, meditación.

MEDITATION AND MENTAL HEALTH

Abstract

Meditation has been developed as a spiritual practice and associated health in many parts of the Earth for over 5000 years. Historically, religious or spiritual goals were intrinsic to any form of meditation. Its practice has sought to achieve some kind of spiritual growth, internal enlightenment, personal transformation or transcendental experience. Over the past few decades, the meditation practice has notoriously increased its popularity and has adapted to interests as well as occidental cultural trends to progressively become a complementary therapeutic strategy for a wide range of issues related to health. Although there is a variety of traditions and meditation techniques, an operational definition can be proposed, based on consensus techniques that enable cataloguing any practice as ‘meditation’ providing: (1) that a specific and clearly defined technique is used; (2) that muscular relaxation at any time of the process is implied; (3) that coherent mental relaxation is involved, exempt from added intentionality as a consequence of searching for expectations in its process (analysing psycho-physical effects, judging possible outcomes, etc.); (4) that self-inflicted status is involved; and

(5) that the capacity to autofocus attention is used. A comprehensive review of scientific literature based on meditation effects on mental health demonstrates the effectiveness of this practice regarding depression, anxiety, panic disorder, eating disorders, attention-deficit hyperactivity disorder, substance abuse as well as in pathological stress clinical pictures. The need to deepen differential factors that arise from each specific meditative technique is therefore clear.

Keywords: Anxiety, depression, hypochondriasis, meditation

Introducción

En los últimos años ha aumentado el uso de la meditación para tratar una variedad cada vez mayor de trastornos físicos y emocionales por parte de profesionales de la salud. De este modo, se acumulan estudios que aluden a la eficacia de esta práctica respecto de alteraciones psicopatológicas, convirtiéndola en una terapia específica más (Baer, 2003).

La meditación puede definirse como un estado de observación acrítica de los contenidos cognoscitivos. Es un medio de descondicionamiento, por lo que los orientales lo conocen como el camino hacia la liberación o a la iluminación (Osho, 1996). Sin embargo, la sociedad occidental ha desconocido el estado meditativo y sus efectos durante siglos. Fue necesaria la llegada y expansión de las teorías cognitivas y conductuales para acoger la meditación como técnica terapéutica en el occidente. La terapia de conducta y la psicología social experimental fueron las más necesitadas de incluir variables cognoscitivas, tanto en sus modelos explicativos, como en sus estrategias de intervención. Así, el trabajo de Ellis (1962), Beck (1967) y muchos otros, encontró gran acogida en el movimiento conductual. Curiosamente, buena parte de los principios eran los mismos que proponía el budismo tibetano hace miles de años. Allí se abrió otra brecha del conductismo hacia la meditación. Jacobson (1938) introdujo la relajación muscular progresiva, Wolpe (1973, 1982) la popularizó y Bernstein y Borcovec (1973) la estandarizaron para su manejo clínico y la investigación. Con la herramienta de la relajación profunda, muchos psicólogos conductuales descubrieron la meditación (Aguilar y Musso, 2008).

La investigación científica sobre las prácticas de meditación se caracteriza por la falta de un punto de vista teórico común y por una calidad metodológica deficiente. Los estudios sobre la efectividad terapéutica de técnicas de meditación, aunque apuntan beneficios y mejora en la calidad de vida y en la sintomatología de los pacientes, también señalan importantes limitaciones en cuanto a control de sesgos en los diseños y resultados, y la necesidad de establecer una definición operacional de la meditación como técnica de intervención, para mayor control de esta variable (Ospina et al., 2007).

A pesar de la falta de consenso en la literatura científica, respecto a una definición única de ‘meditación’, la mayoría de los investigadores estarían de acuerdo en que la meditación implica una forma de entrenamiento mental, que requiere una amortiguación o vaciamiento de la mente, y que, como objetivo primordial, se propone conseguir un estado de “observación imparcial” mediante el que los participantes, siendo conscientes de su entorno, no se centran en pensar sobre el mismo (Valiente-Barroso, 2011).

La definición de meditación ha sido diversa según la orientación o perspectiva desde la cual se define. Desde una perspectiva cognitiva y psicológica, se ha definido la

meditación como un conjunto de prácticas de autorregulación que tienen como objetivo acercar los procesos mentales bajo control voluntario a través de centrar la atención y la conciencia (Walsh et al., 2004). Otras definiciones enfatizan los componentes de la relajación, la concentración, el estado alterado de la conciencia, la suspensión de los procesos de pensamiento lógico, y el mantenimiento de la auto-observación de la actitud (Craven, 1989).

También se ha desarrollado una definición operacional amplia y detallada de la meditación que permite incluir las prácticas de creencias tradicionales y las que se han desarrollado específicamente para su uso en el ámbito clínico. Este enfoque está basado en técnicas de consenso, y definen cualquier práctica como la meditación si (1) utiliza una técnica específica y claramente definido, (2) implica relajación muscular en algún momento durante el proceso, (3) implica relajación lógica (es decir, no "tener la intención "para analizar los posibles efectos psicofísicos, no" tener la intención "para juzgar los resultados posibles, y no" tener la intención "para crear cualquier tipo de expectativa con respecto al proceso), (4) un estado de auto-inducida, y (5) el uso de una habilidad de auto-enfoque o "ancla" para la atención (Cardoso et al., 2004).

Una revisión exhaustiva de la literatura científica centrada en los efectos de la meditación sobre la salud mental, atestigua la efectividad de esta práctica en relación a depresión (Grossman et al., 2004), ansiedad (Delmonte, 1985; Krisanaprakornkit et al., 2004), trastorno de pánico (Bishop, 2002), así como en cuadros de estrés patológico (Bishop, 2002). Por tanto, se han desarrollado programas de intervención con meditación, la reducción del estrés basado en *Mindfulness* (MBSR) es un programa de grupo estructurado que emplea meditación de atención plena para aliviar el sufrimiento asociado con los trastornos físicos, psicosomáticos y psiquiátricos que se basa en un procedimiento sistemático para desarrollar mayor conciencia de la experiencia momento a momento de los procesos mentales perceptibles. Este enfoque asume que una mayor conciencia proporcionará percepción más verídica, reducirá el afecto negativo y mejorará la vitalidad y supervivencia. Y la Terapia cognitiva basada en *Mindfulness* (Segal, 2000), dirigida a tratar pacientes por depresión en remisión. Siendo la depresión y la ansiedad los problemas psiquiátricos que en mayor medida se ha tratado con técnicas de meditación.

El objetivo del presente estudio consiste en valorar los efectos de programas de intervención de meditación (definida operacionalmente por consenso) comparados con otros tratamientos convencionales en pacientes con diagnóstico de depresión o ansiedad de ámbito ambulatorio, en estudios controlados aleatorizados.

Método

Participantes

Adultos con diagnóstico por trastorno mental (depresión, ansiedad, TDAH, Estrés crónico), con o sin otras alteraciones psiquiátricas comórbidas, independientemente del sexo, la edad o la nacionalidad.

Materiales

Dos revisores independientes evaluaron la pertinencia del estudio, extrajeron los datos y evaluaron la calidad metodológica de los estudios. Para ello, se realizó una

búsqueda en las bases de datos *Psychinfo*, *Web of Science* y *Pubmed* siguiendo los criterios para la valoración de los estudios que se exponen a continuación.

Diseño

Ensayos clínicos controlados aleatorios y no aleatorizados, que utilizaron la terapia de meditación (que cumple criterios de consenso).

Procedimiento

Tipos de intervención. Estudios que incluyan una intervención que cumpla con los criterios de la definición operativa de meditación consensuada de Cardoso et al. (2004).

Condiciones de comparación. Estudios que comparen la terapia de meditación sola o combinada con tratamientos convencionales (fármacos u otro tratamiento psicológico), con ninguna intervención o control en lista de espera.

Tipos de medidas de resultado. Medidas de resultado primarias: 1) Mejoría en alguna escala clínica del trastorno mental estudiado al final del ensayo 2) Mejoría global, calidad de vida. Medidas de resultado secundarias: 1) Aceptabilidad del tratamiento; (a) cualquier efecto adverso informado en los ensayos; (b) número de sujetos que informaron efectos adversos, 2) Abandonos (que se considerarían una medida aproximada del cumplimiento con el protocolo del ensayo) 3) Número de experiencias relacionadas con la meditación (sentirse fuera del cuerpo, sensación extática, despersonalización, experiencia visual).

Control de sesgos. El estudio cumple con los criterios de control de sesgos de la escala Jadad (puntuación ≥ 3). La escala de Jadad sólo considera aquellos aspectos relacionados con los sesgos referidos a: la aleatorización, el enmascaramiento de los pacientes y del investigador al tratamiento (conocido como doble ciego), y la descripción de las pérdidas de seguimiento. Es un cuestionario sencillo, rápido de aplicar y ha sido validado. Mediante estas cinco preguntas puede realizarse una valoración de la validez de un ensayo clínico. Este cuestionario da una puntuación en una escala que va de 0 a 5 puntos, de manera que a mayor puntuación mejor calidad metodológica tiene el ensayo clínico aleatorizado (ECA) evaluado. Se considera como "riguroso" un ECA de 5 puntos y de pobre calidad si su puntuación es inferior a 3.

Tabla 1. Características de estudios excluidos.

<i>ID estudio</i>	<i>Razón para la exclusión</i>
Bieling, 2012	No describe el modo de aleatorización. No incluye análisis por intención de tratar.
Vollestad, 2011	No describe el modo aleatorización.
Van Aalderen, 2012	No incluye análisis por intención de tratar.

Resultados

De la revisión de los estudios sobre meditación y salud mental, llevados a cabo en los últimos cinco años, cinco investigaciones cumplían con los criterios de inclusión fijados; citados con anterioridad. Los participantes, el tipo de diseño y los resultados principales de dichos estudios se encuentran sintetizados en la tabla resumen que se expone a continuación (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de estudios incluidos.

<i>ESTUDIO</i>	<i>MUESTRA</i>	<i>TIPO MEDITACIÓN</i>	<i>N</i>	<i>DISEÑO</i>	<i>HALLAZGOS</i>
Segal et al. (2010)	Depresión	MBCT	84	MBCT vs. tratamiento farmacológico vs. placebo	MBCT y tratamiento farmacológicos son más efectivos frente a las recaídas que el placebo
Godfrin et al. (2010)	Depresión	MBCT	106	MBCT+TAU vs. TAU	Mayor incremento del tiempo hasta la recaída, así como reducción de síntomas depresivos en el grupo MBCT+TAU
McManus et al. (2012)	Hipocondriasis	MBCT	74	MBCT vs. US	MBCT reduce significativamente más los niveles de ansiedad por la salud
Arch et al. (2013)	Diferentes trastornos ansiedad	MBSR	105	CBT vs. adapted MBSR	CBT y MBSR fueron efectivos reduciendo la severidad de los síntomas. CBT fue más efectiva con los niveles de ansiedad y MBSR lo fue con los síntomas depresivos y los trastornos comórbidos.
Perich et al. (2013)	Trastorno Bipolar	MBCT	95	MBCT+TAU vs. TAU	MBCT produjo una reducción de la sintomatología ansiosa.

Meditación y trastornos de ansiedad

McManus et al. (2012) realizan un estudio controlado aleatorio con 74 participantes adultos con diagnóstico principal de hipocondriasis según los criterios del DSM IV-R. Un grupo recibió Terapia cognitiva basada en Mindfulness (TCBM), siguiendo el programa de Segal (2002), con algunas adaptaciones para centrarse en la ansiedad sobre la salud y dirigir síntomas agudos ($N = 36$). El otro grupo recibió una Intervención estandarizada (US), comparable a intervención activa ($N = 38$).

Los resultados primarios mostraron diferencias entre grupos; siendo menor el nivel síntomas de Hipocondriasis en post-tratamiento y en seguimiento a 1 año en el grupo de terapia cognitiva basada en meditación. En cuanto a los resultados secundarios, no se observaron diferencias significativas entre grupos en los síntomas de ansiedad general, depresión y comorbilidad, además, en ambos grupos se experimentó mejoría con el tiempo.

Un ensayo controlado aleatorio, realizado por Perich et al. (2013) estudió el efecto de la meditación sobre participantes adultos diagnosticados con trastorno bipolar II o I, según criterios DSM IV. El grupo control recibió el tratamiento habitual, mientras que el grupo experimental recibió el tratamiento habitual más una terapia cognitiva basada en la meditación (TCBM), siguiendo el programa de Segal (2012) adaptado, incluyendo psicoeducación sobre trastorno bipolar, depresión hipo/mania y ansiedad. Los resultados no mostraron efectos significativos de la TCBM sobre el tiempo de recaída, número total de episodios, o la severidad de los síntomas afectivos. Sin embargo, se observó una reducción de la sintomatología ansiosa.

Arch et al. (2013) compararon una intervención basada en la meditación (MBST) con terapia cognitivo-conductual como tratamiento para trastornos de ansiedad.

Participan 105 adultos con uno o varios diagnósticos de trastorno de ansiedad del DSM-IV. Ambos grupos mostraron mejoría en cuanto a la severidad de los síntomas en los 3 meses de seguimiento. CBT superó a la MBSR adaptada en las medidas de ansiedad del seguimiento mientras que la MBSR adaptada redujo más los síntomas depresivos así como los trastornos emocionales comórbidos. Los grupos mostraron equivalencia en cuanto a la credibilidad del tratamiento, adhesión y mejoría. En resumen, ambas terapias resultan efectivas para reducir la severidad de los síntomas de ansiedad. La CBT fue más efectiva reduciendo la ansiedad basal, mientras que la MBST adaptada fue más efectiva con la sintomatología depresiva y los trastornos comórbidos.

Meditación y trastornos del estado de ánimo

Segal et al. (2010) comparan los tiempos de recaída entre pacientes en remisión que reciben una intervención con meditación basada en la psicoeducación (MBCT) y pacientes que reciben tratamiento psicofarmacológico. Participaron 160 pacientes que cumplían los criterios del DSM-IV para depresión mayor. Fueron asignados a una de las tres condiciones del estudio: MBCT, medicación con antidepresivos y placebo. Los hallazgos mostraron que, para pacientes con remisión estable e inestable, la MBCT ofrece la misma protección ante recaídas que el tratamiento farmacológico. MBCT ofrece mayor protección para la regulación del afecto. Además, los datos resaltan la importancia de mantener al menos un tratamiento activo a largo plazo en pacientes con remisión inestable.

Godfrin et al. (2010) investigaron los efectos de la MBCT sobre la recaída en la depresión y el tiempo hasta la primera recaída desde participación en el estudio, así como en varios estados de ánimo y la calidad de vida de los pacientes. 106 eran pacientes con una historia de al menos 3 episodios depresivos. Un grupo continuó con su tratamiento habitual (TAU) o recibieron MBCT + TAU durante un período de estudio de 56 semanas. Al final del período de estudio la recaída se redujo significativamente y el tiempo hasta la primera recaída aumentó en la condición MBCT+ TAU en comparación con TAU aislado. El grupo MBCT+TAU también mostró una reducción significativa en la sintomatología depresiva a corto y largo plazo y mejores puntuaciones en estado de ánimo y calidad de la vida.

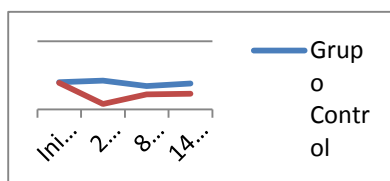


Figura 1. Severidad de los síntomas durante el período de estudio. Adaptado de Godfrin et al. (2012).

Conclusiones

El tratamiento de terapia cognitiva meditación basada en *mindfulness* (MBCT) y reducción del estrés basado en *mindfulness* (MBSR), cumplirían los cinco criterios de meditación de nuestro estudio. En estudios controlados aleatorios y con control de su calidad metodológica de los últimos 5 años, se encuentra que MBCT y MBSR son eficaces para la protección y mejora de la sintomatología psicopatológica en pacientes diagnosticados de depresión y ansiedad.

MBCT y MBSR presentan mayor protección en algunas de las variables estudiadas y presentan similar mejoría de síntomas en otras variables, que los tratamientos con medicación, placebo, tratamientos estándar y TCC.

Aunque los estudios presentan algunas limitaciones, estos resultados apuntan a tener en cuenta la meditación como técnica psicoterapéutica complementaria, que aporta valor de calidad a las terapias, al implicar su práctica mejoras a nivel de calidad de vida, optimizar el nivel de funcionalidad social y comprender los aspectos psicológicos implicados en los trastornos con mayor amplitud, que otras terapias convencionales de enfoque más específico en el tratamiento.

Los estudios sobre la efectividad terapéutica de técnicas de meditación, aunque indican beneficios y mejoras en la calidad de vida de los pacientes, también señalan importantes limitaciones de estos estudios en cuanto a control de sesgos en diseños y resultados, así como la necesidad de establecer definición operacional de la meditación como técnica de intervención, para mayor control de esta variable. En la literatura se constata la necesidad de seguir estudiando su efectividad en estudios de riguroso diseño y control de sesgos.

Referencias

- Aguilar, G. y Musso, A. (2008). La meditación como proceso cognitivo-conductual. *Suma Psicológica*, 15, 241-258.
- Arch, J., Ayers, C., Baker, A., Almklov, E., Dean, D.J., Craske, M. (2013). Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 185-196.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bieling, P. J., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D., Young, L. T., et al. (2012). Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 365-372.
- Bishop, S.R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-83.
- Cardoso, R., De Souza, E., Camano, L. y Leite, J.R. (2004). Meditation in health: an operational definition. *Brain Research Protocols*, 14, 58-60.
- Craven, J.L. (1999). Meditation and psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 648-653.
- Delmonte, M.M. (1985). Meditation and anxiety reduction: a literature review. *Clinical Psychology Review*, 5, 91-102.
- Godfrin, K.A. y Van Heeringen, C. (2012). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 144.

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Kokoszka, A. (1990). Axiological aspects of comparing psychotherapy and meditation. *International Journal of Psychosomatics*, 37, 78-81.
- Krisanaprakornkit, T., Piyavhatkul, N., Krisanaprakornkit, W. y Laopaiboon, M. (2004). Meditation therapy for anxiety disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD004998.
- McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vazquez-Montes, M. y Williams, M. (2012). A Randomized Clinical Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus Unrestricted Services for Health Anxiety (Hypochondriasis). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 817-828.
- Ospina, M., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y. Bialy, L., Hooton, N., Buscemi, N., Dryden, D. y Klassen, T. (2007). Meditation practices for health: state of the research. *Evidence Report Technology Assessment*, 155, 1-263.
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B. y Ball, J. R. (2011). Mindfulness, response styles and dysfunctional attitudes in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 134, 126-132.
- Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., Bloch, R. y Levitan, R.D. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1256-1264.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Thoresen, C. y Plante, T. G. (2011). The moderation of mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 267-277.
- Thompson, N. J., Walker, E. R., Obolensky, N., Winning, A., Barmon, C., DiIorio, C., et al. (2010). Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: Project UPLIFT. *Epilepsy & Behavior*, 19, 247-254.
- Valiente-Barroso, C. (2011) *Estudio neuropsicológico de funciones ejecutivas en religiosas meditadoras contemplativas* (Tesis Doctoral). Madrid: Ediciones Universidad Complutense.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B. y Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 281-288.
- Williams, J. M., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. y Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- Wong, S. Y. S., Mak, W. W. S., Cheung, E. Y. L., Ling, C. Y. M., Lui, W. W. S., Tang, W. K., Wong, R.L., Lo, H.H., Mercer, S. y Ma, H.S. (2011). A randomized, controlled clinical trial: The effect of mindfulness-based cognitive therapy on generalized anxiety disorder among chinese community patients: Protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*, 11, 187.

DEPRESIÓN E IRA EN MALTRATO INFANTIL: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EMPLEANDO REALIDAD VIRTUAL

Maravillas Castro*, M^a Vicenta Alcántara^{*/**} y Concepción López-Soler^{*/**}

** Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud,
Quiero Crecer. Murcia, España*

*** Universidad de Murcia, España*

Resumen

A pesar de que en la última década se han realizado diversas investigaciones con el fin de determinar si los tratamientos psicológicos para las reacciones postraumáticas en la infancia, como las derivadas de la situación de maltrato, son eficaces, hoy en día no existe consenso por parte de la comunidad científica. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de un protocolo de intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual, que emplea como herramienta la realidad virtual. La muestra está formada por 10 menores, de 9 y 15 años, que han sufrido maltrato intrafamiliar y se encuentran tutelados por la Administración. Se evalúa la sintomatología depresiva a través del Inventario de Depresión Infantil (CDI) y las expresiones de ira a través del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA). Se utiliza un diseño intrasujeto con medidas pretratamiento y postratamiento. Se hallan diferencias estadísticamente significativas en las subescalas (Disforia y Autoestima Negativa) y total del CDI, con tamaños del efecto de 0,76, 0,93 y 0,96, respectivamente. En el STAXI se obtienen diferencias estadísticamente significativas en Ira Rasgo, con un tamaño del efecto ligeramente alto (0,72); sin embargo, no se obtiene significación estadística en Ira Estado, con una magnitud del efecto muy baja (0,07). En Control de la Ira, el valor del tamaño del efecto confirma lo esperado, un aumento en el control de la ira, con una magnitud del efecto de -0,45. Los datos obtenidos confirman que el tratamiento aplicado en esta muestra de menores ha sido eficaz. Se pone de relieve la necesidad de llevar a cabo intervenciones psicológicas eficaces que disminuyan el sufrimiento de los/as menores víctimas de maltrato.

Palabras clave: Maltrato infantil, ira, depresión, eficacia de la intervención.

DEPRESSION AND ANGER IN CHILD ABUSE: ASSESSMENT OF AN INTERVENTION PROGRAM USING VIRTUAL REALITY

Abstract

Although in the last decade there have been several investigations to determine whether psychological treatments for posttraumatic reactions in children, such as those arising from the situation of abuse, are effective, today there is no consensus on the part scientific community. The aim of this study is to evaluate the effectiveness of a psychological intervention protocol cognitive-behavioral, which uses virtual reality as a tool. The sample consisted of 10 children, aged between 9 and 15 years, who have suffered domestic abuse and are protected by the Administration. Depressive symptomatology is assessed through the Child Depression Inventory (CDI) and expressions of anger through Expression Inventory State-Trait Anger in Children and Adolescents (STAXI-NA). Subject design is used with pretreatment and posttreatment measures. Statistically significant differences were found in the subscales (Dysphoria and Negative Self-Esteem) and CDI total, with effect sizes of 0.76, 0.93 and 0.96, respectively. In the STAXI were statistically significant differences in Trait Anger, with an

effect size slightly high (0.72), but statistical significance was not obtained in Ira State, with a very low effect size (0.07). In Anger Management, the value of the effect size confirms expected, an increase in anger, with an effect size of -0.45. The data obtained confirm that the treatment applied in this sample of children has been effective. It highlights the need for effective psychological interventions that reduce the suffering of the child victims of abuse.

Keywords: Child abuse, anger, depression, intervention efficacy.

Introducción

Los/as menores que han experimentado maltrato intrafamiliar presentan diferentes problemas psicológicos, tales como depresión, ansiedad, TEPT, problemas de conducta y/o trauma complejo (López-Soler, 2008).

Según los resultados de numerosos estudios (Harvey y Taylor, 2010; Hetzel-Riggin, Brausch y Montgomery, 2007; Silverman et al., 2008) los tratamientos centrados en el trauma con una base cognitivo-conductual son los que cuentan con mayor consenso a la hora de trabajar con niños/as traumatizados por la violencia familiar. Así, meta-análisis sobre la eficacia de los tratamientos realizados en el maltrato infantil (Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca y López-Soler, 2010; Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler, 2010), ponen de manifiesto que el tratamiento de elección es el de orientación cognitivo-conductual, estructurado y protocolizado, que combina sesiones individuales y grupales, con una periodicidad semanal; y que se enfoca, tanto en el/la menor, como en sus padres o tutores. Así por ejemplo, Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer (2004) examinaron la eficacia diferencial entre la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma (TF-CBT) y la Child Centered Therapy (CCT) en 129 menores (8-14 años) que habían sido abusados sexualmente, encontrando una mayor mejoría en determinados síntomas postraumáticos, como la depresión medida a través del CDI (medias de 9,92 en pre y 5,70 en postratamiento; $d = 0,30$) y los problemas de conducta, con el CBCL (medias en externalizantes de 12,11 en pre y 9,92 en postratamiento; $d = 0,26$) en niños/as que habían recibido una intervención de enfoque TF-CBT. Por su parte, Habigzang, Hatzengerger, Dala, Stroehrer y Koller (2008), evaluaron un modelo de terapia cognitivo-conductual grupal en 10 chicas (9-13 años), sobrevivientes de abuso sexual. En cuanto a los síntomas de depresión evaluados por el CDI, se observó una disminución significativa entre las medidas pretest (16,34) y posttest (12,31) ($Z = 1,79, p < 0,10$).

Sin embargo, en la mayoría de ocasiones, afrontar el trauma en la terapia a través de técnicas de exposición se convierte en un gran desafío. Debido a estas limitaciones, la Realidad Virtual (RV) surge como un método que facilita el realismo de la escena, ayuda a los pacientes con dificultades imaginativas, permite mayor control sobre los estímulos temidos y puede aumentar la motivación al ser vista desde un aspecto lúdico. Todo esto ayudaría a impedir la evitación cognitiva, y, por tanto, incrementaría la implicación emocional. Por otro lado, la RV también puede proporcionar un espacio atemporal, un ambiente seguro y protector que le ayuda a recuperarse y a continuar con su vida. El Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica (GUIIA-PC) ha desarrollado un protocolo de tratamiento cognitivo-conductual con el fin de tratar las reacciones postraumáticas. Consta de seis componentes: (1) Legitimación del sufrimiento y Técnicas de relajación; (2) Reconocimiento y Expresión Emocional; (3) Reestructuración Cognitiva; (4)

Crecimiento Personal; (5) Reconstrucción de la Identidad Personal; y (6) Elaboración del Trauma. Además, utiliza el sistema de Realidad Virtual “*Enganging Media for Mental Healh Applications*” (EMMA) adaptado a menores por GUIIA-PC. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de este protocolo de tratamiento, a través de la evaluación antes y después del mismo, de la sintomatología depresiva y la expresión de ira, característicos de las reacciones postraumáticas del maltrato intrafamiliar.

Método

Participantes

La muestra está formada por 10 menores, 5 chicos y 5 chicas, de entre 9 y 15 años. Éstos/as han sufrido maltrato intrafamiliar (físico, emocional, negligencia y, en algunos casos, abuso sexual), y son tutelados por la Región de Murcia, cuyo régimen es de acogimiento residencial o familiar. En la actualidad, la mayoría de menores residen en un centro de protección (70%), el resto se encuentra en acogimiento con familia extensa (20%) o familia ajena (10%). Además, la mayoría son de nacionalidad española (70%). Estos/as menores son atendidos en base al convenio existente entre la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración y la Universidad de Murcia. Los criterios de inclusión para formar parte de la muestra son: (a) Estar tutelado/a por la Administración de la Región de Murcia; (b) Presentar alteraciones emocionales y/o comportamentales; (c) Tener 7 o más años de edad; (d) Tener completa la evaluación pre y post tratamiento en las áreas de depresión e ira; y (e) Tener completa la intervención psicológica. Han sido excluidos aquellos/as menores con deficiencia mental y con trastornos del espectro autista.

Instrumentos

- El Inventario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs, 1992), fue adaptado por Del Barrio, Moreno y López (1999). Es un autoinforme aplicable a niños/as entre 7 y 15 años. Evalúa sintomatología depresiva y está compuesto por dos subescalas: Autoestima y Disforia, y una escala Total de Depresión. Consta de 27 ítems con triple formato de respuesta 0-1-2, en función del grado de depresión que indique el contenido de las tres frases que componen cada uno de los ítems. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 para la escala Depresión Total; para la subescala de Disforia entre 0 y 32; y para la subescala Autoestima Negativa, entre 0 y 22. Las puntuaciones máximas y mínimas son iguales para ambos sexos y rangos de edad. En cuanto a la fiabilidad del CDI, su autor original (Kovacs, 1992) hizo una revisión de estudios teniendo en cuenta los resultados en consistencia interna, fiabilidad test-retest o fiabilidad de dos mitades, encontrando en su mayoría valores altos, entre 0,71 y 0,94. En su adaptación española, Del Barrio y Carrasco (2004), obtienen un alfa de Cronbach de 0,79; una fiabilidad test-retest de 0,38 y una fiabilidad de las dos mitades de 0,77.
- El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA; Del Barrio, Spielberg y Aluja, 2005), permite evaluar la ira en población infantil en edades entre los 8 y 17 años. Está constituido por 32 ítems en tres subescalas con un formato de elección múltiple, en el cual el sujeto debe contestar cómo se siente ahora, cómo se siente normalmente y cómo reacciona habitualmente cuando está enfadado, puntuando la frecuencia con la cual se

producen ciertas conductas. La “experiencia” de la Ira es evaluada en sus dos vertientes, “Estado” y “Rasgo”. La “expresión” de la ira se compone de tres subescalas, Control de la Ira, Expresión Interiorizada de la ira y Expresión exteriorizada de la ira. En este estudio se presentan los resultados obtenidos en Ira Estado (puntuación mínima de 8 y máxima de 24), Ira Rasgo y Control Total de la Ira (valores entre 8 y 24). Las puntuaciones máximas y mínimas son iguales para ambos sexos y rangos de edad. Por otra parte, las propiedades psicométricas de la versión española de este instrumento son adecuadas. La consistencia interna de las subescalas oscila entre 0,52 y 0,87 mostrando una fiabilidad aceptable. Así mismo se han obtenido resultados satisfactorios en cuanto a su validez convergente y discriminante (Del Barrio, Aluja y Spielberger, 2004).

Procedimiento

La Dirección General de Familia, Igualdad e Infancia deriva al proyecto PEDIMET (Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención Psicológica a Menores Tutelados) a aquellos/as menores tutelados que presentan alteraciones psicológicas graves. Envían un informe en el que se describen las situaciones de riesgo y/o maltrato que ha sufrido el/la menor anteriormente, los motivos de la retirada de su tutela a los padres biológicos, las visitas que actualmente tiene con su familia de origen, así como los antecedentes más destacados. Cuando el niño/a llega al servicio es atendido por un psicólogo/a que realiza la evaluación psicológica, siguiendo el protocolo elaborado para reacciones postraumáticas en infancia maltratada. En él se encuentran las pruebas para explorar la sintomatología general y específica en varias áreas (depresión, ansiedad, ira, adaptación, estrés postraumático, disociación), así como variables de resistencia personal (resiliencia). Las áreas seleccionadas para este estudio son depresión e ira. Tras valorar las consecuencias psicológicas que sufren el/la menor, se decide si necesita tratamiento psicológico. En el caso de que así sea, se le aplica el protocolo elaborado para reacciones postraumáticas en la infancia, compuesto por 6 módulos y empleando el Sistema de Realidad Virtual (EMMA). Tras el tratamiento se vuelve a aplicar el protocolo de evaluación, con el fin de estimar la eficacia del mismo.

Diseño

Se ha llevado a cabo un diseño intrasujeto con medidas repetidas (antes y después del tratamiento) con autoinformes que valoran depresión e ira en la infancia.

Resultados

Las puntuaciones medias halladas en el autoinforme CDI sobre depresión oscilan entre 6,70 y 14,30 en el pretratamiento, y entre 4,50 y 9,50 en el postratamiento. Para la escala Depresión Total se ha obtenido una media en el pretratamiento de 14,30; de 6,70 en la subescala Disforia; y de 7,60 en la subescala Autoestima Negativa. En la evaluación postratamiento, las puntuaciones medias encontradas son de 9,50 en Depresión Total; de 4,50 en Disforia; y de 5,00 en Autoestima Negativa. Estos resultados muestran el descenso de la sintomatología depresiva en todas las subescalas y en la escala total tras aplicar el tratamiento.

Aplicando la prueba T de Student se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las dos subescalas. En Disforia ($t = 2,400$ (9) $0,040 < 0,05$), con un

tamaño del efecto ligeramente alto (0,76); y en Autoestima Negativa ($t = 2,940$ (9) $0,016 < 0,05$), con un tamaño del efecto alto (0,93). Y también para la escala Depresión Total ($t = 30,032$ (9) $0,014 < 0,05$), con un tamaño del efecto alto (0,96) (ver Tabla 1 y Figura 1).

Tabla 1. Puntuaciones medias, prueba T y tamaños del efecto en el CDI.

Escalas del CDI	Puntuación media PRE	Puntuación media POST	Diferencia medias	t	gl	p	d
Depresión Total	14,3	9,5	4,8	3,032	9	0,014	0,96
Disforia	6,7	4,5	2,2	2,400	9	0,040	0,76
Autoestima Negativa	7,6	5	2,6	2,940	9	0,016	0,93

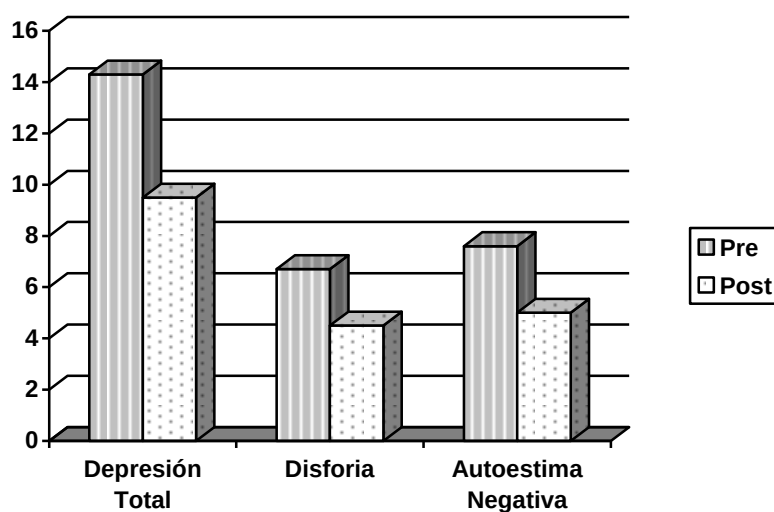


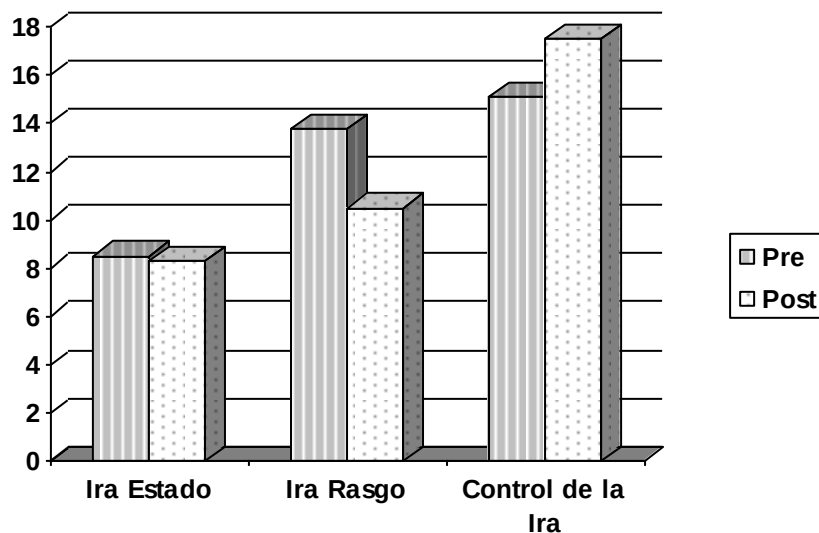
Figura 1. Puntuaciones medias en pre y postratamiento el CDI.

Los resultados obtenidos sobre la sintomatología de ira medida a través del STAXI-NA muestran unas puntuaciones medias más bajas tras aplicar el tratamiento en las subescalas de Ira Estado (de 8,50 a 8,30) e Ira Rasgo (de 13,80 a 10,50), por lo que la sintomatología negativa disminuye. Por otro lado, los/as menores de esta muestra aumentan su Control de la Ira tras la intervención psicológica, ya que la puntuación media en esta subescala va de 15,10 a 17,50.

Una vez aplicada la prueba T de Student, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Ira Rasgo ($t = 2,283$ (9) $0,048 < 0,05$), con un tamaño del efecto ligeramente alto (0,72). Sin embargo, no se obtiene significación estadística en la subescala de Ira Estado ($t = 0,234$, $p = 0,820 > 0,05$), con una magnitud del efecto muy baja (0,07). En Control de la ira, el valor del tamaño del efecto confirma lo esperado, un aumento en el control de la ira ($t = -1,433$, $p = 0,186 > 0,05$), con una magnitud del efecto de -0,45 (ver Tabla 2 y Figura 2).

Tabla 2. Puntuaciones medias, prueba T y tamaños del efecto en el STAXI.

Subescalas STAXI-NA	Puntuación media PRE	Puntuación media POST	Diferencia entre medias	t	gl	p	d
Ira Estado	8,5	8,3	0,2	0,234	9	0,820	0,07
Ira Rasgo	13,8	10,5	3,3	2,283	9	0,048	0,72
Control de la Ira	15,1	17,5	-2,4	-1,433	9	0,186	-0,45

**Figura 2.** Puntuaciones medias en pre y postratamiento el STAXI.

Discusión/conclusiones

Los datos obtenidos en este estudio confirman que el tratamiento aplicado en esta muestra de menores maltratados ha sido eficaz en la mejora de la sintomatología en depresión e ira. Esto es acorde a los resultados encontrados por otros autores como Cohen et al. (2004) y Habigzang et al. (2008).

Este trabajo es un ejemplo del uso de las nuevas tecnologías como herramienta de gran utilidad para promover el cambio terapéutico. Sin embargo, es conveniente realizar un nuevo estudio con mayor número de participantes, con el fin de aumentar la potencia de las pruebas estadísticas y verificar los resultados obtenidos. Así mismo, se pone de relieve la necesidad de llevar a cabo intervenciones psicológicas eficaces que disminuyan el sufrimiento de los/as menores víctimas de maltrato.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido realizada en base al Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención Psicológica en Menores Tutelados (PEDIMET), gracias al convenio entre la Dirección General de Familia y Menor y la Universidad Murcia.

Referencias

Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. y Steer, R. (2004). A multi-site randomized controlled trial for multiply traumatized children with sexual abuse-related PTSD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.

- Del Barrio, V., Aluja, A. y Spielberger, C. (2004). Anger assessment with the STAXI-CA: psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 227-244.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). *Inventario de Depresión Infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Barrio, M.V., Moreno, C. y López, R. (1999). El Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. *Clínica y Salud*, 10(3), 393-416.
- Del Barrio, V., Spielberger, C. D. y Aluja, A. (2005). *STAXI-NA. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Habigzang, L., Hatzengerger, R., Dala, F., Stroeher, F. y Koller, S. (2008). Avaliacao de um modelo de intervencao psicologica para meninas vitimas de abuso sexual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(1), 67-76.
- Harvey, S. T. y Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychological Review*, 30(5), 517-535.
- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M. y Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31(2), 125-141.
- Kovacs, M. (1992). *Manual of the Children's Depression Inventory*. Toronto: Multi-Heath Systems, Inc.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- Rosa-Alcázar, A.I., Sánchez-Meca, J. y López-Soler, C. (2010). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un metaanálisis. *Psicothema*, 22(4), 627-633.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A.I., y López-Soler, C. (2010). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 69-93.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W y Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent exposed to traumatic events: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 1-7.

CEREBRO Y MEDITACIÓN: APROXIMACIÓN MEDIANTE NEUROFISIOLOGÍA Y NEUROIMAGEN

Carlos Valiente-Barroso *, Lidia Marfil-Victoria*, Su Miao Ye-Chen*, Paula Cabal-García** y Emilio García García***

**Universidad Complutense de Madrid, España*

***Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España*

**** Universitat Autònoma de Barcelona, España*

Resumen

Antecedentes: El estudio neurocientífico de la meditación supone un nítido ejemplo de la simbiosis entre psicología clínica y neuroimagen, la cual potencia la comprensión de todo evento psíquico. **Método:** Este trabajo sintetiza y actualiza el estado de la cuestión en la investigación neurológica de la meditación, a través de una revisión de algunas de las más importantes y modernas investigaciones en este campo. **Resultados:** Junto a la producción de un estado hipometabólico de vigilia, caracterizado por el decremento de la actividad nerviosa simpática y el incremento de la actividad parasimpática, la electroencefalografía (EEG) constata incrementos de la potencia de las ondas theta y alfa, así como un decremento en la frecuencia de la onda alfa, junto a una alteración de la onda gamma, y variaciones selectivas en onda delta. Las investigaciones realizadas mediante neuroimagen funcional parecen constatar una mayor activación en áreas frontales y subcorticales, relevantes para la función atencional y la regulación emocional. Así, los estudios basados en Tomografía por Emisión de Positrones (PET), muestran mayor activación de córtex frontal y límbico, concomitante a sentimientos positivos y a la activación atencional. Mediante Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Simple (SPECT), se evidencia un incremento en el metabolismo frontal y talámico, sugiriendo mayor protagonismo de redes de concentración y atención focalizada. Las investigaciones basadas en imagen por Resonancia Magnética Funcional (fMRI), manifiestan, fundamentalmente, un aumento de activación en regiones frontales, límbicas y paralímbicas – amígdala, hipotálamo, hipocampo y cíngulo anterior-, y ganglios basales, involucradas en la atención sostenida y el control autónom. Los cambios neuroestructurales descubiertos son coherentes con las zonas de activación y las funciones mentales involucradas. **Conclusiones:** Los métodos basados en neurofisiología y neuroimagen aportan importantes datos respecto a las implicaciones cerebrales que se asocian al ejercicio de la meditación, a los que propondríamos añadir la Magnetoencefalografía (MEG).

Palabras clave: Magnetoencefalografía, meditación, neurofisiología, neuroimagen.

BRAIN AND MEDITATION: NEUROPHYSIOLOGY AND NEUROIMAGING APPROACH

Abstract

Background: The neuroscientific study of meditation is a clear example of the symbiosis between clinical psychology and neuroimaging, which enhances the understanding of the whole psychic event. **Method:** This paper summarizes and updates the state of neurological research on meditation, through a review of some of the most important and modern research in this field. **Results:** Along with the production of a waking hypometabolic state, characterized by the reduction of sympathetic nerve activity and increased parasympathetic activity,

electroencephalography (EEG) finds power increments of theta and alpha waves, as well as a decrease in alpha wave frequency, with an gamma wave alteration and selective delta wave variations. The functional neuroimaging investigations seemingly detect increased activation in frontal and subcortical areas relevant to attentional function and emotional regulation. Therefore, research based on Positron Emission Tomography (PET) shows higher activation of frontal and limbic cortex, concomitant with positive feelings and attention activation. By means of Single-photon Emission Computed Tomography (SPECT), an increase in the frontal and thalamic metabolism is shown. Research based on Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI) mainly shows an activation increase in frontal, limbic and paralimbic regions – amygdala, hypothalamus, hippocampus and anterior cingulate-, and basal ganglia, involved in sustained attention and autonomous control. The neurostructural changes discovered are coherent with the activation areas and with mental functions involved. **Conclusions:** Methods based on neurophysiology and neuroimaging provide important data regarding brain involvement that associates to meditation exercise, to which we could add Magnetoencephalography (MEG).

Keywords: Magnetoencephalography, meditation, neurophysiology, neuroimaging

Introducción

La meditación constituye una práctica milenaria, que, desarrollada a través de distintas tradiciones, se encuentra en la vanguardia de la investigación neurocientífica. El uso de métodos de exploración cerebral, enfocados a la actividad meditativa, nos proporciona importantes datos tanto para esclarecer los eventos neurales que acompañan a su ejercicio, como para comprender los distintos beneficios clínicos que de ella dimanar.

El presente trabajo pretende sintetizar los hallazgos más relevantes, y aceptados por la comunidad científica, relativos a los eventos y repercusiones que, sobre el funcionamiento y la estructura cerebrales, conlleva el ejercicio de la meditación. De este modo, este trabajo constituye una valiosa actualización del estado de la cuestión de esta línea de investigación, al mismo tiempo que, como método para profundizar en la misma, postula la necesidad de agregar el registro magnetoencefalográfico, con el fin de complementar los otros paradigmas evaluadores.

Método

Material

Revisión de investigaciones extraídas desde PubMed y PsycINFO, seleccionado las publicadas *peer-review*, entre 2007 y 2013, registradas bajo los términos “meditation” y “neural plasticity”.

Resultados

Desde una primera aproximación, podemos constatar la repercusión de la meditación sobre el Sistema Nervioso Periférico (SNP). Así, estudios comparativos realizados entre meditadores experimentados y de práctica menos dilatada, así como entre aquéllos y sujetos controles, han demostrado la existencia de cambios fisiológicos en forma de estado hipometabólico de vigilia, caracterizado por el decremento de la actividad nerviosa simpática, junto al incremento de la actividad parasimpática (Cahn y Polich, 2006; Jevning et al., 1992). Este estado hipometabólico, con dominancia

parasimpática, manifiesta ser, cuantitativa y cualitativamente, distinto del simple descanso o del sueño (Jevning et al., 1992; Young y Taylor, 2001). Por ejemplo, la meditación Sahaja Yoga, mediante una probable vía de activación parasimpaticolímica, ha demostrado reducir la actividad autónoma en meditadores respecto a sujetos controles (Harrison et al., 2004). Este fenómeno, incluye también reducción en las tasas cardíaca y respiratoria, así como en la presión arterial sistólica y el metabolismo del oxígeno, junto a un aumento de la resistencia cutánea (Rai et al., 1988).

Mediante otras investigaciones, basadas en diferentes técnicas de meditación, se han reportado cambios en la misma línea, referentes al citado incremento de la actividad parasimpática, sugiriendo que se trataría de un rasgo común y esencial de toda práctica de meditación (Cahn y Polich, 2006; Solberg et al., 2000). Como única excepción a este mecanismo, podemos citar el efecto paradójico que generan los estados de meditación que desembocan en experiencias místicas, que, como efecto rebote, potenciarían la dominancia simpática (Fischer, 1971).

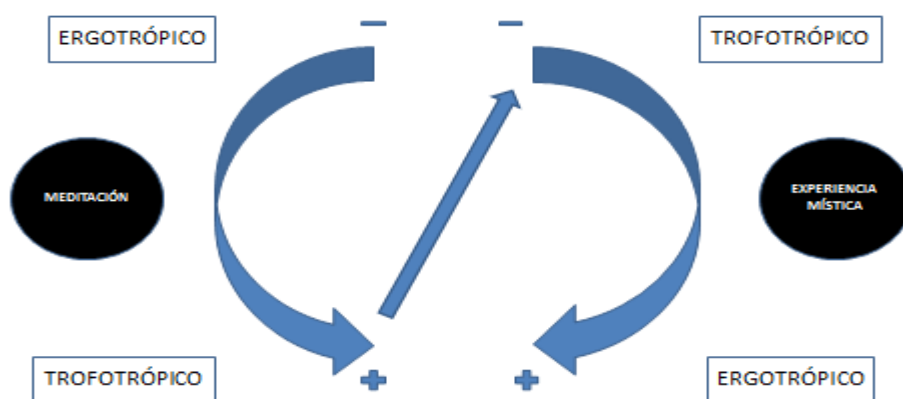


Figura. 1. Existencia de un *continuum* de activación en el sistema nervioso autónomo, discurriendo entre la dominancia parasimpática (trofotrópica) y simpática (ergotrópica), tras exacerbarse los efectos neurofisiológicos producidos por la meditación. Así, en situaciones de extrema singularidad, se desembocarían en experiencias místicas (o éxtasis), consideradas en relación a estados ergotrópicos asociados a trastornos psiquiátricos, éxtasis rituales o intoxicación por drogas alucinógenas.

Las distintas pruebas de registro y análisis neurocientífico, encargadas de examinar el tipo y grado de activación que acompaña al ejercicio de la meditación, ponen de manifiesto la existencia de estados neurofuncionales específicos que acompañan a esta práctica. Dichos hallazgos, se constatan con independencia del modo concreto de llevar a cabo esta actividad, es decir, podemos encontrarlos en distintos estilos y tradiciones meditativas.

Los estudios neurofisiológicos realizados mediante Electroencefalografía (EEG), han registrado para las diferentes ondas:

- *Onda alfa* (8-12 Hz): incrementos en su potencia y coherencia (Travis et al., 2002), preponderante en el área frontal, y asociada al ejercicio atencional, con decrementos de potencia y frecuencia en la región occipital (Zhang, Li y He, 1988);
- *Onda beta* (13-28 Hz): decremento de su potencia en pacientes con trastorno bipolar que practicaron terapia cognitiva basada en mindfulness (Howells et al., 2012)
- *Onda gamma* (20-40 Hz): incrementos de su potencia durante la meditación de sujetos con dilatada experiencia meditativa, localizados en las regiones frontoparietal y parietooccipital (Cahn, Delorme y Polich, 2010); este hallazgo se ha asociado a la disminución de emociones negativas que induce la meditación (Aftanas y Golosheykin, 2005);
- *Onda delta* (1-4 Hz): decrementos de su actividad en el córtex motor secundario, la unión temporo-parietal y áreas corticales de asociación sensorial y frontal, como expresión de incrementos de la activación cerebral asociada a detección e integración de información sensorial; a su vez, se constatan incrementos en delta como indicador de actividad inhibitoria en áreas prefrontales responsables de análisis, juicio y expectación (Tei et al., 2009).
- *Onda theta* (4-8 Hz): incrementos en la potencia de theta global y con preponderancia frontal (Lagopoulos et al. 2009), así como en el área frontomedial, asociados en este caso a estilos de meditación caracterizados por el empleo de la concentración y la atención focalizada (Baijal y Srinivasan, 2009), estando relacionados con puntuaciones bajas en ansiedad-estado y ansiedad rasgo (Inanaga, 1998);

Los resultados obtenidos mediante Tomografía por Emisión de Positrones (PET-15O-H₂O), cuantificando la tasa de metabolismo regional cerebral de la glucosa (rCMRGlc), han mostrado patrones que sugieren una disminución en la región occipital; esto, podría reflejar una inhibición del procesamiento visual durante algunas técnicas de meditación. A su vez, recogen un incremento en la corteza frontal izquierda y límbica, reforzando la hipótesis de un papel relevante de redes fronto-límbicas del hemisferio izquierdo en la producción del sentimiento de felicidad, experimentado por lo meditadores (Aftanas y Golocheikine, 2001), así como una mayor activación en ganglios basales y córtex frontal izquierdo, en coherencia con un incremento del papel de redes fronto-estriatales involucradas en la atención sostenida (Ritskes et al., 2003).

Basándonos en los resultados obtenidos en estudios de neuroimagen (fundamentalmente, Resonancia Magnética Nuclear), podemos diferenciar entre dos tipos de diseños experimentales que analizan la activación cerebral durante la meditación:

Comparación de la activación cerebral de los meditadores respecto a grupos control de no meditadores: destaca, en aquéllos, una más significativa activación de regiones frontales, como el córtex prefrontal dorsomedial y el córtex frontal inferior, con una importante afectación del anterior córtex cingulado, así como de áreas parietales y subcorticales; a su vez, se atestigua una mayor activación en caudado, putamen, tálamo e ínsula (Newberg et al., 2010; Wang et al., 2011);

Comparativa entre meditadores de diferente grado de experiencia (expertos vs novatos): se destaca una mayor activación de los más expertos en córtex prefrontal dorsolateral y córtex cingulado anterior, asociada a un mayor rendimiento en atención

sostenida y control atencional (Baron Short et al., 2007). A su vez, también resulta significativa la activación de los expertos en áreas límbicas (ínsula and amígdala), así como en la unión temporoparietal y el surco temporal superior posterior, ambos, en el hemisferio derecho, sugiriendo una mayor detección de estímulos emocionales y alterando la activación de circuitos que, previamente, estaban vinculados a empatía y teoría de la mente en respuesta a estímulos emocionales (Lutz et al., 2008); comparativas intrasujetos mediante estudios longitudinales: tras 6 semanas de entrenamiento en mindfulness, registros de resonancia magnética funcional muestran una mayor activación del córtex prefrontal dorsolateral, durante la demanda de funcionamiento ejecutivo, así como del córtex cingulado anterior, corteza prefrontal medial e ínsula anterior derecha, unidas a mejoras en el control inhibitorio (Allen et al., 2012).

Finalmente, junto a los fenómenos de plasticidad funcional, resulta de interés considerar los cambios neuroestructurales provocados por el ejercicio dilatado de la meditación. Las evidencias de plasticidad cerebral estructural se han mostrado, fundamentalmente, mediante una mayor concentración de materia gris en el hipocampo, cerebelo, córtex cingulado posterior y unión temporo-parietal (Hölzel et al. 2011), así como en córtex orbitofrontal, tálamo, ínsula, cuerpo calloso, corona radiada superior, fascículo longitudinal superior, surco frontal superior, giro temporal inferior, surco central y putamen (Lazar et al., 2005; Hölzel et al., 2010; Hölzel et al., 2008; Luders et al., 2009; Pagnoni y Cekic, 2007;). A su vez, se han descubierto modificaciones en la sustancia blanca, con aumentos de volumen miélinico y otros cambios axonales, destacando dichos efectos en el córtex cingulado anterior (Tang et al., 2012).

Las distintas investigaciones que analizan los efectos cerebrales, tanto funcional como estructural, asociados a la meditación, precisan de ser complementados por otro paradigma metodológico; para ello, proponemos la adecuación de los registros magnetoencefalográficos, que gozan de una adecuada precisión respecto a la resolución tanto espacial como temporal, constituyendo un eficiente instrumento para poder aproximarnos mejor al cuándo y el dónde cerebrales que caracterizan la práctica de la meditación, es decir, las áreas involucradas y sus momentos precisos de activación.

Conclusiones

El ejercicio de la meditación constituye una actividad singular que genera modificaciones cerebrales, tanto funcionales como estructurales, manifestada en los niveles corticales y subcorticales. Destaca su repercusión sobre regiones involucradas en funciones ejecutivas y regulación emocional, justificando la optimización ejercida por la meditación sobre estos procesos. Junto a los métodos de evaluación -neurofisiología y neuroimagen-, postulamos la incorporación de la magnetoencefalografía como metodología complemento en esta línea de investigación.

Referencias

- Aftanas, L.I. y Golocheikine, S.A. (2001). Human anterior and frontal midline theta and lower alpha reflect emotionally positive state and internalized attention: high resolution EEG investigation of meditation. *Neuroscience Letters*, 310, 57-60.
- Aftanas, L. I. y Golocheikine, S. A. (2005). Impact of regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions. *International Journal of Neuroscience*, 115, 893-909.

- Allen, M., Dietz, M., Blair, K.S., Beek, M., Rees, G., Vestergaard-Poulsen, P., Lutz, A. y Roepstorff, A. (2012). Cognitive-Affective Neural Plasticity following Active-Controlled Mindfulness Intervention. *The Journal of Neuroscience*, 32, 15601-15610.
- Baijal, S. y Srinivasan, N. (2009) Theta activity and meditative states: spectral changes during concentrative meditation. *Cognitive Processing*, 11, 31-8.
- Baron-Short, E., Kose, S., Mu, Q., Borckardt, J., Newberg, A., George, M.S. y Kozel, F.A. (2007). Regional Brain Activation During Meditation Shows Time and Practice Effects: An Exploratory FMRI Study. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 7, 121-127.
- Cahn, B.R., Delorme, A. y Polich, J. (2010). Occipital gamma activation during Vipassana meditation. *Cognitive Processing*, 11, 39-56.
- Cahn, B.R. y Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychology Bulletin*, 132, 180-211.
- Fischer, R. (1971). A cartography of the ecstatic and meditative states. *Science*, 174, 897-904.
- Harrison, L., Manosh, R. y Rubia, K. (2004). Sahaja Yoga Meditation as a family treatment program for attention deficit hyperactivity disorder children. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 9, 479-497.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K.C., Hoge, E.A., Dusek, J.A., Morgan, L., Pitman, R.K. y Lazar, S.W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Scandinavian and Affective Neuroscience*, 5, 11-17.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerransetti, S.M., Gard, T. y Lazar, S.W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 36-43.
- Hölzel, B.K., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K. y Vaitl, D. (2008). Investigation of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3, 55-61.
- Howells, F.M. Ives-Deliperi, V.L., Horn, N.R. y Stein, D.J. (2012). Mindfulness based cognitive therapy improves frontal control in bipolar disorder: a pilot EEG study. *BMC Psychiatry*, 12, 15.
- Inanaga, K. (1998). Frontal midline theta rhythm and mental activity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 555-566.
- Jevning, R., Wallace, R.K. y Beidebach, M. (1992). The physiology of meditation – a review – a wakeful hypometabolic integrated response. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 16, 415-424.
- Lagopoulos, J. Xu, J., Rasmussen, I., Vik, A., Malhi, G.S., Eliassen, C.F., Arntsen, I.E., Saether, J.G., Hollup, S., Holen, A., Davanger, S. y Ellingsen, Ø. (2009). Increased Theta and Alpha EEG Activity During Nondirective Meditation. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 1187-1192.
- Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gray, J.R., Greve, D.N., Treadway, M.T., McGarvey, M., Quinn, B.T., Dusek, J.A., Benson, H., Rauch, S.L., Moore, C.I. y Fischl, B. (2005). Meditation experience in associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16, 1893-1897.
- Luders, E., Toga, A.W., Lepore, N. y Gaser, C. (2009). The underlying anatomical correlates of long-term meditation: Larger hippocampal. *Neuroimage*, 45, 672-678.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T. y Davidson, R.J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. *PLoS ONE*, 3, e1897.
- Newberg, A.B., Wintering, N., Waldman, M.R., Amen, D., Khalsa, D.S. y Alavia, A. (2010). Cerebral blood flow differences between long-term meditators and non-meditators. *Consciousness and Cognition*, 19, 899-905.
- Pagnoni, G. y Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of Aging*, 28, 1623-1627.

- Rai, U.C., Seti, S. y Singh, S.H. (1988). Some effects of Sahaja Yoga and its role in the prevention of stress disorders. *Journal of International Medical Sciences*, 19, 23.
- Ritskes, R., Ritskes-Hoitinga, M. y Stodkilde-Jorgensen, H. (2003). MRI scanning during meditation: the picture of enlightenment? *Construct Humane Sciences*, 8, 85-90.
- Solberg, E., Ingjer, F., Ekberg, O., Holen, A., Standal, P.A. y Vikman, A. (2000). Blood pressure and heart rate during meditation. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 283-1283.
- Tang, Y.Y., Lu, Q., Fan, M., Yang, Y. y Posner, M.I. (2012). Mechanisms of white matter changes induced by meditation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109, 10570-10574.
- Tei, S., Faber, P.L., Lehmann, D., Tsujiuchi, T., Kumano, H., Pascual-Marqui, R.D., Gianotti, L.R.R. y Kochi, K. (2009) Meditators and non-meditators: EEG source imaging during resting. *Brain Topography*, 22, 158-165.
- Travis, F., Tecce, J., Arenander, A. y Wallace, R. K. (2002). Patterns of EEG coherence, power, and contingent negative variation characterize the integration of transcendental and waking states. *Biological Psychology*, 61, 293-319.
- Wang, D.J.J., Rao, H., Korczykowskib, M., Wintering, N., Plutab, J., Khalsa, D.S. y Newberg, A.B. (2011). Cerebral blood flow changes associated with different meditation practices and perceived depth of meditation. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 60-67.
- Young, J.D. y Taylor, E. (2001). Meditation as a voluntary hypometabolic state of biological estimation. *News in Physiological Science*, 13, 149-153.
- Zhang, J.Z., Li, J.Z. y He, Q.N. (1988). Statistical brain topographic mapping analysis for EEGs recorded during Qi Gong state. *International Journal of Neuroscience*, 38, 415-425.

ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA EMERGENCIA DEL HUMOR

Adrián Barbero-Rubio y Carmen Luciano

Universidad de Almería, España

Resumen

Este estudio supone un primer acercamiento al análisis de las condiciones por las cuales hacen posible el comportamiento humorístico desde los posicionamientos de la Teoría del Marco Relacional (TMR). Se pretende aislar posibles precursores del comportamiento humorístico en una niña de 29 meses de edad. Se propone generar un contexto que permita establecer un repertorio de incoherencias con funciones humorísticas en objetos que están relacionados previamente de forma coherente. En la primera fase (*Contacto y screening previo*) se evalúan las principales áreas del lenguaje y el conocimiento de los objetos utilizados. En la segunda fase (*Evaluación 1, pre-test*) se evalúan las respuestas comprensivas ante la presentación de dos vídeos incoherentes. Por último, en la tercera fase (*Entrenamiento y test*) se lleva a cabo un entrenamiento en múltiples ejemplos (MET) de relaciones incoherentes entre estímulos bajo contingencias humorísticas a fin de abstraer la incoherencia como *contexto relacional* con funciones humorísticas y su aplicación a nuevos ejemplos, tanto a nivel comprensivo como productivo. Se obtienen resultados preliminares acerca del efecto del entrenamiento en MET en la producción de respuestas de humor. Se discute la relevancia de los elementos implicados como precursores de la emergencia del humor.

Palabras claves: humor, Teoría del Marco Relacional, contexto relacional y operante generalizada.

PRELIMINARY ANALYSIS OF THE EMERGENCE OF HUMOR

Abstract

This study is a preliminary analysis of some of the conditions that might be involved in the emergence of humorous behavior according to the Relational Frame Theory (TMR). The aim is to generate a context to establish a wide range of inconsistencies between previously coherent related objects, equipped with humorous functions. A 29 months-old baby participated in the study following three phases. In the First phase (*Contact and preliminary screening*) the main areas of language and knowledge of the objects were evaluated; During the second phase (*Evaluation 1, pre-test*) comprehensive responses to the presentation of two incoherent videos were evaluated. Finally, the phase three (*Training and test*) was designed to isolate the inconsistency across multiple training inconsistent examples (MET) between stimuli under humorous contingencies. The aim of the protocol training was to establish the abstract inconsistency as a relational context for humorous functions and to test such relational context with new examples, both comprehensive and productive. Preliminary results show the impact of the MET protocol on the production of humorous responses. The protocol elements are discussed as precursors to the emergence of humor.

Key words: humor, Relational Frame Theory, relational context and generalized operant.

Introducción

La investigación referida al humor está marcada por estudios correlacionales que no han avanzado en el análisis de las condiciones que hacen posible el comportamiento humorístico de un modo que sirva para provocarlo o alterarlo según convenga (e.g., Carretero, Pérez y Buela-Casal, 2006; Martin, 1998).

En este estudio se pretende dar cuenta de la importancia de las contingencias ajustadas a ciertos modos de comportamiento relacional en el desarrollo, mantenimiento y cambio de este comportamiento, abordando su análisis desde la óptica de la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001: TMR desde aquí). La TMR es una aproximación analítico funcional al estudio del lenguaje y la cognición humanas enraizada en el Contextualismo Funcional (Biglan y Hayes, 1996; Hayes y Hayes, 1992). Se centra en el aprendizaje relacional como operante que se caracteriza por el hecho de poder responder a un estímulo en términos de otro, no por haber tenido experiencia directa con el primero, ni compartir elementos físicos, sino por su enmarque relacional establecido en la historia personal. La TMR entiende que la respuesta relacional se establece como una operante (e.g. contexto relacional de oposición) a través de múltiples ejemplos diferentes donde la contingencia que opera en cada uno se centra en la abstracción del enmarque. Después de un entrenamiento con múltiples ejemplos (MET desde aquí), aquella característica común a todos ellos se abstrae, de modo que pueden ser aplicadas a nuevos ejemplos que previamente no habían sido entrenados (Hayes et al., 2001; Luciano et al., 2009).

El humor sería un producto verbal sujeto a propiedades que definen el comportamiento relacional derivado y podría generarse como una operante relacional, por definición, generalizada. Siguiendo este principio, recientemente Persicke, Tarox, Ranick y Clair (2013) con un paquete de entrenamiento donde aplican reglas, modelado, práctica y feedback específico, a través de múltiples ejemplos, fomentaron la detección y la correcta reacción ante comentarios sarcásticos en niños autistas.

Teniendo en cuenta que desde la TMR se hipotetiza que el humor estaría conformado de relaciones menos dominantes entre los miembros de una red relacional, de forma que aunque completa y coherente, resulte incongruente e inesperada (Stewart, Barnes-Holmes, Hayes y Lipkens, 2001). En este estudio tratamos de generar un contexto que permita establecer un amplio repertorio de incoherencias entre objetos que están relacionados previamente de forma coherente, aplicando las contingencias pertinentes que sirvan de funciones humorísticas. Se pretende aislar la incoherencia a través de un MET de relaciones incoherentes entre estímulos bajo contingencias humorísticas de forma que se consiga abstraer la incoherencia como *clave contextual* con funciones humorísticas. La consecución de este efecto se probará al aplicarse a nuevos ejemplos, tanto a nivel comprensivo como productivo. Se hipotetiza que ese tipo de MET producirá respuestas de humor ante estímulos nuevos.

Método

Participante

AN (iniciales por confidencialidad) es una niña que al comienzo del estudio tenía 29 meses de edad. De acuerdo con los informes tanto de los padres como de las monitoras del centro infantil, AN es una niña feliz, curiosa y no muy habladora. AN contaba con las conductas prerequisites de atención, sensibilidad a las contingencias de

tipo social, adecuado seguimiento de instrucciones y una habilidad verbal propia de su etapa del desarrollo. La participante se mostró participativa durante todo el procedimiento experimental. El experimentador fue el primer autor*.

Contexto experimental, materiales e instrumentos

Se utilizaron las instalaciones de un centro infantil en Aguadulce con la autorización correspondientes para llevar el estudio. En la Figura 1 se puede apreciar los elementos disponibles en la sala experimental.

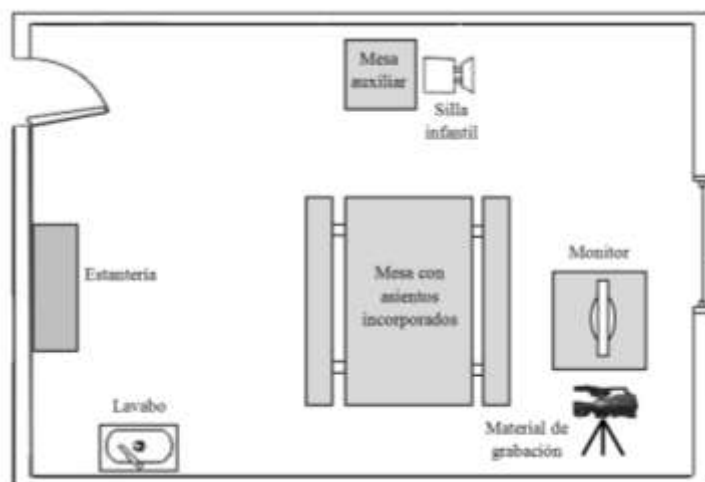


Figura 1. Sala experimental.

Se recopilaron 60 objetos de uso cotidiano (e.g., zapato, pantalón, calcetín, rastrillo, pinzas, cuchara, etc.) con las siguientes características: fácil manipulación por un niño de 29 meses, convencionales y con características físicas distintas. Se dispuso de material de juego disponible en el centro infantil para los descansos entre las fases experimentales (ver Procedimiento).

Escala observacional de habilidad verbal de la *Guía Portage de Educación Preescolar* (Bluma, Shearer, Frohman y Hilliard, 1978), para niños de 2-3 años, con 30 ítems.

Diseño

Diseño pre-post intrasujeto de caso único. La variable independiente es el protocolo MET de relaciones incoherentes entre estímulos (múltiples ejemplos donde el experimentador otorga un uso no convencional a los objetos) bajo contingencias humorísticas. Las variables dependientes fueron tanto las respuestas comprensivas, como productivas, humorísticas ante nuevas situaciones inverosímiles, es decir, ante ejemplos que no hayan estado implicados en el entrenamiento. Estas respuestas son calificadas como derivadas (tanto a nivel comprensivo como a nivel productivo) e interpretadas como ejemplo del aprendizaje relacional establecido en el protocolo MET.

Procedimiento

En la Figura 2 se muestra un esquema de la secuencia experimental.

FASE 1	CONTACTO Y SCREENING PREVIO. • (3 sesiones) contacto con AN, mediante actividades con el grupo e individuales. • (1 sesiones) evaluar las principales áreas del lenguaje mediante la Guía Portage, área lenguaje. • (1 sesiones) Evaluar el conocimiento de los objetos utilizados. Tactos (Skinner, 1957) y funciones (¿qué es y para qué sirve?). Se entrenan aquellos tactos o funciones que no estén disponibles.
FASE 2	EVALUACIÓN 1 o PRE-TEST (2 sesiones) I. Establecimiento de relaciones coherentes entre los objetos: • Se entrenan relaciones COHERENTES entre objetos. <i>1 ensayo con ayuda en vivo/1 ensayo con ayuda en video/1 ensayo sin ayuda.</i> II. Evaluación humor previo: • Presentación de VIDEOS que representan relaciones INCOHERENTES entre los objetos.
FASE 3	ENTRENAMIENTO y TEST (1 sesión) Entrenamiento en múltiples ejemplos de incoherencia bajo contingencias humorísticas. Se plantea de un modo natural y flexible, en un tono de juego. Se intercalan como parte de la secuencia los ensayos post-test (idénticos al pre-test) y nuevos ensayos de test. <u>ENSAYOS COHERENTES DE ENTRENAMIENTO:</u> “Vamos hacer lo CORRECTO” → el experimentador (exp.) y AN realizan un ejemplo de un uso convencional del objeto → CONTINGENCIA NO HUMORÍSTICAS DESCRIPTIVA (“bien, hemos hecho lo correcto”). <u>ENSAYOS INCOHERENTES O NO CONGRUENTE DE ENTRENAMIENTO:</u> <i>Ensayos entrenamiento:</i> Comprensiva: Bajo la clave “BROMA”- el exp. da un uso no convencional a un objeto → CONTINGENCIA HUMORÍSTICA (RISA EXP.) Productiva: “Ahora te toca a ti haz BROMA”- AN hace una incoherencia → CONTINGENCIA HUMORÍSTICA (RISA EXP.) <i>Nuevos Ensayos-test:</i> COMPRENSIVA: El exp. presenta el ensayo pero hay DEMORA EN LA CONTINGENCIA HUMORÍSTICA (RISA EXP.) a la espera de reacción en AN. PRODUCTIVA: Bajo la clave “BROMA” AN lleva a cabo la incoherencia y finalmente se aplica CONTINGENCIA HUMORÍSTICA (RISA EXP.).

Figura 2. Secuencia experimental.

Contacto y screening previo (Fase 1)

Se llevaron a cabo 5 sesiones, 3 de 40 minutos y 2 de 20 minutos. Las tareas experimentales y su distribución en sesiones pueden verse en la figura 2.

Evaluación 1 (Fase 2)

Esta fase se compone de dos etapas (ver figura 2) que se desarrollaron en una sesión de 40 minutos. Se registró los grados de humor en comprensiva (ver tabla 1) ante la presentación de las relaciones convencionales entre los objetos de cada uno de los conjuntos (C₁: cama-muñeca-gorrito; y C₂: planta-jardín-regadera-regar) y ante las grabaciones incongruentes fruto de la combinación de elementos de ambos conjuntos (C₁- C₂: cuando la muñeca era colocada en el jardín para ser regada, en lugar de ser la planta; C₂- C₁: cuando la planta era colocada en la cama para dormir, en lugar de la niña). Para acceder a la siguiente fase la participante no debía obtener un grado de humor R2 en ninguno de los ensayos incoherentes (ver tabla 1).

Tabla 1. Definiciones operacionales de los grados de humor para ensayos en comprensiva y productiva.

<i>GRADO DE HUMOR EN COMPRENSIVA*</i>	
R0:	Expresión neutra, sin ningún indicio de risa.
R1:	Expresión que aparenta extrañeza característica por muecas en la cara donde se frunce el ceño y se desvía el labio superior.
R2:	Expresión caracterizada por un movimiento de la boca (subiendo las comisuras de los labios, y/o uniendo los labios de forma que dejan un hoyuelo próximo a las comisuras), y/o movimiento de mofletes (ambos próximos a los ojos), y/o caída de ojos, que fueran característicos de alegría. Y/o sonidos convencionales de la risa humana. La duración de la expresión es igual o mayor a 2 segundos, que pueden ser continuos o discontinuos.
<i>GRADO DE HUMOR EN PRODUCTIVA</i>	
R0:	Producción de humor bajo control del entrenamiento directo (humor directo).
R2:	Producción de humor bajo control específico del enmarque relacional (humor derivado)

**Las respuestas de humor en comprensiva son consideradas derivadas ya que parten de ensayos de test con objetos no implicados en entrenamientos previos.*

Entrenamiento y test

Después de varios diseños pilotos, se plantea un protocolo experimental natural y flexible acorde con las situaciones que se dan en el día a día. De esta forma, se espera generar en la participante mediante múltiples ejemplos un contexto donde se permita ser incoherente y emerja su risa consecuentemente, así como que sea capaz de generarla y disparen las funciones humorísticas en los demás. El procedimiento desarrollado en 8 sesiones, otorgó usos no convencionales a objetos nuevos sin haber tenido experiencia directa para ello, esto es, sin la participación del experimentador en dicho resultado. La estructura de los ensayos puede verse en la figura 2. A continuación, se presentan las características generales del protocolo MET:

Se realizaron sesiones de 30 minutos cada una.

Se incrementa progresivamente el número de objetos y sus combinaciones.

Los ensayos fueron parte del juego.

Se utilizaron 6 grabaciones a lo largo de las fases.

Se realizaron 126 ensayos, 113 ensayos de entrenamiento y 13 ensayos de test.

Se realizaron diversos ejemplos coherentes con el mismo objeto de forma sucesiva como contexto previo a los ensayos incoherentes.

Para los ensayos con ejemplos incoherentes se utilizó la clave “BROMA” y para los ensayos con ejemplos coherentes, la clave “CORRECTO”.

Las características de los ensayos de test permitían obtener indicios de respuestas derivadas a nivel comprensivo y productivo. Estas características eran: situaciones incoherentes no entrenadas con anterioridad, no interviene el experimentador administrando la clave y la contingencia pertinente (sólo comprensiva) sin estar precedidos por un contexto de ensayos de broma.

Se intercalan como parte de la secuencia de entrenamiento los ensayos post-test en comprensiva y nuevos ensayos de test para respuestas incoherentes en comprensiva y en productiva.

Se registraron los grados de humor ante los ensayos-test en comprensiva y el tipo de producción en los ensayos-test en productiva.

Resultados

Acuerdo interjueces

Se calcularon los porcentajes de acuerdos interjueces (acuerdos divididos entre acuerdos más desacuerdos, multiplicado por 100) entre el registro del experimentador (se utilizaron estas puntuaciones para el análisis y discusión de los resultados) y el de dos observadores externos. Para el registro de los observadores externos, se seleccionaron 20 ensayos pertenecientes a la *Evaluación 1* y al *Entrenamiento y test*. Todas las puntuaciones recogidas por el experimentador tienen al menos un acuerdo con el registro de uno de los observadores (sea cual sea éste), dándose de esta forma un 100% de acuerdos. Considerando el registro en las franjas R0-R1 y R1-R2 se obtiene un 100% de acuerdos entre el experimentador y el observador externo 1, y un 88% de acuerdo entre el experimentador y el observador externo 2.

Evaluación 1

La participante AN respondió satisfactoriamente a los 3 ensayos que se diseñaron para establecer relaciones convencionales entre los objetos de cada uno de los conjuntos (C_1 y C_2). En el gráfico 1 (en el área pre-test) se muestran los grados de humor de la participante en los ensayos pre-test coherente (ensayo C_1 y ensayo C_2) e incoherente (ensayo combinación C_1-C_2 y ensayo combinación C_2-C_1), indicándose que sus calificaciones de humor se sitúan en la franja R0-R1, y por tanto, no existiendo un grado de humor R2 en los ensayos incoherentes.

Entrenamiento y test

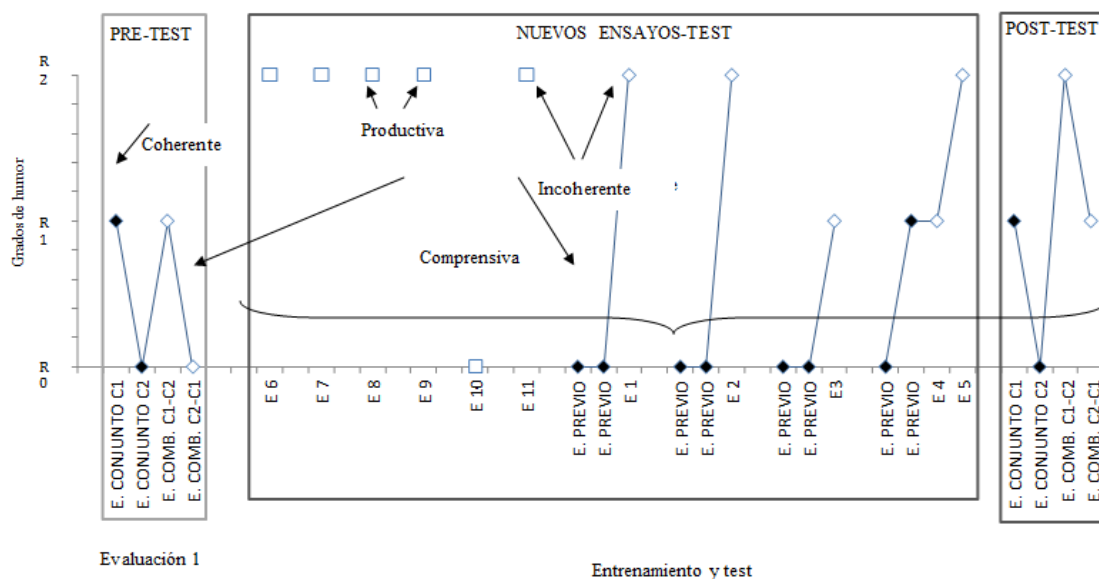
Respecto a los ensayos post-test en comprensiva (gráfico 1 -área post-test-), pese a no observarse cambios importantes de humor (cambios desde R0 a R2), se aprecia un ligero incremento en el nivel de humor de los ensayos incoherentes pre-test (franja R0-R1) a los ensayos incoherentes post-test (incremento de un grado de humor por cada ensayo: el ensayo combinación C_1-C_2 pasa de R1 a R2 y el ensayo combinación C_2-C_1 pasa de R0 a R1). Los ensayos coherentes pre-test y post-test no sufren cambios, encontrándose en la franja R0-R1 (el ensayo C_1 mantiene niveles R1 indicativos de extrañeza y el ensayo C_2 mantiene niveles R0 indicativos de expresión neutra).

Respecto a los nuevos ensayos-test incoherentes en comprensiva (Gráfico 1 – área nuevos ensayos-test-), se muestra que ante 3 de los 5 ensayos-test en comprensiva (ensayo 1, 2 y 5) se emite una respuesta calificada como nivel R2. Además, en esta área del gráfico 1 se han añadido los ensayos coherentes previos (E. previo) a cada ensayo-test registrándose niveles de humor neutros salvo en un ensayo que se calificó como R1.

En la Tabla 2, se recoge el registro de los nuevos ensayos-test en productiva. Las características de estos ensayos y las respuestas dadas permiten interpretar que existan indicios de que la participante ha emitido 4 respuestas humorísticas en productiva vía derivada o relacional (ensayos 6, 7, 8 y 9). En el ensayo 10 la participante aplica un uso entrenado directamente con lo que no se podría considerar derivado. En el ensayo 11 se consideró que la respuesta era derivada, pero al precederle ensayos de incoherencia realizados por la propia participante, podría entenderse que no está bajo control específico del enmarque relacional que en este estudio hemos definido como “broma”. Estos ensayos pueden verse en la grafica 1 (en el área nuevo ensayos-test).

Tabla 2. Ensayos-test en productiva.

ENSAYOS-TEST EN PRODUCTIVA	REGISTRO
Ensayo 6	HUMOR DERIVADO (R2) *Se saca la camiseta de los brazos y se coloca ocultando al muñeco entero.
Ensayo 7	HUMOR DERIVADO (R2) *La participante coge el vaso y se lo pone en la oreja.
Ensayo 8	HUMOR DERIVADO (R2) *La participante coloca el gorro en las piernas del muñeco.
Ensayo 9	HUMOR DERIVADO (R2) *La participante coloca los zapatos encima del plato.
Ensayo 10	HUMOR DIRECTO (R0) * Se considera directo ya que se ha expuesto un uso no convencional parecido a otro anteriormente entrenado. En este ensayo, AN se coloca el plato encima de la cabeza como si fuera una corona. En ensayos anteriores existe un ensayo donde el experimentador hace lo mismo.
Ensayo 11	HUMOR DERIVADO (R2) *Se produjo en un contexto previo de ensayos de incoherencia acompañados de contingencias humorísticas. Se coloca el gorro en la cabeza del muñeco pero se extiende de forma que lo cubre entero.



Gráfica 1. Datos ensayos-test en comprensiva/productiva de *Entrenamiento-test* y ensayos pre y post-test.

Discusión

Este es el primer estudio experimental en el que se intenta aislar las condiciones por las cuales el humor se puede generar en edades tempranas. Se han obtenido resultados preliminares acerca del efecto del entrenamiento en MET en la producción de respuestas de humor ante estímulos nuevos. Considerando las limitaciones que

comentaremos más adelante, podrían atisbarse indicios sobre el papel del reforzamiento aplicado a través de diferentes ejemplos y centrado en la abstracción funcional de las claves de incoherencia con el fin de permitir responder bajo el control de dicha clave contextual con funciones humorísticas. En este sentido, tanto las condiciones para generar la abstracción de la clave de incoherencia (serían el contexto para generar la incoherencia) y las contingencias relacionadas con ese contexto (permisividad y risa, por ejemplo) podrían ser condiciones necesarias para la emergencia de humor a nivel productivo o comprensivo.

La actitud de la participante ha sido colaboradora y participativa. Se añade que comenzó a mostrar una actitud de travesura en sus producciones humorísticas que no era habitual en ella, pudiéndose hipotetizar que la travesura sea el prelude del comportamiento humorístico.

Es un estudio exploratorio por las limitaciones que podrían ser superadas en futuros estudios experimentales. Entre ellas, (1) la extensión del estudio llevo consigo un incremento notorio en la edad de la participante de 3 meses por lo que no es posible afirmar que los resultados finales no sean producto combinado de la historia experimental y extra-experimental. (2) El número de ensayos-test ha sido escaso, principalmente con el propósito de no generar un estado motivacional de cansancio que no sería acorde al humorístico. Cabría sospechar un impacto más claro si se hubieran llevado a cabo más ensayos por diferentes personas y lugares. También sería importante aumentar la variedad de estímulos utilizados durante el entrenamiento. (3) Muchos estímulos conllevan juego simbólico siendo una variable que puede contaminar los resultados. En este punto, se recomienda un diseño con situaciones o ejemplos más realistas y naturales y la participación de diferentes experimentadores. Por último, (4) los porcentajes de acuerdo nos indican que se hace necesaria una revisión de las definiciones operacionales aportadas para los grados de humor e, incluso, un entrenamiento específico de los observadores.

En cualquier modo, este estudio supone sólo primer intento de abordar el humor desde los posicionamientos de la RFT y podría cumplir objetivos de aplicabilidad como de investigación transaccional o ecológica.

Nota

Trabajo fin de Máster presentado por el primer autor bajo la dirección de la segunda autora en septiembre de 2012.

Referencias

- Biglan, A. y Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Bluma, S., Shearer, M., Frohman, A. y Hilliard, J. (1978). *Manual: Guía Portage de Educación Preescolar*. Wisconsin. E. U.: Proyecto Portage. CESA.
- Carretero-Dios, H., Pérez, C. y Buela-Casal, G. (2006). Dimensiones de la apreciación del humor. *Psicothema*, 18, 465-470.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.
- Hayes, S. C. y Hayes, L. J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-249.
- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Berens, N. S., Rodríguez, M., Mañas, I. y Ruiz, F. J. (2009). Acquiring the Earliest Relational Operants. Coordination, Difference, Opposition,

- Comparison, and Hierarchy. En R. A. Rehfeldt e Y. Barnes-Holmes (Eds.), *Derived Relational Responding. Applications for Learners with Autism and Other Developmental Disabilities* (pp. 149-170). Oakland, CA: New Harbinger.
- Martin, R. A. (1998). Approaches to sense of humor: a historical review. En W. Ruch (Ed.), *The Sense of Humor: Explorations of a Personality Characteristic* (pp. 15-60). Berlin: Gruiter.
- Persicke, A., Tarox, J., Ranick, J. y Clair, M. (2013). Teaching children with autism to detect and respond to sarcasm. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 193-198.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Stewart, I., Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C. y Lipkens, R. (2001). Relations among relations: Analogies, metaphors, and stories. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 73-86). Plenum Press.

RELACIÓN ENTRE RECUPERACIÓN DE ESTRÉS, PERSONALIDADES BÁSICAS Y APRECIACIÓN DEL HUMOR EN TRES MUESTRAS OCUPACIONALES

Alejandra Mohamed Noriega y José Miguel Rodríguez

Universidad Autónoma de Madrid, España

Resumen

El objetivo del estudio consistió en analizar el papel modulador de las variables sociodemográficas, la apreciación del humor y la personalidad en la recuperación del estrés. Se utilizaron tres muestras: camareros de bares, auxiliares de vuelo y conductores de autobús. Para evaluar las variables de apreciación del humor se usó el EAUH, para la recuperación del estrés el REST-Q WORK y el MCMI para las personalidades básicas. Los resultados se analizaron mediante correlaciones simples y diferencias de media, observándose relaciones entre las diferentes variables en particular entre las subescalas del recuperación del estrés y las personalidades básicas y algunas diferencias significativas entre profesión, género y edad, como mayor tiempo de descanso y desconexión en los camareros de bares ($p < 0,011$).

Palabras clave: apreciación del humor, personalidad, recuperación del estrés, estrés laboral.

RELATIONSHIP AMONG STRESS RECOVERY, BASIC PERSONALITIES AND HUMOR APPRECIATION IN THREE OCCUPATIONAL SAMPLES

Abstract

The aim of this study is to analyze the modulatory role of sociodemographic variables, humor appreciation and personality in stress recovery of three samples: bartenders, flight attendants and bus drivers. The EAUH was used to assess humor appreciation variables, the REST-Q WORK to assess stress recovery and the MCMI to assess the basic personalities. The results were analyzed using simple correlations and mean differences, showing relationships between variables particularly between the subscales of stress recovery and basic personalities and some significant differences among profession, gender and age, regarding the stress and recovery subscales, like more time off and disconnection in waiters of bars ($p < 0.011$).

Key words: Humor appreciation, personality, stress recovery, work stress.

Introducción

Lazarus y Folkman (1986) perciben el estrés como un conjunto de distintas variables y procesos que hacen referencia a la relación entre el individuo y el ambiente tomando en cuenta tanto las características del sujeto como la naturaleza del medio.

El estrés laboral es un estado crónico que se ve influido por las condiciones habituales de trabajo en las que se encuentra una persona (Acosta, 2008). Aparece cuando los individuos perciben que las exigencias del entorno profesional superan su capacidad para afrontarlas o mantenerla bajo control. Aunque no es considerada en sí misma una patología, si se mantiene de manera prologada e intensa puede ocasionar problemas de salud física y mental como depresión, ansiedad, enfermedades cardíacas,

musculo esqueléticas y gastrointestinales, por lo que actualmente es considerado uno de los riesgos laborales emergentes más importantes ya que además explica gran número de bajas, absentismo y accidentes laborales (Salinas, 2012).

El concepto de burnout o desgaste laboral es visto como una reacción afectiva al estrés constante, caracterizada por la sensación de que la energía física, emocional y mental está agotada (Shirom, 2010).

Los síntomas y consecuencias del burnout aunque similares a los del estrés laboral, se presentan de manera crónica y con mayor intensidad, sobre todo a través de una enorme fatiga (Salinas, 2012). Existe además suficiente evidencia desde diversos estudios que asocian burnout o desgaste laboral y agotamiento con enfermedades cardiovasculares, entre otras (Shirom, 2010).

Diversos factores influyen en el estrés laboral, como los factores relacionados con el lugar de trabajo, los factores relacionados con el individuo y la combinación e interacción de estos factores (Ross y Alrmaier, 1994).

En cuanto a las variables individuales, intervienen diferencias particulares, como las características de personalidad, el sexo, factores hereditarios, apoyo social, sensación de control, estrategias de afrontamiento, y otros. Por lo que se puede decir que el estrés es subjetivo ya que un mismo hecho no resulta igual de estresante para todos ni siquiera para el mismo sujeto en momentos diferentes (Acosta, 2008).

La relación del síndrome de burnout con el sexo ha obtenido resultados discordantes, se ha encontrado que la proporción de profesionales con la sensación de “estar quemados” es superior en el sexo femenino (Grau et al., 2007), sin embargo otras diferencias por género aparecen en la dimensión de personalización del burnout, donde los varones se evalúan como más inhumanos en el trato hacia las personas a las que enseñan, cuidan o tratan en el trabajo y las mujeres aparecen con una mayor consideración hacia los demás (Morán Astorga, 2008). En cuanto a la edad también existen discordancias en los diferentes estudios, Moran Astorga (2008) encontró que ha a medida que aumenta la edad, mayor es el burnout, mientras que Grau et al. (2007) observó que los profesionales con la sensación de “estar quemados” son más jóvenes, tienen menos años de profesión y menor experiencia en el trabajo actual, y dedican menos horas al ocio.

Cuando se presenta la sensación de fatiga física y mental las personas perciben una sensación urgente de tomar un descanso de las demandas del ambiente, esta sensación de urgencia hace referencia a la necesidad de reparación que las personas sienten (Sonnetag y Zijlstra, 2006), ya que gestionar las demandas laborales consume los recursos individuales, que necesitan ser restablecidos durante la recuperación (Hahn, Binnewies, Sonnetag y Mojza, 2011).

Desde el marco de la teoría de la conservación de los recursos de Hobfoll (1989), la recuperación implica no solo que los recursos son restablecidos si no también que el ciclo de pérdida de recursos se detiene. (Hahn et al., 2011). Es decir que el concepto de recursos nos permite definir la recuperación como el restablecimiento y optimización de los recursos, después de que han sido agotados o utilizados por el estrés, debido a retos o amenazas para el individuo (Kallus, 2002).

Cuando la recuperación es insuficiente el individuo puede quedar exhausto o desarrollar burnout. El afrontamiento negativo y la rumiación después del estrés aumentan las posibilidades de una recuperación insuficiente lo que causa un desequilibrio entre el estrés y la recuperación (Kallus, 2002).

La falta de recuperación es un factor crucial para la disminución de la motivación, la satisfacción laboral y el desempeño, el aumento de errores, problemas de salud, burnout y absentismo especialmente en condiciones laborales estresantes (Jimenez y Kallus, 2005).

La personalidad ha sido relacionada con el estrés en diversos estudios, Rodríguez Molina (2013) usando el MCMI de Millon encontró relación inversa entre la personalidad histeriforme, el estrés general y la recuperación del estrés. También encontró correlaciones con diversos síndromes clínicos, como la relación entre la ansiedad y la personalidad pasiva/agresiva, la personalidad autodestructiva y el estrés general y la correlación inversa con la recuperación general. La neurosis depresiva al igual que la ansiedad correlaciona con estrés general y de forma inversa con la recuperación general.

Existen diversas definiciones del humor, según sus dimensiones, estilos o sobre el constructo en sí mismo. Según Martin (2008) al reírse de las incongruencias propias de la vida y disminuir las amenazas por el método de convertirlas en objeto de juego desenfadado, el humor es una forma de evitar vernos superados por las personas y situaciones, grandes o pequeñas que amenazan nuestro bienestar. Para Stieger, Fromann y Burger (2011) el humor es un constructo multifacético que incluye tanto estilos de humor adaptativos como desadaptativos

En general el sentido del humor positivo está asociado con buena salud mental y física, amortigua los efectos negativos del estrés laboral en la salud mental y promueve la efectividad en el trabajo (Mesmer-Magnus et al., 2012). Sin embargo otros estudios como el de Moreno Jiménez et al. (2008) indican que puede ser percibido como una estrategia de afrontamiento eficaz a corto plazo, pero que ante situaciones estresantes mantenidas en el tiempo, el sentido del humor constituye una estrategia de afrontamiento de tipo evitativo o de negación.

El humor positivo es importante en las actividades de recuperación, como indica Kallus (2002), esta emoción positiva está relacionada con el proceso de recuperación del estrés al tener el beneficio fisiológico de rápida recuperación de los efectos cardiovasculares provocados por las emociones negativas ligadas al estrés. (Fredrickson y Levenson; en Martin, 2008), en esta misma línea Sonnentag y Fritz (2007) encontraron también que las estrategias de diversión buscan evitar situaciones estresantes o negativas mediante la distracción. También parecen ser las más relevantes y prometedoras para la recuperación del estrés (Kallus, 2002).

La teoría de la conservación de los recursos de Hobfoll (1998) ofrece perspectivas teóricas complementarias en la recuperación del estrés laboral, propone que los recursos pueden ser restaurados mediante invertir en otros recursos (Sonnentag y Natter, 2004). Diversos estudios empíricos indican que los factores personales en general pueden ser variables determinantes para la vivencia de situaciones estresantes en el trabajo (Moreno-Jiménez, Morante Benadero, Rodríguez Muñoz, y Rodríguez Carvajal, 2006).

El estrés representa un aspecto inevitable de la vida y lo que marca la diferencia en el funcionamiento social es la forma en que el individuo lo afronta (Lazarus y Folkman, 1986). Se han postulado diversas variables como mediadoras del efecto del estrés, sin embargo no se ha especificado con claridad la forma en que esto ocurre, es decir si afectan al estrés ya que modulan la recuperación del estrés y si el efecto es de forma independiente o si al mediar la recuperación se influyen las variables entre sí.

Por consiguiente se planteó este estudio con el objetivo de analizar el papel modulador de las variables sociodemográficas, la apreciación del humor y la personalidad tanto entre sí como en los diversos procesos de recuperación del estrés y de esta manera poner a prueba un modelo (Figura 1) de carácter jerárquico en el cual las variables sociodemográfica, la personalidad y la apreciación del humor se relacionan con la recuperación del estrés.

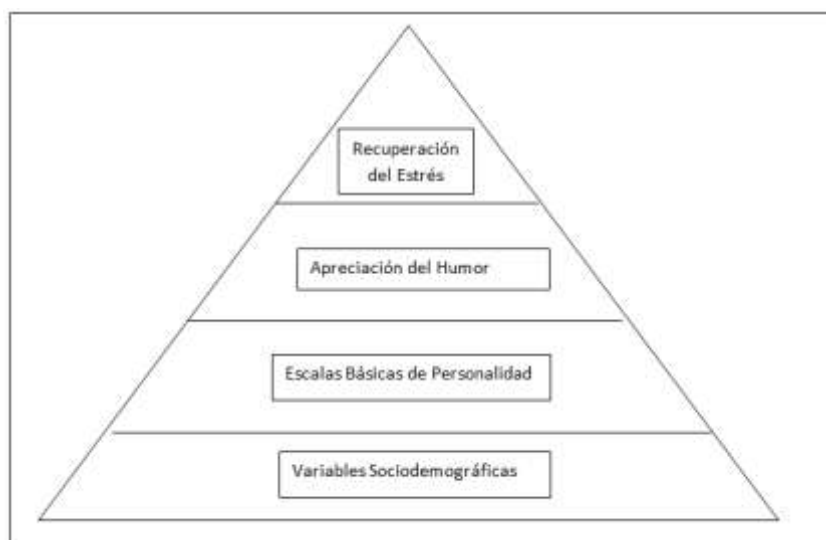


Figura 1. Modelo jerárquico de las variables sociodemográfica, la personalidad y la apreciación del humor como moduladores de la recuperación del estrés.

Método

Participantes

La muestra está formada por 108 sujetos de diferentes ámbitos profesionales: 15 conductores de autobuses urbanos de Madrid; 44 auxiliares de vuelo y 49 camareros de bares de la Comunidad de Madrid.

Materiales/instrumentos utilizados

Para evaluar las variables de apreciación del humor se usó el EAUH (Carretero Dios, 2005), para la personalidad se aplicó el MCMI de Millon (1999) de donde se tomaron las escalas básicas de personalidad y para la recuperación del estrés se usó el REST-Q WORK (Jiménez y Kallus, 2005). Se calculó la fiabilidad del RESTQ-W mediante el alfa de Crombach (Tabla 1).

Tabla 1. Fiabilidad del cuestionario RESTQ-W y de sus escalas mediante Alfa de Crombach.

RESTQ-W	ESCALAS				
	Estrés general	Tiempo descanso	Recuperación general	Burnout	Recursos psicosociales
0,922	0,803	0,768	0,823	0,833	0,801

Millon acepta el uso del MCMI en estudios para comprobar hipótesis de tipo demográfico tomando en cuenta que para poblaciones no clínicas, las puntuaciones inferiores a 60 de tasa base (TB) no discriminan de las inferiores a 35 (Millon, 1999), por lo tanto se utilizaron las puntuaciones, haciendo un solo grupo de puntuaciones inferiores a 60. La fiabilidad del instrumento informa de una estabilidad de 78,5% y los índices de fiabilidad de cada una de las veintidós escalas son altos y oscilan entre 78% y 91%. (Millon, 1999)

Los datos del MCMI se transformaron en puntuaciones discretas, siguiendo los puntos de corte significativos que ofrece Millon y uniendo en un solo grupo las puntuaciones no clínicas (las inferiores a 60). Véase Tabla 2.

Tabla 2. Transformación de puntuaciones del MCMI-II.

<i>Nueva puntuación</i>	<i>Puntuación TB</i>
1	Menos de 60
2	De 61 a 75
3	De 76 a 85
4	De 86 a 100
5	Superiores a 101

Las edades se agruparon en cuatro grupos por rangos de edad: < 29 = 1, 30-42 = 2 y > 42 = 3.

Diseño

Diseño transversal descriptivo.

Procedimiento

Los instrumentos se aplicaron de manera voluntaria e individual a lo largo de seis meses.

Resultados

Se observa que las diferentes subescalas del cuestionario de recuperación del estrés correlacionan significativamente con las diversas personalidades básicas, con el sexo y la profesión y en menor medida con la apreciación del humor.

El estrés general correlaciona significativamente con las personalidades histriónico, narcisista, antisocial, pasivo-agresiva y autodestructiva. Y se observa mayor puntuación en esta variable en los sujetos menores de 29 años ($p < 0,042$).

La Recuperación general correlaciona significativamente con las personalidades histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, pasivo-agresiva, autodestructiva y con la profesión.

La Recuperación en el trabajo correlaciona significativamente con las personalidades histriónica y antisocial. Y de forma negativa con la personalidad compulsiva. Correlaciona también con el sexo, encontrando mayor recuperación en el trabajo en hombres, en el análisis de varianza univariada se puede observar que es significativa ($p < 0,007$).

El tiempo de descanso y desconexión correlaciona de manera significativa con la personalidad antisocial, pasivo-agresiva, agresivo-sádica y autodestructiva. Esta variable correlaciona también con la profesión, se observa una diferencia de medias

significativa ($p < 0,011$) en el análisis de varianza encontrando mayor tiempo de descanso y desconexión en los camareros de bares.

Respecto a la apreciación del humor la variable rechazo al humor correlaciona con el estrés general personalidades fóbica, pasivo agresiva y autodestructiva y de forma negativa con el *Burnout*, en cuanto a profesión y apreciación del humor se observa mayor rechazo al humor en conductores de autobús ($p < 0,01$). Por otro lado la variable diversión correlaciona de forma negativa con la personalidad esquizoide.

Por último la recuperación psicológica correlaciona significativamente con las personalidades histriónica y narcisista.

Discusión/conclusiones

Los datos analizados hasta ahora para este estudio de forma general, abalan la hipótesis propuesta, la recuperación del estrés se ve influida por las características sociodemográficas, la personalidad y la apreciación humor de los individuos, de forma desglosada parecen indicar que ciertas características de personalidad favorecen el estrés y otras su recuperación. En lo referente a las variables sociodemográfica, en congruencia con otros estudios mencionados en la introducción se observó más estrés general en jóvenes. En los hombres se observó mayor uso de los recursos del trabajo y en cuanto a las profesiones, los camareros de bares parecen desconectar mejor en el tiempo de descanso.

Los conductores presentan mayor desagrado por algunas muestras de humor con independencia de que les parezcan divertidas o no, sería interesante analizar si la alta puntuación de rechazo es a algún tipo de humor específico y si es esto lo que influye en el estrés general y el burnout.

Se pretende continuar con el análisis de datos para ver si dichas variables predicen y moderan la recuperación del estrés y de qué manera se influyen entre si así como con otras variables individuales.

Referencias

- Acosta, J. M. (2008). *Gestion del estres* (p. 152). Barcelona: Bresca.
- Conard, M.A. y Matthews, R. A. (2008). Modeling the stress process: Personality eclipses dysfunctional cognitions and workload in predicting stress. *Personality and Individual Differences*, 44, 171-181.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M. y Braga, F. (2007). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informacio Psicologica*, 91-92, 64-79.
- Hahn, V. C., Binnewies, C., Sonnentag, S. y Mojza, E. J. (2011). Learning how to recover from job stress: effects of a recovery training program on recovery, recovery-related self-efficacy, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16, 202-216.
- Kallus, W. K. (2002). Impact of Recovery in Different Areas of Application. En M. Kellmann y Human Kinetics (Eds.), *Enhancing Recovery: Preventing underperformance in athletes* (pp. 283-300). Champaign, IL.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca, S.A.
- Martin, R. (2008). *La psicologia del humor Un enfoque integrador*. España: Orion ediciones, S.L.
- Mesmer-Magnus, J., Glew, D. J. y Viswesvaran, C. (2012). A meta-analysis of positive humor in the workplace. *Journal of Managerial Psychology*, 27, 155-190.

- Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial De Millon-II [MCMI-II]. Manual*. Madrid: TEA.
- Morán Astorga, C. (2008). Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos. *Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo*, 9, 213-225.
- Moreno-Jiménez, B., Morante Benadero, M. E., Rodríguez Muñoz, A. y Rodríguez Carvajal, R. (2006). La influencia de las variables de personalidad en el estrés traumático secundario. *Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 14, 201-214.
- Pishghadam, R. y Sahebjam, S. (2012). Personality and emotional intelligence in teacher burnout. *The Spanish journal of psychology*, 15, 227-236.
- Rodríguez Molina, J. M. (2012). Síndromes clínicos, personalidad y procesos de recuperación del estrés: estudio en muestras ocupacionales. *Medwave*, 12, e5569.
- Ross, R. R. y Alrmaier, E. M. (1994). *Intervention in occupational stress*. London: sage publications Ltd.
- Salinas, D. (2012). *Prevencion y afrontamiento del estres laboral*. Madrid: Editorial CCS.
- Sanz-vergel, A. I., Sebastián, J., Rodríguez-muñoz, A., Garrosa Hernandez, E., Moreno-jiménez, B. y Sonnentag, S. (2010). Adaptación del « Cuestionario de Experiencias de Recuperación » a una muestra española. *Psicothema*, 22, 990-996.
- Shirom, A. (2010). Employee burnout and health. En J. Houdmont y S. Leka (Eds.), *Contemporary occupational health psychology* (first., pp. 59-76). Chichester: Jonh Wiley and sons Ltd.
- Sonnentag, S. y Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of occupational health psychology*, 12, 204-221.
- Sonnentag, S. y Jelden, S. (2009). Job stressors and the pursuit of sport activities: a day-level perspective. *Journal of occupational health psychology*, 14, 165-181.
- Sonnentag, S. y Natter, E. (2004). Flight Attendants' Daily Recovery From Work: Is There No Place Like Home? *International Journal of Stress Management*, 11, 366-391.
- Sonnentag, S. y Zijlstra, F. R. H. (2006). Job characteristics and off-job activities as predictors of need for recovery, well-being, and fatigue. *The Journal of applied psychology*, 91, 330-350.
- Stieger, S., Formann, A. K. y Burger, C. (2011). Humor styles and their relationship to explicit and implicit self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 50, 747-750.

RELACIÓN Y COMUNICACIÓN CON PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE ESQUIZOFRENIA EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Alejandro Chévez, Daniel Navarro, Alejandro Arribas, Esther González y Almudena Gutiérrez

Grupo 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial. Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid, España

Resumen

En este trabajo se analiza la evolución de la relación terapéutica y el concepto más estudiado: la alianza terapéutica, desde principios de la psiquiatría del siglo XIX, a la intervención sociocomunitaria actual en la rehabilitación psicosocial, inspirado en el trabajo de los Equipos de Apoyo Social Comunitario pertenecientes a la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid que trabajan junto con la red sanitaria de la Consejería Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, formando parte desde el 2005 de los recursos de rehabilitación psicosocial asociados al Programa de Continuidad de Cuidados con una población de personas con enfermedad mental grave, en su mayoría diagnosticadas de esquizofrenia. A continuación se describen las características específicas de tratamiento socio-comunitario de las personas con esquizofrenia, centrándonos en las características que adquiere la relación terapéutica en la intervención socio-comunitaria y cómo afecta a la función del psicólogo. Identificamos nuevas habilidades que el psicólogo tiene que trabajar en esta área. Se detectan dos ejes fundamentales y tres niveles de intervención sociocomunitaria. Transicional y transaccional son los ejes. Basados en una diferenciación en tres niveles: táctico (habilidades del terapeuta, Listado de Terapia de Apoyo AADPRT Task Force), estratégico (gestión de equipos y planificación), y el nivel político (mediación y negociación), llegamos a la conclusión de que la formación debe incluir contenido específico que permita al psicólogo adaptarse a los diferentes contextos y marcos de intervención más allá de la labor clínica tradicional.

Palabras clave: relación terapéutica, intervención sociocomunitaria, esquizofrenia, rehabilitación psicosocial.

RELATIONSHIP AND COMMUNICATION WITH PEOPLE DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA IN THE SOCIAL COMMUNITARY INTERVENTION

Abstract

This paper analyzes the evolution of the therapeutic relationship and the most studied concept: the therapeutic alliance, since the early XIX century psychiatry, current sociocommunitary intervention on psychosocial rehabilitation, inspired by the work of Teams Social Community Support belonging to the Department of Family and Social Affairs of the Community of Madrid working together with the health network of the Ministry health of the Community of Madrid, since 2005 is part of psychosocial rehabilitation resources associated with Continuity Program Care with a population of persons with severe mental illness, mostly schizophrenia diagnosed. The following describes the specific characteristics of social and community treatment for people with schizophrenia, focusing on features that acquires the therapeutic relationship in community social intervention and how it affects the function of the psychologist. Identify new skills that the psychologist has to work in this area. Two main points are detected and three

levels of sociocommunity intervention. Transitional and Transactional are the axes. Differentiation based on three levels: tactical (therapist's skills, showing AADPRT Support Therapy Task Force), strategic (planning and team management), and the political level (mediation and negotiation), we conclude that the training should include specific content that allows the psychologist to adapt to different contexts and intervention beyond the traditional clinical work.

Word Keys: therapeutic relationship sociocommunity intervention, schizophrenia, psychosocial rehabilitation.

Introducción

“El sistema de salud mental está basado en la coerción. Incluso cuando los servicios se ofrecen de una manera aparentemente voluntaria, la coerción se esconde bajo la superficie”, Judi Chamberlin (2006, p.347), autora del libro *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*, referencia movimiento de usuarios, que está dando lugar a numerosos cambios en la gestión de servicios en el campo de la salud mental en Estados Unidos e Inglaterra, y que lentamente va llegando a España bajo el título de Recuperación (Rosillo, Hernández y Smith, 2013). La coerción es una constante del sistema psiquiátrico desde sus orígenes hasta la actualidad (Foucault, 2003), William Tuke fundador en 1872 del asilo de York, y uno de los precursores del “tratamiento moral”, sostenía que el miedo era uno de los factores principales a tener en cuenta en la relación terapéutica para que ésta sea efectiva (Read, 2006, p.22). El psiquiatra Emile Kraepelin (1999) en su en su revisión: *Cien años de Psiquiatría*, recoge afirmaciones como las que transcribo a continuación:

Debe (*el médico*) amenazar pocas veces, pero sí ejecutar su amenaza, y cuando se nieguen a obedecerle, el castigo debe imponerse al momento al momento, lo cual implica una vigilancia estrecha. Cuando el alienado es robusto y fuerte, el vigilante jefe debe solicitar ayuda de otros hombres, para asustar y conseguir sin dificultad y sin peligro una rápida obediencia. John Haslam, Hospital de Bethlem, “alienista” británico, principios del siglo XIX.

El médico de un establecimiento de alienados no debe nunca intentar inspirar miedo por sí mismo, pero tiene que tener bajo sus órdenes a un individuo que acepte esta tarea desagradable, que sólo actúe de acuerdo con los preceptos del médico y que pueda oponerse, en caso de necesidad, a la vehemencia, al arrebato y violencia de los furiosos. Wigand Maximilian Jacobi, médico alemán, siglo XVIII.

Read (2006) plantea que “quizá la autoridad de los psiquiatras hoy en día todavía tiene su origen más en el poder político que les conferimos que en su pericia científica”, esta variable política se vuelve prioritaria, en tanto que bajo la jurisprudencia psiquiátrica se impone un control sobre el cuerpo del enfermo psiquiátrico (a través del ingreso, el “alta”, el fármaco, etc.), y se establece una asimetría radical en la relación entre el médico y el paciente, en cuanto a la información, toma de decisiones, “conciencia de la enfermedad”, etc.

Muy lejos está la “vinculación amistosa” que proponía el Dr. Laín Entralgo (1964), al mismo tiempo que Rogers (2011) planteaba la necesidad de una tratamiento que estuviera centrado en la persona que permitiera la búsqueda de una comprensión amplia del marco de referencia del paciente (empatía), desde una actitud no valorativa, protectora y cercana.

Si bien fue Sigmund Freud, creador del psicoanálisis, el primero en poner el foco de manera sistemática en la relación terapéutica a través del concepto de transferencia, hoy es la ciencia la que indica que la alianza terapéutica, el componente de la relación terapéutica más estudiado a día de hoy (Gelso y Carter, 1994), es un factor determinante para el resultado positivo de un tratamiento psicoterapéutico (Corvella y Botella, 2003).

El estudio científico de este componente esencial de la relación terapéutica ha demostrado que la fuerza de la alianza terapéutica correlaciona con la mejora de la aceptación de la farmacología y la disminución de las ausencias a la terapia en los pacientes con esquizofrenia (Frank y Gunderson, 1990), hay correlación entre alianza terapéutica y mejora sintomática (Botella y Corbella, 2011), y existe una correlación significativa entre el vínculo terapéutico y los resultados de los tratamientos (Luborsky, 2000), además el factor de colaboración y confianza es el que presenta mayor correlación con los resultados de la terapia (Hatcher, 1999). La evidencia demuestra la importancia de que una relación terapéutica basada en la acuerdos con el paciente en el marco de un vínculo emocional positivo y seguro es determinante para el cambio y predictor de los resultados del tratamiento, lo cual impulsa también a romper con los encuadres asimétricos y verticales entre profesional de la salud y usuario.

Volviendo a Kraepelin, explica que hasta principios del Siglo XIX, el encierro y el aislamiento eran la condición básica para el tratamiento de las personas con enfermedad mental.

Entre finales de los años 50 y mediados de los 70, se alcanza unos niveles máximos de institucionalización en la mayoría de los países occidentales. En España en 1972, la cantidad de pacientes internados era de casi 52.000 (Sáiz y Chévez, 2009).

El viento de cambio en psiquiatría, llega a España de la mano numerosos profesionales de distintas disciplinas (Desviat, 1994), y se materializa en la Reforma Psiquiátrica Española, que cobra la forma de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que en su capítulo III “De la salud mental”, artículo 20, punto 1, establece que “La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización”. Aproximadamente diez años después aparecían los primeros dispositivos de atención sociocomunitaria de rehabilitación psicosocial en Madrid.

La intervención sociocomunitaria

Dentro del ámbito de la intervención sociocomunitaria, vamos a centrarnos en el trabajo que realizan los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC), y que comparten el campo con los Equipos de Tratamiento Social Comunitario y el Acompañamiento Terapéutico, dispositivos ampliamente difundidos en Estados Unidos y Latinoamérica que función desde un marco más clínico asistencial.

Los EASC, con una metodología basada en la Rehabilitación Psicosocial, están compuestos por un psicólogo, un trabajador social y dos educadores. Comienzan su andadura en 2005 vinculados al Programa de Continuidad de Cuidados de la Red Sanitaria de servicios de la Comunidad de Madrid, recibiendo derivaciones exclusivamente de los Centros de Salud Mental que estén distribuidos por los distintos distritos de la Comunidad. Actualmente hay 38 EASC distribuidos por la Comunidad de Madrid y atienden a aproximadamente 1200 usuarios de forma continuada.

En cuanto a sus objetivos generales son los siguientes (Rodríguez, 2005):

- Apoyar al mantenimiento en el propio domicilio o en el entorno socio comunitario y familiar en las mejores condiciones posibles.
- Mejorar la situación y calidad de vida de los usuarios
- Evitar situaciones de marginalización y abandono.
- Apoyar a las familias.
- Ofrecer acompañamiento y apoyo para mejorar la vinculación con los servicios de salud mental y de servicios sociales.

Para un psicólogo, trabajar en un EASC implica desplegar su función sobre dos ejes fundamentales (Chávez, 2012):

- Eje transicional: la intervención sociocomunitaria es móvil, discurre en diferentes contextos (la calle, el domicilio, el centro, etc.) con diferentes encuadres (individual, grupal, familiar, comunitario, etc.) por lo que el psicólogo debe disponer de herramientas para intervenir sobre diferentes redes de atención, encuadres, espacios con límites difusos, donde su rol no necesariamente es aceptado a priori.

- Eje transaccional: el trabajo cotidiano se desenvuelve en el centro de una lucha de intereses. En la mayoría de los casos el resultado de una estrategia de intervención va a estar determinada por la capacidad que tenga el equipo de negociar con cada una de las partes implicadas. Es imprescindible que el psicólogo comunitario disponga de las competencias necesarias para liderar y canalizar la potencia técnica del equipo, así como gestionar y mediar entre las diferentes instituciones en juego.

Por ello al comienzo del proceso la intervención sociocomunitaria, durante la acogida y enganche al recurso, se debe priorizar los objetivos dirigidos a establecer un vínculo terapéutico de confianza que facilite al usuario la participación de los acuerdos que constituirán luego el Plan Individualizado de Atención Sociocomunitaria (Gisbert, 2000).

Niveles de intervención

Como decíamos más arriba, trabajar en equipo, en el contexto del usuario, entre instituciones y con diferentes encuadres de intervención, exige al psicólogo comunitario desarrollar habilidades que le permitan adaptarse a un contexto cambiante. Hemos dividido el campo de intervención en tres niveles: Táctico, Estratégico y Político (Figura1).

Fig. 1 Niveles de Intervención



Vemos que el rol del psicólogo se proyecta más allá de la relación terapéutica con el usuario, e implica en cada nivel, tareas y competencias específicas:

1. Nivel Táctico

Refiere a la relación con el usuario en tiempo presente: incluye la relación terapéutica, que es elemento clave del tratamiento y, por lo tanto, determina el contenido de los siguientes niveles. Rogers (2011, p.65) se planteaba “¿puedo comportarme en una relación con la delicadeza necesaria como para que mi conducta no sea sentida como una amenaza?”, la amenaza es un componente inevitable ya que funciona a priori, antes de comenzar el enganche, en tanto la intervención sociocomunitaria implica adentrarnos en el mundo del usuario, somos extranjeros en este contexto, la lógica impone la necesidad de *hacernos invitar* por el usuario, antes que imponer nuestra presencia terapéutica y rehabilitadora. De aquí se desprende que el rol del psicólogo no puede imponerse, es un trabajo de negociación que va más allá de la clínica habitual.

Competencias: implica las habilidades básicas del psicólogo (Nancy, 2007), como el que aporta la Psicoterapia de Apoyo *AADPRT Task Force* (Angona, Ruiz y Sánchez, 2013) en la Tabla 1, a las cuales agrego la capacidad utilizar el cuerpo, posturas y gestos con fines terapéuticos, ya que en el trabajo comunitario el cuerpo del terapeuta se haya expuesto más que en cualquier otro contexto.

Tabla 1.
Habilidades de Psicoterapia de apoyo (Adaptada)

A. Límites: La capacidad de 1) Establecer y mantener un marco de tratamiento (por ejemplo, tiempo, espacio, los organismos externos, relaciones externas, establecer los horarios y manteniendo los tiempos). 2) Establecer y mantener una relación profesional. 3) Comprender y proteger al paciente de intrusiones innecesarias en la intimidad y confidencialidad.
B. Alianza terapéutica: La capacidad de 1) Establecer una relación con un paciente. 2) Entender y desarrollar una alianza terapéutica con el paciente. 3) Reconocer una variedad de formas de alianzas terapéuticas. 4) Que el paciente pueda participar activamente en el tratamiento. 5) Reconocer y tratar de reparar las alteraciones en la alianza. 6) Establecer un enfoque de tratamiento. 7) Proporcionar un entorno de seguridad.
C. Escucha: La capacidad de 1) Escuchar sin juzgar y con franqueza. 2) Facilitar al paciente hablar abierta y libremente.
D. Emociones: La capacidad de 1) Reconocer y describir específicamente los afectos. 2) Tolerar expresiones directas de hostilidad, afectividad, la sexualidad y otras poderosas emociones. 3) Reconocer y describir (al supervisor) los sentimientos que le produce el paciente. 4) Reconocer y tolerar las incertidumbres personales como aprendiz en la psicoterapia.
E. Comprensión: La capacidad de 1) Empatizar con los estados emocionales del paciente. 2) Transmitir comprensión empática. El uso de Supervisión: La capacidad de 1) Establecer una alianza educativa con el supervisor. 2) Incorporar material discutido en supervisión en la psicoterapia.
F. Resistencias / Defensas: La capacidad de 1) Identificar los problemas en colaborar con el tratamiento o el terapeuta. 2) Reconocer defensas en los fenómenos clínicos. 3) Reconocer los obstáculos al cambio y la comprensión de las posibles maneras de abordarlos.
G. Técnicas de Intervención: La capacidad de 1) Mantener el enfoque en el tratamiento cuando sea apropiado. 2) Confrontar la declaración de un paciente, afecto o comportamiento. 3) Evaluar la disposición y gestionar la terminación del tratamiento. 4) Evaluar la disposición del paciente para determinadas intervenciones. 5) Evaluar la respuesta del paciente a las intervenciones.

Tarea: la tarea fundamental de este nivel es “bajar la teoría a la práctica”, es decir, poner en acción las pautas establecidas en el nivel estratégico al aquí y ahora con el usuario.

2. Nivel Estratégico

Este es el nivel de la planificación y las estrategias, pero también el nivel en el que se pone en juego las potencialidades y dificultades de trabajar en equipo.

Competencias: en este punto, además de la capacidad para planificar una intervención y llevarla a cabo es fundamental “ser un jugador de equipo”, son fundamentales las habilidades para trabajar en equipo: liderazgo, establecer objetivos compartidos, comunicación, crear un clima de confianza. El déficit en esta área puede llevar a que los conflictos del equipo ocupen el lugar del usuario en reuniones y espacios comunes, mermando la potencia de la intervención multidisciplinar.

Tarea: Establecer ejes de intervención desde un marco multidisciplinario, concretar y temporalizar objetivos, establecer indicadores de resultados, transmitir al usuario unidad y confianza como equipo.

3. Nivel Político

Este es un marco de intervención totalmente nuevo para el psicólogo tradicional, trabajar en el espacio inter-institucional implica lidiar con diferentes discursos e ideologías (asistencialismo, rehabilitación, biologicismo, etc.) e intereses (de la familia, del psiquiatra, de la comunidad, etc.), cada una tiene una definición de la realidad y en el peor de los casos (pero no por ello menos habitual), pretende imponer su razón al resto del sistema, creando alrededor del usuario una lucha de poder que lo tiene como objeto/mercancía y campo de batalla. No pocas veces, alcanzar una meta terapéutica

será subsidiaria de haber un buen trabajo de mediación y negociación entre las partes. En la intervención sociocomunitaria el equipo se encuentra recorriendo junto con el usuario cada uno de estos espacios institucionales, razón por la cual, si bien no dispone del poder de la legitimación (actualmente potestad de la psiquiatría y en segundo lugar de la familia), es quien dispone de más información de toda la red, y esto es otro tipo de poder, un poder que requiere un saber y una serie de competencias específicas para poder utilizarlo de manera que vuelva al usuario, como capacidad de decidir y modificar su contexto, lo que habitualmente se llama empoderamiento.

Competencias: Capacidad para gestionar una gran cantidad de información, uso estratégico de la información, manipulación de la imagen, claridad en el discurso, habilidades sociales, asertividad, habilidades de negociación y mediación, etc.

Tarea: Crear un contexto facilitador en torno al usuario que le permita lograr disminuir su dependencia, integrarse en espacios normalizados y mejorar su calidad de vida.

Discusión

A partir de un análisis de las características que adquiere la relación terapéutica en los diferentes niveles de intervención que requiere el trabajo del psicólogo en el marco de un equipo multidisciplinar de apoyo sociocomunitario, se observa que el desempeño eficaz del rol requiere de habilidades y competencias que van más allá de las habilidades terapéuticas tradicionales e implican disponer de un conocimiento metodológico propio del campo de la intervención sociocomunitaria. El diseño curricular para la formación de psicólogos que se desempeñen en este contexto debería incluir, entre otras materias, contenidos asociados a la planificación, gestión de equipos, entrenamiento en habilidades de comunicación y expresión, mediación y negociación.

Referencias

- Angona, P., Ruiz I. y Sánchez F. (2013): *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33, 301- 322.
- Botella L. y Corbella S. (2011): Alianza Terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33.
- Chamberlin J. (2006): Servicios dirigidos por usuarios. En Read, J., Mosher L. y Bental P. *Modelos de Locura* (pp.343-351). Barcelona: Herder.
- Chévez A. (2012): *Acompañamiento Terapéutico en España*. Madrid: Ed. Grupo 5.
- Clark, D. (1982). *Terapia social en psiquiatría*. Madrid: Morata.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003): La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación [versión electrónica]. *Revista Anales de Psicología*, 2, 205-221.
- Foucault, M. (2003): *El Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gelso, C. y Carter J (1994): Components of the psychotherapy Relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 263-306.
- Gisbert C. (2003): *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento del Trastorno Mental Severo*. Madrid: A.E.N. Estudios.
- Kraepelin E. (1999), *Cien años de psiquiatría*. Madrid: AEN.
- Laín Entralgo, P. (1964): *La relación médico paciente*. Madrid: Revista de Occidente.
- Luborsky, L. (2000): A pattern-setting therapeutic Alliance study revisited. *Psychotherapy Research*, 1, 17-29.
- Nancy J. (2007) El movimiento de la competencia dentro de la psicología: Una perspectiva histórica. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 452-462.

- Rodríguez, A. (2005), *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007)*. Subdirección General de asistencia técnica y coordinación de planes para personas con discapacidad. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Rodríguez, J., Ruiz, A., Pérez, J., López, M., Moya, P. y Cano, M. (2012): El deseo y el poder: problemas del discurso de la medicina basada en la evidencia aplicado a salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 305-320.
- Rogers C. (2011): *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Rosillo M., Hernández M. y Smith Simón (2013): La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33, 257-271.
- Sáiz, J. y Chévez, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Revista de Intervención Psicosocial* 1, 75-88.

TREATMENT RESISTANT DEPRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW OF TREATMENTS

Alia Inés Pérez-Wehbe*, Lilisbeth Perestelo-Pérez, Amado Rivero-Santana***, Juan Manuel Bethencourt Pérez****, Leticia Cuellar-Pompa*** y Wenceslao Peñate Castro******

** Grupo Sanitario ICOT. Centro Sociosanitario El Pino, Gran Canaria, Spain*

*** Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud – Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Tenerife, Spain*

**** Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS). Tenerife, Spain*

***** Universidad de la Laguna. Tenerife, Spain*

Abstract

The aim of this systematic review (SR) is to know the current status of treatments for treatment-resistant depression (TRD). Following The Cochrane Collaboration's criteria a SR was conducted for randomised controlled trials (RCT) published until September 2012, in six electronic databases. The quality of selected papers was assessed according to Jadad Scale. Remission of symptoms, treatment response and changes in depression severity levels were taken as criteria for effectiveness. After eliminating duplicates, a total of 13,367 references were identified of which 247 were selected for full-text reading. Finally, 23 studies plus one study from the manual search were included. The discussion includes a diversity of currently existing definitions for TRD, the heterogeneity of parameters or variables used and factors considered in TRD treatments and the methodological variability found in these studies. Although with modest results, there are numerous pharmacological treatments and brain stimulation techniques showing efficacy for TRD (with an almost nonexistent representation of psychological treatments). The possibility of establishing general conclusions is limited due to the scarcity of comparative studies between those treatments types and the range of parameters and methodology used by the included studies. However, added to the need for further research with a more robust methodology and consensus, it is concluded, based on the available information and following the proposal of the National Institute for Clinical Excellence (NICE), the need to understand TRD from a dimensional perspective (and not categorical as to the present) that includes a stepped care model with a multidisciplinary approach which takes into account, among others, the psychosocial factors involved and the individuality of each patient, at the time of considering available treatments.

Keywords: treatment resistant depression, refractory depression, treatment, psychological, antidepressants, systematic review, randomised controlled trials.

Introduction

Despite efficient treatment tools, not all patients suffering from depression respond positively and up to 50% of people suffering from depression will not have a significant clinical recovery, leaving a large proportion of the burden caused by it being attributable to what it has been termed treatment-resistant depression (TRD; Álvarez et al., 2008; Jenkins and Goldner, 2012) defined as an absence of remission after any drug treatment (Eby and Eby, 2010).

TRD has received different treatment approaches (Mahmoud et al., 2007; Padberg and George 2009; Shelton, Osuntokun, Heinloth, and Corya, 2010; Schlaepfer,

George and Mayberg, 2009; Vigo and Baldessarini, 2009). Despite these, there is not a specific recommendation protocol to treat TRD (National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2009). The present systematic review (SR) aims to identify published RCTs on TRD pharmacological, somatic and psychological treatments. The strategy followed to develop this SR it is based on recommendations of Fernández-Ríos and Buéla-Casal (2009), and Perestelo-Pérez (2013).

Method

A systematic review was conducted for the period up through September 2012. Consulted *databases* were Medline, Medline in process and Old Medline, Embase, Cochrane, Cinahl and PsychInfo. The *search strategy* was developed for each electronic database using the combination of the following Medical Subject Heading (MeSH) and free-text terms: pharmacology, antidepressant, psychology, psychotherapy, psychoeducation, combination, depression, depressive disorders, systematic, review and the names of individual antidepressants and individual psychotherapies. The reference lists of selected review papers were manually scrutinized for further relevant articles and reports.

Results

A total of 13,367 were identified from 2000 to September 2012, from which 23 RCT (plus one found on the manual search) were included.

In general, 8 studies investigated on antidepressants (AD; Fang et al., 2010; Fang, 2011; Rosso, Rigardetto, Bogetto, and Maina, 2011; Santos, Rocha, and Hara, 2008; Schindler and Angheliescu, 2007; Siwek et al., 2009; Sokolski, Conney, Brown, and DeMet, 2004; Suffin et al., 2007), 2 studies on atypic antipsychotics (AA; Chaput, Magnan, and Gendron, 2008; Shelton et al., 2001), 12 studies on brain stimulation techniques using diverse stimulation parameters and areas of stimulation (Avery et al., 2006; Boutros et al., 2002; Fitzgerald et al., 2007; Fitzgerald, Hoy, Daskalakis, and Kulkarni, 2009a; Fitzgerald et al., 2009b; García-Toro et al., 2001a; García-Toro et al., 2006; Kauffman, Cheema, and Miller, 2004; Levkovitz et al., 2009; Padberg et al., 2002; Rosa et al., 2006; Sobis et al., 2010) and 2 studies on other treatments (García-Toro et al., 2001b; Kopell et al., 2011).

Discussion and conclusions

This SR found different treatments with diverse efficacy levels in patients suffering from TRD, being this understood from a vast categorical point of view and being affected by factors such as sample's heterogeneity and study designs. These make it difficult a direct comparison among studies.

Regarding *antidepressant strategies* scientific evidence to date suggests that aggressive initial treatment may be the most appropriate strategy (Trivedy and Daly, 2008), recommending the new antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), selective noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) and the bupropion and mirtazapine as the best option, mainly due to its relatively good tolerability and safety. However, response rates to these drugs are generally in the range of 60-70% in controlled clinical trials with placebo (Carvalho, Machado, and Cavalcante, 2008). Some of the ADs' change, combination and augmentation strategies for TRD also show some success e.g., a SSRI with bupropion, reboxetine, venlafaxine,

mirtazapine, a monoaminooxidasa inhibitor and tricyclic AD (Dodd et al., 2005), or lithium, antipsychotics and thyroid hormone (Barowsky and Schwartz, 2006).

A RCT included in this SR studying CBT addition to quetiapine treatment found significant differences favouring the treatment combination compared to monotherapy with quetiapine (Chaput et al., 2008). However, there is an important absence of research studies evaluating the efficacy of psychological therapies in patients suffering TRD so no generalisation should be made on this regard.

With regard to brain stimulation treatments, although vagus nerve stimulation seems to be an interesting approach for the treatment of depression, relapse after remission appear to be higher for TRD, either with electroconvulsive therapy (Sackeim et al., 2000), pharmacotherapy (Papakostas et al., 2003) or after sequential treatments such as those carried out in the STAR * D (Rush et al., 2006). Most studies included in this SR on deep brain stimulation showed only moderate relief in patients with TRD, but the research methodology of these studies is not adequate, the definition includes a wide range of resistance, samples are small and they do not take into account possible comorbid diagnoses, possible relapses are not mentioned and possible placebo effect has not been sufficiently investigated (Sarnecki and Temel, 2011). So, we need more quality research studies to determine different factors related to the use of deep brain stimulation (Puigdemont et al., 2009).

In relation to repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS), the relatively low response and remission rates, short treatment periods, stimulation of different areas, at different intensities and frequencies and the relative lack of systematic follow-up studies suggest that even when rTMS may have clinically important reductions in result's measures, more studies are needed before rTMS can be considered as a monotherapeutic first-line treatment for TRD. However, there are still a number of gaps in knowledge about the physiological and biological effects of rTMS and how it modulates neural activity in brain networks depending on the specificity, intensity, the brain area stimulated and induced repeat sequence chosen.

The present SR support the idea that in the case of TRD there is a clear need to develop more rigorous and comprehensive research in each of the variables and parameters which may influence on the one hand, the response to treatments, and on the other, in the manner in which treatment alternatives are sequenced and conducted.

Acknowledgments

This work was supported by a grant from the Canary Islands Foundation for Health Research (FUNCIS; Exp. 51/09).

References¹

- Álvarez, E., Baca, B.E., Bousoño, M., Eguiluz, I., Martín, M., Roca, M., and Urretavizcaya, M. (2008). Depresiones resistentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36, 35-43.
- *Avery, D. H., Holtzheimer, P. E., Fawaz, W., Russo, J., Neumaier, J., Dunner, D. L., Haynor, D. R., Claypoole, K. H., Wajdik, C., and Roy-Byrne, P. (2006). A Controlled Study of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in Medication-Resistant Major Depression. *Biological Psychiatry*, 59, 187-194.

¹ References with * are the included studies.

- *Boutros, N. N., Gueorguieva, R., Hoffman, R. E., Oren, D. A., Feingold, A., and Berman, R. M. (2002). Lack of a therapeutic effect of a 2-week sub-threshold transcranial magnetic stimulation course for treatment-resistant depression. *Psychiatry Research*, 113, 245-254.
- Carvalho, A. F., Machado, J. R., and Cavalcante, J. L. (2008). Augmentation strategies for treatment-resistant depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 7-12.
- *Chaput, Y., Magnan, A., and Gendron, A. (2008). The co-administration of quetiapine or placebo to cognitive-behavior therapy in treatment refractory depression: A preliminary trial. *BMC Psychiatry*, 8, 73-81.
- Dodd, S., Horgan, D. Malhi, G. S., and Berk, M. (2005). Combine or not to combine? A literature review of antidepressant combination therapy. *Journal of Affective Disorders*, 89, 45-56.
- Eby, G.A. and Eby, K.L. (2010). Magnesium for treatment-resistant depression: a review and hypothesis. *Medical Hypotheses*, 74, 649-660.
- *Fang, Y. yuan, C., Xu, Y., Chen, J., Wu, Z., Cao, L. yi, Z., Hong, W., Wang, Y., Jiang, K., Cui, X., Calabrese, J. R., Gao, K., and OPERATION Study Team (2011). A pilot study of the efficacy and safety of paroxetine augmented with risperidone, valproate, buspirone, trazodone, or thyroid hormone in adult Chinese patients with treatment-resistant major depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31, 638-642.
- *Fang, Y. yuan, C., Xu, Y., Chen, J., Wu, Z., Cao, L. yi, Z., Hong, W., Wang, Y., Jiang, K., Gao, K. Cui, X., and Nierenberg, A. A. (2010). Comparisons of the efficacy and tolerability of extended-release venlafaxine, mirtazapine, and paroxetine in treatment-resistant depression: A double-blind, randomized pilot study in a Chinese population. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30, 357-364.
- Fernández-Rios, L. and Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 329-344.
- *Fitzgerald, P. B., Hoy, K., Daskalakis, Z. J., and Kulkarni, J. (2009a). A randomized trial of the anti-depressant effects of low- and high-frequency transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant depression. *Depression and Anxiety*, 26, 229-234.
- *Fitzgerald, P. B., Hoy, K., McQueen, Maller, J. J., Herring, S., Segrave, R., Bailey, M., Been, G., Kulkarni, J., and Daskalakis, Z. J. (2009b). A randomized trial of rTMS targeted with MRI based neuro-navigation in treatment-resistant depression. *Neuropsychopharmacology*, 34, 1255-1262.
- *Fitzgerald, P. B., Sritharan, A., Daskalakis, Z. J., de Castella, A. R., Kulkarni, J., and Egan, G. (2007). A functional magnetic resonance imaging study of the effects of low frequency right prefrontal transcranial magnetic stimulation in depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27, 488-492.
- * García-Toro, M., Mayol, A., Arnillas, H., Capllonch, I., Ibarra, O., Crespi, M., Micó, J., Lafau, O., and Lafuente, L. (2001a). Modest adjunctive benefit with transcranial magnetic stimulation in medication-resistant depression. *Journal of Affective Disorders*, 64, 271-275.
- * Garcia-Toro, M., Salva, J., Daumal, J., Andres, J., Romera, M., Lafau, O., Echevarria, M., Mestre, M., Bosch, C., Collado, C., Ibarra, O., and Aguirre, I. (2006). High (20-Hz) and low (1-Hz) frequency transcranial magnetic stimulation as adjuvant treatment in medication-resistant depression. *Psychiatry Research*, 146, 53-57.
- *García-Toro, M., Segura, C., González, A., Perelló, J., Valdivia, J., Salazar, R., Tarancón, G., Campoamor, F., Salva, J., de la Fuente, L., and Romera, M. (2001b). Inefficacy of burst-suppression anesthesia in medication-resistant major depression: A controlled trial. *The Journal of ECT*, 17, 284-288.
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, J. M., Gavaghan, D. J., and McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17, 1-12.

- Jenkins, E. and Goldner, E.M. (2012). Approaches to Understanding and Addressing Treatment-Resistant Depression: A Scoping Review. *Depression Research and Treatment*, 2. Retrieved January 31, 2013, from <http://www.hindawi.com/journals/drt/2012/469680/>.
- *Kauffman, C. D., Cheema, M. A., and Miler, B. E. (2004). Slow right prefrontal transcranial magnetic stimulation as a treatment for medication-resistant depression: A double-blind, placebo-controlled study. *Depression and anxiety*, 19, 59-62.
- *Kopell, B. H., Halverson, J. Butson, C. R. Dickinson, M. Bobholz, J. Harsch, H., Rainey, C., Kondziolka, D. Howland, R. Eskandar, E., Evans, K. C., and Dougherty, D. D. (2011). Epidural cortical stimulation of the left dorsolateral prefrontal cortex for refractory major depressive disorder. *Neurosurgery*, 69, 1015-1029.
- *Levkovitz, Y., Harel, E. V., Roth, Y., Braw, Y., Most, D., Katz, L. N., Sheer, A., Gersner, R., and Zangen, A. (2009). Deep transcranial magnetic stimulation over the prefrontal cortex: Evaluation of antidepressant and cognitive effects in depressive patients. *Brain Stimulation*, 2, 188-200.
- Mahmoud, R.A., Pandina, G.J., Turkoz, I., Kosik-Gonzalez, C., Canuso, C.M., Kujawa, M.J., and Gharabawi-Garibaldi, G.M. (2007). Risperidone for treatment-refractory major depressive disorder: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 147, 593-562.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE (2009). *NICE clinical guideline 90. Depression: The treatment and management of depression in adults (update)*. Available in: <http://guidance.nice.org.uk/CG90>. Retrieved February 28, 2013, from <http://publications.nice.org.uk/depression-in-adults-cg90>.
- Padberg, F. and George, M.S. (2009). Repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex in depression. *Expert Neurology*, 219, 2-13.
- *Padberg, F., Zwanzger, P., Keck, M. E., Kathmann, N., Mikhael, P., Ella, R., Rupprecht P., Thoma, H., Hampel, H., Toschi, N., and Möller, H. (2002). Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) in Major Depression: Relation between Efficacy and Stimulation Intensity. *American College of Neuropsychopharmacology*, 27, 638-645.
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Worthington, G. G., Roffi, P. A., Alpert, J. E., Fava, M., and Nierenberg, A. A. (2003). A pilot, open study of sertraline in outpatients with treatment-resistant depression (TRD) or with a history of TRD who responded but later relapsed. *International Clinical Psychopharmacology*, 18, 293-296.
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49-57.
- Puigdemont, D., Pérez-Egea, R., Portella, M. J., Molet, J., de Diego-Adeliño, J., Gironell, A., Radua, J., Gómez-Anson, B., Rodríguez, R., Serra, M., de Quintana, C., Artigas, F., Alvarez, E., and Pérez, V. (2009). Depressive relapse after initial response to subcallosal cingulate gyrus-deep brain stimulation in a patient with a treatment-resistant depression: electroconvulsive therapy as a feasible strategy. *Biological Psychiatry*, 66, 11-13.
- *Rosa, M. A., Gattaz, W. F., Pascual-Leone, A., Fregni, F., Rosa, M. O., Rumi, D. O., Myczkowski, M., Silva, M. F., Mansur, C., Rigonatti, S. P., Teixeira, M. J., and Marcolin, M. A. (2006). Comparison of repetitive transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy in unipolar non-psychotic refractory depression: a randomized, single-blind study. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 9, 667-676.
- *Rosso, G., Rigardetto, S., Bogetto, F., and Maina, G. (2011). A randomized, single-blind, comparison of duloxetine with bupropion in the treatment of ssri-resistant major depression. *Journal of Affective Disorders*, 136, 172-176.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Stewart, J. W., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., Ritz, L., Biggs, M. M., Warden, D., Luther, J. F., Shores-Wilson, K., Niederehe, G., and Fava, M. STAR*D Study Team (2006b). Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *New England Journal of Medicine*, 354, 1231-1242.

- Sackeim, H. A., Prudic, J., Devanand, D. P., Nobler, M. S., Lisanby, S. H., Peyser, S., Fitzsimons, L., Moody, B. J., and Clark, J. (2000). A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. *Archives of General Psychiatry*, 57, 425-434.
- *Santos, M. A., Rocha, F. L., and Hara, C. (2008). Efficacy and safety of antidepressant augmentation with lamotrigine in patients with treatment-resistant depression: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. Primary Care Companion to the *Journal of Clinical Psychiatry*, 10, 187-190.
- Sarnecki, T. and Temel, Y. (2011). Deep brain stimulation for Treatment-Resistant depression: A review. *Open Neurosurgery Journal*, 4, 22-28.
- * Schindler, F. and Anghelescu, I. G. (2007). Lithium versus lamotrigine augmentation in treatment resistant unipolar depression: A randomized, open-label study. *International Clinical Psychopharmacology*, 22, 179-182.
- Schlaepfer, T.E., George, M.S., and Mayberg, H. (2009). WFSBP Guidelines on Brain Stimulation Treatments in Psychiatry. *Journal of Biological Psychiatry*, 26, 1-17.
- Shelton, R.C., Osuntokun, O., Heinloth, A.N., and Corya, S.A. (2010). Therapeutic options for treatment-resistant depression. *CNS Drugs*, 24, 131-161.
- *Shelton, R. C., Tollefson, G. D., Tohen, M., Stahl, S., Gannon, K. S., Jacobs, T. G., Buras, W. R., Bymaster, F. P., Zhang, W., Spencer, K. A., Feldman, P. D., and Meltzer, H. Y. (2001). A novel augmentation strategy for treating resistant major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 131-134.
- *Siwek, M., Dudek, D., Paul, I. A., Sowa-Kucma, M., Zieba, A., Popik, P., Pilc, A., and Nowak, G. (2009). Zinc supplementation augments efficacy of imipramine in treatment resistant patients: A double blind, placebo-controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 118, 187-195.
- *Sobis, J., Jarzab, M., Hese, R.T., Sieron, A., Zyss, T., Gorczyca, P., Gierlotka, Z., Pudlo, R., and Matysiakiewicz, J. (2010). Therapeutic efficacy assessment of weak variable magnetic fields with low value of induction in patients with drug-resistant depression. *Journal of Affective Disorders*, 123, 321-326.
- *Sokolski, K. N., Conney, J. C., Brown, B. J., and DeMet, E. M. (2004). Once-daily high-dose pindolol for SSRI-refractory depression. *Psychiatry Research*, 125, 81-86.
- *Suffin, S. C., Emory, W. H., Gutierrez, N., Arora, G. S., Schiller, M. J., and Kling, A. (2007). A QEEG database method for predicting pharmacotherapeutic outcome in refractory major depressive disorders. *Journal of American Physicians and Surgeons*, 125, 81-86.
- Trivedi, M. H. and Daly, E. J. (2008). Treatment strategies to improve and sustain remission in major depressive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10, 377-384.
- Vigo, D.V. and Baldessarini, R.J. (2009). Anticonvulsants in the treatment of major depressive disorder: an overview. *Harvard Review in Psychiatry*, 17, 231-241.

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE ARTETERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL CON MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Amador Cernuda-Lago

Universidad Rey Juan Carlos, España

Resumen

Antecedentes: La violación es una forma de agresión sexual que representa uno de los traumatismos más tremendos que pueda sufrir una persona, que se traducirá en lesiones físicas, psicológicas y sociales. Una violación se define como la relación sexual forzada con una persona que no ha dado su consentimiento. Puede involucrar fuerza física, amenaza de fuerza o puede darse contra alguien que es incapaz de resistirse. Siguiendo la positiva experiencia cubana hemos querido comprobar, en la población española, la aplicación del Psicoballet con orientación cognitivo-conductual en la recuperación de víctimas de abuso sexual. **Método:** Se realizó una experiencia de danzaterapia con 21 mujeres de una media de edad de 32 años que habían sufrido violación y tenían síntomas de estrés postraumático. El proceso de intervención duró seis meses con una sesión de 90 minutos cada semana, que se distribuía de la siguiente manera: 60 minutos de danzaterapia y 30 minutos de sesión grupal de terapia cognitiva. **Resultados:** Al finalizar el proceso las participantes mostraron cambios positivos a nivel psicológico y corporal, disminuyeron sus niveles de ansiedad y depresión y aumentó su autoestima significativamente, lo que nos permite afirmar que la danzaterapia es útil para tratar a este tipo de pacientes. **Conclusiones:** Es poco funcional tratar a pacientes que presentan vivencias pasadas de abuso sexual sin una atención específica del cuerpo, cuestión que permite la danzaterapia que canaliza y amplifica cualquier proceso terapéutico, al poder movilizar el cuerpo mediante la danza se consigue optimizar el proceso de evitar rigideces y liberar la tensión memorizada en el cuerpo y el movimiento. Al trabajar en grupo con la misma problemática, las participantes se abren más espontáneamente a la comunicación y solucionan conflictos alcanzando una recuperación más rápida.

Palabras clave: danzaterapia, psicoballet, violación, estrés postraumático.

THE EFFECTS OF A PROGRAM OF COGNITIVE BEHAVIORAL ARTHERAPY WITH WOMEN VICTIMS OF SEXUAL ASSAULT

Abstract

Antecedents: The sexual assault is a form of sexual aggression that represents one of the most tremendous traumatism that there could suffer a person, who will be translated in physical, psychological and social injuries. A rape is defined as the sexual relation forced with a person who has not given his assent. It can involve physical force, threatens of force or one can hit against someone who is unable to resist. Following the positive Cuban experience we have wanted to verify, in the Spanish population, the application of the *Psicoballet* with cognitive-behavioral orientation in the victims' recovery of sexual abuse. **Method:** A dancetherapy experience was realized with 21 women of an average of age of 32 years who had suffered a sexual assault and had symptoms of posttraumatic stress. The process of intervention took six months with a session of 90 minutes every week, which was distributed of the following way: 60 minutes of dancetherapy and 30 minutes of group session of cognitive therapy. **Results:** The participants showed positive changes to psychological and corporal levels, diminished their levels of anxiety and depression and their selfesteem increased significantly, which allows us to

affirm that the dancetherapy is useful to treat this kind of patients. **Conclusions:** It is slightly functional to treat patients who present experiences spent from sexual abuse without a specific attention of the body, question that allows the dancetherapy that canalizes and amplifies any therapeutic process, to the power to mobilize the body by means of the dance manages to optimize the process of avoiding inflexibilities and of liberating the tension memorized in the body and the movement. On having been employed at group with the same problems, the participants are opened more spontaneously for the communication and solve conflicts reaching a more rapid recovery.

Keywords: Dancetherapy, psicoballet, sexual assault, posttraumatic stress.

Introducción

El Instituto Universitario Danza Alicia Alonso, la Fundación de la Danza Alicia Alonso y la Universidad Rey Juan Carlos patrocinan un Departamento de Intervención Psicosocial mediante la Danza que desarrolla una labor mixta de acción social e investigación científica que ha desarrollado numerosos programas de intervención social con resultados muy positivos.

De los numerosos programas establecidos cabe destacar la línea de aplicaciones de la danza en situaciones de estrés postraumático que iniciamos a raíz de los lamentables sucesos del atentado terrorista que sufrió Madrid en marzo de 2004. Los atentados del 11 de marzo de 2004 (conocidos también por el numerónimo 11-M) fueron una serie de ataques terroristas en cuatro trenes de la red de Cercanías de Madrid llevados a cabo por terroristas yihadistas.

Se trata del segundo mayor atentado cometido en Europa hasta la fecha, con 10 explosiones casi simultáneas en cuatro trenes a la hora punta de la mañana (entre las 07:36 y las 07:40). Más tarde, tras un intento de desactivación, la policía detonaría, de forma controlada, dos artefactos que no habían estallado, desactivando un tercero que permitiría, gracias a su contenido, iniciar las primeras pesquisas que conducirían a la identificación de los autores. Fallecieron 191 personas y 1.858 resultaron heridas. El 17 de diciembre de 2004 Gregorio Peces Barba fue nombrado Alto Comisionado para el Apoyo a las Víctimas del Terrorismo por el Consejo de Ministros. El propio Gregorio Peces Barba, conocedor de la experiencia cubana, se puso en contacto con nuestra Institución para sugerirnos la creación de un programa de atención a las víctimas del atentado. Creamos un sistema de intervención que combinaba las actividades artísticas terapéuticas de la danza, utilizadas en la comprobada experiencia cubana de tratamiento con el psicoballet, con técnicas cognitivas de tratamiento del estrés postraumático, incorporando técnicas novedosas en aquel momento en nuestro país como el EDMR, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, una técnica psicológica terapéutica utilizada para desensibilizar y reprocesar traumas psicológicos de una manera natural y rápida. Iniciamos los contactos con víctimas del atentado y su tratamiento, pero las cuestiones políticas nos terminaron acercando a las víctimas de violencia de género. Hemos realizado siete programas con este colectivo y hemos atendido más de 700 víctimas de este tipo de violencia, con resultados muy beneficiosos de descenso de ansiedad y depresión y elevación de autoestima (Cernuda 2012b, 2012c). Al comienzo del último curso nos solicitaron una intervención similar con víctimas de violencia sexual, la danza es una gran herramienta auxiliar de apoyo al

facilitar la intervención desde y sobre el cuerpo, en la que Cuba tiene una gran experiencia (Fariñas, 1990, 1999, 2004).

Las figuras de Alicia Alonso, el Dr. Eduardo Ordaz y la Profesora Georgina Fariñas han abierto un interesante área de intervención a través del arte, cuyas utilidades y beneficios necesitan seguir siendo investigados, divulgados y aplicados. Este año se cumple el 40 aniversario de la creación del Psicoballet en el Hospital Psiquiátrico de la Habana, Cernuda (2012a), Fariñas y Hernández (1993). Cuyas experiencias son la base del trabajo de intervención clínica, social y de investigación que realizamos en nuestra Institución en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

La violación es una forma de agresión sexual, que representa uno de los traumatismos más tremendos que pueda sufrir una persona, que se traducirá en lesiones físicas, psicológicas y sociales. Una violación se define como una la relación sexual forzada con una persona que no ha dado su consentimiento. Puede involucrar fuerza física, amenaza de fuerza o puede darse contra alguien que es incapaz de resistirse.

La relación sexual puede ser vaginal, anal u oral y puede involucrar el uso de una parte del cuerpo o un objeto. Tras la violación se presentan serias consecuencias en la salud de las víctimas, produciendo daño físico y secuelas psicológicas además de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado.

En relación al daño psicológico, las consecuencias pueden ser severas y a largo plazo, incluyendo ansiedad, miedo, depresión e intento suicida. Se describen, además, la presencia de disfunciones sexuales, dificultades en el funcionamiento cotidiano y en las relaciones interpersonales. Todo esto acompañado de frecuente sintomatología somática.

También en las víctimas se reportan comportamientos autodestructivos, autoagresión e ideación suicida. Se describen problemas serios en la relación de pareja de estas mujeres, problemas en la relación con sus padres e hijos. Hay reacciones de temor, hostilidad y sentimientos de amenaza constante y consecuencias de la agresión en las mujeres adultas, tales como: desorden de estrés post traumático, depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, desórdenes de la alimentación, desorden de personalidad múltiple, desorden obsesivo compulsivo, abuso de drogas y alcohol y conducta suicida.

Las personas que sufren una violación pueden ser o no capaces de decir que fueron ultrajadas o buscar ayuda. Algunas pueden buscar atención médica quejándose de algo distinto, como dolores de cabeza, problemas alimentarios, dolor o problemas para dormir.

Las reacciones emocionales pueden ser muy diferentes en cada persona y pueden abarcar: ira u hostilidad, confusión, llanto o aturdimiento, miedo, pérdida del control emocional, nerviosismo o risa inapropiada, no comer ni dormir bien, comportamiento rigurosamente controlado, aislamiento de familiares y amigos.

A las víctimas de violación se les debe ayudar a entender que nada de lo que sucedió fue su culpa y que nada de lo que hayan hecho debió permitirle a alguien tener sexo con ellas en contra de su voluntad. Esto incluye el hecho de vestirse de manera sugestiva o incluso besar o llevar a cabo otras actividades físicamente íntimas con la persona. Cualquier falta o culpa es únicamente del violador.

Lo más importante es que la persona necesita apoyo e información para comenzar el proceso de sanación después de una agresión sexual.

La información sobre la violación y la agresión sexual debe brindarse en un entorno seguro y de apoyo. El apoyo emocional constante es clave y la psicoterapia puede ser muy útil.

La violación es uno de los casos traumáticos de mayor gravedad. Tiene múltiples consecuencias psicológicas negativas, tanto a corto plazo como a largo plazo, entre ellas está, el trastorno de estrés postraumático, depresión, fobias, pérdida de autoestima e intentos de suicidio. (Stupiggia, 2007).

Uno de los factores más determinantes en toda la variedad de la sintomatología que sigue a una agresión sexual es la culpa que suele experimentar la víctima. Los sentimientos de culpa son muy comunes en las supervivientes de agresión sexual por no haber podido evitar la situación de riesgo del proceso y no haber reaccionado de una forma que hubiera sido más adecuada a las circunstancias. Estas ideas se vivencian en tres momentos temporales, en el momento previo a la agresión, se torturan con pensamientos de lo que ocurrió, haber regresado a una hora no adecuada a casa, haber confiado en un extraño, atender su interrupción. En el momento de la agresión se culpan de haberse quedado paralizadas, de no oponer una resistencia más extrema y del momento posterior a la agresión se arrepienten de no haber sido más rápidas en la denuncia, de la pérdida de pruebas. Esta autoinculpación daña severamente la autoestima de la víctima, máxime si en el ámbito policial o judicial no ha recibido el trato más adecuado. A nivel social la culpabilidad también se induce al reprochar a las víctimas conductas provocadoras, imprudentes, sobre todo si los comentarios provienen de personas cercanas a la víctima que en vez de servir de apoyo, por incomprensión involuntaria, desencadenan un buen número de pensamientos negativos en la víctima, el caso de familiares amigos o pareja. Muchos mitos falsos, típicos de actitudes machistas que perduran en nuestras sociedades acerca de las situaciones de agresión sexual son muy perjudiciales para la recuperación de este problema y ayudan a su estancamiento. Las víctimas de este tipo de agresión padecen alteraciones de casi todas las funciones vitales, problemas de sueño, de ingesta alimentaria, reviven las escenas de agresión en forma de flashback repetidos que las hipersensibilizan a las percepciones de otras personas, al olor, al tacto, a determinadas características que les han quedado impregnadas de la experiencia de agresión y que influyen, lamentablemente, en su recuperación, en las relaciones con los demás, en la generación de miedo, pérdida de confianza, sentimientos de sospechas, etc.

Método

Participantes

Se realizó una experiencia de danzaterapia con 21 mujeres de una media de edad de 32 años que habían sufrido violación y tenían síntomas de estrés postraumático.

Materiales/instrumentos utilizados

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982). El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Es un autoinforme que consta de 20 ítem relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte para la población femenina en el STAI-Estado es de 31 (correspondiente al percentil 75). La

fiabilidad test-retest es de 0,81 en la escala de ansiedad-rasgo, bastante más alta, como es lógico, que en la de ansiedad-estado ($r = 0,40$). La consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92.

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)** (versión española de Vázquez y Sanz, 1997). Es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítem (rango: 0-63 puntos) y evalúa la intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18 (Steer y Beck, 1988). En sus ítems se da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93; desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.
- **Escala de Autoestima (EAE; Rosenberg, 1965)**. Es un instrumento de autoinforme que consta de 10 ítem (rango: 10-40 puntos) y que evalúa el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. La mitad de los ítem están planteados de forma afirmativa y la otra mitad de forma negativa con el objetivo de controlar la aquiescencia. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el grado de autoestima. Según el estudio Vazquez-Morejon, Jimenez, (2004) la consistencia interna muestra un coeficiente alpha de Cronbach muestra unapuntuación de 0,87. Fiabilidad test-retest $r = 0,72$. La fiabilidad temporal, tanto para dosmeses ($r = 0,72$) como para un año ($r = 0,74$), es claramente satisfactoria, especialmente si consideramos que una correlación de 0,69 es aceptable para un intervalo de un mes.

Procedimiento

Se les realizó una entrevista clínica psicológica y se les aplicó una batería de test psicológicos. El proceso de intervención duro seis meses, con una sesión de 90 minutos cada semana, que se distribuía de la siguiente manera: 60 minutos de danzaterapia y 30 minutos de sesión grupal de terapia cognitiva.

Diseño

Se tomaron medidas con los test utilizados, antes de empezar el proceso y al finalizarlo, comparando los resultados para ver su eficacia.

Resultados

Al finalizar el proceso las participantes mostraron cambios positivos a nivel psicológico y corporal. Disminuyeron sus niveles de ansiedad en un 45% como media y los de depresión un 37% y aumentó su autoestima significativamente, un 42%, lo que nos permite afirmar que la danzaterapia es útil para tratar este tipo de pacientes. Es poco funcional tratar a pacientes que presentan vivencias pasadas de abuso sexual sin una atención específica del cuerpo, cuestión que permite la danzaterapia, y que canaliza y amplifica cualquier proceso terapéutico.

Discusión/conclusiones

La utilización de técnicas de arteterapia bajo un modelo de intervención cognitivo conductual es muy recomendable para una problemática como la tratada,

porque el hecho de poder utilizar un instrumento movilizador del cuerpo como en este caso ha sido la danza, amplifica el efecto de los tratamientos psicológicos convencionales, y permite superar las rigideces corporales que este tipo de trastornos generaliza en sus víctimas, al unificar el trabajo mental con técnicas de movimiento que permiten liberar tensiones y tomar conciencia del estado corporal, uniendo a este hecho el efecto positivo de trabajar en grupo con personas con la misma y delicada problemática abre canales de comunicación

Referencias

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Cernuda, A. (2012a, noviembre-diciembre). Arte social comunitario y aplicaciones clínicas del Psicoballet. 40 años de experiencia cubana. Comunicación presentada en el *I Congreso Internacional de Intervención Psicosocial Arte Social y Arteterapia de la Creatividad al Vínculo Social*, Murcia, España.
- Cernuda, A. (2012b, abril). Efectos de un programa de intervención mediante Arteterapia cognitivo conductual en víctimas de violencia de género. Comunicación presentada en el *V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica*, Santander, España.
- Cernuda, A. (2012c, noviembre-diciembre). Efectos de un programa de intervención con danza sufí y técnicas de hipnosis kinética en mujeres afectadas de estrés postraumático: víctimas de violencia de género. Comunicación presentada en el *I Congreso Internacional de Intervención Psicosocial Arte Social y Arteterapia de la Creatividad al Vínculo Social*. Murcia, España.
- Fariñas G. (1990). *Temas de Psicoballet*. La Habana: Ed. Hospital Psiquiátrico de La Habana, Revisión Cuba.
- Fariñas G. (1999). *Temas de Psicoballet*. La Habana: Ed. Hospital Psiquiátrico de La Habana, Revisión Cuba.
- Fariñas G. (2004). *Psicoballet, teoría y práctica en Cuba y Puerto Rico*. Puesto Rico: Proyecto Atalanta, Universidad de Puerto Rico.
- Fariñas G. y Hernández I. (1993). *Psicoballet. Método Psicoterapéutico Cubano*. Ed. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Printeton University Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press (versión española, T.E.A., 1982).
- Stupiggia, M (2007). *El Cuevo violado. Aproximación psicocorporal al trauma del abuso*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vázquez-Morejón, A.J., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosemberg. Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.

CONTROL ATENCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR: UNA APROXIMACIÓN TRASLACIONAL DESDE LA NEUROCIENCIA AFECTIVA

Ana García-Blanco^{*/**}, Manuel Perea^{*}, Ladislao Salmerón^{*} y Lorenzo Livianos^{**}

^{*}ERI-Lectura, Universitat de València, Valencia, Spain

^{**}Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari i Politècnic "La Fe", Valencia, Spain

Resumen

Antecedentes: El trastorno bipolar se caracteriza por un déficit en el procesamiento emocional y un deterioro de la función ejecutiva que persiste incluso en estados eutímicos. La desregulación emocional podría dar cuenta de los trastornos cognitivos debido a las interacciones recíprocas entre las redes neuronales cognitivas y emocionales. **Método:** En este capítulo se realiza una revisión sobre la evidencia conductual de los sesgos atencionales a lo largo de las distintas fases del trastorno bipolar para evaluar la influencia de la emoción sobre la atención. **Resultados:** Cuando el procesamiento de la información emocional se realiza por debajo del umbral de la consciencia los hallazgos sobre sesgos atencionales en el TB no son concluyentes. Sin embargo, cuando los estímulos emocionales son procesados por encima del nivel de la conciencia se produce un sesgo congruente con el estado de ánimo. Por tanto, la evidencia experimental apunta a que los sesgos atencionales congruentes con el estado de ánimo en el TB acontecen en estadios más elaborados del procesamiento de la información bajo el control atencional. **Conclusiones:** Se ha demostrado que los sesgos atencionales al estar acontecer durante el procesamiento controlado pueden entrenarse, conduciendo a cambios en el estado de ánimo y reduciendo la reactividad a eventos estresantes. Dicho entrenamiento conductual en el control atencional podría reducir tanto los mecanismos fisiológicos subyacentes al trastorno bipolar como la sintomatología afectiva en cada uno de sus episodios.

Palabras clave: sesgos en cognitivos, control atencional, entrenamiento cognitivo, trastorno bipolar.

ATTENTIONAL CONTROL IN BIPOLAR DISORDER: A TRASLATIONAL APPROACH FROM TRANSLATIONAL NEURSCIENCE

Abstract

Background: Bipolar disorder is characterized by a deficit in emotional processing and executive function that persists even in euthymic states. The emotional dysregulation could account for cognitive disorders due to reciprocal interactions between cognitive and emotional neural networks. **Method:** In this chapter we review behavioral evidence on attentional biases along the different phases of bipolar disorder to assess the influence of emotion on attention. **Results:** When the processing of emotional information occurs below the threshold of consciousness, the findings about attentional biases in TB are inconclusive. However, when emotional stimuli are processed above the level of consciousness, a mood-congruent bias is observed. Thus, experimental evidence suggests that attention biases congruent with mood in BD occur in stages elaborate information processing under attentional control. **Conclusions:** Has been shown to occur attentional bias being controlled during processing can train, leading to changes in mood and reducing the reactivity to stressful events. The behavioral training in attentional control could reduce both the physiological mechanisms underlying bipolar and affective symptoms in each of the episodes.

Key words: Cognitive biases, attentional control, cognitive training, bipolar disorder.

Introducción

Los individuos con trastorno bipolar (TB) se caracterizan por experimentar estados de ánimo anormalmente elevado (episodios maníacos) y, en muchos casos, episodios depresivos. Este trastorno afectivo es crónico y grave, el cual afecta a un 1% de la población mundial (Belmaker, 2004). A pesar del éxito indiscutible de los fármacos estabilizadores del humor, el TB se caracteriza por recaídas frecuentes, recuperación incompleta, pobre funcionamiento psicosocial y déficits en el procesamiento emocional (Harmer, Clark, Grayson y Goodwin, 2002). Estos resultados tan decepcionantes, están impulsando a investigadores y clínicos para que aúnen sus esfuerzos en tratar de entender mejor este trastorno.

Existe un cuerpo creciente de evidencia que ha demostrado la presencia de déficits generales en el procesamiento de la información que subyacen el inicio y mantenimiento del TB (Green, Cahill y Malhi, 2007). Estos déficits en el procesamiento de la información no se limitan a los episodios depresivos o maníacos, sino que también continúan durante los estados asintomáticos o eutímicos de la enfermedad. Los procesos atencionales pueden ser alterados por las emociones de forma selectiva en condiciones psicopatológicas específicas (Kanske y Kotz, 2013), y su vez esta interacción va estar modulada por el tipo de información emocional que esté siendo procesada. Al respecto, la hipótesis sobre sesgos congruentes con humor (Bower, 1981) postula que el estado de ánimo positivo podría facilitar el procesamiento de estímulos positivos y dificultar su inhibición; mientras que el estado de ánimo negativo podría facilitar el procesamiento de estímulos negativos e impedir su inhibición. Estos procesos anormales de procesamiento atencional suelen ser vistos como un factor de vulnerabilidad para estas patologías, lo que refuerza la hipótesis de que los procesos cerebrales que tienen que ver con la atención emocional anormal realmente pueden causar alteraciones significativas durante el procesamiento de información (Berggren y Derakshan, 2013).

A pesar de su importancia, apenas existen teorías psicológicas ni investigaciones sobre el procesamiento de la información en los trastornos bipolares. Este trabajo pretende hacer una revisión exhaustiva sobre los sesgos atencionales en el procesamiento de la información emocional en el TB. El avance en este tópico de investigación probablemente ofrezca un mayor potencial en términos de desarrollo teórico y tratamientos clínicos que la proporcionada por el enfoque nosológico estándar de la psicopatología (Harvey, 2004).

Así, el objetivo del presente trabajo es caracterizar los sesgos atencionales en los pacientes con TB cuando procesan material afectivo relevante según la fase de la enfermedad en la que se encuentren, con la intención de establecer una conexión y una posible caracterización de la transición entre estos episodios. Una vez caracterizados los sesgos en el procesamiento de la información, trataremos de hacer una revisión sobre su posible modificación debido a que puede constituir un objetivo crucial para la intervención terapéutica en pro de obtener unos resultados más eficientes.

Caracterización de los sesgos congruentes con el estado de ánimo en el TB

Existen diferentes paradigmas experimentales que se han encargado de evaluar estos sesgos, algunos de los más relevantes son los siguientes:

- *Emotional Stroop Task*. Este paradigma trata de explicar la reducción del rendimiento en una tarea de nombrar colores cuando el contenido semántico de las palabras tiene un significado emocional (positivo o negativo) frente a otras con una valencia neutra, poniendo de manifiesto la interferencia de los procesos emocionales sobre los procesos cognitivos automáticos. Bentall y Thompson, (1990) y, French, Richards y Scholfield, (1996) demostraron un sesgo atencional para la información negativa en pacientes maniacos e hipomaniacos a través de un enlentecimiento al nombrar los colores de las palabras con valencia negativa pero no aquellas relacionadas con una valencia positiva. Lyon, Startup y Bentall, (1999) replicaron estos resultados y además encontraron que los pacientes en fase depresiva también presentaban un enlentecimiento al nombrar los colores de las palabras negativas. Sin embargo, estudios posteriores no han replicado estos resultados (Kerr, Scott y Phillips, 2005; Malhi, Lagopoulos, Sachdev, Ivanovski y Shnier, 2005). Keer et al., (2005) encontraron aumentos generales en los tiempos de reacción para todas las condiciones experimentales (positivo, negativo, neutral) en los pacientes con TB en fase maníaca, depresiva y eutímica, así como en los pacientes con depresión unipolar. Malhi et al., (2005) tampoco obtuvieron efectos diferenciales de interferencia afectiva en términos conductuales en pacientes con TB en fase de remisión y controles sanos, pero sí encontraron efectos significativos en las respuestas neuronales corticales y subcorticales para las palabras con contenido afectivo (positivo/negativo) vs. contenido neutro.

- *Emotional Priming Task*. Las tarea consiste en ver el efecto de la exposición a determinados estímulos emocionales (prime) sobre la respuesta que se da a estímulos presentados con posterioridad (target). Kim et al. (2011) investigaron el procesamiento emocional automático y controlado a través de un paradigma de priming emocional con exposición subliminal y supraliminal de caras en pacientes eutímicos con TB. Había tres primes diferentes según el tipo de expresión emocional (alegría, tristeza, y neutral) seguido de una cara neutral como target. Los primes se presentaron subliminalmente (17 mseg.) o supraliminalmente (1.000 mseg.). En las tareas subliminales, los pacientes y los controles juzgaron la cara neutra como significativamente más desagradable cuando se presentaron primes tristes en comparación con los primes alegres. Sin embargo, en la tarea supraliminal, los participantes con TB seguían emitiendo un juicio negativo en esta condición, mientras que los individuos sanos no. Los autores concluyeron que debido a que el efecto de *priming* emocional negativo persiste incluso bajo condiciones de percepción consciente, los pacientes con TB pueden tener problemas de control cognitivo del procesamiento emocional.

- *Affective Go/No-go Task*: Se trata de una tarea de detección de señales que requiere que los participantes respondan a objetivos relevantes (p.ej., palabras “felices”) mientras que inhiben las respuestas a estímulos de la categoría afectiva contraria (palabras “tristes”). Su objetivo es medir la presencia de sesgos atencionales congruentes con el estado de ánimo, es decir, respuestas más rápidas a “estímulos felices” en pacientes con manía, y respuestas más rápidas a “estímulos tristes” en pacientes con depresión. Murphy et., (1999) aplicaron esta tarea de detección de señales para estudiar los sesgos congruentes con el humor en pacientes con un episodio maníaco y con un episodio depresivo unipolar. Murphy encontró que los pacientes maníacos eran más rápidos para responder a los estímulos positivos (véase Elliot et al., 2004, para un hallazgo similar), mientras que los pacientes con depresión unipolar eran más rápidos para responder a los estímulos negativos (véase Erickson et al., 2005, para un resultado similar con pacientes

no medicados con depresión unipolar). Sin embargo, Rubinsztein, Michael, Underwood, Tempest y Sahakian (2006) no encontraron un efecto de congruencia con el estado de ánimo en personas con depresión bipolar. Este último resultado arroja algunas dudas sobre la solidez de la tendencia del estado de ánimo congruente para la depresión bipolar –tenga en cuenta que Rubinsztein y cols. reconocieron que los síntomas maníacos podrían haber influido en los resultados. García-Blanco, Perea y Livianos (2013) trataron de controlar posibles estados mixtos y la presencia de síntomas residuales en pacientes con TB en cada uno de sus episodios (manía, depresión y eutimia). Los resultados revelaron un sesgo atencional congruente con el humor en pacientes en episodio maníaco y depresivo, sin embargo, no se encontró ningún sesgo ni en pacientes eutímicos ni en individuos sanos.

En suma, cuando la tarea implica un procesamiento por debajo del umbral de la consciencia (Emotional Stroop Task y condición subliminal del *Emotional Priming Task*) los resultados sobre sesgos atencionales en el TB no son concluyentes. Sin embargo, cuando los estímulos emocionales son procesados por encima del nivel de la conciencia y por tanto son sometidos a un control atencional (condición supraliminal del *Emotional Priming Task* y *Affective Go/No-go Task*) se produce un sesgo congruente con el estado de ánimo (García-Blanco et al., 2013; Kim et al., 2011). Por tanto, la evidencia experimental apunta a que los sesgos atenciones congruentes con el estado de ánimo en el TB acontecen en estadios más elaborados del procesamiento de la información. Sin embargo, todavía no podemos afirmar que en fases más tempranas del procesamiento estos sesgos no están presentes. Futuras investigaciones deberían dirigirse a emplear tareas más sensibles diseñadas para estudiar los procesos atencionales automáticos.

Nuevas terapias cognitivas: Modificación de los sesgos atencionales

Recientemente se están desarrollando nuevas técnicas experimentales que han demostrado ser eficaces en la manipulación de los sesgos cognitivos, lo cual tiene un gran potencial teórico y clínico. Los sesgos atencionales pueden entrenarse y este entrenamiento permite cambios en el humor y reduce la reactividad a eventos estresantes (Grey y Mathews, 2009; MacLeod, Rutherford, Campbell, Ebsworthy y Holker, 2002; Mathews y MacLeod, 2002; Wadlinger y Isaacowitz, 2008). Al respecto es importante considerar esta nueva clase de intervenciones para mejorar el pronóstico del TB por los siguientes motivos:

Primero, las terapias actuales, aunque empíricamente validadas, son impredeciblemente poco eficaces en el TB. La terapia cognitivo-conductual ha recibido pocas modificaciones y todavía se basa en la teoría inicial propuesta por Beck en los años 60, formulada inicialmente para la depresión. Quizá por este motivo este tipo de intervención no proporciona unos resultados tan alentadores en el TB (González-Pinto et al., 2004).

Segundo, se trata de un método que ayuda a los pacientes a ejercer un mayor control ejecutivo sobre reacciones emocionales automáticas. La disminución del control prefrontal ha sido observada en el TB (Blumberg et al., 2004; Meyer et al., 2004), por lo que la intervención complementaria dirigida a mejorar dicho control, además de los síntomas específicos, podría resultar más que las terapias convencionales.

Tercero, es más fácil de implementar que las terapias tradicionales ya que no requieren hacer frente a aspectos vitales controvertidos. Así, podrían ser más apropiadas

como tratamientos adyuvantes para los pacientes que todavía no están preparados para hablar de sus emociones.

Por último, no requieren el mismo nivel de formación o recursos para ser administradas. Estas terapias con frecuencia consisten en ejercicios limitados en el tiempo que se pueden informatizar o pueden ser administradas por un técnico no experto.

De manera recursiva, los resultados encontrados con los procedimientos que modifican los sesgos cognitivos aportan, a su vez, una potente herramienta para investigar el rol de los factores implicados en el procesamiento de la información y observar sus consecuencias sobre la psicopatología, lo cual ofrece una promesa para determinar las variaciones normales y patológicas de la experiencia emocional. Además, estas técnicas podrían llegar a utilizarse para la prevención de la psicopatología afectiva, particularmente dada la evidencia reciente sobre que ciertos genotipos que predisponen al desarrollo de trastornos emocionales (Caspi et al., 2002) influyen sobre los sesgos en el procesamiento de información (Beevers, Gibb, McGeary y Miller, 2007).

References

- Beevers, C.G., Gibb, B.E., McGeary, J.E. y Miller, I.W. (2007). Serotonin transporter genetic variation and biased attention for emotional word stimuli among psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 208.
- Belmaker, R. (2004). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 351(5), 476-486.
- Bentall, R.P. y Thompson, M. (1990). Emotional Stroop performance and the manic defence. *British Journal of Clinical Psychology*, 29(2), 235-237.
- Berggren, N. y Derakshan, N. (2013). Attentional control deficits in trait anxiety: why you see them and why you don't. *Biological psychology*, 92(3), 440-446.
- Blumberg, H.P., Kaufman, J., Martin, A., Charney, D.S., Krystal, J.H. y Peterson, B.S. (2004). Significance of adolescent neurodevelopment for the neural circuitry of bipolar disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 376-383.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American psychologist*, 36(2), 129.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Martin, J., Craig, I.W., Taylor, A. y Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851-854.
- Elliott, R., Ogilvie, A., Rubinsztein, J.S., Calderon, G., Dolan, R.J. y Sahakian, B.J. (2004). Abnormal ventral frontal response during performance of an affective go/no go task in patients with mania. *Biological psychiatry*, 55(12), 1163-1170.
- Erickson, K., Drevets, W.C., Clark, L., Cannon, D.M., Bain, E. E., Zarate, C.A., Charney, D.S. y Sahakian, B.J. (2005). Mood-congruent bias in affective go/no-go performance of unmedicated patients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2171-2173.
- French, C.C., Richards, A. y Scholfield, E.J. (1996). Hypomania, anxiety and the emotional Stroop. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(4), 617-626.
- García-Blanco, A.C., Perea, M. y Livianos, L. (2013). Mood-congruent bias and attention shifts in the different episodes of bipolar disorder. *Cognition y emotion* (ahead-of-print), 1-8.
- Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J. y cols. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 83-90.
- Green, M.J., Cahill, C.M. y Malhi, G.S. (2007). The cognitive and neurophysiological basis of emotion dysregulation in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 103(1), 29-42.

- Grey, S.J. y Mathews, A.M. (2009). Cognitive bias modification–Priming with an ambiguous homograph is necessary to detect an interpretation training effect. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(2), 338-343.
- Harmer, C.J., Clark, L., Grayson, L. y Goodwin, G.M. (2002). Sustained attention deficit in bipolar disorder is not a working memory impairment in disguise. *Neuropsychologia*, 40(9), 1586-1590.
- Harvey, A.G. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. UK: Oxford University Press.
- Kanske, P. y Kotz, S.A. (2013). Reprint of “Effortful control, depression, and anxiety correlate with the influence of emotion on executive attentional control”. *Biological psychology*, 92(3), 456-463.
- Kerr, N., Scott, J. y Phillips, M. (2005). Patterns of attentional deficits and emotional bias in bipolar and major depressive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(3), 343-356.
- Kim, T.S., Lee, S.Y., Ha, R.Y., Kim, E., Kyoon, S., Ha, K. y Cho, H.S. (2011). Emotional Priming With Facial Exposures in Euthymic Patients With Bipolar Disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(12), 971-977.
- Lyon, H.M., Startup, M. y Bentall, R.P. (1999). Social cognition and the manic defense: Attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 273.
- MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G. y Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of abnormal psychology*, 111(1), 107.
- Malhi, G.S., Lagopoulos, J., Sachdev, P.S., Ivanovski, B. y Shnier, R. (2005). An emotional Stroop functional MRI study of euthymic bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7(s5), 58-69.
- Mathews, A. y MacLeod, C. (2002). Induced processing biases have causal effects on anxiety. *Cognition y Emotion*, 16(3), 331-354.
- Meyer, S.E., Carlson, G.A., Wiggs, E.A., Martinez, P.E., Ronsaville, D.S., Klimes-Dougan, B., Gold, P.W. y Radke-Yarrow, M. (2004). A prospective study of the association among impaired executive functioning, childhood attentional problems, and the development of bipolar disorder. *Development and Psychopathology*, 16(2), 461-476.
- Murphy, F., Sahakian, B., Rubinsztein, J., Michael, A., Rogers, R., Robbins, T. y Paykel, E. (1999). Emotional bias and inhibitory control processes in mania and depression. *Psychological medicine*, 29(06), 1307-1321.
- Rubinsztein, J., Michael, A., Underwood, B., Tempest, M. y Sahakian, B. (2006). Impaired cognition and decision-making in bipolar depression but no affective bias' evident. *Psychological Medicine*, 36(5), 629-640.
- Wadlinger, H.A. y Isaacowitz, D.M. (2008). Looking happy: The experimental manipulation of a positive visual attention bias. *Emotion*, 8(1), 121.

RELACIONES ENTRE LAS NORMAS DE GÉNERO Y LA SALUD EN MUJERES MALTRATADAS

Raquel Rivas-Diez*, Andreea C. Brabete* y Clara Ruiz-García**

** Universidad Complutense de Madrid, Grupo de Investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud-EPSY y Red Hygeia, España*

*** Universidad Complutense de Madrid, España*

Resumen

Las mujeres que son objeto de violencia de género tienen un riesgo superior al doble de enfermar y de sufrir problemas de salud física y mental que las mujeres que no han sido maltratadas. La gravedad de las secuelas en las víctimas se relaciona con la intensidad del maltrato, persistiendo incluso mucho después de que la relación violenta haya terminado. Diversas investigaciones actuales han puesto de manifiesto la necesidad de introducir la variable género en los estudios ya que se ha demostrado que las diferencias de género influyen en los comportamientos relacionados con la salud. El objetivo del estudio es analizar el impacto de la conformidad con las normas femeninas de género en los comportamientos relacionados con la salud en mujeres maltratadas. La muestra de esta investigación está formada por 274 mujeres españolas y chilenas víctimas de violencia de género. Los instrumentos utilizados han sido: entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato, Cuestionario del Estado de Salud y *Conformity to Feminine Norms Inventory* (CFNI), un inventario de 84 ítems que mide actitudes, creencias y conductas asociadas a las normas de género femenino. Los resultados señalan que las mujeres maltratadas son más coherentes con el rol tradicional de género que las mujeres de la población general; asimismo, se comprueba que en las mujeres maltratadas el grado de conformidad con el rol tradicional de género se relaciona con peores indicadores de salud, especialmente de salud mental. Se concluye que la introducción del concepto de género es tan importante como el sexo (ser hombre o ser mujer) en la predicción del estado de salud.

Palabras clave: Género, salud, mujeres maltratadas, CFNI.

RELATIONSHIPS BETWEEN GENDER NORMS AND HEALTH IN MISTREATMENT WOMEN

Abstract

Women who are affected by gender violence are more prone to health issues and suffer from physical and mental health problems more than double that of a woman who has not been battered. The severity of the consequences of victims is related to the abuse intensity, persisting long after the abusive relationship has been terminated. Several current researches have highlighted the need to introduce the gender variable in studies, since it has been shown that gender differences influence health-related behavior. The aim of this study is to analyze the impact of conformity with female gender norms in health-related behavior in battered women. The sample of this research consists of 274 Spanish and Chilean women victims of gender violence. The following tests were applied: a semi-structured interview to victims of abuse, a General Health Questionnaire (GHQ-12) and the *Conformity to Feminine Norms Inventory* (CFNI) (84 items measuring attitudes, beliefs and behavior associated with female gender norms). The results indicate that battered women are more likely to take on the traditional gender role than women in the general population; also it is found that in cases of battered

women the degree of conformity with traditional gender role is related to worse health indicators, far topping the charts is mental health. This concludes that the introduction of the concept of gender is as important as ones sex (being a man or woman) in predicting health status.

Key words: Gender, health, battered women, CFNI.

Introducción

Es un hecho bien establecido que las mujeres presentan una tasa menor de mortalidad, pero tienen una mayor prevalencia de problemas de salud física y mental (Baum y Grunberg, 1991; Verbrugge, 1985). Esta contradicción se ha denominado tradicionalmente la paradoja morbilidad-mortalidad, es decir, las mujeres viven más, pero disfrutan de peor salud (Waldron, 1997). Este patrón diferencial de salud/enfermedad que presentan hombres y mujeres no es debido únicamente a cuestiones de índole biológica, sino también a causas relacionadas con los estilos de vida y factores de riesgo asociados al género (Velasco, 2005).

Sin embargo, también existe considerable evidencia de que la conformidad con el rol tradicional de género femenino interfiere en la salud y bienestar de las mujeres. De este modo, la asunción de las normas femeninas tradicionales conduciría a la aceptación de un rol de dependencia, pasividad, falta de asertividad y baja autoestima, que podría incluso dar lugar a sintomatología ansiosa y depresiva (Dio Bleichmar, 1991; Hyde, 1995). Son muchos los estudios que han demostrado que las mujeres valoran de forma más negativa su salud (Abellán, 2004; Doyal, 2001; Rodríguez-Sanz et al., 2006) y que sufren más problemas físicos y psíquicos que los hombres (Orfila et al., 2006; Verbrugge, 1989). No obstante, algunos trabajos (Flaherty y Dusek, 1980; Orlofsky y O'Heron, 1987) han identificado relaciones entre feminidad y ciertos aspectos del ajuste personal y social, como la percepción de autoeficacia, la satisfacción en las relaciones personales y algunos de los componentes de la autoestima (especialmente aquellos que se relacionan con aspectos comunales).

Respecto a la salud de las mujeres que experimentan violencia de género, las investigaciones han demostrado que éstas reportan peor salud física y mental a nivel general (Coker et al., 2002). Concretamente, se conoce que la exposición a la violencia de pareja está asociada con una mayor prevalencia de depresión (Buelhler et al., 1998), trastorno de estrés postraumático (Buelhler et al., 1998), lesiones (Quillian, 1996), y otros síntomas físicos.

El primer objetivo que persigue este estudio es el de analizar la existencia de diferencias en la conformidad con las normas de género femenino entre mujeres maltratadas chilenas y españolas. El segundo objetivo se centra en analizar si existen diferencias en cuanto a la conformidad con las normas de género femenino entre las mujeres que han sido víctimas de malos tratos y las mujeres de población general, tanto en Chile como en España. Por último, se pretende explorar si el grado de conformidad con las normas de género femenino se halla relacionado con las siguientes variables de salud: salud mental (GHQ-12), dolencias, salud física autopercebida y sintomatología de trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Método

Participantes

En el estudio han participado un total de 274 mujeres víctimas de malos tratos, divididas en dos grupos según el país de residencia, Chile y España. La muestra chilena estuvo formada por 81 mujeres chilenas víctimas de malos tratos, con edades comprendidas entre 20 y 69 años, con una edad media de 41,99 años ($DT = 10,01$). El grupo de participantes de mujeres españolas está compuesto por 193 mujeres, con una edad media de 42,88 años ($DT = 11,51$) y con edades comprendidas entre 18 y 74 años.

Instrumentos

- Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato: evalúa características sociodemográficas y circunstancias del abuso.
- Cuestionario del Estado de Salud: preguntas extraídas de la Encuesta Nacional de Salud (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2006) sobre el estado de salud.
- *Conformity to Feminine Norms Inventory* (CFNI; Mahalik et al, 2005): cuestionario que contiene 84 ítems con un formato tipo *likert* (0 = totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = de acuerdo y 3 = totalmente de acuerdo). Los ítems miden actitudes, creencias y conductas asociadas a las normas de género femenino. Hay ocho factores: Valorar agradablemente las relaciones, Cuidadora de niños, Delgadez, Fidelidad sexual, Modestia, Ser romántica en las relaciones, Hogareña e Invertir en la imagen o apariencia. El coeficiente de consistencia interna α en la muestra original estadounidense tiene unos valores entre 0,77 y 0,92 mientras que para la muestra española, oscila entre 0,64 y 0,86 (Sánchez-López et al., 2009).

Procedimiento

Las mujeres de esta investigación fueron contactadas a través de varios recursos de atención a mujeres. Todas ellas participaron de forma completamente voluntaria, previo consentimiento informado escrito acerca de la investigación y la confidencialidad de sus datos. La aplicación de los instrumentos se realizó de forma individual en una única sesión por una psicóloga clínica (autora de este trabajo), con formación y experiencia en el tratamiento de la violencia de género. La duración de la entrevista osciló entre 1 hora y media y 2 horas y media.

Resultados

Para los análisis de datos se utilizó el paquete informático SPSS versión 15.0 para Windows. Los resultados señalan diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas (a excepción de la subescala Modestia) y en la puntuación total, siendo la dirección de estas diferencias de una mayor puntuación para la muestra chilena en todos estos casos (ver Tabla 2).

Tabla 2. Medias, desviaciones típicas y diferencias de medias entre las escalas del CFNI en mujeres maltratadas chilenas y españolas.

	Mujeres Maltratadas Chile (N = 81) Media (DT)	Mujeres Maltratadas España (N = 193) Media (DT)	t Mujeres Maltratadas Chile- España	Tamaño del efecto d
1	33,46 (5,68)	31,56 (4,36)	2,99**	0,40 (bajo)
2	24,64 (5,26)	22,05 (4,64)	4,06**	0,54 (medio)
3	20,41 (6,14)	17,42 (4,37)	4,55**	0,60 (medio)
4	22,16 (5,09)	18,22 (4,02)	6,82**	0,90 (alto)
5	13,16 (3,25)	13,15 (2,63)	0,03ns	
6	17,37 (2,96)	16,22 (2,77)	3,08**	0,41 (bajo)
7	19,69 (3,13)	17,02 (2,85)	6,89**	0,91 (alto)
8	11,60 (3,44)	10,79 (2,22)	2,32*	0,31 (bajo)
T	162,49 (19,39)	146,43 (14,60)	7,51**	0,99 (alto)

Nota. 1 = Valorar agradablemente las relaciones, 2 = Cuidadora de niños, 3 = Delgadez, 4 = Fidelidad sexual, 5 = Modestia, 6 = Romántica en las relaciones, 7 = Hogareña, 8 = Invertir en la apariencia/imagen, T = Total.
d = Tamaño del efecto

*p < 0,05, ** p < 0,01, ns: no significativo.

En la Tabla 3 se presentan las medias y desviaciones típicas de las subescalas del CFNI y de la escala total en el grupo de mujeres maltratadas chilenas y españolas, así como en la población general de mujeres chilenas y españolas, respectivamente.

Tabla 3. Medias, desviaciones típicas y diferencias de medias entre las escalas del CFNI en Chile y España.

	Mujeres Maltratadas Chile (N = 81) Media (DT)	Mujeres Población Chile (N = 383) Media (DT)	Mujeres Maltratadas España (N = 193) Media (DT)	Mujeres Población España (N = 780) Media (DT)	t Maltrata das Chile- Población Chile	d	t Maltratadas España- Población España	d
1	33,46 (5,68)	33,81 (5,40)	31,56 (4,36)	36,15 (6,30)	-0,53ns		-9,57**	-0,77 (alto)
2	24,64 (5,26)	23,33 (6,32)	22,05 (4,64)	21,84 (6,57)	1,74ns		0,41ns	
3	20,41 (6,14)	19,67 (5,43)	17,42 (4,37)	15,18 (5,44)	1,08ns		5,32**	0,43 (bajo)
4	22,16 (5,09)	20,51 (4,87)	18,22 (4,02)	16,03 (5,45)	2,75**	0,34 (bajo)	5,25**	0,42 (bajo)
5	13,16 (3,25)	12,39 (3,13)	13,15 (2,63)	13,16	1,99*	0,24 (bajo)	-0,04ns	

(3,38)							
6	17,37 (2,96)	18,01 (2,99)	16,22 (2,77)	13,72 (3,48)	-1,75ns	9,27**	0,75 (alto)
7	19,69 (3,13)	18,54 (3,47)	17,02 (2,85)	16,05 (4,01)	2,76**	0,34 (bajo)	0,25 (bajo)
8	11,60 (3,44)	12,32 (3,28)	10,79 (2,22)	11,09 (3,40)	-1,77ns	-1,15ns	
T	162,49 (19,39)	158,61 (17,58)	146,43 (14,60)	143,22 (20,51)	1,77ns	1,83ns	

Nota. 1= Valorar agradablemente las relaciones, 2 = Cuidadora de niños, 3 = Delgadez, 4 = Fidelidad sexual, 5 = Modestia, 6 = Romántica en las relaciones, 7 = Hogareña, 8 = Invertir en la imagen, T = Total.

d = Tamaño del efecto

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, ns: no significativo.

Población general España: Sánchez-López, Cuéllar-Flores y Dresch (2009).

Población General Chile: Raquel Rivas-Diez, en prensa.

Por último, para explorar si el grado de conformidad con las normas de género femenino se halla relacionado con diferentes indicadores de salud/enfermedad, se realizó una correlación de Pearson entre las variables salud mental (GHQ-12), dolencias, salud física autopercebida y sintomatología de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y las subescalas del CFNI. Los resultados de las correlaciones de Pearson entre las subescalas y la escala total del CFNI y las variables de salud se recogen en la Tabla 4.

Tabla 4. Correlación de Pearson entre las puntuaciones del CFNI y las variables de salud ($N = 274$).

CFNI	1	2	3	4	5	6	7	8	CFNI total
GHQ-12	-0,07	-0,02	0,25**	0,23**	0,21**	0,11	0,13*	0,00	0,18**
Dolencias	-0,02	0,01	0,13*	0,09	0,07	-0,03	0,10	-0,06	0,07
Salud_Fisica_Autopercebida	0,01	0,03	-0,08	-0,20**	-0,10	0,01	-0,10	0,13*	-0,08
TEPT	-0,06	0,04	0,21**	0,04	0,14*	0,03	0,08	-0,02	0,10

Nota. 1=Valorar agradablemente las relaciones, 2 = Cuidadora de niños, 3 = Delgadez, 4 = Fidelidad sexual, 5 = Modestia, 6 = Romántica en las relaciones, 7 = Hogareña, 8 = Invertir en la imagen.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Salud mental (GHQ-12): a mayor puntuación, peor salud; Cuestionario de Dolencias: a mayor puntuación, más dolencias; Salud física autopercebida: a mayor puntuación, mejor salud autopercebida.

Discusión/conclusiones

Los resultados muestran que la población de mujeres maltratadas chilena es más coherente con el rol tradicional de género femenino que la muestra de mujeres maltratadas españolas; probablemente las normas culturales que imperan en cada país son las responsables de dichas diferencias. De modo que, al ser el género una norma social más, está sujeto a las variaciones que en cada sociedad existen respecto a lo femenino (y lo masculino).

Respecto a las diferencias en la conformidad con el rol tradicional de género de mujeres maltratadas y mujeres de población general, podemos observar que tanto en la población chilena como en la española las mujeres maltratadas se muestran más coherentes con el rol tradicional de género que las mujeres de población general. No obstante, ello sólo ocurre para algunas de las normas de género femenino (Fidelidad Sexual, Modestia y Hogareña, en la muestra chilena; y Delgadez, Fidelidad Sexual, Romántica en las relaciones y Hogareña, en la muestra de española) y, además, el

tamaño del efecto de estas diferencias es por lo general bajo, lo cual limita las conclusiones que al respecto puedan extraerse. Por lo que respecta a las relaciones entre género y salud, en la muestra total de mujeres maltratadas comprobamos que el grado de conformidad con el rol tradicional de género se relaciona con peores indicadores de salud. Estos resultados son congruentes con investigaciones anteriores que han relacionado género y salud en otras poblaciones, como universitarias (Dresch et al., 2009) o enfermeras (Saavedra, 2013). Por último, el grado de asociación entre el género y las variables de salud fue débil en la mayoría de los casos, lo que apunta de nuevo a la influencia de posibles variables que medien o moderen esta relación, como podrían ser la ya citada edad, u otras como el estrés y los hábitos relacionados con la salud, como la alimentación o el ejercicio físico.

De los resultados de nuestro estudio se desprende la importancia de incluir la variable género (y no únicamente el sexo) en las investigaciones, especialmente aquellas desarrolladas en materia de salud.

Referencias

- Abellán, A. (2004). *Las personas mayores en España*. Madrid: CSIC.
- Baum, A. y Grunberg, N. E. (1991). Gender, stress, and health. *Health Psychology*, 10, 80-85.
- Buelhler J., Dixon B. y Toomey K. (1998). Lifetime and annual incidence of intimate partner violence and resulting injuries. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47, 849-853.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M. y Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260-268.
- Dio Bleichmar, E. (1992). What is the role of gender in hysteria? *International Forum of Psychoanalysis*, 1, 155-162.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a new approach. *British Medical Journal*, 323, 1061-1063.
- Dresch, V., Sánchez-López, M. P., Cardenal Hernáez, V., Sánchez-Herrero Arbide, S. y Cuellar-Flores, I. (2009, julio). Femininity and Health in Spanish Students. Comunicación presentada en el *11th European Congress of Psychology* Oslo, Norway.
- Flaherty, J. F. y Dusek, J. B. (1980). An investigation of the relationship between psychological androgyny and components of self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 984-992.
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Disponible en: <http://www.ine.es>
- Mahalik, J.R., Morray, E.B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L.H., Slattery, S.M. y Smiler, A. (2005). Development of the Conformity to Feminine Norms Inventory. *Sex Roles*, 52, 417-435.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, Á., Rodríguez-Sanz, M. y Pasarín, M. I. (2006). Politics and health outcomes. *The Lancet*, 368, 1033-1037.
- Oliver, M. B. y Hyde, J. S. (1995). Gender differences in attitudes toward homosexuality: A reply to whitley and kite. *Psychological Bulletin*, 117, 155-158.
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2367-2380.
- Quillian J.P. (1996). Screening for spousal or partner abuse in a community health setting. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 8, 155-160.
- Saavedra, A. I. (2013). *Relación entre género y salud en los profesionales de enfermería*. Tesis Doctoral no publicada.

- Sánchez-López, M. P., Cuéllar-Flores, I., Dresch, V. y Aparicio, M. (2009). Conformity to feminine norms in the Spanish population. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 37, 1171-1185.
- Velasco, S. (2005). El imaginario social y la salud de las mujeres. En B. López Dóriga (Ed.) *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182.
- Verbrugge, L.M. (1989). The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour*, 30, 282-304.
- Waldron, I. (1997). *Changing gender roles and gender differences in health behavior* Plenum Press, New York, NY.
- Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K. y Bellisle, F. (2004). Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27, 107-116.

DISOCIACIÓN EN PACIENTES CON ALUCINACIONES AUDITIVAS Y EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Ángel G. López-Pérez-Díaz, Belén Rodríguez-Borlado, Carlos Cuevas-Yust y
Luisa Serret-Romano

*Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío
de Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, España*

Resumen

Antecedentes: Las alucinaciones auditivas y las obsesiones constituyen fenómenos que podrían tener algunos aspectos en común, al tratarse de experiencias egodistónicas e intrusivas que generan angustia en los pacientes. Diversos estudios señalan posibles similitudes entre este tipo de experiencias habiéndose planteado incluso la posibilidad de una subcategoría diagnóstica descrita como “esquizo-obsesiva”. Se ha descrito también la incidencia de los síntomas de despersonalización en pacientes que tienen la experiencia de oír voces. En este estudio preliminar se pretendió analizar la sintomatología disociativa en dos grupos de pacientes, estos son, un grupo de pacientes con alucinaciones auditivas y un segundo grupo de pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo. Como hipótesis nula se prevé no encontrar diferencias estadísticamente significativas en la experiencia fenomenológica de ambos grupos clínicos. **Método:** Han participado 10 pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico (alucinadores) y 10 pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo sin síntomas psicóticos. Todos fueron evaluados con la escala de despersonalización de Cambridge y con la escala de absorción de Tellegen. Se realizó un análisis de diferencia de medianas mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. **Resultados:** Los resultados mostraron la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ni en lo referente a experiencias disociativas (frecuencia y duración) ni en relación a la tendencia a la autofocalización. **Conclusiones:** Teniendo en cuenta la ausencia de diferencias significativas en los procesos metacognitivos evaluados, es posible que en la etiología de los síntomas psicóticos positivos (alucinaciones) y de la sintomatología obsesiva intervengan mecanismos metacognitivos similares.

Palabras clave: absorción, alucinaciones auditivas, despersonalización, disociación, obsesiones.

DISSOCIATION IN PATIENTS WITH AUDITORY HALLUCINATIONS AND I PATIENTS WITH AN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER DIAGNOSE

Abstract

Background: Auditory hallucinations and obsessions are phenomena that could have some aspects in common. Both of the are ego-dystonic and intrusive experiences that generate anxiety in patients. Several studies point to possible similarities between these experiences having been raised even the possibility of a diagnostic subcategory described as "schizo-obsessive". Furthermore, it has been described the incidence of depersonalization symptoms in patients who have the experience of hearing voices. In this preliminary study was intended to analyze the dissociative symptoms in two groups of patients, a first group of patients with auditory hallucinations and a second group of patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder. As

null hypothesis the absence of statistically significant differences in the phenomenological experience between both clinical groups was predicted. **Method:** 10 patients diagnosed with psychotic disorder (hallucinating) and 10 patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder without psychotic symptoms took part in the study. All of them were assessed with the Cambridge Depersonalization Scale and the Tellegen Absorption Scale. An analysis of median difference using the nonparametric Mann-Whitney was carried out. **Results:** The results showed the absence of statistically significant differences between groups neither regarding dissociative experiences (frequency and duration) nor in relation to the tendency to self-targeting. **Conclusions:** Given the absence of significant differences in depersonalization and absorption between voice hearer patients and patients with obsessions, it could be possible that positive psychotic symptoms (hallucinatory) and obsessive symptoms have similar psychological mechanisms involved.

Key words: Absorption, auditory hallucinations, depersonalization, dissociation, obsessions.

Introducción

Las alucinaciones auditivas y los síntomas obsesivos podrían tener algunos aspectos en común, al ser ambos fenómenos egodistónicos e intrusivos que generan un importante nivel de angustia en los pacientes. Diversos estudios señalan posibles similitudes entre este tipo de experiencias (Guillem, Satterthwaite, Pampoulova, y Stip, 2009). Y tanto es así que la presencia de sintomatología obsesiva-compulsiva ya fue destacada en las primeras descripciones de la esquizofrenia (Bleuler, 1911). Es más, la sintomatología obsesivo-compulsiva aparece en muchos casos como sintomatología comórbida en pacientes con diagnóstico de psicosis (Faragian et al., 2012), habiéndose planteado incluso la posibilidad de una subcategoría diagnóstica descrita como "esquizo-obsesiva" (Gross-Isseroff, Hermesh, Zohar y Weizman, 2003), en la que los síntomas obsesivos suelen tener una aparición más temprana (Sterk, Lankreuer, Linzen y de Haan, 2010).

Dentro de la esfera de los distintos trastornos psicóticos, se ha descrito de manera habitual la incidencia de los síntomas de despersonalización en pacientes que oyen voces (Perona-Garcelán et al., 2011). Concretamente, hay estudios que señalan que la autofocalización (evaluada con la Escala de absorción de Tellegen, TAS: Tellegen y Atkinson, 1974) y la despersonalización (evaluada con la Escala de experiencias dissociativas, DES: Bernstein y Putnam, 1986) podrían predecir significativamente el riesgo de aparición alucinaciones auditivas en personas sin antecedentes previos en salud mental conocidos (Altman, Collins y Mundy, 1997; Morrison y Petersen, 2003; Parra, 2007); en el caso de los trastornos del espectro obsesivo, hay igualmente estudios que señalan, por ejemplo, que el nivel de disociación predice la respuesta terapéutica en pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y cuya respuesta ha sido refractaria al tratamiento con psicofármacos (Prasko et al., 2012), y que altos niveles de disociación en pacientes con un trastorno obsesivo se relaciona tanto con el nivel de angustia que produce el trastorno en sí como con la gravedad de determinados síntomas asociados (Rufer, Fricke, Held, Cremer y Hand, 2006). En otra investigación interesante, Prasko et al. (2010) demostraron la existencia de una relación directa entre el nivel de disociación y la respuesta subjetiva de ansiedad y depresión así como la gravedad del trastorno en pacientes con TOC, quienes muestran a su vez diferencias significativas en comparación con sujetos controles sanos.

En resumen, de estos estudios se desprende la importancia de la tendencia a la disociación como posible factor etiológico relacionado tanto con la experiencia alucinatoria en sí misma como con la vivencia de la sintomatología obsesiva en pacientes con TOC. Así pues, considerando el papel que las experiencias disociativas puedan jugar en ambos síntomas psicopatológicos (alucinaciones auditivas y obsesiones), en este estudio preliminar se pretendió analizar la incidencia de esta sintomatología en dos grupos de pacientes, estos fueron, un grupo de pacientes con alucinaciones auditivas y un segundo grupo de pacientes diagnosticados de TOC, bajo la hipótesis de que no aparecerían diferencias estadísticamente significativas en la experiencia fenomenológica entre ambos grupos clínicos.

Método

Sujetos

En este estudio preliminar han participado 10 pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y 10 pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico que en el momento de la evaluación estaban escuchando voces. Por sexo, el 65% (13 pacientes) fueron hombres mientras que el 35% restante (7 pacientes) fueron mujeres. En la muestra total de pacientes la edad media fue 42,9 años ($DT = 8,43$ años). La edad media de los pacientes con psicosis fue 43,9 años ($DT = 7,18$; rango 31-51) mientras que en el grupo de pacientes con diagnóstico TOC fue de 41,9 años de edad ($DT = 9,81$ años; rango 31-61).

Instrumentos

Para la evaluación de los síntomas de despersonalización se utilizó la Escala de despersonalización de Cambridge (CDS; Sierra y Berrios, 2000; versión española de Molina-Castillo et al., 2006). Escala auto-aplicada que evalúa mediante una escala tipo Likert la frecuencia y la duración de diversas experiencias de despersonalización (p.e. “A veces tengo una sensación como si ciertas partes de mi cuerpo no me perteneciesen”). La suma de las puntuaciones son interpretadas como una valoración de la “intensidad” de tales experiencias. La escala presenta unos datos adecuados de fiabilidad (α de Cronbach = 0,947 para la puntuación total, 0,937 para la frecuencia de las experiencias y 0,943 para la duración de tales experiencias).

Por su parte, para la evaluación de la tendencia a la Autofocalización se utilizó la Escala de Absorción de Tellegen (TAS; Tellegen y Atkinson, 1974). Cuestionario auto-aplicado de 34 ítems que evalúa la tendencia a mantener una atención excesiva y focalizada en distintas experiencias y con una respuesta emocional intensa ante las mismas. La prueba ha mostrado una fiabilidad adecuada mediante un procedimiento de consistencia interna, con un α de Cronbach de 0,93 (Perona-Garcelan et al., 2012).

Diseño y procedimiento

En este estudio se utilizó un diseño cuasi-experimental y transversal. Los pacientes tuvieron que tener una edad comprendida entre los 18 y los 65 años. Todos fueron evaluados con una batería de evaluación psicopatológica amplia, previo consentimiento informado de los mismos. En el caso de los pacientes con alucinaciones auditivas activas, como criterio de inclusión fue necesario tener una puntuación de tres puntos o más en el ítem “alucinaciones” de la Escala para la Evaluación de los

Síndromes Positivo y Negativo en la Esquizofrenia (PANSS: Kay, Opler y Lindenmayer, 1988); en el caso de los pacientes con sintomatología obsesiva, fue necesario tener una puntuación igual o superior a 1 punto en todos los ítems incluidos en la subescala “obsesiones” de la Escala de Yale-Brown para la evaluación de la gravedad del trastorno obsesivo compulsivo.

Una vez obtenidos los datos, se analizaron mediante una pruebas no paramétrica (U de Mann-Whitney) las posibles diferencias en cuanto a la edad media de ambos grupos de pacientes así como en cuanto al tiempo que han estado en tratamiento en salud mental (en años), al efecto de controlar posibles variables extrañas. La misma prueba se utilizó finalmente para el análisis de las diferencias de medias tanto en despersonalización como en absorción.

Resultados

Los resultados mostraron la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas en la variable “edad” entre ambos grupos diagnósticos (U de Mann Whitney = 39,500; $p = 0,436$). Asimismo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los años en tratamiento en salud mental entre ambos grupos diagnósticos (U de Mann Whitney = 26,500; $p = 0,075$). La Tabla 1 muestra la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la sintomatología disociativa evaluada con la CDS. La Tabla 2 muestra la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en la autofocalización excesiva evaluada mediante la TAS.

Tabla 1. Síntomas de despersonalización evaluados con la Escala de despersonalización de Cambridge (CDS) en ambos grupos clínicos.

Variable dependiente	Diagnóstico clínico	N	Mediana	Rango promedio	Suma rangos	U de Mann-Whitney	p
Puntuación total	Psicosis	10	57,50	10,90	109,00	46,000	0,796
	TOC	10		10,10	101,00		
Frecuencia de los síntomas	Psicosis	10	23	10,65	106,50	48,500	0,912
	TOC	10		10,35	103,50		
Duración de las experiencias	Psicosis	10	35	10,80	108,00	47,000	0,853
	TOC	10		10,20	102,00		

Nota. CDS: Escala de despersonalización de Cambridge; TOC: trastorno obsesivo-compulsivo.

Tabla 2. Puntuación en la TAS en ambos grupos clínicos.

Diagnóstico clínico	N	Mediana	Rango promedio	Suma rangos	U de Mann-Whitney	p
Psicosis	10	30	10,67	96,00	39	0,624
TOC	10		9,40	94,00		

Nota. TOC: trastorno obsesivo-compulsivo.

Discusión y conclusiones

En la línea de los señalado en otros estudios recientes (Guillem, Satterthwaite, Pampoulova y Stip, 2011), este estudio apoya la posibilidad de que la experiencia que tienen algunos pacientes con diagnóstico de psicosis consistente en “oir voces” sea similar desde un punto de vista metacognitivo a la experiencia de los pacientes con diagnóstico de TOC y con obsesiones, ya que ambos grupos clínicos mostraron puntuaciones similares tanto en los distintos aspectos topográficos evaluados en la despersonalización (frecuencia y duración) como en la absorción o tendencia a la autofocalización excesiva de la atención. Además, en este estudio se ha demostrado

también la presencia de experiencias disociativas en pacientes con TOC, hallazgo que hasta ahora había sido descrito principalmente en el campo de las psicosis (Perona Garcelán et al., 2012).

Entre las limitaciones metodológicas de este estudio destaca el tamaño reducido de la muestra, lo que puede afectar a la potencia estadística de los resultados. No obstante lo anterior, los resultados aquí presentados son de interés, por un lado, de cara a la detección precoz del riesgo de aparición de la sintomatología alucinatoria y de la gravedad de la sintomatología obsesiva en pacientes con diagnóstico de TOC; y por el otro, por la posibilidad de desarrollar intervenciones psicológicas estructuradas para el manejo de la relación del paciente con sus síntomas en ambos grupos diagnósticos. El desarrollo futuro de ensayos clínicos en los que se pongan a prueba las mismas intervenciones psicológicas en pacientes con TOC y en pacientes con psicosis contribuiría sin lugar a dudas a un mayor conocimiento sobre los mecanismos psicológicos implicados en ambas entidades psicopatológicas.

Referencias

- Altman, H., Collins, M. y Mundy, P. (1997). Subclinical hallucinations and delusions in nonpsychotic adolescents. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 38, 413-420.
- Bleuler, E. (1911). *The Fundamental Symptoms of Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International University Press.
- Faragian, S., Fuchs, C., Pashinian, A., Weizman, R., Weizman, A. y Poyurovsky, M. (2012). Age-of-onset of schizophrenic and obsessive-compulsive symptoms in patients with schizo-obsessive disorder. *Psychiatry Research*, 197(1), 19-22.
- Gross-Isseroff, R., Hermesh, H., Zohar, J. y Weizman, A., (2003). Neuroimaging communality between schizophrenia and obsessive compulsive disorder: a putative basis for schizo-obsessive disorder? *World Journal of Biological Psychiatry*, 4, 129-134.
- Guillem, F., Satterthwaite, J., Pampoulova, T. y Stip, E. (2009). Relationship between psychotic and obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 115(2), 358-362.
- Kay, S. R., Opler, L. A. y Lindenmayer, J. P. (1988). Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*, 23, 99-110.
- Molina-Castillo, J. J., Martínez de la Iglesia, J., Albert-Colomer, C., Berrios, G., Sierra, M. y Luque-Luque, R. (2006). Adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge [Cross-cultural adaptation and validation of the Cambridge Depersonalization Scale]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(3), 185-192.
- Morrison, A. P. y Petersen, T. (2003). Trauma, metacognition and predisposition to hallucinations in non-patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 235-246.
- Parra, A. (2007). Interrelación entre disociación, absorción y propensidad a la fantasía con experiencias alucinatorias en población no clínica [Interrelationships between disassociation, absorption and propensity to fantasy and hallucinatory experiences in a non-clinical population]. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(1), 61-71.
- Perona-Garcelán, S., García-Montes, J. M., Ductor-Recuerda, M. J., Vallina-Fernández, O., Cuevas-Yust, C., Pérez-Álvarez, M. y Gómez-Gómez, M. T. (2012). Relationship of metacognition, absorption, and depersonalization in patients with auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 100-118.
- Prasko, J., Raszka, M., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Koprivova, J., Latalova, K., Pastucha, P. y Sigmundova, Z. (2010). Obsessive compulsive disorder and dissociation—comparison with healthy controls. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacky Olomouc, Czech Republic*, 154(2), 179-183.

- Prasko, J., Raszka, M., Koprivova, J., Vyskocilova, J., Kamaradova, D., Grambal, A. y Diveky, T. (2012). P-140-Level of dissociation predicts the therapeutic response to cognitive behavioral therapy in patients suffering with obsessive compulsive disorder resistant to psychopharmacology. *European Psychiatry*, 27, 1. doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74307-9.
- Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer, J. y Hand, I. (2006). Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 146-150.
- Sierra, M. y Berrios, G.E. (2000). The Cambridge Depersonalization Scale: A new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Research*, 93, 153-164.
- Sterk, B., Lankreuter, K., Linzen, D.H. y de Haan, L., (2010). Obsessive-compulsive symptoms in first episode psychosis and in subjects at ultra high risk for developing psychosis: onset and relationship to psychotic symptoms. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(5), 400-406.
- Tellegen, A. y Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences (absorption), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.

ACTUACION INMEDIATA TRAS SEISMOS EN LORCA 2011. EN EL PROGRAMA DE ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA

Antonia Sánchez-López*, M^a Ascensión Albacete-Belmonte*, Jesús Valera-Bernal* y Julio César Martín García-Sancho**

**Centro de Salud Mental de Lorca. Servicio Murciano de Salud, España*

***Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud, España*

Resumen

El segundo día posterior a los seísmos en Mayo de 2011 en la ciudad de Lorca, se activa un Equipo de Intervención en Crisis (EIC), integrado por una enfermera y dos psicólogos clínicos con experiencia en intervenciones en cuadros postraumáticos. Dicha asistencia principalmente se plantea en formato grupal, aunque también se dará el tratamiento individual y/o mixto. Enfermería, realizó entrevista de forma individual en pacientes con demanda específica por seísmos, realizando derivación posterior a psicólogo clínico de EIC, para valoración clínica y concretar formato de intervención (individual, grupal o mixta). En caso de decidirse formato grupal, pasarían a formar parte de Grupos de Intervención en Crisis (GIC). Fueron incluidos en GIC, pacientes pertenecientes a otros profesionales del Centro de Salud Mental con clínica de espectro post-traumático. Se realizaron pruebas psicométricas: Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI y el Cuestionario de Sensaciones Corporales BSQ; al inicio del tratamiento y a la finalización del mismo, con el objetivo de obtener resultados comparativos. Estas pruebas fueron cumplimentadas también por los pacientes tratados de forma individual al cierre de proceso. Seguimiento a los 6 meses y al año del alta. El 80% de los pacientes completaron el tratamiento grupal programado. La resolución a la finalización de la intervención grupal fue de un 87%. En este trabajo se presentan los principales resultados clínicos obtenidos. La rápida formación del EIC, propició la no repercusión en el resto de profesionales del Centro de Salud Mental. La rápida intervención en la población afectada por desastres naturales fue decisiva en la pronta recuperación y normalización.

Palabras clave: seísmo, equipo de intervención en crisis, grupo de intervención en crisis, trastorno de estrés postraumático.

INMEDIATE ACTION AFTER LORCA EARTHQUAKES IN 2011. IN PROGRAM ADULT MENTAL HEALTH CENTER OF LORCA**Abstract**

The second day after the earthquakes in May 2011, a team is activated in crisis intervention consisting of a nurse and two clinical psychologists with experience in posttraumatic pictures interventions. Such assistance mainly arises in group format, but also it would give individual treatment and/or mixed. Nursing individually interview conducted in patients with specific demand by earthquakes and referral to clinical psychologist Crisis Intervention Team to realise clinical and intervention format (individual, group or mixed). Were included patients belonging to other clinical professionals with post-traumatic spectrum. Psychometric tests were performed: Anxiety Questionnaire State/Trait (STAI) and, Body Sensations Questionnaire (BSQ) at the beginning of treatment and the end of the same, in order to obtain comparative results. These tests were also completed by patients treated individually. Follow-up to six months and the year of the high by closing process. The 80% of patients completed the

scheduled group treatment, being the result of high- resolution with a 87%. The rapid formation of the Crisis Intervention Team, led the no impact on the rest of professional Mental Health Center. The immediate intervention in the affected population was instrumental in the speedy recovery and normalitation.

Keywords: Earthquake, crisis intervention team, group intervention team, post-traumatic stress disorder.

Introducción

La respuesta del Equipo de Intervención en Crisis, mostró su eficacia de forma inmediata en la población, la cual, tuvo una asistencia sin demora. Así, en el propio Centro de Salud Mental, los profesionales (psicólogos y psiquiatras), veían una puerta de derivación de aquellos pacientes que ya atendían por otra patología, la cual, pasaba a ser secundaria, necesitando ser atendidos por esta nueva demanda de forma prioritaria (Valera, Albacete, Sánchez y Martín, 2012).

Desde Atención Primaria, también se encontró una rápida respuesta para pacientes con demanda por posible trastorno de estrés post-traumático (Egea, Sainz, Garriga y Martín, 2012), ya que la experiencia previa en el Centro de Salud Mental, sirvió para valorar la necesidad de instalar dispositivos en los propios Centros de Atención Primaria con Psicólogos Clínicos que, comunicándose en todo momento con Salud Mental, servirían de cortafuegos, evitando una excesiva demanda por seísmo y , realizando atención especializada, derivando sólo en el caso de que encontrasen pacientes que precisasen atención psiquiátrica y/o psicológica de larga duración.

Previamente a la formación de este dispositivo, se facilitaron dos reuniones en Centro de Salud Mental, para dar orientación a los profesionales médicos de Atención Primaria, a la hora de actuar ante esta nueva demanda.

En posteriores seguimientos tanto a los seis meses, como al año del alta tras resolución en Salud Mental, los pacientes referían mantener su mejoría, señalando una buena capacidad de afrontamiento a las dificultades tras la intervención grupal realizada. Así mismo, no se ha observado hasta la fecha reactivación de pacientes tratados en los GIC ni de aquellos vistos en primera visita por psicología tras patología incipiente.

En la actualidad se continúa trabajando de forma individual con psicología clínica cumplimentando la terapia individual de forma grupal en relajación con enfermería, siendo los resultados obtenidos hasta el momento muy satisfactorios y, activándose nuevamente el dispositivo de intervención en caso de necesidad.

Los Objetivos fueron los siguientes:

- Establecer una relación adecuada entre paciente-terapeutas para trabajar de forma más eficiente.
- Prevenir la aparición de Trastornos de estrés post-traumático. (American Psychiatric Association, APA, 2000).
- Atender de forma rápida, organizada y eficaz todo paciente con evidencia de sintomatología derivada por el trauma vivido.
- Atender de forma integral y adaptada, las necesidades del paciente derivado a este Centro de Salud Mental desde Atención Primaria tras los seísmos.

- Enseñar a normalizar a la mayor brevedad, reacciones físicas que pueden presentarse ante situaciones de crisis.
- Generar estrategias de afrontamiento adaptativas ante situaciones de estrés.
- Aplicar técnicas de reducción de ansiedad dentro del programa de intervención grupal planificada.
- Comparar el nivel de ansiedad, así como el de sensaciones corporales antes y después de la intervención por psicología clínica y enfermería en el proceso grupal desarrollado.
- Evitar la duplicidad de tratamientos en pacientes que ya estén siendo atendidos en los dispositivos existentes en Centros de Atención Primaria.
- Registrar todo paciente que acuda con demanda confirmada por seísmo, así como aquellos pacientes que siendo usuarios del Centro de Salud Mental, son propuestos para tratamiento por Equipo de Intervención en Crisis.

Método

Participantes

Se llevaron a cabo dos grupos con 27 pacientes en total, siendo el modelo para el inicio posterior de los dispositivos específicos de atención psicológica en Atención Primaria ya comentados. Los pacientes, fueron inicialmente mayoritariamente pertenecientes al propio Centro de Salud Menta, derivados por sus terapeutas de referencia, realizándose el primer grupo con 16 pacientes a los 8 días de los seísmos. El segundo grupo de 11 pacientes, se realizó un mes posterior a los seísmos. En este caso, los pacientes pertenecían en mayor parte a derivaciones desde Centros de Atención Primaria.

Instrumentos

Se administraron las siguientes pruebas psicométricas:

- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI E/R, Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1994) que miden Ansiedad Estado (E) y Ansiedad Rasgo (R), con 20 items cada uno, oscilando la mayor y menor puntuación de 60 a 0 puntos cada escala, interpretándolas posteriormente según baremos, en percentiles y decatipos. A mayor percentil y/o decatipo, mayor gravedad.
- Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ; Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984), cuyo rango es de 0-68, habiendo más afectación a mayor puntuación.

Dicha administración se realizó al inicio del tratamiento y a la finalización del mismo, con el objetivo de obtener resultados comparativos. Así mismo, también fueron cumplimentadas dichas pruebas en aquellos pacientes tratados de forma individual.

Diseño

La intervención consistió en cuatro sesiones grupales, una vez a la semana con una duración de 2 horas cada sesión. La técnica utilizada fue una adaptación del “debriefing psicológico” (Dyregrov, 1989; Mitchell, 1983). Dicha intervención pretende estructurar la experiencia traumática tanto a nivel emocional como cognitivo, para

impedir la cronificación de síntomas de estrés agudo. Igualmente se utilizó la Terapia Cognitivo-Conductual focalizada en el trauma, también adaptada para trabajar de forma grupal. (Foa y Rothbaum, 1998).

Enfermería como coterapeuta en los grupos, enseñó Técnicas de afrontamiento al estrés (Martin y Moreno, 2007), así como Técnicas de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson y Técnicas de Respiración Abdominal (Cautela y Groden, 1985), con la finalidad de dotar al paciente de las estrategias necesarias para reducir, controlar y afrontar la ansiedad y sus síntomas.

Posteriormente, al formarse los dispositivos en Atención Primaria con dos psicólogas clínicas, la afluencia de pacientes se ralentizó, comunicándonos con dichas psicólogas continuamente en caso de que los pacientes necesitasen un tratamiento psicológico de larga duración, atención psiquiátrica ó se detectasen duplicidades.

El contenido y los objetivos específicos en cada una de las cuatro sesiones se citan a continuación:

En una primera sesión, se intentó establecer una relación adecuada entre paciente y especialistas con la finalidad de trabajar juntos de manera eficiente: comunicación eficaz, motivación al seguimiento de prescripciones, confidencialidad, respeto mutuo, presentación de participantes, terapeuta, coterapeuta y pretensión de objetivos a conseguir mediante el tratamiento grupal. Posteriormente se realizó una reconstrucción de lo ocurrido en ambos seísmos por cada paciente, haciendo hincapié en las áreas emocionales, cognitivas y conductuales. Se expresaron y contextualizaron las reacciones comunes que pueden presentarse ante situaciones de crisis, para ayudar a normalizar dichas reacciones.

Enfermería procedió a explicar las reacciones fisiológicas de la ansiedad mediante exposición oral, así como a enseñar técnicas de respiración diafragmática lenta, como técnica de control de ansiedad.

En una segunda sesión se trabajó lo sucedido a cada paciente, desde el día del seísmo hasta la fecha, soluciones intentadas, en relación a lo que desde entonces pensaban, hacían o sentían, grado de deterioro de la salud, incapacitación o limitaciones en su vida actual, con el fin de seguir normalizando reacciones físicas y/o psicológicas. Se trabajó la sobreestimación de los pensamientos catastrofistas y la probabilidad de su ocurrencia, la culpabilidad y el miedo presente en los recuerdos. En esta segunda sesión se introdujeron técnicas de Relajación Muscular Progresiva con 16 grupos musculares por enfermería, con el objetivo de reducir tensión muscular.

En una tercera sesión se rastrearon estrategias propias de cada paciente ante situaciones estresantes previas vividas como factores predisponentes, con el objetivo de resaltar y potenciar las fortalezas propias y ponerlas en funcionamiento en el presente. Se trabajó la exposición controlada y progresiva a situaciones o lugares temidos en primer lugar de forma imaginaria para desarrollar capacidades para una afrontación en vivo posterior.

Se continuaron con las técnicas de Relajación Muscular Progresiva con 4 grupos musculares, evocación y recuento, como técnicas de relajación rápida y reducción de tensión y ansiedad.

En la cuarta y última sesión, se analizaron posibles salidas a la crisis, así como la interpretación de lo ocurrido y el estado emocional general. El objetivo de esta sesión fue normalizar dentro de lo posible sus vidas, producir un desbloqueo, poniendo en marcha la capacidad de cada paciente, las técnicas de afrontamiento aprendidas y las

que ya poseían. Se procedió en esta última sesión a continuar con las técnicas de relajación, reforzando la utilidad de éstas y motivándoles a su realización de forma continuada.

Se valoró por psicólogo clínico la mejoría de cada paciente, procediendo a dar el alta o bien la pertinencia de seguimiento individual. Así mismo se procedió a recoger nuevamente los test ya citados (STAI y BSQ), con el objeto de poder comparar resultados.

Procedimiento

Se realizó inicialmente por enfermería una atención de forma individual en pacientes con demanda específica por seísmos. En esta primera visita, enfermería realizaría acogida mediante entrevista y, se recogerían las siguientes variables: sexo, edad, fecha de nacimiento, testigo en el momento de alguno de los seísmos, relación con víctima mortal, afectación a familiares, a domicilio o a lugar de trabajo, medicación previa y posterior a seísmos y, relato completo de la experiencia, realizando derivación posterior a psicólogo clínico de EIC, para valoración clínica y concretar formato de intervención (individual, grupal o mixta). Así mismo, se podía proceder a dar alta en aquellos pacientes que en primera visita con psicólogo clínico y, tras una valoración diagnóstica exhaustiva por éste, se consideraba que era capaz de normalizar lo vivido de forma eficaz, vistos sus recursos personales y grado de deterioro de salud, no siendo incluidos a GIC, pero dándoles la oportunidad de volver a ser vistos en Centro de Salud Mental si fuese posteriormente necesario, sin necesidad de ser derivados nuevamente desde Atención Primaria.

Los pacientes que en aquel momento eran tratados en el propio Centro de Salud Mental con clínica reactiva de espectro postraumático, derivados por otros profesionales fueron incluidos al EIC y muchos de ellos a GIC. En aquellos pacientes en los que se decidió abordaje grupal, se procedió a citarlos a la mayor brevedad posible, siendo informados del tipo de tratamiento y adquiriendo un compromiso terapéutico mediante Consentimiento Informado. Se realizó registro de pacientes que serían tratados tanto de forma individual, como de aquellos que pasarían a formar GIC.

Resultados

Como resultados, se constató que el 80% de los pacientes completaron el tratamiento grupal programado, siendo el 85% mujeres y el 15% varones, con una media de edad de 41 años.

El primer Diagnóstico siguiendo criterios CIE-10 fue F43.0 Reacción a estrés agudo para el 48% del total de los 27 pacientes atendidos en GIC, como segundo se obtuvo el diagnóstico F43.2 Trastornos de Adaptación para un 15%, quedando en tercer lugar el diagnóstico F43.1 ó Trastorno de Estrés Postraumático para un 7%.

El STAI-E en varones se situó en un percentil 95 en pretest y 70 en posttest, mientras que en mujeres fue de un 90 en pretest y 65 en posttest, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,016$).

En relación a los resultados obtenidos en el BSQ, en Pretest obtuvieron una puntuación media de 23, siendo de 15 en Posttest ($p = 0,021$).

La resolución a la finalización de la intervención grupal por parte del EIC fue de un 87%.

Conclusiones

Podemos afirmar que, el hecho de ser testigo directo con afectación en una o más de las variables medidas (domicilio, familiares, amigos, lugar de trabajo o relación con víctimas), son factores determinantes en la aparición de reacciones de estrés agudo.

La inmediatez de respuesta dada en el Centro de Salud Mental de Lorca, dio como resultados una eficacia y efectividad en el tratamiento dado, ya que la mayoría de pacientes tratados en GIC resolvieron el cuadro clínico reactivo, reduciéndose drásticamente la posibilidad de desarrollar un trastorno de estrés postraumático y, reduciéndose así mismo la necesidad de inicio de tratamiento o su aumento en caso de estar ya en tratamiento previo, manteniendo la mejoría en revisión a los seis meses y al año. Esta respuesta también evitó situaciones de desorganización dentro del propio Centro de Salud Mental. La cumplimentación en el tratamiento psicológico con técnicas de relajación fue igualmente positiva.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2000). Diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV-TR. Washington, D.C.: Author.
- Cautela, J.R y Groden, J. (1985). *Técnicas de Relajación: Manual práctico para adultos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobics cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Dyregrov, A. (1989). Caring in disaster situations: psychological debriefing disaster. *Management*, 2, 25-30.
- Egea, C., Sainz, C., Garriga, A., Martín, J.C. (2012). Lorca: historia de una vida. Intervención psicológica en el barrio de la viña tras los seísmos del 11 de mayo. Intervención individual en un caso de estrés postraumático. En R. Quevedo y V.J. Quevedo (Comp.), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 333-337). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- Foa, E. y Rothbaum, B.O. (1998). Treating the Trauma of Rape: Cognitive –Behavioral Therapy for PTSD. New York: Guilford Press.
- Martin, J.C y Moreno, P. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual de terapeutas*. Bilbao: Desclée Brower.
- Mitchell, J.T. (1983). When disaster strikes. The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 13, 49-52.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1994). *STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.
- Valera, J., Albacete, M.A., Sánchez, A., Martín, J.C. (2012). Intervención psicológica grupal en un centro de salud mental con afectados por los seísmos de Lorca (Murcia). En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comp.), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 947-950). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

**PERSONALIDAD Y VARIABLES SOCIO-COGNITIVAS EN LA
EXPLICACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL AL VOLANTE: EL PAPEL
DEL GÉNERO COMO VARIABLE MODERADORA**

Beatriz González-Iglesias, Xosé Antón Gómez-Fraguela y M^a Ángeles Luengo

Universidad de Santiago de Compostela, España

Resumen

El objetivo de este trabajo ha sido analizar el papel que la búsqueda de sensaciones y ciertas variables de corte socio-cognitivo-emocional tienen en la explicación de las conductas de riesgo al volante de los jóvenes y el posible efecto modulador que el género puede tener en esta relación. Para ello, se ha realizado una encuesta a una muestra de 274 conductores con edades comprendidas entre los 18 y los 30 años (Media = 24,36; $DT = 2,96$), siendo el 59,9% mujeres y el 40,1% varones. Los resultados de nuestro estudio indican la existencia de importantes diferencias de género en las variables analizadas y en las conductas de riesgo al volante. Además, el género se revela como una importante variable en la intersección entre las conductas DUI y las normas de los amigos o la percepción de autoeficacia. Asimismo, hemos constatado la importancia de la búsqueda de sensaciones y del consumo de alcohol en la explicación del comportamiento infractor del conductor. Por su parte, la autoeficacia percibida, las normas sociales subjetivas y las percepciones sesgadas sobre los riesgos y los beneficios de la conducta son también buenos predictores de la conducción bajo los efectos del alcohol. Estos resultados se analizan a la luz de su importancia a la hora de diseñar programas de prevención e intervención en el campo de la seguridad vial.

Palabras clave: personalidad, alcohol, género, riesgo al volante.

**PERSONALITY AND FAMILY VARIABLES IN THE EXPLANATION OF
DRINKING DRIVING: THE ROLE OF GENDER AS MODERATOR
VARIABLE**

Abstract

The aim of this work was to analyze the role of sensation seeking and certain socio-cognitive-emotional variables have in the explanation of risky driving behaviour of young people and the possible modulatory effect that gender can have in this relationship. It has conducted a survey of a sample of 274 drivers aged between 18 and 30 years (mean = 24.36; $DT = 2.96$), being the 59.9 women and 40.1 males. The results of our study indicate the existence of significant gender differences in the variables analyzed and risk driving behaviours. In addition, gender is an important variable in the intersection between DUI behavior and norms of friends or the perception of self-efficacy. In addition, we have seen the importance of sensation seeking and the consumption of alcohol in the explanation of the infringing behaviour of the driver. Moreover, the perceived self-efficacy, subjective social norms and perceptions biased about the risks and benefits of behaviour are also good predictors of driving after drinking. These results have important implications in the design of prevention and intervention programs in the field of road safety.

Keywords: personality, alcohol, gender, risky driving.

Introducción

El estudio de las variables de personalidad y su relación con la conducta de riesgo al volante ha sido una de las áreas a la que los investigadores en seguridad vial han prestado gran atención. Y aunque han sido muchos los factores de personalidad que se han relacionado con la accidentabilidad y la conducción arriesgada, la búsqueda de sensaciones ha ocupado, sin duda, un papel central. Además, se han propuesto diversos procesos psicológicos como determinantes de la conducta del individuo en una situación particular. Se trata de variables cognitivo-emocionales y sociales que nos ayudan a comprender qué conductas se llevan a cabo y bajo qué circunstancias. Muchas de estas variables de corte más procesual aparecen recogidas en los distintos modelos que han surgido para explicar las conductas de riesgo y de salud (i.e., teoría de la acción razonada/conducta planificada).

En esta línea, el objetivo de este trabajo ha sido analizar la aportación de ciertos sesgos cognitivos (i.e., sesgo optimista) y de las variables de los modelos racionales de toma de decisiones (i.e., actitudes, normas sociales, autoeficacia, balance costes–beneficios, etc.) a la búsqueda de sensaciones en la predicción de las conductas de riesgo al volante de los jóvenes. Además, también hemos querido explorar las diferencias de género existentes en estas variables y el papel del consumo abusivo y/o de riesgo de alcohol en la predicción de las conductas DUI.

Método

Participantes

En el estudio participó una muestra de 274 conductores con edades comprendidas entre los 18 y los 30 años, con una media de 24,36 ($DT = 2,96$), siendo el 59,9% mujeres y el 40,1% varones.

Instrumentos

En este estudio hemos empleado una versión traducida al castellano del Inventario de Búsqueda de sensaciones de Arnett (*Arnett Inventory of Sensation Seeking*, AISS; Arnett, 1994). El AISS consta de 20 ítems que los participantes deben valorar en una escala de 5 puntos (0 = *Muy en desacuerdo* a 4 = *Muy de acuerdo*) agrupados en dos subescalas de 10 ítems cada una: *Intensidad* ($\alpha = 0,60$) y *Novedad* ($\alpha = 0,56$). El AISS permite obtener, además, una puntuación global de búsqueda de sensaciones compuesta por la suma de las dos subescalas ($\alpha = 0,68$).

Para evaluar las actitudes de los jóvenes hacia el consumo de alcohol al volante empleamos una versión traducida al castellano del *Attitudes on Drinking and Driving Scale* (ADDS) desarrollada por Jewell, Hupp y Luttrell (2004). La escala consta de 12 ítems que los conductores deben responder en una escala tipo Likert de 5 (0 = *Totalmente en desacuerdo* a 4 = *Totalmente de acuerdo*). El índice de fiabilidad de esta escala es de 0,83.

La influencia de las creencias normativas de los grupos de referencia y la motivación del individuo para cumplir con ellas se evaluó con una escala de 8 ítems dividida en dos partes. La primera consta de 4 ítems destinados a valorar el grado de desaprobación percibida de los amigos hacia la conducción bajo los efectos del alcohol ($\alpha = 0,87$). La segunda subescala se compone de 4 ítems referidos a las normas

percibidas de los padres ($\alpha = 0,65$). Las dos deben ser contestadas en una escala de cinco puntos que va desde 0 (*Totalmente en desacuerdo*) a 4 (*Totalmente de acuerdo*).

El control conductual percibido fue evaluado utilizando 9 ítems de elaboración propia agrupados en dos subescalas: *Autoeficacia para evitar la conducta DUI* y *Percepción de eficacia al volante*. La primera, compuesta por 7 ítems, hace referencia al grado de control que los conductores creen que tienen sobre las conductas de “evitar beber y conducir” ($\alpha = 0,73$). La segunda subescala es un índice de dos ítems que evalúa la tendencia de los jóvenes a sobreestimar sus habilidades al volante y a percibirse a sí mismos como mejores conductores que la media. Para el registro de las respuestas se empleó una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = *Totalmente en desacuerdo*; 4 = *Totalmente de acuerdo*).

La valoración objetiva de los riesgos que entraña el consumo de alcohol al volante se llevó a cabo mediante una escala construida *ad hoc* compuesta por 4 ítems que los individuos deben puntuar de 0 (*Totalmente en desacuerdo*) a 4 (*Totalmente de acuerdo*). El valor del coeficiente alpha de Cronbach de esta escala es de 0,56.

Para evaluar los motivos de los jóvenes para llevar a cabo la conducta de conducir después de beber empleamos una versión traducida al castellano del *Positive Expectancies for drinking and driving for youth* (PEDD-Y; McCarthy, Pedersen, Thompsen y Leuty, 2006). Nuestra versión está compuesta por 29 ítems agrupados en cinco subescalas (*Conveniencia/Comodidad*, *Control*, *Evitación de las consecuencias*, *Presión social* y *Búsqueda de excitación*) que los participantes deben valorar en una escala de 5 puntos (0 = *Totalmente en desacuerdo* a 4 = *Totalmente de acuerdo*).

Sumando las puntuaciones de las cinco subescalas hemos obtenido también una puntuación global de motivos DUI a la que hemos denominado *Percepción de beneficios*. Los índices de fiabilidad de estas subescalas oscilan entre 0,70 y 0,95.

Para evaluar la percepción subjetiva de los individuos sobre sus probabilidades de sufrir alguna consecuencia negativa asociada al consumo de alcohol al volante hemos empleado 8 ítems de elaboración propia redactados en forma de juicios condicionales (“Comparándote con otras personas de tu mismo sexo y edad, ¿qué probabilidad crees que tienes de sufrir un accidente de tráfico si conduces después de haber tomado varias bebidas alcohólicas?”). Para el registro de las respuestas se empleó una escala con 7 opciones de respuesta que van desde -3 (*Muy por debajo de la media*) a +3 (*Muy por encima de la media*), siendo 0 (*Como la media*) el punto medio. Los 8 ítems fueron agrupados en dos subescalas relacionadas con la percepción de vulnerabilidad de los conductores a sufrir alguna consecuencia negativa (i.e., sufrir un accidente, resultar herido o morir, ser multado o detenido por la policía, perder puntos del carné) si conducen después de haber bebido (5 ítems) o si se suben al coche de alguien que ha estado bebiendo (3 ítems). Los valores del coeficiente de alpha de Cronbach de estas subescalas son 0,96 y 0,84, respectivamente.

El consumo de alcohol fue evaluado utilizando la versión española del *Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol* (AUDIT; Rubio, Bermejo, Caballero y Santo-Domingo, 1998). El AUDIT consta de 10 ítems sobre consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol. En cada ítem, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4, salvo en los ítems 9 y 10 donde los valores posibles son tan sólo 0, 2 y 4. El AUDIT proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en esos 10 ítems.

El consumo de alcohol al volante –en adelante Conductas DUI*– fue evaluado mediante una escala elaborada *ad hoc* compuesta por 4 ítems que los individuos deben puntuar de 0 (*Nunca*) a 4 (*Muchas veces*) en función de la frecuencia con que han realizado dichas conductas en el último año ($\alpha = 0,76$).

Diseño

Para comprobar si existen diferencias de género en búsqueda de sensaciones y en el resto de variables llevamos a cabo comparaciones de grupos mediante el Análisis de varianza. A continuación empleamos la regresión múltiple jerárquica (método Introducir) para determinar qué variables de las analizadas permiten predecir el consumo de alcohol al volante. Por último, analizamos el papel moderador del género en la relación entre las variables socio-cognitivas y las conductas DUI siguiendo el procedimiento propuesto por Cohen y Cohen (1983) incluyendo las interacciones de dos vías género $\times$ variable en el sexto paso del análisis de regresión jerárquica.

Para realizar el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico PASW Statistics 18.

Procedimiento

Los datos fueron recogidos de forma individual utilizando un muestreo incidental durante el año 2011.

Resultados

Como podemos observar en la Tabla 1, los hombres puntúan más alto que las mujeres en búsqueda de sensaciones, tienen actitudes más positivas hacia la conducción bajo los efectos del alcohol y perciben menos desaprobación de sus otros significativos (i.e., padres y amigos) hacia la realización de dichas conductas. Asimismo, los hombres obtienen puntuaciones significativamente más altas que las mujeres en las subescalas de Presión social, Control y Búsqueda de excitación del PEDD-Y y en la escala global de percepción de beneficios asociados a las conductas DUI.

Las mujeres, en cambio, se perciben más capaces de evitar las situaciones relacionadas con el consumo de alcohol al volante y perciben más riesgo en este tipo de conductas. Además, informan de menos conductas DUI que los hombres ($F = 18,20$, $p < 0,001$; $Ms = 0,52$ y $0,78$) y obtienen puntuaciones significativamente más bajas en el AUDIT ($F = 13,72$, $p < 0,001$; $Ms = 5,81$ y $8,09$).

Tabla 1. Puntuaciones en las distintas variables y diferencias de género.

	Total	Hombres	Mujeres	
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	F
Intensidad	16,84 (5,55)	19,45 (5,33)	15,09 (4,99)	47,59***
Novedad	22,26 (5,08)	23,14 (4,93)	21,66 (5,11)	5,72*
Búsqueda de sensaciones	39,08 (8,92)	42,58 (8,37)	36,74 (8,52)	31,44***
Actitudes DUI	,96 (,57)	1,14 (,58)	0,84 (,52)	20,77***
Norma subjetiva amigos	2,98 (,95)	2,62 (1,04)	3,22 (,81)	29,16***
Norma subjetiva padres	3,68 (,52)	3,51 (,67)	3,79 (,36)	19,11***

* Abreviatura de la expresión anglosajona *driving under influence (of alcohol)* que hace referencia a la conducción de un vehículo sobrepasando el límite legal de alcoholemia.

Autoeficacia evitar DUI	3,13 (.66)	2,91 (.71)	3,28 (.58)	22,91***
Percepción eficacia al volante	2,43 (.72)	2,52 (.71)	2,37 (.73)	n.s.
Percepción de riesgo DUI	3,48 (.50)	3,38 (.51)	3,55 (.49)	7,83**
Percepción de beneficios	0,92 (.83)	1,06 (.90)	0,83 (.77)	5,12*
Presión social	0,31 (.61)	0,46 (.72)	0,21 (.51)	11,06***
Control	0,55 (.75)	0,68 (.81)	0,46 (.69)	6,07*
Comodidad	1,05 (.99)	1,18 (1,05)	0,96 (.94)	n.s.
Evitar consecuencias	1,38 (1,18)	1,54 (1,22)	1,27 (1,14)	n.s.
Búsqueda de excitación	0,40 (.70)	0,51 (.74)	0,32 (.66)	4,63*
Sesgo optimista conducir	-0,29 (1,65)	-0,16 (1,67)	-0,38 (1,64)	n.s.
Sesgo optimista subir	-0,16 (1,37)	-0,16 (1,36)	-0,16 (1,38)	n.s.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En la Tabla 2 se resumen los resultados del análisis de regresión jerárquica de cinco pasos empleado para predecir las Conductas DUI.

Tabla 2. Resumen del análisis de regresión jerárquica empleado para predecir las conductas DUI.

	R^2	β 1 ^{er} paso	β 2 ^o paso	β 3 ^{er} paso	β 4 ^o paso	β 5 ^o paso
1	0,10					
Km / año		0,15*	0,15*	0,06	0,08	0,10*
Sexo		-0,23***	-0,12	0,04	0,06	0,06
2	0,16					
Intensidad			0,24***	0,09	0,10	0,05
Novedad			0,07	0,08	0,09	0,07
3	0,55					
Actitudes DUI				-	0,01	0,01
Autoeficacia evitar DUI				-0,42***	-0,41***	-0,35***
Percepción eficacia volante				0,03	0,05	0,05
Norma social amigos				-0,21***	-0,22***	-0,20***
Norma social padres				0,05	0,06	0,05
Percepción riesgo DUI				-0,11	-0,11	-0,12*
Percepción beneficios DUI				0,19***	0,17***	0,14**
4	0,56					
Sesgo optimista conducir					-0,20**	-0,21**
Sesgo optimista subir					-0,14	-0,15*
5	0,58					
AUDIT						0,18***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Como podemos observar en la Tabla 2, la exposición a los peligros del tráfico, la (baja) percepción de autoeficacia para evitar el consumo de alcohol al volante y la (baja) desaprobación percibida de los amigos son buenos predictores de la conducta DUI.

Asimismo, el balance costes-beneficios explica una parte significativa de la varianza de la escala de conductas DUI. La percepción sesgada sobre el peligro que supone conducir después de haber bebido y el consumo de alcohol también se muestran relevantes en la predicción de las conductas DUI.

Los resultados de nuestro estudio también ponen de manifiesto la existencia de interacciones significativas entre el género y las normas de los amigos ($\beta = 0,41, p < 0,05$) y entre el género y la autoeficacia DUI ($\beta = -0,41, p < 0,05$).

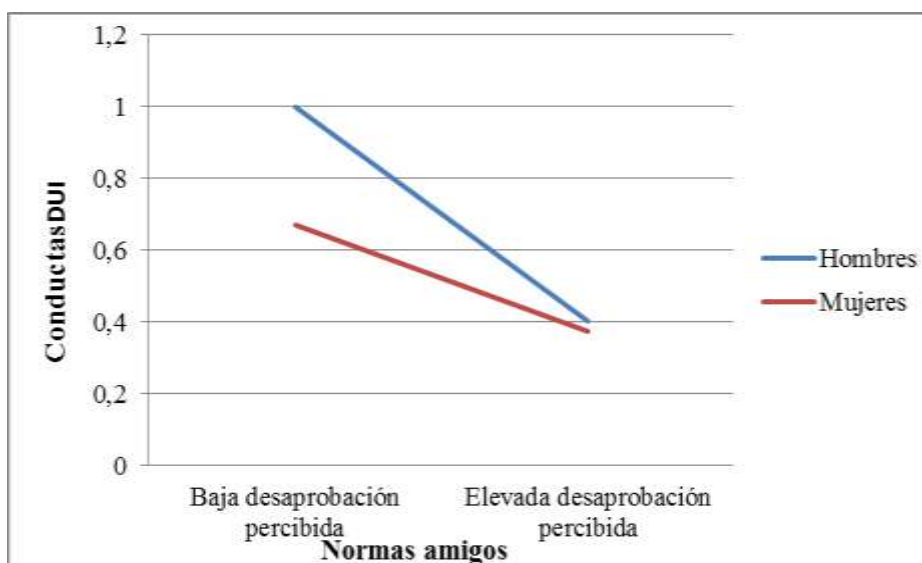


Figura 1. El género como moderador de la relación entre las normas subjetivas de los amigos y las conductas DUI.

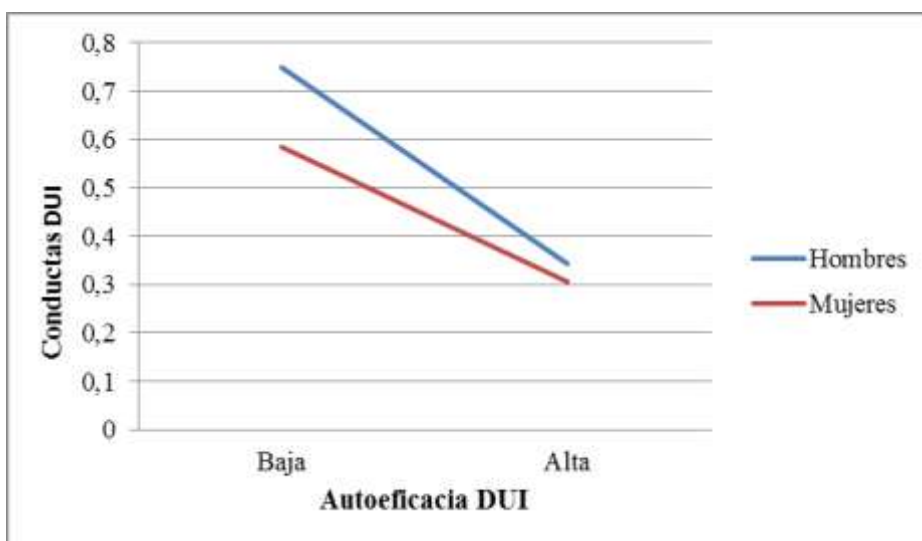


Figura 2. El género como moderador de la relación entre la autoeficacia para evitar la conducta DUI y el consumo de alcohol al volante.

Tal y como se puede observar en la Figura 1, la (baja) desaprobación percibida de los iguales se asocia con más conductas DUI, especialmente entre los hombres. Por su parte, la baja percepción de competencia personal para evitar la realización de las conductas DUI se asocia con un mayor consumo de alcohol al volante, especialmente entre los hombres (véase Figura 2).

Discusión

En este estudio hemos constatado la existencia de importantes diferencias de género en la conducción y en las variables asociadas. Nuestros resultados también nos indican que el género es un moderador significativo de la relación entre algunas variables procesuales y el consumo de alcohol al volante. En concreto, el género modera la relación entre las conductas DUI y la desaprobación percibida de los amigos, siendo los hombres los que se ven más influidos por esta presión social. Asimismo, la relación entre el consumo de alcohol al volante y las percepciones de autoeficacia está moderada por el género: los hombres que perciben que su competencia personal para evitar la realización de las conductas DUI es baja conducen más después de haber bebido.

Estos hallazgos tienen importantes implicaciones de cara a la prevención y la intervención y nos alertan de la necesidad de concienciar a los jóvenes –especialmente varones– sobre los riesgos de las conductas DUI y de su vulnerabilidad a esos riesgos. Además, resulta fundamental motivar a los jóvenes para que planifiquen con antelación las alternativas al uso del vehículo en los contextos de ocio nocturno e incrementar la percepción de que existen consecuencias legales relacionadas con esas conductas ya sea a través de los medios de comunicación o incrementando la visibilidad policial.

Agradecimientos

El trabajo de B.G. está apoyado económicamente por la beca para Formación de Profesorado Universitario del Programa Nacional de Formación de Recursos Humanos de Investigación, en el marco del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011.

Referencias

- Arnett, J. J. (1994). Sensation seeking: A new conceptualization and a new scale. *Personality and Individual Differences*, 16, 289-296.
- Cohen, J. y Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression correlation analysis for the behavioural sciences* (2a. ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Jewell, J., Hupp, S. y Luttrell, G. (2004). The effectiveness of fatal vision goggles: Disentangling experiential versus onlooker effects. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 48, 63-84.
- McCarthy, D. M., Pedersen, S. L., Thompsen, D. M. y Leuty, M. E. (2006). Development of a measure of drinking and driving expectancies for youth. *Psychological Assessment*, 18, 155-164.
- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M. C. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*, 198, 11-14.

ABANDONO ESPONTÁNEO DEL CONSUMO DE TABACO DURANTE EL EMBARAZO: UN ESTUDIO PILOTO

Beatriz Pereira-Méndez, M^a del Carmen Míguez-Varela y
Lucía Álvarez-Santullano

Universidad de Santiago de Compostela, España

Resumen

Introducción: Dejar de fumar durante el embarazo, y más concretamente durante el primer trimestre, reduce de forma considerable los riesgos a los que se ven sometidas las fumadoras durante este período. Investigaciones previas señalan que entre un 20 y un 40% de las fumadoras dejan de fumar durante su embarazo. Por ello, el objetivo del presente estudio es evaluar la prevalencia del abandono espontáneo del consumo de tabaco durante el embarazo y analizar las características que diferencian a las embarazadas que dejan de fumar de las que continúan fumando. **Método:** Se realizó un estudio transversal con una muestra de 85 embarazadas que afirmaron ser fumadoras los meses previos a la gestación. La muestra se seleccionó entre aquellas embarazadas que acudieron a las consultas de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: un cuestionario elaborado para el estudio que recogía datos sociodemográficos, relacionados con el embarazo y con el consumo de tabaco, el CES-D y la PSS. **Resultados:** Un 48,2% ($n = 41$) de la muestra afirmó haber dejado de fumar durante el embarazo, en concreto, la mayoría, un 73,2% de las mismas lo dejó en el primer mes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las embarazadas que dejaron de fumar y aquellas que continuaron fumando en variables sociodemográficas, en las relativas al embarazo ni en variables relacionadas con el consumo, si bien las que dejaron de fumar eran en mayor porcentaje primíparas (75,6% vs. 61,4%) y tenían en menor porcentaje parejas fumadoras (34,1% vs. 50%). Asimismo, respecto a las variables psicológicas presentan puntuaciones medias más bajas en sintomatología depresiva (13,67 vs. 17,04) y estrés percibido (19,79 vs. 26,95). La variable que resultó predictiva del abandono espontáneo fue la no presencia de otros fumadores en casa ($p = 0,043$).

Palabras clave: tabaco, abandono espontáneo, embarazo, factores predictores.

SPONTANEOUS QUITTING DURING PREGNANCY: A PILOT STUDY

Abstract

Introduction: Stop smoking during pregnancy, especially during the first trimester, reduces considerably the risks pregnant smoking women are exposed to. According to previous researches, between 20 to 40% of female smokers quit the habit during pregnancy. For this reason, the aim of this research is to evaluate the prevalence of spontaneous quitting of smoking during pregnancy, and to analyze the characteristics that differentiate pregnant smokers and women who quit smoking. **Method:** A cross-sectional study was performed with a sample of 85 pregnant women who had affirmed being smokers. The sample was composed of pregnant women who came to obstetrics and gynecology consultations of the University Hospital Complex of Santiago de Compostela. The evaluation scales used were: a questionnaire elaborated for this study which collected sociodemographic data, information related to pregnancy and smoking habits, the CES-D and the PSS. **Results:** 48.2% ($n = 41$) of the sample

declared having stopped smoking during pregnancy. In particular, most women stopped at the first month (73.2%). We did not find statistical significant differences between women who quit smoking and those who continued smoking in sociodemographic variables, pregnancy variables and variables related with smoking habits. It is necessary to consider that most women who quit smoking were first time mothers (75.6% vs. 61.4%) and they had a lower percentage of couples who smoke (34.1% vs. 50%). Regarding the psychological variables, they exhibit lower average score in depressive symptomatology (13.67% vs. 17.04%) and perceived stress (19.79% vs. 26.95%). The predictive variable for spontaneous abandonment smoking during pregnancy resulted to be the absence of smoking people at home ($p = 0,043$).

Keywords: Tobacco, spontaneous quitting, pregnancy, predictive variables.

Introducción

El consumo de tabaco durante el embarazo tiene graves repercusiones para la salud de la gestante y para la del feto. Fumar se ha asociado con mayor probabilidad de complicaciones durante el embarazo y parto, partos prematuros, abortos espontáneos y un bajo peso del bebé al nacer (Iñiguez et al., 2012; Maggiolo, 2011); además de alteraciones en el aparato respiratorio del niño y retrasos en el desarrollo cognitivo. Algún estudio también ha encontrado que los recién nacidos de madres fumadoras presentaban síntomas temporales de irritabilidad y temblor similares a los de un posible síndrome de abstinencia neonatal a la nicotina (García-Algar, 2001). Sin embargo, si la mujer deja de fumar durante su embarazo, especialmente durante los tres primeros meses, los beneficios son muy relevantes, reduciéndose los riesgos de bajo peso al nacer, de embarazos extrauterinos y de partos prematuros, entre otros (Pardell y Saltó, 2004).

Así pues, fumar durante el embarazo supone una situación de riesgo especial, ya que el consumo de tabaco no afecta únicamente a la fumadora, sino que también repercute en la salud de su hijo, por ello durante esta etapa debería existir una motivación especial para dejar de fumar. Estudios previos han señalado que aproximadamente entre un 20-40% de las mujeres dejan de fumar espontáneamente durante el embarazo (Castellanos et al., 2000; Quinn, Mullen y Ershoff, 1991; Solomon y Quinn, 2004) y la mayoría de las que no dejan de fumar reducen su consumo alrededor de un 50%.

Los factores que más se han asociado con seguir fumando durante el embarazo son: un estatus socioeconómico y educativo bajo, menor edad de las gestantes, mayor número de años fumando, tener una pareja fumadora, presentar niveles más elevados de depresión y/o estrés y un mayor consumo de cigarrillos previo al embarazo (Ludman et al., 2000; Quinn, Mullen y Ershoff, 1991; Woodby et al., 1999).

Teniendo en cuenta estos datos, el objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia del abandono espontáneo del consumo de tabaco en una muestra de mujeres embarazadas, así como analizar las características que las diferencian de aquellas que siguen fumando.

Método

Participantes

Se evaluó a una muestra de 301 mujeres embarazadas que acudían al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), de las cuales, se seleccionó a 85 que afirmaron ser fumadoras antes de su actual gestación. Su media de edad era de 31,76 años ($DT = 5,75$).

Procedimiento

La evaluación se realizó en la propia sala de espera de la consulta. Previamente, se explicó a las participantes los objetivos del estudio, insistiendo en el carácter voluntario de la participación y en la confidencialidad de los datos recogidos. Una vez informadas y con su consentimiento, se procedía a la recogida de los datos, proporcionándoles las instrucciones necesarias para cumplimentar los cuestionarios, cuya duración osciló entre 10 y 15 minutos.

Instrumentos

Como instrumentos de evaluación se utilizaron un cuestionario autoadministrado realizado para el presente estudio en el que se recogían tanto variables sociodemográficas y relacionadas con el embarazo (edad, estado civil, estudios, situación laboral, trimestre de embarazo y número de hijos) como datos relativos al consumo de tabaco. También se utilizaron la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D; Radloff, 1977), para evaluar sospecha de depresión, y la Escala de Estrés Percibido de Cohen, Kamarck y Mermelstein (PSS; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983) para evaluar el nivel de estrés percibido. El CES-D es un instrumento screening de 20 ítems, con un rango de puntuación de 0-60 puntos, que permite cuantificar la frecuencia y/o intensidad de los síntomas utilizando una escala *Likert* de 4 puntos. La consistencia interna de la escala es notable, obteniendo valores elevados del alfa de Crombach tanto en muestras poblacionales generales (en torno a 0,85), como en muestras clínicas (0,90). La fiabilidad obtenida con esta muestra fue de 0,814.

La PSS es un cuestionario que consta de 14 ítems, los cuales se responden utilizando una escala de 5 puntos. A mayor puntuación, mayor nivel de estrés percibido. La versión española de la PSS (Remor, 2006) demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 0,81$, y test-retest, $r = 0,73$), validez y sensibilidad. En esta muestra, la fiabilidad obtenida es de 0,761.

Además, se validó el autoinforme de abstinencia mediante la medición del monóxido de carbono en aire espirado.

Resultados

De las 85 mujeres que afirmaron ser fumadoras los meses previos a quedarse embarazadas, el 16,5% ($n = 14$) se encontraban en el primer trimestre de embarazo en el momento de la evaluación, el 18,8% ($n = 16$) en el segundo trimestre y el 67,4% ($n = 55$) en el tercer trimestre.

Un 50,58% ($n = 43$) de la muestra afirmaron haber abandonado su consumo de tabaco al enterarse de su embarazo o en los primeros meses del mismo. Sin embargo, los datos de abstinencia validada mediante monóxido de carbono en aire espirado,

situían el porcentaje de abandono espontáneo en un 48,2% ($n = 41$). En concreto, de estas 41 mujeres, la mayoría, un 73,2% de las mismas ($n = 30$), dejaron de fumar en el primer mes de embarazo, un 14,6% ($n = 6$) en el segundo, un 7,3% ($n = 3$) en el tercero y un 4,9% ($n = 2$) en los siguientes meses.

En relación a las variables socio-demográficas (Tabla 1), las mujeres que dejaron de fumar espontáneamente tenían una media de edad un poco más elevada que las que seguían fumando (32,73 vs. 30,84), aunque estas diferencias no alcanzan significación estadística, $t_{(95)} = 2,315$; $p = 0,132$. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables socio-demográficas evaluadas entre las mujeres que afirmaron abandonar espontáneamente el consumo de tabaco durante el embarazo respecto a aquellas que continuaron fumando.

Tabla 1. Características socio-demográficas de las embarazadas fumadoras y aquellas que dejaron de fumar espontáneamente.

	Fumadoras ($n = 44$)		Abandono espontáneo ($n = 41$)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Estado civil					1,901	0,168
Soltera/divorciada/separada	4	9,1	8	19,5		
Casada/vive en pareja	40	90,9	33	80,5		
Estudios					0,835	0,659
Primarios	12	27,3	8	19,5		
Secundarios	13	29,5	12	29,3		
Universitarios	19	43,2	21	51,2		
Situación Laboral					0,630	0,889
Trabaja	21	47,7	23	56,1		
En paro	7	15,9	5	12,2		
De baja laboral	11	25	9	22,0		
Otras	5	11,4	4	9,8		
El embarazo influyó en su situación laboral					0,472	0,492
Sí	12	27,3	14	34,1		
No	32	72,7	27	65,9		
Ingresos mensuales					3,579	0,311
<1200	6	13,6	11	26,8		
1201-2000	20	45,5	13	31,7		
2001-3000	13	29,5	10	24,4		
>3000	5	11,4	7	17,1		

Respecto a las variables referidas al embarazo (Figura 1), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2_{(1, 85)} = 1,987$, $p = 0,159$, entre aquellas mujeres que siguen fumando y las que dejaron de fumar durante el embarazo, si bien el abandono fue más frecuente en las primíparas (75,6% vs. 61,4%).

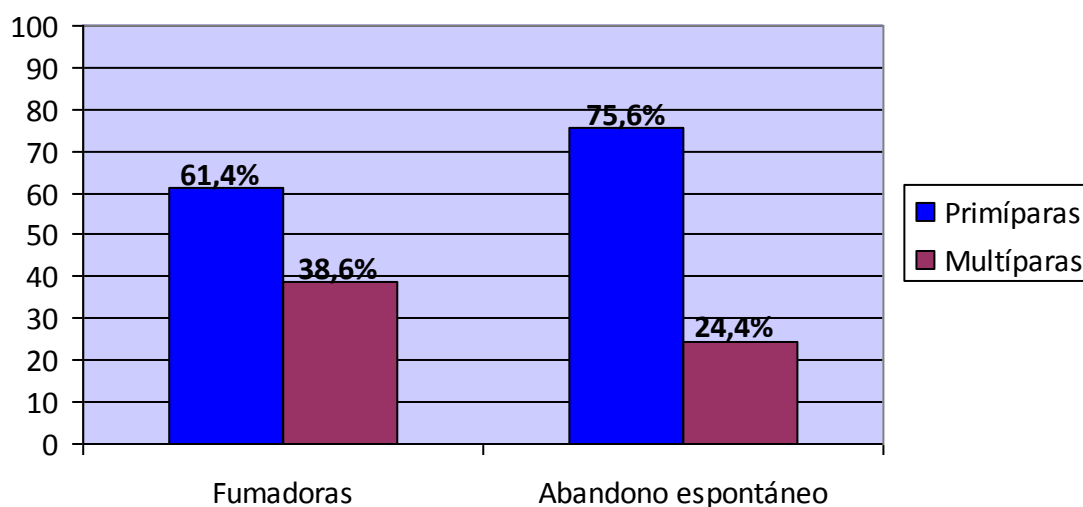


Figura 1. Comparación entre las fumadoras y las que dejaron de fumar espontáneamente en relación a la presencia de hijos.

Al comparar los datos relacionados con el consumo de tabaco entre las fumadoras y aquellas que dejaron de fumar espontáneamente (Tabla 2) las diferencias que se encuentran no alcanzan significación estadística. No obstante, podemos observar que en las mujeres que siguen fumando existe un mayor porcentaje que consideran que el consumo de tabaco afecta poco a la salud (4,5 vs. 0,0%) y un menor porcentaje que considera que afecta mucho (40,9 vs. 58,5%). Por otro lado, el porcentaje de mujeres que tienen alguien en casa que fuma es mayor entre las fumadoras (56,8 vs. 36,6%), siendo éstas las que tienen en mayor medida parejas fumadoras (50,0 vs. 34,1%), si bien el tamaño de la muestra no permite que se alcance significación estadística.

Tabla 2. Comparación de las variables relacionadas con tabaco entre las fumadoras y las que dejaron de fumar espontáneamente.

	Fumadoras		Abandono espontáneo		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cree que el tabaco afecta a la salud					4,013	0,260
Mucho	18	40,9	24	58,5		
Bastante	23	52,3	16	39,0		
No lo sé	1	2,3	1	2,4		
Poco	2	4,5	0	0		
Fuma alguien en casa					3,487	0,062
Sí	25	56,8	15	36,6		
No	19	43,2	26	63,4		
Su pareja fuma					2,185	0,139
Sí	22	50	14	34,1		
No	22	50	27	65,9		

En cuanto a las variables psicológicas evaluadas (Figura 2), encontramos que pese a no existir diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las medias obtenidas en las escalas CES-D ($t = 2,548$; $p = 0,114$) y PSS ($t = 2,113$; $p = 0,150$), se observa que aquellas mujeres que dejaron de fumar obtienen puntuaciones medias más bajas en sintomatología depresiva (13,67 vs. 17,04) y en estrés percibido (19,79 vs. 26,95).

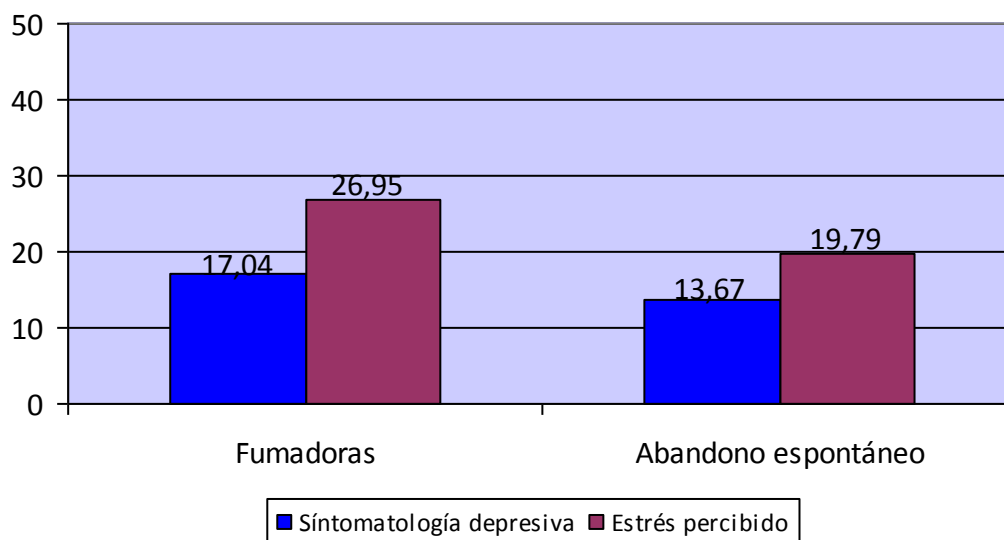


Figura 2. Puntuaciones medias en sintomatología depresiva y estrés percibido de las fumadoras y las que dejaron de fumar espontáneamente.

En el análisis de regresión logística realizado se ha hallado que la ausencia de otros fumadores en el hogar es la única variable predictiva del abandono espontáneo del consumo de tabaco en esta muestra ($p = 0,043$), con un valor R^2 de 0,049.

Conclusiones

La prevalencia del abandono espontáneo autoinformado del consumo de tabaco por parte de las embarazadas fumadoras de esta muestra fue del 50,58%, mientras que la abstinencia validada fue del 48,2%.

La mayor parte de las embarazadas que dejan de fumar lo hacen durante el primer trimestre del embarazo, y más concretamente durante el primer mes (73,2%).

No se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que dejaron de fumar espontáneamente y las que continúan fumando en función de variables sociodemográficas, variables relacionadas con el embarazo ni variables relacionadas con el consumo.

En relación con variables psicológicas (sintomatología depresiva y estrés percibido), las mujeres que dejaron de fumar obtienen puntuaciones medias más bajas (13,67 vs. 17,04 en sintomatología depresiva y 19,79 vs. 26,95 en estrés).

La variable que resultó predictiva del abandono espontáneo fue la no presencia de otros fumadores en casa.

Referencias

- Castellanos, M.E., Nebot, M., Payá, A., Rovira, M., Muñoz, M.I., Sanromá, M., Planas, S. y Carreras, R. (2000). El abandono del tabaquismo durante la gestación y la recaída. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 43, 473-480.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
- García-Algar, O., Puig, C., Méndez, C., Vall, O., Pacifici, R. y Pichini, S. (2001). Neonatal nicotine withdrawal syndrome. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 687.
- Iñiguez, C., Ballester, F., Amorós, R., Murcia, M., Plana, A. y Rebagliato, M. (2012). Active and passive smoking during pregnancy and ultrasound measures of fetal growth in a cohort of pregnant women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 563-570.
- Ludman, E.J., McBride, C.M., Nelson, J.C., Curry, S.J., Grothaus, L.C., Lando, H.A. y Pirie, P.L. (2000). Stress, depressive symptoms, and smoking cessation among pregnant women. *Health Psychology*, 19, 21-27.
- Maggiolo, J. (2011). Tabaquismo durante el embarazo. *Neumología Pediátrica*, 6, 12-15.
- Panjari, M., Bell, R. J., Astbury, J., Bishop, S. M., Dalais, F. y Rice, G. E. (1997). Women who spontaneously quit smoking in early pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37, 271-278.
- Pardell, H. y Saltó, E. (2004). Beneficios de dejar de fumar. *Adicciones*, 16, 131-142.
- Quinn, V.P., Mullen, P.D. y Ershoff, D.H. (1991). Women who stop smoking spontaneously prior to prenatal care and predictors of relapse before delivery. *Addictive Behaviors*, 16, 29-40.
- Radloff, L. S. (1977). The CED-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a european spanish version of The Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 86-93.
- Solomon, L.L. y Quinn, V.P. (2004). Spontaneous quitting: Self-initiated smoking cessation in early pregnancy. *Nicotine and Tobacco Research*, 6, 203-216.
- Woodby, L., Windsor, R., Snyder, S., Kohler, C. y Diclemente, C. (1999). Predictors of smoking cessation during pregnancy. *Addiction*, 94, 283-292.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN PEDOFILIA. INTERVENCIÓN LLEVADA A CABO CON UN PACIENTE

Belén López-Moya, Laura Portabales-Barreiro, María Concepcion Escolar-Gutiérrez, Nuria Asenjo-Araque y Carmen Carcedo-Robles

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España

Resumen

Antecedentes: La Pedofilia se encuentra dentro del grupo de trastornos llamados Parafilias. Se trata de un tema muy controvertido, por los diferentes aspectos éticos y legales que lleva asociados. Son diferentes los tratamientos que aparecen en la literatura, pero aún falta mucho por mejorar en este sentido. En este estudio se exponen algunos de los diferentes tipos de intervenciones en pedofilia, exponiéndose un caso clínico sobre el que se ha llevado a cabo un abordaje desde una orientación integradora. Con este trabajo se puede dar lugar a la reflexión acerca de la forma de trabajo en casos de pedofilia, que suelen acudir con poca frecuencia a salud mental por dicho problema, pudiendo poner de manifiesto algunas dificultades encontradas a lo largo de las sesiones de psicoterapia así como posibilidades de mejora. **Método:** Se presenta el caso de un paciente sobre el que se está llevando a cabo un proceso terapéutico actualmente. El método es descriptivo, tratándose de un caso único. El paciente de 32 años, ha sido atendido en un Centro de Salud Mental, derivado por su Médico de Atención Primaria por "problemas de atracción sexual". Se han utilizado tanto técnicas de tipo cognitivo-conductual como otras de orientación más dinámica y familiar. **Resultados:** Se describen las diferentes intervenciones llevadas a cabo con el paciente, las pruebas de evaluación utilizadas así como las dificultades encontradas. **Conclusiones:** Aunque la idea general con este tipo de pacientes es la imposibilidad de trabajo respecto a su problema parafilico, este caso demuestra que el grupo es heterogéneo y que en muchos casos la intervención es posible, aunque se requiere una alta frecuencia de sesiones a lo largo de un período largo de tiempo.

Palabras Clave: parafilias, pedofilia, estructura perversa, terapia cognitivo-conductual.

EVALUATION AND TREATMENT IN PEDOPHILIA. INTERVENTION CARRIED OUT WITH A PATIENT

Abstract

Antecedents: Pedophilia is located within the Group of disorders called paraphilias. It is a very controversial subject, by the different ethical and legal aspects leading partners. Treatments that appear in the literature are different, but still much to improve in this regard. This study outlines some of the different types of interventions in pedophilia, exposing a clinical case that an approach has been conducted from an eclectic orientation. This work can be place the reflection on how to work in cases of pedophilia, people who rarely attend mental health because of this problem, being able to highlight difficulties as well as opportunities for improvement of the intervention. Presenting a case on which a therapeutic process is carried out. **Method:** The method is descriptive, in the case of a unique case. The patient is 32-year-old, has been treated at a Mental Health Center, derived by your primary care physician for "problems of sexual attraction". They have been used both cognitive-behavioral techniques and other orientation more dynamics and family. **Results:** Described the different interventions carried out with the patient, evaluation tests used as well as the difficulties encountered. **Conclusions:** Although the

idea with this type of patient is the impossibility of work with respect to their paraphiliac problem, this case shows that the group is heterogeneous and that in many cases the intervention is possible, but requires a high frequency of sessions over a long period of time.

Keywords: Paraphilias, pedophilia, perverse structure, cognitive-behavioral therapy.

Introducción

Hasta no hace mucho tiempo, todas las variaciones y desviaciones sexuales se trataban de un modo parecido, siendo considerados quienes las tenían como marginados sociales, sobre los que sólo la ley podría intervenir para cambiar estas desviaciones. Carrobbles y Sanz (1998) consideran importante establecer la distinción entre lo que ellos denominan “variaciones o alternativas sexuales” y las “desviaciones sexuales” propiamente dichas. Indican la necesidad de esta distinción sobre la base de que la relación sexual mantenida con otra persona se realice contando con el consentimiento y la aceptación libre y consciente de la misma, o, por el contrario, cuando no se cuenta con la aceptación de la relación sexual por ambos participantes, sino que uno de ellos es forzado.

En el tratamiento de las parafilias la orientación cognitivo-conductual explica la adquisición y mantenimiento de las parafilias a través de los paradigmas del condicionamiento y de la formación de esquemas cognitivos (Muse, 1996). Para poder modificar las conductas parafilicas es necesaria una intervención multimodal que interfiere con el aprendizaje anterior por condicionamiento clásico, operante y social, así como la modificación de esquemas básicos de la estructura cognitiva.

En cuanto a la eficacia de intervenciones terapéuticas en el tratamiento de las parafilias, parece que en general las parafilias responden mejor a un programa terapéutico multimodal con diferentes técnicas cognitivo-conductuales. En los casos más graves el uso de hormonas androantagonistas de forma temporal aumenta la posibilidad de una resolución positiva del desorden de forma simultánea a una terapia cognitiva-conductual.

Se ha considerado de interés la presentación de este caso, porque no es frecuente que las personas con pedofilia consulten en salud mental para resolver esta desviación y el poder exponer en profundidad las características de un caso concreto así como la intervención, permite la profundización acerca de diferentes aspectos, en dificultades encontradas, formas de intervención y trabajo durante las sesiones. Esto dará lugar a la reflexión de otros profesionales que se encuentren con casos similares pudiendo abrir cuestiones para futuras publicaciones.

Las parafilias en general y en concreto la pedofilia son problemas acerca de los cuales queda mucho por avanzar a nivel de evaluación e intervención. Hay una importante falta de información al respecto así como problemas derivados de su complejo manejo.

La pedofilia se encuentra dentro del grupo de las parafilias. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2005) incluye 8 parafilias específicas, siendo la pedofilia una de ellas. Respecto a las posibles causas que desencadenan las parafilias se barajan diferentes hipótesis, sin estar ninguna de ellas probada científicamente: problemas de relación, experiencias de abuso o maltrato en la infancia, desarrollo de un impulso sexual desviado mediante un proceso de condicionamiento clásico u operante, trastorno de las etapas de cortejo, trastornos cognitivos (distorsiones cognitivas), como

una conducta adictiva, diferentes explicaciones biológicas (lóbulo temporal, lóbulo límbico, región frontotemporal izquierda, altos niveles de testosterona,...), etc.

En términos psicoanalíticos, las parafilias se consideran como dentro de la estructura perversa. La neurosis es el reverso de la perversión. En la neurosis todos los síntomas se forman contra el sistema pulsional activo que no es aceptado por el yo (egodistonia). En la perversión, la conducta arcaica es asumida y deseada por el yo (egosintonía). El perverso tolera la perversión.

Método

Participantes

El paciente es un varón de 32 años que acude al Programa de Adultos de un Centro de Salud Mental de Madrid, tras ser derivado por su MAP por “problemas de atracción hacia menores”.

Materiales e instrumentos

Las pruebas que se han utilizado para la evaluación han sido entrevista clínica, autorregistros, test de la figura humana y test de psicodiagnóstico de Rorschach. Como materiales: papel, bolígrafo, goma y las 10 láminas del Test de Psicodiagnóstico de Rorschach. La evaluación se debe de completar aún con una valoración más exhaustiva de la personalidad y de las habilidades sociales.

Procedimiento

La evaluación e intervención se ha llevado a cabo mediante sesiones individualizadas, de una hora de duración cada una. Una de las sesiones fue conjunta con la madre del paciente. El tipo de orientación ha sido integradora, utilizándose técnicas cognitivo-conductuales así como otras de corte dinámico y familiar para lograr un conocimiento más completo del paciente y de su situación vital. Las tres primeras sesiones se dedicaron a recabar información importante para plantear los objetivos y el tratamiento: características de la parafilia, historia sexual, línea de la vida y biografía, etc. A partir de la cuarta sesión se fueron trabajando diferentes aspectos: control de la principal conducta problema por la que tuvo el problema legal, empatía hacia los niños y valoración objetiva de su conducta (viendo repercusiones en menores, ...), habilidades sociales y mejora de relaciones sociales, etc.

Diseño

Se trata de un diseño de caso único ($N = 1$).

Resultados e historia clínica

Motivo de consulta

Paciente varón de 32 años derivado por su MAP por problemas de atracción sexual. “Tengo cierto problema porque siento cierta atracción pues hacia los niños, atracción física, aparte soy una persona muy insegura, me cuesta expresar las cosas, me cuesta abrirme a gente nueva.”

Antecedentes personales

El paciente no presenta ninguna enfermedad importante. No fuma y ni consume ningún tóxico. Sin antecedentes psiquiátricos. Primera consulta con Psicología. Ningún antecedente familiar.

Historia Biográfica

Nacido en Madrid. Embarazo y parto normales. Hitos del desarrollo adquiridos con normalidad. Desarrollo psicomotor sin alteraciones. Sin signos de neuroticismo infantil. Aunque dice no haber sido muy buen estudiante, no repitió ningún curso, terminando la EGB y FP. Es el menor de dos hermanos. El mayor tiene 36, está casado y tiene dos hijas de 3 años y de dos meses. El paciente vive con su madre, de 68 años y aunque tiene piso propio, lo tiene alquilado. Su padre falleció hace dos meses y medio por Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob.

Trabaja en una fábrica desde hace 11 años. Anteriormente 6 meses en otro sector. Estudió la E.G.B. y posteriormente formación profesional. Refiere tener buenas relaciones familiares. No ha tenido nunca pareja ni ninguna relación a nivel íntimo. Conserva algunos amigos de la infancia, con los que suele quedar y hacer algunas actividades como ir a algún concierto o salir a cenar. Se define como una persona tranquila, introvertida, reservada, insegura y con dificultades para relacionarse.

Enfermedad actual

El paciente refiere sentir atracción física por los niños, lo que dice ocurrirle desde siempre (“desde que tenía 11-12 años”). Dice que le atraen niños de 10 años en adelante, hasta 20 años (“que tengan aspecto infantil”). Sólo siente atracción por niños o adolescentes del sexo masculino, nunca le han gustado las mujeres ni los hombres adultos.

“Me siento una persona insegura. Sé que es una cosa que me ocurre y no está bien, me gustaría que no me sucediera, me gustaría que me gustasen las chicas, no los niños. No es una cosa que no me deje vivir, pero sé que no es normal, y por eso lo hablé con mi médico de cabecera y dije que quería venir al psicólogo”. Nunca ha mantenido relaciones sexuales. Refiere haber mirado fotos y vídeos de niños desnudos, en bañador,..., o de adolescentes en situaciones pornográficas, y masturbarse con ello. Dice no sentirse mal tras esto y no haber tenido idea de ir a más (“Nunca he tenido impulsos de más, no he llegado hasta ese extremo, he sabido tener control”). Al preguntarle el por qué cree que le sucede: “No tengo ni idea, sé que es algo que siempre ha estado ahí, desde que tenía 10-11 años”. En la segunda entrevista reconoce tener un problema legal y haber acudido a la consulta a raíz del mismo. La policía entró a su domicilio, estando la madre y el paciente en ese momento en casa. El motivo ha sido el haber consultado por internet páginas de niños con fines sexuales.

Al preguntarle por sus expectativas y qué espera de la intervención: “Me gustaría mejorar, porque no sé si puedo quitarme el problema que tengo, lo veo un poco difícil,..., no sé si podría dejar de sentir esa atracción”.

El paciente realiza la línea de la vida. La edad que parece tener más relevancia al hablar con el paciente es la de 12 años. A esta edad según comenta, estuvo a punto de repetir curso. Se cambió de clase un amigo con el que estaba muy apegado y este acontecimiento le afectó enormemente.

En cuanto a las expectativas y lo que el paciente espera de la intervención, manifiesta lo siguiente: “Me gustaría mejorar, porque no sé si puedo quitarme el problema que tengo, lo veo un poco difícil,..., no sé si podría dejar de sentir esa atracción”.

En las pruebas de evaluación que se han aplicado, en el test de la figura humana realiza un trazo débil y figuras de pequeño tamaño en la parte superior. El tipo de dibujo se relaciona con inseguridad, inmadurez, con personas que viven más en el mundo de la fantasía que de la realidad.

En cuanto al Test de Psicodiagnóstico de Rorschach da 30 respuestas, un alto número de las mismas son respuestas globales y elaboradas, alta frecuencia de respuestas de forma, pocos movimientos humanos. La proporción de respuestas forma-color, color-forma versus color es de 1:3. Da una respuesta de perspectiva. El índice de egocentrismo es bajo, no hay ninguna respuesta de textura. La valoración global hace pensar en inmadurez; Edad emocional más baja a la cronológica, bajo control de los afectos, dificultad de contacto con el otro, no vive los acercamientos del otro como algo agradable, sino como una invasión; Es posible que los primeros contactos crearan tensión en el paciente; Baja autoestima, autocentramiento bajo; Introspección, sentimiento de culpa, autocrítica muy negativa y sentimiento de poca valía; Alta capacidad de síntesis, buen potencial intelectual; Dificultad en la creación de vínculos.

El diagnóstico sería: F65.4. Pedofilia (302.2). Con atracción sexual por los varones. Tipo exclusivo.

Se han tenido 12 sesiones de intervención con el paciente hasta el momento. Se ha logrado el control de la conducta problema, mejora de las habilidades sociales e incremento de amistades. Uno de los objetivos más importante que se han conseguido es aumentar la empatía hacia los menores por parte del paciente y una valoración más objetiva de las consecuencias de su conducta, a lo cual en un inicio restaba importancia. Se está trabajando mediante desensibilización sistemática para la sustitución de las fantasías sexuales presentes por otras con adultos. Actualmente sigue en seguimiento por Psicología Clínica.

Discusión y conclusiones

Al pensar sobre cómo será la evolución de este paciente y de la problemática que presenta, podemos ver que se dan tanto factores de mal pronóstico como otros que pueden hacernos pensar en una buena evolución del caso.

Respecto a los factores de mal pronóstico no podemos olvidar que el paciente acude por primera vez a solicitar ayuda a los 32 años de edad, a raíz de tener un problema de tipo legal por haber realizado consultas y recibir imágenes y vídeos de menores y tenerlos en su ordenador personal. Otros factores de mal pronóstico son que en sus fantasías sexuales siempre imagina a niños, nunca adultos y manifiesta no tener ni haber sentido nunca atracción por adultos así como ninguna relación ni contacto sexual.

Como factores de buen pronóstico en este caso presentado, se pueden considerar la buena adherencia al tratamiento por parte del paciente, que se puede observar tanto por la asistencia a todas las citas en su centro de salud mental como por la realización de todas las tareas para casa. Parece mostrar motivación hacia el cambio, más allá de librarse de los problemas a nivel legal, lo que se puede concluir de sus manifestaciones verbales y no verbales a lo largo de las entrevistas, deseos de llevar una vida de

“adulto”, de poder tener una familia propia, etc. Otro factor que juega a favor de una buena evolución es que no parece tener un trastorno de personalidad asociado y que durante el tiempo de intervención hasta ahora ha logrado controlar la conducta problema entre otros objetivos.

Tras la experiencia con este paciente, algunas consideraciones para el tratamiento con personas con pedofilia serían la realización de una evaluación exhaustiva de diferentes aspectos: análisis de la historia clínica personal, profundizar en aspectos de su infancia y adolescencia, conocer cómo ha sido su desarrollo psicosexual, valorar sus habilidades sociales, posibles conflictos intrapsíquicos, descartar un trastorno de personalidad como base u otro tipo de psicopatología. Es muy importante establecer una buena relación empática, favoreciendo la participación y apertura del paciente.

En estos casos se debe de cuidar especialmente la contratransferencia que produce el paciente en el profesional. No se puede olvidar el tener presentes las repercusiones legales. El abordaje más idóneo sería desde una orientación integradora, ya que sólo desde una orientación cognitivo-conductual es difícil trabajar aspectos más internos de la persona. Entre las técnicas de corte cognitivo-conductual que se pueden utilizar en estos casos están el condicionamiento encubierto, la detención del pensamiento, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, etc.

Al no existir una única causa a la existencia de la pedofilia, el tratamiento no puede ir dirigido solamente a abordar el impulso sexual. Además del control sobre las conductas sexuales y la posible modificación de los deseos y fantasías sexuales, se deben de tratar aspectos que pueden ser determinantes: carencias personales y relacionales, expresión inadecuada de las emociones, falta de habilidades sociales, baja autoestima, etc.

Planteo como una reflexión si se puede superar la pedofilia de forma completa o si sólo se puede pensar en términos de control de dicha tendencia, concretamente sobre los impulsos y conductas problemáticas. En este caso presentado, hasta qué punto las dificultades de relación con personas adultas serían la causa y por último hasta qué punto podemos considerar la pedofilia un trastorno mental con todo lo que esto conlleva a nivel legal.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2005). *Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM -IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Carrobbles, J.A. y Sanz, M.A. (1998): *Terapia sexual*. Madrid: UNED. Fundación Universidad Empresa.
- Muse, M. (1996). *Introducción a la Terapia Conductual Cognitiva: Pautas Teóricas*. Girona: Mensana Publications.

PERFIL DIFERENCIAL DE VIVENCIA DE LA IRA PACIENTES HIPERTENSOS Y POST-INFARTADOS

Carmen Caballero-Pelaez*, Sergio Sánchez-Reales**, Javier Prado-Abril*** e
Isabel Laporta-Herrero****

*Hospital General Universitario J. M. Morales Messeguer, Murcia, España

**Hospital General Universitario de Elche, España

***Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

****Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Resumen

Antecedentes: Diversos estudios destacan las características de la ira y sus efectos en la salud; se ha señalado a la ira como factor independiente en el origen de enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo de miocardio o la hipertensión arterial (HTA). Algunos autores hablan de la ira como una dimensión plana que facilita el paso de la HTA al infarto agudo de miocardio, otros proponen formas diferenciales de afrontar la ira en cada uno de los cuadros. **Método:** Estudio transversal, descriptivo y comparativo en el que se evalúan los componentes de la ira en 20 pacientes postinfartados y 18 hipertensos mediante el Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo 2 (STAXI-2). **Resultados:** Ambas muestras experimentan con asiduidad sentimientos de frustración e ira, los pacientes HTA son los que informan mayor frecuencia ($t = 3,20$; $p = 0,08$). De las escalas de ira-rasgo, los pacientes postinfartados presentaron puntuaciones más altas en Temperamento ($t = 10,34$; $p < 0,01$) y Reacción de Ira ($t = 8,02$; $p < 0,01$). En relación a la expresión y control de la ira, el grupo de pacientes postinfartados expresan más externamente la ira ($t = 10,29$; $p < 0,01$) y los pacientes hipertensos inhiben activamente su expresión ($t = 8,20$; $p < 0,01$). **Conclusiones:** La experiencia de ira es común entre pacientes cardiopatas, sin embargo estos datos exploratorios señalan hacia formas distintas de sentir y expresar la ira; más externalizada en el caso de los postinfartados y más internalizada en pacientes HTA; aspectos a tener en cuenta con la finalidad de establecer tratamientos específicos que atiendan a las particularidades de cada uno de estos perfiles.

Palabras clave: Hipertensión, infarto de miocardio, rehabilitación cardiaca, ira inhibida.

DIFFERENTIAL PROFILE OF ANGER EXPERIENCE IN HYPERTENSE AND POST-INFARCTION PATIENTS

Abstract

Background: Many researches enhance anger manifestations and its effects on health. Anger has been pointed as an independent factor on cardiovascular disorders onset as arterial hypertension (AHT) or acute myocardial infarction (AMI). Some authors describe anger as a plane dimension that mediates the progression of AHT to AMI. Others suggest this clinical profile cope with anger in a different way. **Method:** A cross sectional, descriptive and comparative study was performed. Anger components were evaluated in a 20 post-infarction and 18 hypertensive patients sample. The spanish version of State Trait Anger Inventory-2 (STAXI-2) was used for this purpose. **Results:** Both samples experience frustration and anger feelings regularly, specially the AHT patients. On the Trait Anger scales, post-infarction patients score higher on Temperament ($t = 10.34$; $p < 0.01$) and Anger Reaction ($t = 8.02$; $p < 0.01$). On Expression and Anger control, post-infarction patients express anger outwards ($t =$

10.29; $p < 0.01$) and hypertensive patients inhibit its expression ($t = 8.20$; $p < 0.01$).
Conclusions: Anger experience is common in cardiovascular disorders, nevertheless is probably AHT and AMI patients feel and experience anger in a different way, internalized for AHT, externalized for AMI.

Keywords: Hypertension, myocardial infarction, cardiac rehabilitation, inhibited anger.

Introducción

La relación entre la experiencia emocional y la salud ha sido un tema que ha preocupado al hombre desde la antigüedad. Entre las emociones de contenido negativo, la ira ha sido una emoción tradicionalmente asociada a las enfermedades cardiovasculares en el ideario popular, aunque la validación científica de esta relación no comienza hasta los inicios de los años 70 (Suls, 2013). Durante los últimos 30 años se han desarrollado intensos esfuerzos investigadores para aislar el impacto tanto de la ira como del resto de las emociones sobre el origen y evolución de este tipo de cuadros (Booth-Kewley y Friedman, 2005).

Las tradiciones investigadoras que han desarrollado esta línea han sido fundamentalmente dos; inicialmente, la medicina psicosomática (Alexander, 1939), de clara influencia psicoanalítica, propone que los conflictos psíquicos no resueltos pueden generar efectos fisiológicos adversos y en última instancia enfermedades como asma o úlceras gástricas. Entre estos desarrollos, diversos estudios realizados desde una metodología de estudio de casos proponen el constructo "*personalidad hipertensa*" (Moschowitz, 1919) centrando su atención en el desarrollo de la hipertensión esencial en personas que característicamente intentaban inhibir la ira, producto de una solución de compromiso entre impulsos hostiles en busca de expresión y necesidades pasivo-dependientes que impiden su manifestación.

Posteriormente, debido a las dificultades en la medida de la ira inhibida, la mayoría de los trabajos empíricos se han centrado en la expresión conductual de la ira (Diamond, 1982). Se interpreta la ira inhibida en comportamientos sumisos o poco agresivos en situaciones confrontativas. La dirección de la relación entre expresión de la ira e hipertensión es confusa, mientras que en algunos estudios pacientes con HTA expresan un comportamiento más sumiso que muestra control (Gentry, Chesney, Gary, Hall y Harburg, 1982) en otros muestran un comportamiento más agresivo (Baer, Collins, Bourianoff y Ketchel, 1979).

Por otra parte, durante los años 60-70 surge el interés por la ira como factor de riesgo en la enfermedad arterial coronaria vinculado al conocido patrón de conducta Tipo A. Dentro de este patrón conductual se aislaron tres factores, a saber, competitividad, impaciencia y hostilidad/ira (Rosenman, Brand, Scholtz y Friedman, 1976). Estudios posteriores demuestran que el Tipo A constituye un predictor débil e inconsistente para la enfermedad arterial coronaria (Myrtek, 2001), pero el factor hostilidad/ira se mantiene como predictor estable de eventos cardíacos incluso tras controlar otros factores de riesgo tradicionales potencialmente patogénicos (Smith, 1992). Cabe destacar el metaanálisis realizado por Chida y Steptoe (2009), relacionando ira y la hostilidad con la enfermedad arterial coronaria tanto en población sana como en cardiopatas (*Hazard Ratio* = 1.2).

Estos resultados justifican que las principales guías de prevención de enfermedades cardiovasculares recomienden el desarrollo de intervenciones tanto desde

la psicología clínica como desde la psiquiatría para minimizar el riesgo de episodios cardiovasculares (Perk et al., 2012), como el entrenamiento en relajación en sus numerosas variantes, la terapia cognitivo-conductual o incluso la prescripción de fármacos para evitar la progresión hacia la enfermedad cardíaca. Los tamaños del efecto informados en diversas revisiones realizadas en población general (Del Vecchio y O'Leary, 2004; DiGiuseppe y Tafrate, 2003) para este tipo de intervenciones presentan un tamaño del efecto medio ($d = 0,60-0,90$), sin destacar diferencias en función del tratamiento. Específicamente, en población con trastorno cardiovascular, Gidron y Davidson y Bata (1999) informaron mejorías en el la hostilidad expresada en un grupo de 22 hombres tras una intervención cognitiva-conductual, la cual se mantenía en el seguimiento, con un tamaño de efecto moderado ($d = 0,62$).

Con el objetivo de profundizar en la relación existente entre ira y trastornos cardiovasculares, el objetivo del presente estudio es el de describir la experiencia de ira en dos grupos de pacientes cardiovasculares, uno formado por pacientes con hipertensión y otro compuesto por pacientes postinfartados, para posteriormente comparar ambos perfiles analizando las diferencias entre unos y otros.

Método

Participantes

Se reclutaron un total de 38 pacientes de raza caucásica, participantes en dos programas del servicio de Psicología Clínica de la Salud del Hospital General Universitario de Elche (Alicante). 18 de estos pacientes (9 mujeres y 9 hombres) realizaban un programa de intervención multidisciplinar en HTA, los 20 pacientes restantes (4 mujeres y 16 hombres) tomaban parte en un programa de rehabilitación cardíaca postinfarto (RHC). La Tabla 1 recoge la información descriptiva clínica y sociodemográfica para cada uno de los grupos. Los grupos son homogéneos en cuando a las variables sociodemográficas sexo, edad y estado civil, diferenciándose en las variables clínicas. Los pacientes HTA presentaron medidas de tensión arterial sistólica y diastólica significativamente más altas, mientras que los pacientes del grupo RHC obtuvieron una medida significativamente más alta en la variable peso.

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas de la muestra.

	<i>Grupo HTA</i>	<i>Grupo RHC</i>	χ^2/t	<i>p</i>
Sexo	9♂/9♀	4♀/16♂	3,788	0,52
Edad	54,39 (9,17)	54,70 (8,75)	0,107	0,91
Estado Civil				
Casado	15	18	3,176	0,05
Soltero	1	1		
Separado	1	1		
Peso	68,88 (9,02)	81,33 (8,97)	4,25	<0,01
TAS	158,22 (20,73)	130,20 (14,69)	-4,84	<0,01
TAD	88,61 (14,66)	76,60 (8,42)	-3,13	<0,01

Las puntuaciones se ofrecen en medias (desviación típica).

Materiales

La experiencia de ira se evaluó a través del STAXI-2, (Spielberger et al., 1988; Versión española realizada por Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberg, 2001).

Conceptualmente el inventario se divide en tres partes: el estado de ira, el rasgo de ira y la expresión y control de la ira.

Estado de ira: situación o condición emocional psicobiológica caracterizada por sentimientos subjetivos que pueden variar desde un estado moderado hasta una intensa furia o rabia ($\alpha = 0,89$). Compuesto a su vez por tres subescalas, a saber, la subescala Sentimiento ($\alpha = 0,85$) que refiere a la intensidad de los sentimientos experimentados por la persona en el momento actual. La subescala Expresión verbal ($\alpha = 0,79$), intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión verbal de la ira. Por último la subescala Expresión física ($\alpha = 0,78$) o intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión física de la ira.

Rasgo de ira: evalúa las diferencias individuales al percibir situaciones como frustrantes y la tendencia a percibir las situaciones con el incremento del estado de ira ($\alpha = 0,82$). Compuesto por dos subescalas, Temperamento de ira ($\alpha = 0,84$) disposición a experimentar ira sin una provocación específica y Reacción de ira (α de Cronbach = 0,75), frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas.

Expresión y control de la ira: dividido en cuatro componentes principales, que pueden entenderse como dos dimensiones, Expresión externa de la ira ($\alpha = 0,69$) frente a Expresión interna de la ira ($\alpha = 0,67$) que hacen referencia, respectivamente, a la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados mediante conductas agresivas físicas/verbales o no son expresados tras experimentarse. Control externo de la ira ($\alpha = 0,87$) frente a Control interno de la ira ($\alpha = 0,81$), respectivamente frecuencia con que la persona controla la expresión de sentimientos de ira bien evitando su manifestación o bien controlando la misma mediante el sosiego y la moderación.

Índice de expresión de la ira ($\alpha = 0,64$) aislado a partir de los componentes de expresión y control de la ira.

Diseño y procedimiento

Diseño transversal comparativo. Las medidas de este estudio forman parte del protocolo de intervención pre de un estudio más amplio que evaluaba las diferencias entre ambos tipos de enfermedades. Las diferencias entre grupos se analizaron aplicando una *t* de student en el programa SPSS versión 19 (IBM SPSS, 2010).

Resultados

Las puntuaciones a las dimensiones del STAXI-2 se enumeran en la Tabla 2. En relación a la escala Ira Estado y sus subescalas, el grupo de pacientes HTA presenta puntuaciones más altas, aunque las diferencias únicamente son significativas para la variable Expresión física ($p = 0,04$). Las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas en la escala Ira Rasgo ($p < 0,01$) y sus subescalas Temperamento ($p < 0,01$) y Reacción de Ira ($p < 0,01$), en todos los casos los pacientes del grupo RHC informan puntuaciones más altas que el grupo HTA. En cuanto a los indicadores de expresión de la ira, el grupo HTA informó puntuaciones significativamente superiores para la escala Control externo de la ira ($p < 0,01$), mientras que el grupo RHC destacó sus puntuaciones en las escalas Expresión externa de la ira ($p < 0,01$) y en el Índice de expresión de la ira ($p < 0,01$).

Tabla 2. Puntuaciones STAXI-2.

	<i>Grupo HTA</i>	<i>Pc</i>	<i>Grupo RHC</i>	<i>Pc</i>	<i>t₃₆</i>	<i>p</i>
Ira Estado	19,16 (8,06)	-	15,90 (1,29)	-	-1,79	0,08
Sentimiento	6,94 (3,52)	-	5,65 (1,18)	-	-1,55	0,13
Expresión física	5,55 (1,19)	-	5,00 (0)	-	-2,07	0,04
Expresión verbal	6,66 (3,61)	-	5,20 (0,41)	-	-1,8	0,79
Ira Rasgo	19,77 (7,25)	30	27,15 (6,74)	85	3,27	<0,01
Temperamento	8,44 (4,51)	45	13 (4,21)	85	3,21	<0,01
Reacción de Ira	11,11 (3,37)	35	14,15 (3,23)	65	2,83	<0,01
Expresión externa de la ira	10,05 (3,28)	20	15,60 (2,87)	80	5,55	<0,01
Expresión interna de la ira	13,94 (3,85)	65	13,90 (3,91)	65	-0,03	,972
Control externo de la ira	17,16 (5,02)	70	12,50 (5,01)	30	-2,86	<0,01
Control interno de la ira	12,83 (5,07)	45	11,85 (4,27)	35	-0,64	,521
Índice de expresión de la ira	29,33 (12,76)	30	41,15 (9,88)	80	3,20	<0,01

Pc refiere a Percentiles asilados en la población general. Las puntuaciones en medias (desviación típica).

Discusión/conclusiones

Tal y como se ha demostrado en las investigaciones anteriores, la ira es una experiencia común tanto entre los pacientes con hipertensión (Schum, Jorgensen, Verhaeghen, Sauro y Thibodeau, 2003) como entre los pacientes que han sufrido un infarto (Suls, 2013). Hasta donde conocemos, este es el primer estudio que realiza un perfil diferencial de la experiencia de la ira específicamente entre pacientes cardiopatas hipertensos y postinfartados.

Comparativamente, el grupo de pacientes HTA se caracterizó por presentar un estado de ira más elevado, particularmente en lo referente a su expresión física, y una menor expresión externa de la ira, en relación tanto con el grupo RHC como con la población general. Este perfil, a pesar de no ser consistente con los señalados en otras investigaciones realizadas en España (García-Vera, Sanz, Espinosa, Fortún y Magán, 2010) responde al tradicionalmente señalado para este tipo de pacientes desde la medicina psicosomática (Alexander, 1939), pacientes que no pueden dar salida externa a sus impulsos agresivos y que tienen que gestionarla internamente.

El grupo de pacientes RHC se caracterizó por experimentar más sentimientos de ira a lo largo del tiempo, con o sin provocación específica, y a expresar esta emoción verbal o conductualmente con mayor frecuencia que el grupo HTA o que un grupo de la población general si atendemos a los percentiles con los que se validó la prueba en población española (todos superiores a 80 en las subescalas señaladas). Estos resultados son inconsistentes con otros señalados en estudios en población hispanoparlante (Ferrer-Botero, Montoya-Herrera, Osorio-Tamayo, Posada-Roldán y Caraballo-Gracia, 2003) aunque consistente con otros estudios realizados en población anglosajona (ver revisión en Sulz, 2013).

En conclusión, más allá de la inconsistencia de los datos con la literatura previa, estos muestran un perfil claramente diferenciado en los dos cuadros cardiovasculares, a lo cual hay que dar soluciones terapéuticas diferentes. Mientras que para los pacientes con HTA la intervención prioritaria se orientaría más hacia las habilidades sociales de expresión emocional asertiva y el trabajo cognitivo-emocional en torno a los miedos de la expresión del enfado, en el caso de los pacientes RHC el objetivo se centrará más en

regular las formas de expresión emocional, potenciar habilidades de tolerancia de la frustración y el reforzamiento de las técnicas de solución de problemas. No obstante, más allá de las debilidades de este estudio, como el tamaño de la muestra o el empleo de una única medida de evaluación, las inconsistencias en el estudio de la relación entre la ira y los trastornos cardiovasculares sea probablemente multicausal; la escasa atención prestada a aspectos socioculturales y étnicos, o la forma en que la ira es interpretada en las diferentes situaciones explique mucho mejor el impacto de la vivencia de la emoción de ira en la salud.

Referencias

- Alexander, F. (1939). Emotional factors in essential hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 1, 175-179.
- Baer, P.E., Collins, F.H., Bourianoff, G.G. y Ketchel, M.F. (1979). Assessing personality factors in essential hypertension with a brief self-report instrument. *Psychosomatic Medicine* 41, 321-330
- Booth-Kewley, S. y Friedman, H.S. (2005). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin*. 101, 260-300.
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53, 936-946.
- Del Vecchio, T. y O'Leary, K.D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 24, 5-34.
- Diamond, E.L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 92, 410-433
- DiGiuseppe, R. y Tafrate, R.C. (2003). Anger treatment for adults: a meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 70-84.
- Ferrer-Botero, A., Montoya-Herrera, E.A., Osorio-Tamayo, C.Y., Posada-Roldán, S.R. y Caraballo-Gracia, D.I. (2003). Evaluación de factores psicosociales en un grupo de pacientes coronarios y un grupo de no coronarios. *Psicología Conductual*, 11, 187-200
- García-Vera, M.P., Sanz, J., Espinosa, R., Fortn, M. y Magán, I. (2010). Differences in emotional personality traits and stress between sustained hypertension and normotension. *Hypertension Research*, 33, 203-208
- Gentry, W.D., Chesney, A.P., Gary, H.E., Hall, R.P. y Harburg, E. (1982). Habitual anger-coping styles: I. Effect on mean blood pressure and risk for essential hypertension *Psychosomatic Medicine*, 44, 195-202
- Gidron, Y., Davidson K.W. y Bata I. (1999). The short-term effects of a hostility-reduction intervention on male coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18, 416-420.
- IBM SPSS (2010). *Statistics v 19*, Chicago, Illinois.
- Larkin, K.T. y Zayfert, C. (2004). Anger expression and essential hypertension: Behavioral response to confrontation. *Journal of Psychosomatic Research* 56, 113-118
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., y Cano-Vindel, A. (2001). *Versión española del STAXI-2*. Madrid: TEA.
- Moschowitz, E. (1919). Hypertension: Its significance, relation to arteriosclerosis and nephritis and etiology. *American Journal of Medical Science*, 158, 668-664.
- Myrtek, M. (2001). Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A behavior and hostility. *International Journal of Psychiatry*, 79, 245-251.
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., Albus, C.,... y Zannad, F. (2012). Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Revista Española de Cardiología*, 65, 937-966.

- Rosenman, R.H., Brand, R.I., Sholtz, R.I. y Friedman M. (1976) Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the Western Collaborative Group Study. *American Journal of Cardiology*, 37, 903-910.
- Schum, J.L., Jorgensen, R.S., Verhaeghen, P., Sauro, M. y Thibodeau, R. (2003). Trait anger, anger expression, and ambulatory blood pressure: A meta-analytic review *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 395-415
- Smith T.W. (1992). Hostility and health:current state of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, 139-150.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R. y Jacobs, L.E. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Orlando: Psychological Assessment Resources.
- Suls, J. (2013). Anger and the Heart: Perspectives on cardiac risk, mechanisms and interventions. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55, 538-547.

ACOSO A TRAVÉS DEL SEXTING EN LAS REDES SOCIALES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Carmen Maganto, Maite Garaigordobil y Montserrat Peris

Universidad del País Vasco, España

Resumen

Introducción: Entre adolescentes y jóvenes el acoso entre iguales se vale de las nuevas tecnologías, siendo una forma actual el envío de publicaciones eróticas (sexting). Los estudios sobre factores de riesgo detectan que la adicción, falta de privacidad, erotismo y sexting están entre los riesgos más comunes. **Objetivos:** a) describir el sexting-acoso y los factores de riesgo de uso abusivo, pérdida de privacidad y erotismo; b) Analizar las correlaciones dichos factores de riesgo y las variables de personalidad: extraversión, neuroticismo, narcisismo y estilos de apego. **Instrumentos:** Cuestionario de Imagen Virtual de Redes Sociales, Cuestionario de Personalidad de Eysenk, Inventario de personalidad Narcisista y Cuestionario de Estilos de Apego. **Participantes:** 406 adolescentes y jóvenes del País Vasco seleccionados aleatoriamente, 59,4% adolescentes y 52,7% varones. **Resultados:** un 14,7% acosa ocasionalmente a compañeros, un 7,9% lo ha practicado frecuentemente y un 27,7% ha sufrido sexting-acoso. Un 12,7% lo denuncia, pero un 21,4% lo silencian por miedo. **Conclusiones:** Los estudios de correlación indican una interconexión entre los factores de riesgo, actuando de forma sumativa. Las personas acosadoras presentan más adicción a las RS, buscan más páginas eróticas, tienen encuentros sexuales a través de internet y más fotografías eróticas publican, sufriendo mayor malestar con la intimidad.

Palabras clave: sexting-acoso, erotismo, adicción, riesgo de desprotección, adolescentes-jóvenes.

SEXTING-BULLYING ON SOCIAL NETWORKS AND ASSOCIATED RISK FACTORS

Abstract

Introduction: Among adolescents and youth new forms of aggression have emerged of using the new technologies. One of them is to sending erotic publications (sexting). There are many studies about of the risk factors associated with social networks: addiction, eroticism and the lack of privacy. **Objectives:** a) to describe sexting-bullying in social networks and the risk factors of cyber-addiction, loss of intimacy and eroticism; b) to analyze the correlations between these risk factors and personality variables: extraversion, neuroticism, narcissism and attachment style. **Assessment instruments:** Questionnaire of Virtual Image of Social Networks, Eysenck Personality Questionnaire-Revised, Narcisistic Personality Inventory, Attachment Style Questionnaire. **Participants:** The 406 participants were randomly selected from the Basque Country, 59.4% adolescents and 52.7% boys. **Results:** The results show that 14.7% has occasionally bullied classmates, and 7.9% has frequently practiced bullying, 1.9% has suffered bullying, and 27.7% has suffered sexting-bullying. The victims' reactions have been to file a complaint (12.7%) and 21.4% they did nothing for fear. **Conclusions:** The correlational studies indicate an interconnection among the risk factors, which are additive. People who practice bullying the most are addicted to the social networks, seeking erotic pages and sexual encounters by Internet, publishing more erotic photographs, suffering distress concerning their intimacy.

Keywords: Sexting-bullying, eroticism, addiction, lack of intimacy, adolescents-youth.

Introducción

Las redes sociales (RS) han abierto un horizonte de conocimientos y experiencias beneficiosas, pero existe gran preocupación por los riesgos que estas tecnologías traen consigo (Livingstone, 2008). La facilidad de una permanente, variada, rápida y anónima conectividad a internet se incrementan los riesgos y problemas de las personas (Benotsch, Snipes, Martin y Bull, 2013; Weiss y Samenow, 2010). Algunos estudios indican (Mascheroni, Ponte, Garmendia, Garitaonandia y Murru, 2010) que son muy comunes la conducta agresiva y el erotismo, visitando páginas pornográficas de forma intencional o teniendo una cita con alguien que solo han conocido online (Hasebrink, Livingstone Haddon y Ólaffson, 2009). Otros estudios señalan el riesgo del uso abusivo o ciberadicción a las cibertecnologías (Guan y Subrahmanyam, 2009).

Otro de los riesgos es el desconocimiento de la pérdida de intimidad que las RS entrañan, colgando información confidencial o dejando abierto su perfil para cualquier cibernauta (Krämer y Winter, 2008), especialmente en persona extrovertidas (Correa, Hinsley y de Zúñiga, 2010).

Una nueva forma de agresión denominada sexting-acoso consiste en el envío de publicaciones virtuales con contenido erótico, sin permiso de la persona, con el fin de burlarse de ésta, acompañándolas o no con mensajes añadidos (*texting*). Strassberg, Mckinnon, Sustraíta y Rullo (2013) informaron que más de un tercio de adolescentes encuestados habían enviado imágenes sexualmente explícitas, a pesar de saber que podían tener serias consecuencias legales. Varios estudios (Albury y Crawford, 2012; Gordon-Messer, Bauermeister, Grodzinski y Zimmerman, 2013) expresan el problema que está generando el fenómeno “sexting” y subrayan la desconexión existente entre la ley y los usos de la tecnología en los adolescentes. Las chicas adolescentes se exponen y vinculan más a situaciones de riesgo online que los chicos (Maganto y Peris, 2013; Stamoulis, 2009) y se ha demostrado que los usuarios de blogs que cuelgan fotografías provocativas o comentarios sexuales tienen mayor riesgo de recibir insinuaciones sexuales y acoso online, ya que publican información personal y entran en comunicación con desconocidos. Kholos y Chirlders (2011) hallaron en su investigación que dos tercios de las mujeres envían mensajes de texto sexualmente explícitos o fotos de sí mismas a través del teléfono o correo electrónico, mientras que sólo la mitad de los hombres lo hicieron. Esta práctica puede generar serios problemas que van desde la pérdida de la privacidad, hasta la victimización y humillación, exponiéndose al riesgo de sufrir sexting-acoso o algún otro tipo de acoso, así como violencia en las RS (Garaigordobil, 2011).

Respecto a las variables de personalidad, parece que la extroversión es un factor asociado al mayor uso de publicaciones virtuales, seguido del narcisismo (Correa et al., 2010). El exhibicionismo narcisista investigado por Biby (2008) muestra que los narcisistas disfrutan del exhibicionismo en las RS. Sin embargo, se discute si el uso abusivo de las RS es más propio de los extrovertidos o de los introvertidos. Existe escasa investigación sobre qué estilos de apego realizan mayor o menor uso de las RS ni qué tipo de uso realizan (Robert y Beaumatin (2010).

Tras la revisión teórica, los objetivos del estudio son: a) investigar el sexting-acoso y los siguientes factores de riesgo: uso abusivo, pérdida de privacidad, sexting y

erotismo; b) analizar las correlaciones entre dichos factores de riesgo y las variables de personalidad de extraversión, neuroticismo, narcisismo y estilos de apego.

Método

Materiales/instrumentos.

- CIV-RS. Cuestionario de Imagen Virtual de las Redes Sociales (Maganto y Peris, 2011). Comprende varias subescalas, utilizándose para este estudio las siguientes: Sexting, sexting-acoso (0,79), uso abusivo (0,76), erotismo (0,78) y uso erótico de la web-cam, siendo los alfas de Cronbach 0,88, 0,79, 0,76, 0,83 y 0,80 respectivamente.
- NPI 16. Inventario de Personalidad Narcisista (Ames, Rose y Anderson, 2006) con alfa de Cronbach 0,72. La consistencia interna es satisfactoria, correlacionando fuertemente con el NPI-40 y mostrando que las correlaciones con los constructos del Big Five y de la autoestima eran muy similares a las de la escala más extensa. En este estudio se utilizan las subescalas de exhibicionismo y vanidad y narcisismo total
- EPQ-R. Cuestionario de Personalidad de Eysenk-revisado (Eysenck y Eysenck, 1985), adaptado por Ortet, Ibañez, Moro y Silva (1997), Las escalas muestran una consistencia interna bastante aceptable. En varones el alfa de Cronbach es 0,80 en extraversión y 0,82 en neuroticismo.
- ASQ. *El Cuestionario de Estilos de Apego* (Feeney, Noller y Hanrahan, 1994). El alfa para las subescalas de apego seguro, evitativo y ansioso son 0,83, 0,83 y 0,85 respectivamente. Los estudios de correlación por parejas entre las tres escalas fueron significativas, correlacionando Seguridad con Evitación ($r = -0,49$) y con Ansiedad ($r = 0,29$), y Evitación con Ansiedad ($r = 0,35$).

Participantes

Se trabaja con 406 participantes, 241 adolescentes (59,4%) y 165 jóvenes (40,6%), de los cuales 214 son chicos (52,7%) y 192 chicas (47,3%), seleccionados aleatoriamente de los centros educativos de la Comunidad Autónoma Vasca (España). La aplicación se realizó en los centros educativos tras la solicitud de consentimiento informado al centro, a los padres y a los propios estudiantes.

Diseño y procedimiento

Se utiliza una metodología descriptiva y correlacional de corte transversal, cumpliendo los valores éticos requeridos en la investigación con seres humanos. Dicha investigación se adecua a las exigencias metodológicas, éticas y jurídicas vigentes, y fue aprobada por el Comité de evaluación ética CEISH de la Universidad del País Vasco.

Resultados

Con la finalidad de dar respuesta a los objetivos se realizaron análisis univariantes de comparación de medias (ANOVA de un factor) en función del sexo y edad para cada factor de riesgo (Tabla 1) y posteriormente correlaciones bivariadas de Pearson (Tabla 2 y 3), cuyos resultados se exponen seguidamente.

Tabla 1. Medias, desviaciones típicas y resultados del ANOVA en los factores de riesgo según género y edad.

	Varón		Mujer		F	p	13-17 años		18-24 años		F	p
	n = 214		n = 192				n = 241		n = 165			
	M	DT	M	DT			M	DT	M	DT		
Sexting-acoso	1,4	0,7	1,2	0,2	4,96	0,027	8,0	3,0	8,1	2,3	0,12	0,730
Acoso	8,4	3,0	7,6	2,0	13,49	0,001	8,0	3,2	7,7	2,3	0,96	0,320
Uso abusivo	22,1	5,9	22,1	5,3	22,32	0,001	23,6	4,7	24,2	2,6	0,46	0,495
Sin privacidad	7,5	2,1	8,3	2,0	4,68	0,031	7,5	1,9	8,1	2,1	8,08	0,014
Sexting	26,3	7,1	24,2	5,5	22,83	0,001	21,0	7,5	21,4	5,6	0,49	0,480
Erotismo	10,5	2,9	9,5	1,5	16,66	0,001	10,5	2,8	9,3	1,8	22,35	0,000
Erotismo web-cam	12,3	4,1	11,9	3,4	0,57	0,044	9,4	0,8	12,3	3,9	5,62	0,258
Riesgo total	76,7	15,0	76,6	13,1	0,692	0,407	73,7	9,1	80,4	16,3	9,87	0,002

Las diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1) indican que los chicos superan a las chicas en sexting-acoso, acoso general y uso erótico de las RS. Las chicas corren más riesgo de utilizar abusivamente las RS, descuidar la privacidad y practicar sexting. Los jóvenes presentan más riesgo de conectarse descuidando la privacidad, mientras que los adolescentes usan más las RS con fines eróticos.

Tabla 2. Correlaciones bivariadas de Pearson entre los factores de riesgo.

	<i>Sexing-acoso</i>	<i>Acoso total</i>	<i>Uso abusivo</i>	<i>Sin privacidad</i>	<i>Sexting</i>	<i>Erotismo RS</i>	<i>Erotismo web-cam</i>
Acoso	0,990***						
Adicción	0,149	0,127					
Sin privacidad	0,027	-0,023	0,352***				
Sexting	0,357***	0,321***	0,165*	0,141**			
Erotismo RS	0,432***	0,469***	0,308***	0,087	0,639***		
Erotismo web-cam	0,233***	0,210***	0,177*	-0,219	0,338***	0,570***	
Riesgo total	0,485***	0,488***	0,652***	0,463***	0,759***	0,708***	0,366***

Los factores de riesgo correlacionan entre sí (Tabla 2) indicando el carácter asociado de éstos. Son de mayor magnitud las correlaciones entre sexting acoso y acoso general, el riesgo total correlaciona con cada factor de riesgo, y el sexting con uso erótico de las RS.

Tabla 3. Correlaciones bivariadas de Pearson entre los factores de riesgo y variables de personalidad.

	<i>Extraversión</i>	<i>Neuroticismo</i>	<i>Exhibicionismo narcisista</i>	<i>Vanidad narcisista</i>	<i>Narcisismo total</i>	<i>Apego seguro</i>	<i>Apego ansioso</i>	<i>Apego evitativo</i>
Sexing-acoso	-0,043	-0,046	0,251***	0,121	0,219***	-0,042	0,014	0,104
Acoso total	-0,009	-0,022	0,209***	0,112	0,188	-0,032	0,047	0,164*
Uso abusivo	-0,331***	-0,150*	0,031	0,175*	0,206**	0,098	0,183*	-0,111
Sin privacidad	0,133**	-0,170***	-0,017	0,094	0,032	-0,046	0,156**	0,060
Sexting	-0,211***	0,168***	0,307***	0,398***	0,449***	-0,345***	0,288***	0,235***
Erotismo RS	-0,148**	0,067	0,200***	0,366***	0,289***	-0,193***	0,161***	0,096
Erot. web-cam	-0,251***	0,081	0,484***	0,367***	0,521***	0,097	0,132	0,028
Riesgo total	-0,216***	-0,047	0,136*	0,428***	0,422***	-0,248***	0,40	0,135

La extraversión correlaciona con todos los factores de riesgo negativamente, excepto con el uso sin privacidad, lo que indica que a más extraversión más riesgo de

usar las RS descuidando la privacidad. A más neuroticismo menos uso abusivo y uso protegido, pero más sexting. Los tres factores de narcisismo presentan correlaciones con las dos formas de acoso, con sexting y con el uso erótico de las RS y de la *web cam*. Las correlación negativas y positivas de los estilos de apego muestran que a más apego seguro menos sexting y erotismo, y a más apego ansioso menos sexting y erotismo.

El sexting es un factor de riesgo que correlaciona con todas las variables de personalidad: positivamente con neuroticismo, narcisismo, apego evitativo y ansioso, y negativamente con neuroticismo y apego seguro.

El total de los factores de riesgo correlaciona positivamente con los tres aspectos del narcisismo y negativamente con extraversión, neuroticismo y apego seguro.

Discusión/conclusiones

Tras los análisis realizados en función de los objetivos propuestos se concluye que los chicos, tal y como Hasebrink et al. (2009) encuentran en su estudio, usan más las RS con fines eróticos, incluso en la presente investigación también la *web cam* la usan en mayor medida con este fin. Las chicas presentan mayor riesgo de sexting, tal y como diversos estudios demuestran (Kholos y Chirlders, 2011), indicando además el riesgo que corren en edades tempranas.

Las correlaciones entre los factores de riesgo presentan una magnitud media-alta, especialmente entre sexting, erotismo y acoso, lo que indica el carácter interactivo y sumativo estas variables, es decir, que uno de estos factores está presente la estarlo cualquiera de los otros. De hecho, estudios sobre sexting, erotismo y frecuencia de otros factores de riesgo ha sido confirmada por Mascheroni et al. (2010) y Stamoulis (2009). Recientemente el estudio de Strassberg (2013) confirma la incidencia del sexting como factor de mayor riesgo para las chicas.

Los resultados correlacionales entre personalidad y factores de riesgo muestran que la extroversión parece funcionar como variable protectora, pero como factor de riesgo del uso sin protección de RS, mientras que los neuróticos tienen mayor protección en el uso de RS, es decir, el uso sin privacidad es más propio de los extrovertidos y menos de los neuróticos. Estos mismos resultados fueron hallados por Kräner y Winter (2008), que demostraron que el mayor uso de la red de los extravertidos propicia el riesgo de perder la privacidad. Hace unas décadas la intimidad se plasmaba en el diario de vida que era el espacio secreto de los adolescentes. Hoy ha sido reemplazado por las RS, sus muros y biografías *on line*, donde se muestran en imágenes y cuentan confesiones íntimas que se hacen públicas en la web (Correa et al., 2010).

La personalidad narcisista aparece como factor potenciador de mayor riesgo. Varios estudios en esta misma línea alertan del uso abusivo, exhibicionista y erotizante de los narcisistas en las RS (Biby, 2008; Correa et al., 2010).

Las personas con estilo de apego seguro practican menos el erotismo online y lo opuesto ocurre con los estilos evitativos y ansiosos.

Una importante aportación del estudio es conocer que el sexting-acoso y acoso están asociados al erotismo, a la práctica del sexting y al uso erótico de la *web cam*, observándose que estos factores se presentan con más frecuencia en personas exhibicionismo y narcisistas, pudiéndose concluir que son factores que interactúan retroalimentándose, es decir, el erotismo y sexting propician el sexting acoso y a su vez

las personas narcisistas y exhibicionistas son más acosadoras, practican más el sexting y el erotismo en la red.

Las limitaciones del estudio provienen del tamaño muestral y del carácter todavía experimental del Cuestionario de imagen virtual de las RS, aunque las propiedades psicométricas del Cuestionario son satisfactorias. Se precisa seguir investigando en estos temas de gran actualidad e interés social a fin de dar propiciar programas específicos para adolescentes y jóvenes.

Agradecimientos

Estudio financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) (PSI2012-30956), por el Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco (IT638-13), y por la Unidad de Formación e Investigación de la Universidad del País Vasco UPV/EHU (UFIPSIXXI-11/04).

Referencias

- Albury, K. y Crawford, K. (2012). Sexting, consent and young people's ethics: Beyond Megan's Story. *Journal of Media & Cultural Studies*, 26, 463-473.
- Benotsch, E. G., Snipes, D. J., Martin, A. M. y Bull, S. S. (2013). Sexting, Substance Use, and Sexual Risk Behavior in Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 52, 307-313.
- Bibby, P. (2008). Dispositional Factors in the Use of Social Networking Sites: Findings and Implications for Social Computing Research. *Intelligence and Security. Informatics Lecture Notes in Computer Science*, 5075, 392-400.
- Correa, T., Hinsley, A. W. y Zuñiga, H. G. (2010). Who interacts on the web?: The intersection of users' personality and social media use. *Computers in Human Behavior*, 26, 247-253.
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 233-254.
- Gordon-Messer, D., Bauermeister, A., Grodzinski, A. Zimmerman, M. (2013). Sexting Among Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 52, 301-306.
- Guan, S. y Subrahmanyam, K. (2009). Youth Internet use: Risks and opportunities. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 351-356.
- Hasebrink, U., Livingstone, S., Haddon, L. y Ólafsson, K. (2009). *Comparing children's online opportunities and risks across Europe: Cross-national comparisons for EU Kids Online*. London: EU Kids Online.
- Kholos, D. y Childers, D. (2011). Let My Fingers Do the Talking: Sexting and Infidelity in Cyberspace. *Sexuality and Culture*, 15, 217-239.
- Livingstone, S. (2008). Taking risky opportunities in youthful content creation: Teenagers' use of social networking sites for intimacy, privacy and self-expression. *New Media and Society*, 10, 393-411.
- Maganto, C. y Peris, M. (2013). La corporalidad de los adolescentes en la redes sociales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 55, 53-62.
- Mascheroni, G., Ponte, C., Garmendia, M., Garitaonandia, C. y Murru, M. (2010). Comparing media coverage of online risks for children in southern European countries: Italy, Portugal and Spain. *International Journal of Media and Cultural Politics*, 6, 25-43.
- Robert, Ch. y Beaumatin, A. (2010). From the dyad to the integrative system of interpersonal relationships in young children. (De la dyade vers un systeme integratif des relations interpersonnelles chez le jeune enfant). *Revue Quebecoise de Psychologie*, 31, 215-235.
- Stamoulis, K. (2009). An exploration into adolescent online risk-taking. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 4, 1.
- Strassberg, D. S., Mckinnon, R. K., Sustraíta, M. A. y Rullo, J. (2013). Sexting by hight school students: An exploratory and descriptive study. *Springer Science+Business Media*, 42, 15-21.

Weiss, R. y Samenow, C.P. (2010). Smart phones, social networking, sexting and problematic sexual behaviors-A call for research. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 17, 241-246.

TERAPIA COGNITIVA DE UN CASO DE FOBIA SOCIAL CON RASGOS PARANOIDES: POTENCIACIÓN DE LA AUTOREGULACIÓN EMOCIONAL Y LA MENTALIZACIÓN

Carolina Rojas-Rocha, Francisco Gómez-Holgado, Elena Domínguez-Perandones, Núria Giner-Gosálbez, Blanca Quintana, Javier Ramos-García y Miguel Ángel Jiménez-Arriero

*Hospital Universitario 12 de Octubre. Área de Gestión Clínica.
Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, España*

Resumen

En este artículo se presenta el caso de una mujer de 30 años, soltera que consulta al Servicio de Salud Mental de Madrid, derivada por su Médico de atención primaria por presentar hiperhidrosis debido a ansiedad. Luego de la evaluación psicológica fue diagnosticada de fobia social con rasgos de personalidad paranoides. Se realizó una terapia Cognitiva de larga duración (más de un año) con el objetivo de aumentar la autorregulación emocional, la capacidad reflexiva o mentalización y la autoestima de la paciente. Para la evaluación de la evolución del caso se utilizó la escala de Evaluación de las Dificultades en la Regulación de la Emociones (DERS) de Gratz y Roemer con el objetivo de estimar la presencia de cambios en la capacidad de regulación emocional luego de un año de tratamiento, la cual es una función psicológica cuyo déficit se ha demostrado estar a la base de muchos trastornos y síntomas. Se concluye que la terapia cognitiva a resultado ser una herramienta eficaz para lograr un avance parcial en el desarrollo la capacidad de autorregulación, de la capacidad reflexiva, y flexibilización del funcionamiento de la paciente.

Palabras clave: fobia social, regulación emocional, metalización.

COGNITIVE THERAPY OF A SOCIAL PHOBIA CASE WITH PARANOID TRAITS: POTENTIATING THE EMOTIONAL REGULATION AND METALIZATION

Abstract

In this paper we present the case of 30 years old woman, single who consulted to the Mental Health Services from Madrid, referred by her family doctor, who diagnosed her with a hyperhidrosis caused by anxiety. After the psychological evaluation she was diagnosed with social phobia with paranoid traits. A long-lasting cognitive therapy (over a year) was applied in order to increase the emotional regulation, the reflective capacity and the self esteem of the patient. For the evaluation of the progress of the case, we used the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) of Gratz and Roemer in order to estimate the changes in the emotional regulation capacity after one year of therapy. The deficit of this psychological function is considered to be at the base of many clinical disorders and symptoms. We conclude that the cognitive therapy are an effective tool to achieve partial progress the development of emotional regulation, the reflective capacity and the flexibilization of the patient.

Keywords: Social phobia, emotional regulation, metalization.

Identificación de la paciente

Mujer de 30 años, soltera, natural de Bilbao. Vive en piso compartido. Ha realizado estudios superiores y trabaja en una empresa en el área de adquisiciones.

Motivo de la consulta

La paciente explicó al inicio de la terapia que al ponerse nerviosa suda en exceso, presenta mal olor y teme que personas de su entorno se pueden dar cuenta, por lo cual realiza conductas de autochequeo constantes. Explica que está convencida de que en algunas tres o cuatro ocasiones, amigas han hecho comentarios respecto a su olor, al indagar esto parecen ideas sobrevaloradas que no llegan a tener un carácter delirante. A lo largo de la terapia ha ampliando su interés por trabajar la ansiedad social y los pensamientos autorreferenciales. La paciente no presenta déficit en habilidades sociales, sus dificultades en las relaciones con otros se presentan sobre todo con personas de su edad, como compañeros de trabajo y amistades.

Formulación Clínica del Caso

Descripción del Problema

Ansiedad ante situaciones sociales con iguales: (Fobia Social no generalizada). La paciente cuenta con adecuadas habilidades sociales y puede relacionarse sin mayores dificultades con las personas de su núcleo familiar y con personas neutras para ella, sin embargo presenta gran ansiedad ante personas de su misma edad, compañeros de trabajos y amigos (Tabla 1).

Tabla 1. Resumen de la triple respuesta de ansiedad (cognitiva, física y motora conductual) ante situaciones sociales.

<i>Respuesta Cognitiva</i>	<i>Respuesta Fisiológica</i>	<i>Respuesta Operante Motora</i>	<i>Respuesta Operante Cognitiva</i>
- Se darán cuenta que huelo mal	-Sudoración excesiva, sobre todo axilar.	- No iniciar conversaciones	- Reevaluar mentalmente la actuación
- Me siento ridícula, todos me están mirando y están pendientes de lo que hago	- Rubor	- Evitar hablar en público	- Repasar frases antes y después de decirlas
- Se están riendo de mí	- Temblor	-Abandonar actividades	- Revisar la conducta de los otros buscando una confirmación de sus dudas respecto a lo que piensa la gente de ella.
- No les interesa lo que les digo	- Aumento de la frecuencia cardíaca	- Hablar poco	
- Notarán que estoy nerviosa		- Uso de ropa especial	
- Pensarán que soy una tonta		- Chequeo de la apariencia	
- Si no hablo pensarán que soy tonta			

Déficit en la capacidad mentalizadora. La actitud suspicaz de la paciente respecto a la percepción de los otros de su persona, ha sido comprendida durante la terapia como resultado de un déficit de la paciente en la capacidad mentalizadora, entendida como aquella actividad mental “predominantemente preconscious (automática – inmediata – implícita), muchas veces intuitiva y emocional, que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en término de estados y procesos

mentales” (Lanza 2011). Esencial para la regulación emocional (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de los déficit identificados en la paciente en la función mentalizadora.

<i>Déficit en capacidad Mentalización. Dificultad en distinguir:</i>	<i>Función de la mentalización que no se está poniendo en marcha</i>
Lo que siente: su sensación de amenaza, exposición, vergüenza	- Diferenciar los pensamientos de la realidad efectiva y moverse en el espacio representacional conociendo la diferencia entre Pº y Rº - Procesar las actitudes de los otros hacia el self:
DE: lo que cree que los otros piensan (Siento vergüenza, (entonces) todos me estarán mirando y piensan que soy tonta	Descentrarse y poder leer que la actitud del otro tiene que ver con el otro y no necesariamente es una muestra de hostilidad hacia mí.
Lo que ella es, sus deseos, su yo. (¿Ella realmente se considera tonta? – En frío al parecer no)	- Registrar, identificar y denominar los propios deseos y emociones

Déficit en la Autorregulación Emocional. Se entiende por regulación emocional todos los “procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” Es una función al la cual diversas investigaciones han puesto atención por ser considerada por algunos teóricos como una función cuyo déficit está a la base de muchos trastornos y síntomas (Gratz y Roemer 2004) . La paciente al inicio del tratamiento obtiene puntajes elevados en la Escala DERS (Gratz y Roemer 2004) que reflejan sus dificultades en la regulación emocional. Las puntuaciones se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3. Resumen de las puntuaciones en la escala DERS al inicio del tratamiento.

<i>ESCALAS</i>	<i>Significado</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>
General		140	77,9	20,72
Acceso limitado a estrategias de regulación emocional	Creencia de que se puede hacer poco para regular las emociones una vez que uno se siente mal	30	16,16	6,19
Falta de Conciencia emocional	No atender y reconocer emociones	27	14,34	4,60
Falta de claridad emocional	No saber qué emociones se está experimentando	12	10,61	3,8
Dificultad en el control de impulsos	Dificultad en el control de la conducta cuando se experimentan emociones negativas	27	10,82	4,41
Interferencias en conductas dirigidas a metas	Dificultades para concentrarse y realizar tareas cuando experimenta emociones negativas.	23	14,41	4,95
Falta de Aceptación de la respuesta emocional	Tendencia a tener respuestas emocionales negativas secundarias a las emociones negativas	21	11,65	4,72

Historia del problema

La paciente explica que la preocupación por su mal olor y por lo que los otros podían pensar de ella en general comenzó en la adolescencia. No identifica un evento desencadenante o una crisis personal o familiar en esos momentos. Durante la

adolescencia y su época como estudiante universitaria siempre tuvo dificultades para hacer amistades, siempre se mantenía distante de su grupo de pares, para evitar en lo posible el contacto. A pesar de esto, sí fue capaz de desarrollar contadas amistades e insertarse en el mundo laboral, con una gran angustia de base que se ha encargado toda su vida de disimular.

Nunca le ha contado a nadie lo que le sucede, proviene de una familia donde no se comparten las dificultades ni las emociones, con presencia de rasgos paranoides dentro de sus integrantes. El lema familiar era “Desconfía y acertarás”. Además su madre siempre estaba muy preocupada de mostrar una buena imagen ante los demás y se mantenía preocupada por dar en el gusto a todos.

Consulta ahora porque su problema se vuelve cada vez más limitante, siempre está pendiente de llevar ropa para cambiarse, utiliza prendas especiales y evita situaciones para no pasar vergüenza.

Hipótesis

Basados en las características de los miembros de su núcleo familiar, con la presencia de figuras parentales suspicaces y un estilo familiar evitativo de los conflictos, donde ni la paciente ni sus familiares expresaban sus dificultades, se hipotetiza que el origen del déficit en la capacidad de mentalización, puede estar originado en:

Un fallo en el reflejo parental de los estados emocionales en la infancia, importante en el desarrollo de la capacidad mentalizadora.

Presencia de modelos parentales con rasgos paranoides que se relacionaban con el mundo de un modo suspicaz.

Identificación con una madre que siempre quería dar en el gusto a los demás. También se observa un déficit en el refuerzo de las características positivas de la paciente. Su familia, sus figuras parentales, no fueron especialmente negligentes en el cuidado de la paciente, pero tampoco eran fuente de refuerzo especial para ella

Tratamiento

Metas del tratamiento

Disminuir la ansiedad social y los pensamientos autorreferenciales de la paciente mediante el aumento de la capacidad de la autorregulación emocional, para aumentar la función reflexiva, flexibilizar el pensamiento autorreferencial y catastrófico, regular la ansiedad.

Aplicación del tratamiento

Tratamiento de larga duración, evaluado luego de un año de ser iniciado. Se realizan sesiones con semanales de 45 minutos. Se utilizaron las siguientes técnicas:

- Autorregistros y relato de escenas donde la paciente presenta sintomatología ansiosa con el fin de identificar los pensamientos automáticos y las emociones aumentando la conciencia de la paciente sobre su forma de leer las situaciones sociales tanto explícita (explicación consciente) como implícitamente (emoción automática pre consciente).
- Reformulación Cognitiva: De esta observación la paciente ha podido ir distinguiendo los patrones que se repiten, el cómo lee las situaciones. A la vez se han ido construyendo narrativas alternativas, y dando el espacio para poder

conectar con otros puntos de vista y relativizar sus pensamientos rígidos a través de señalamientos y preguntas (técnica de Colombo).

- Reconstrucción Histórica: Que ha permitido hacer conexiones con su historia, dándose cuenta de cómo algunos patrones se han ido repitiendo a lo largo de su vida.
- Exposición : Se han introducido ejercicios de exposición puntuales con el afán de que la paciente pudiera ser consciente de el proceso que vive, y poder hacer frente a la ansiedad evitando el escape, aumentando la tolerancia de la angustia, y evitando su aumento poniendo en práctica la autorregulación emocional mediante la darse cuenta de su narrativa formulando una narrativa alternativa.

Evaluación

Se ha elegido evaluar los avances en el tratamiento mediante el cambio en la autorregulación emocional de la paciente con la aplicación (pre tratamiento y tras un año) de la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) que permite medir diversos aspectos de este proceso y cuenta con una alta consistencia interna ($\alpha = .93$) una buena fiabilidad test-retest ($\rho = 0,88$, $p < 0,01$) y una adecuada validez. (Gratz y Roemer, 2004).

Resultados de la escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) luego de un año de tratamiento

Se observa una disminución general de las puntuaciones, manteniéndose aun por encima de la media. Si se observa una disminución de la puntuación hasta alcanzar puntajes dentro de la media en 3 subescalas: Acceso limitado a estrategias de regulación emocional, falta de conciencia y falta de claridad emocional (Tabla 4).

Tabla 4. Resumen de las puntuaciones en la escala DERS luego de un año de tratamiento.

ESCALAS	Significado	Puntaje	Media	DT
General		105	77,9	20,72
Acceso limitado a estrategias de regulación emocional	Creencia de que se puede hacer poco para regular las emociones una vez que uno se siente mal	22	16,16	6,19
Falta de Conciencia emocional	No atender y reconocer emociones	9	14,34	4,60
Falta de claridad emocional	No saber qué emociones se está experimentando	7	10,61	3,8
Dificultad en el control de impulsos	Dificultad en el control de la conducta cuando se experimentan emociones negativas	25	10,82	4,41
Interferencias en conductas dirigidas a metas	Dificultades para concentrarse y realizar tareas cuando experimenta emociones negativas.	22	14,41	4,95
Falta de Aceptación de la respuesta emocional	Tendencia a tener respuestas emocionales negativas secundarias a las emociones negativas	21	11,65	4,72

Evaluación de la sintomatología presente en la paciente

Según los reportes de la paciente, se observa que la sintomatología ansiosa se mantiene, bajando su intensidad y frecuencia.

En un nivel cognitivo la paciente explica que tarda menos tiempo en regular su respuesta emocional, está menos tiempo enganchada a sus pensamientos rumiativos, logra relativizar algunos pensamientos autorreferenciales a los que antes daba un valor de realidad total.

En cuanto a lo conductual, la paciente reporta que utiliza menos estrategias de chequeo y preparación para evitar el sudor (por ejemplo pasa menos tiempo eligiendo ropa). Tiene menos conductas de evitación; ha vuelto a actividades de ocio (bailes de salón) que había abandonado, desestimó la idea de abandonar unas clases de inglés, ha puesto en práctica la exposición a pequeñas situaciones en el trabajo que antes evitaba (comenzar una conversación, hablar por teléfono en público) logrando disminuir la ansiedad en estas.

En cuanto a la activación emocional, la paciente refiere seguir experimentando una activación física similar, con menor frecuencia y logrando regularla en menor tiempo, Esto ha sido evaluado por la paciente como un fracaso, una dificultad en su avance, no pudiendo aceptar que a pesar de comprender lo que le pasa, siga experimentando las sensaciones inmediatas de la misma manera.

Conclusiones

Luego de un año de tratamiento cognitivo, donde se ha trabajado buscando el aumento de la capacidad reflexiva de la paciente, de su capacidad de darse cuenta de sus emociones y pensamientos para diferenciarlos de los de los demás, y de la creación de nuevas narrativas, la paciente a logrado aumentar su capacidad de reconocer sus emociones y pensamientos, las pautas de su funcionamiento que se repiten en las situaciones sociales y ha aumentado su sensación de poder regular sus emociones una vez que se siente mal. Además es capaz, en la mayoría de las situaciones, de darse cuenta de sus “sesgos cognitivos” a la hora de interpretar las situaciones, lo cual le ayuda a poder generar narrativas alternativas que le permiten “desengancharse” más rápido de sus rumiaciones respecto a, por ejemplo, lo que piensan los demás de ella.

A pesar de que han disminuido en general las puntuaciones de la escala DERS, aun se mantiene por sobre la media la puntuación general y las escalas que dan cuenta de la percepción de falta de control de los impulsos, la interferencia de las emociones en la consecución de metas y finalmente, la aceptación de la respuesta emocional. Estos puntajes son compatibles con el la discrepancia percibida por la paciente respecto de su avance en cuanto a su capacidad de darse cuenta, de comprender y reformular las situaciones, comparado con su dificultad o imposibilidad de controlar o anular la respuesta emocional inmediata.

A medida que ha ido avanzando la terapia, se ha intentado reformular la expectativa de la paciente de “dejar de sentir” o anular las emociones, intentando cambiarla a poder “autorregular, modelar la emoción” para poder funcionar. Surge así como imprescindible el trabajo de lo que los teóricos de la terapia de aceptación y compromiso proponen como uno de los objetivos fundamentales de la terapia, que es la aceptación de las experiencias, de las emociones experimentadas, evitando que estas paralicen el desarrollo de las propias metas (García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004).

En conclusión, la terapia cognitiva a resultado ser una herramienta eficaz para lograr un avance parcial en el desarrollo de la capacidad reflexiva o mentalización, la capacidad de autorregulación y flexibilización del funcionamiento de la paciente. Y la

escala DERS parece ser un instrumento útil en la evaluación clínica de los pacientes, pudiendo reflejar los cambios en la autorregulación emocional diferenciando distintos aspectos de esta función.

Referencias

- García, M., Luciano, M., Hernández, M. y Zaldívar, B. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16, 117-124.
- Gratz, K.L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Lanza, G. (2011). La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas Psicológicas*, 39. Recuperado el 20 de Marzo de 2013 de <http://www.aperturas.org>
- Olivares, J., Pisqueras, R. y García, L. (2007). Tratamiento de un joven con fobia social generalizada. En J. Espada, J. Olivares y F. Méndez (Coord.), *Terapia Psicológica. Casos Prácticos* (Cap. 3). Madrid: Pirámide.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS EFECTOS SOBRE LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL Y CONTROL COGNITIVO DE DOS ENTRENAMIENTOS BASADOS EN *MINDFULNESS* Y PSICOLOGÍA POSITIVA

Carolina Pérez-Dueñas*, Elena Cañadas*, Luis Carlos Delgado-Pastor** y
Alberto Acosta*

*Universidad de Granada, España

**Universidad de Zaragoza, España

Resumen

En las últimas décadas los psicólogos clínicos se han interesado por dos movimientos que han adquirido protagonismo en la praxis psicológica: *Mindfulness* y Psicología Positiva -PsP-. Aunque existen numerosos estudios que han investigado diversas aplicaciones de ambos enfoques, no conocemos ninguno que los haya comparado entre sí. El objetivo de este trabajo fue comparar el efecto de un entrenamiento basado en *Mindfulness* y otro fundamentado en la PsP respecto a la: a) percepción de la capacidad de control atencional y emocional; b) eficiencia en procesos de control inhibitorio y c) mejora de la regulación emocional en un contexto de ansiedad inducida. Con este fin, 36 estudiantes de psicología fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de entrenamiento basado en *Mindfulness* o en PsP. Ambos entrenamientos constaron de cuatro sesiones presenciales, de dos horas cada una, y de actividades para casa programadas durante cinco semanas. Antes y después del tratamiento cada grupo cumplimentó: *cuestionario de control atencional de Derribery -ACS-*, *cuestionario de regulación emocional de Gross -ERQ-*, *cuestionario de preocupación -PSWQ-* e *inventario de Mindfulness de Freiburg -FMI-*. Además, se implementó una tarea *Stroop* de nominación de color, antes y después de inducir un estado emocional ansioso a los participantes. Los resultados mostraron que ambos grupos aumentaron su capacidad de control atencional y *reappraisal* y disminuyeron su nivel de preocupación, sin apreciarse diferencias estadísticas entre ambos. Sin embargo, el grupo entrenado en *Mindfulness* fue superior al de PsP en sus medidas en atención plena y en los resultados obtenidos en la tarea *Stroop* tanto en el proceso cognitivo de inhibición como en la regulación emocional de la ansiedad inducida e inferior en el uso de la estrategia de supresión emocional. Estos datos sugieren la superioridad del entrenamiento en *Mindfulness* comparado con PsP para el control de inhibición de respuestas y regulación emocional.

Palabras clave: Mindfulness, psicología positiva, regulación emocional, control cognitivo.

THE EFFECT OF MINDFULNESS AND POSITIVE PSYCHOLOGY TRAINING ON EMOTION REGULATION AND COGNITIVE CONTROL: A COMPARATIVE STUDY

Abstract

Clinical psychologists have been interested in two movements, which have gained special prominence in psychological praxis during the last two decades: *Mindfulness* and Positive Psychology-PsP. Although there are many studies about their applications, nobody has compared both therapies between them before. The aim of this study was to compare the *Mindfulness* and PsP effect in: a) attentional and emotional control perceived; b) efficiency in inhibitory control processes and c) the improvement in emotion regulation by means of

efficiency in inhibitory control processes in an anxiety context. With this purpose, 36 psychology students were randomly assigned to one of two groups: *Mindfulness* or PsP. Both treatments are made up of four sessions of two hours each, and homework scheduled for five weeks. Each group filled in: *Derriberry Attentional Control Scale -ACS-* *Gross Emotion Regulation Questionnaire -ERQ-* *Penn State Worry Questionnaire -PSWQ-* and *Freiburg Mindfulness Inventory -FMI-* before and after the treatment. In addition, participants performed a *Stroop color-naming task* before and after anxiety induction. Results showed attentional control and cognitive *reappraisal* increased and worries level decreased in both groups without statistical differences between them. However, *Mindfulness* group increased their *mindfulness* level, decreased expressive suppression and decreased the *Stroop effect interference* after the treatment compare with the PsP group. Additionally, only *Mindfulness* group showed increased emotion regulation after the treatment. These results suggest apply mindfulness vs. PsP treatment for improving inhibitory control and emotion regulation.

Keywords: Mindfulness, positive psychology, emotion regulation, cognitive control.

Introducción

Desde 1998, siendo Martin Seligman presidente de la Asociación de Psicología Americana (APA), ha ido configurándose una nueva subdisciplina conocida con el nombre de Psicología Positiva –PsP-. Emerge por la necesidad de abordar los aspectos positivos del funcionamiento humano, de forma complementaria a los negativos, para alcanzar una comprensión más completa de los fenómenos clínicos (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). La característica fundamental de la PsP, a diferencia de otras corrientes, es el estudio de la felicidad, las fortalezas y virtudes humanas a través del método científico, con la misma rigurosidad con la que se han tratado otras vivencias negativas, y la incorporación de ese conocimiento en las intervenciones psicológicas (Carr, 2007; Sheldon y King, 2001). Peterson y Seligman (2003) proponen un modelo de 24 fortalezas que conforman seis virtudes en un modo análogo a las clasificaciones realizadas por la APA en las distintas versiones del DSM, con la intención de ofrecer propuestas de intervención alternativas y complementarias a las que se centran exclusivamente en la recuperación de los desórdenes psicológicos desconsiderándolas.

En la literatura podemos encontrar diferentes terapias destinadas a aumentar los niveles de bienestar subjetivo o personal que se pueden enmarcar dentro de las llamadas intervenciones de la Psicología Positiva –IPsP- (Sin y Lyubomirsky, 2009). No obstante, es de destacar que hasta la fecha no se ha estudiado de forma sistemática si alguna de ellas ha aumentado las fortalezas propuestas por Peterson y Seligman (2003).

Mindfulness ha sido considerado por algunos autores como una IPsP y se define como un estado de conciencia centrado en el presente, no elaborativo y no enjuiciador, en el que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado tal cual (Sin y Lyubomirsky, 2009). A diferencia de otras IPsP, donde el individuo realiza únicamente actividades destinadas a conseguir el bienestar, *Mindfulness* además incluye la aceptación de las experiencias asociadas a las emociones negativas, por lo que, estrictamente, no debería ser incluida como una IPsP (Kabat-Zinn, 1990).

El objetivo de este trabajo es comparar el efecto diferencial que un entrenamiento basado en *Mindfulness* o en PsP podría tener en una de las fortalezas propuestas por Peterson y Seligman (2003), particularmente relevante para mejorar la eficacia de las intervenciones clínicas: el autocontrol y la autorregulación.

Método

Participantes

Treinta y seis estudiantes de psicología de la Universidad de Granada, con edades comprendidas entre 20 y 35 años (media: 21,06; DT: 2,18), fueron asignados aleatoriamente a los grupos de entrenamiento basado en *Mindfulness* (14 mujeres y 3 hombres) o PsP (15 mujeres y 4 hombres).

Materiales/instrumentos utilizados

Los cuestionarios utilizados en versión española fueron: 1) Control atencional de Derribery -ACS- (Derribery y Reed, 2002; $\alpha = 0,88$); 2) Cuestionario de Regulación Emocional de Gross -ERQ-, (Gross y John, 2003) con las subescalas de *reappraisal* ($\alpha = 0,79$) y supresión ($\alpha = 0,73$); 3) Preocupación -PSWQ- (adaptado y validado en español por Sandín, Chorot, Valiente y Lostao, 2009, $\alpha = 0,90$); 4) Inventario de Mindfulness de Freiburg -FMI- (Walach, Buchheld, Bittenmuller, Kleinknecht y Schmidt, 2006; $\alpha = 0,93$). También se utilizó el cuestionario de ansiedad STAI (adaptado y validado en español por Seisdedos, 1982, $\alpha = 0,90$), en particular la escala de estado para comprobar la eficacia de la inducción de ansiedad en los participantes.

Para la inducción de ansiedad usamos 10 imágenes negativas seleccionadas del *International Affective Picture System* -IAPS- (Lang, Bradley y Cuthbert, 2005; números 3000, 3071, 3080, 3150, 3170, 3350, 3550, 6312, 9040 y 9410), acompañadas cada una por un texto que sugería un sentimiento de ausencia de control por parte del participante y promovía su implicación personal en la vivencia inesperada de cada evento.

Procedimiento

Antes de comenzar el entrenamiento, todos los participantes fueron citados para una sesión de laboratorio. Una vez allí rellenaron los cuestionarios ACS, ERQ, PSWQ y FMI y realizaron una tarea *Stroop* de nombrar color en la que se administraron dos bloques de ensayos. En el primero aparecían palabras que denotaban color, escritas en tinta negra, y los participantes debían leer en voz alta lo más rápido posible, cada palabra. Después se presentaron las mismas palabras, escritas en tinta roja, verde, azul o amarilla, para que dijese en voz alta, también lo más rápido posible, el color de la tinta en que aparecía. En este bloque, por tanto, los participantes debían inhibir el significado de la palabra para no cometer errores. El índice de interferencia *Stroop* -IIS- se halló restando el TR de la segunda condición menos la primera.

A continuación rellenaron la subescala estado del STAI y se les indujo un estado ansioso mediante el procedimiento descrito anteriormente. Después volvieron a realizar la tarea *Stroop* de nombrar color y se calculó de igual forma el IIS.

Para hallar el índice de regulación emocional -IRE- restamos los IIS antes de ver las imágenes menos el IIS después de su visualización. De esta forma pudimos ver la influencia del estado emocional negativo en los procesos cognitivos de control inhibitorio medidos mediante el IIS.

Una semana más tarde, cada participante recibió el entrenamiento correspondiente. Ambos constaron de cuatro sesiones presenciales de dos horas cada una, y de actividades para casa programadas durante cinco semanas.

Para el grupo de PsP cada semana los participantes tenían que llevar a cabo dos o tres actividades con respaldo empírico de las que se presentan en el libro de la ciencia de la felicidad de Lybomirsky (2008). Previamente se trabajaron en las sesiones presenciales qué es la PsP y cómo debía llevarse a cabo cada actividad de acuerdo con la autora. Cada persona debía entregar un auto registro de las actividades al final de la semana. Las actividades fueron: 1) Carta de gratitud, “fluir” más y evitar pensar demasiado; 2) Cultivar el optimismo (“el mejor yo posible”) y escribir 3 cosas buenas y sus causas; 3) Aprender algo nuevo cada día, cuidar las relaciones sociales y practicar la amabilidad; 4) Aprender a perdonar y comprometerse con sus objetivos; 5) Cultivar el cuerpo y practicar la religión y la espiritualidad.

En el grupo de *Mindfulness*, la primera sesión comenzó con la comprensión de las bases de mindfulness contextualizadas en el ámbito de la regulación emocional. Seguidamente, se introdujo la práctica de meditación mindfulness focalizada en aspectos metacognitivos y metainetroceptivos. A lo largo de las sesiones, se trabajaron aspectos de presencia, focalización en sentidos, sensaciones, respiración, insight metacognitivo, aceptación, ecuanimidad en la experiencia emocional y elección de la acción valiosa. Se proporcionó una guía de meditación mindfulness, proponiendo una práctica diaria en casa, y se abordaron obstáculos y dificultades en la práctica. Además, se ilustraron y sugirieron prácticas de habilidades mindfulness para incorporar en la cotidianidad asociadas a conciencia corporal, y conciencia de modos de funcionamientos automáticos del procesamiento cognitivo y emocional con el fin de instaurar un esquema *mindful* de afrontamiento. También se incluyó un auto-registro de la práctica diaria de meditación.

Al terminar el entrenamiento, los participantes fueron citados de nuevo al laboratorio y se les volvieron a administrar las pruebas iniciales siguiendo el mismo procedimiento.

Diseño

El estudio se estructuró como un experimento pre-post intra-participante con la variable independiente entrenamiento entre-grupos (*Mindfulness* vs. PsP).

Cada una de las medias subjetivas de cuestionario 1) percepción de la capacidad de control atencional (ACS) y preocupación (PSWQ); 2) regulación emocional (ERQ) y 3) *mindfulness* (FMI) fueron analizadas de acuerdo con el momento de intervención experimental (pre vs. post) mediante un ANOVA.

La eficiencia en procesos de control inhibitorio fue medida mediante el IIS antes del tratamiento menos el IIS después del tratamiento (antes de la inducción de ansiedad en ambos casos) y analizado con un ANOVA con la variable intervención (*Mindfulness* vs. PsP) como factor entre-grupos.

Finalmente, para estudiar la eficiencia en procesos de regulación emocional, los IRE fueron analizados con un ANOVA mixto con la variable intervención (*Mindfulness* vs. PsP) como factor entre-grupos y la variable momento de intervención (pre vs. post) como factor intrasujeto.

Resultados

Ambos grupos aumentaron su percepción de control atencional ($F_{(1,33)} = 6,13, p < 0,05$), disminuyeron sus niveles de preocupación ($F_{(1,33)} = 15,27, p < 0,01$) y aumentaron su *reappraisal* ($F_{(1,33)} = 5,88, p < 0,05$) de forma significativa, aunque no

hubo diferencias entre grupos en ninguno de los tres casos ($F_{(1,33)} < 1$). Sin embargo, sí que las hubo en el factor de supresión emocional del ERQ ($F_{(1,33)} = 8,95$, $p < 0,01$) donde el grupo *Mindfulness* disminuyó esta estrategia de regulación ($F_{(1,33)} = 6,58$, $p < 0,01$) mientras el grupo PsP la aumentó ($F_{(1,33)} = 2,91$, $p = 0,09$). Por último, una diferencia marginal entre grupos en el FMI, ($F_{(1,33)} = 3,2141$, $p = 0,08$), señaló un aumento en el grupo *Mindfulness* después del tratamiento ($F_{(1,33)} = 10,38$, $p < 0,01$) pero no en el grupo de PsP ($F_{(1,33)} < 1$). En la Tabla 1 se pueden ver los valores medios de cada uno de los cuestionarios por grupos antes y después del tratamiento.

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de cada uno de los cuestionarios por grupos antes y después del tratamiento.

	ERQ									
	ACS		Reappraisal				Supresión		PSWQ	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
<i>Mind.</i>	54,94 (7,40)	56,58 (7,79)	22,26 (4,15)	23,71 (2,67)	10,95 (3,17)	9,35 (2,32)	49,37 (12,66)	45,93 (10,79)	38,76 (6,19)	41,61 (6,42)
PsP.	53,29 (6,16)	56,18 (7,51)	22,31 (3,96)	23,50 (5,07)	9,56 (3,83)	10,71 (4,22)	45,81 (8,80)	40,35 (9,63)	35,74 (4,51)	36,5 (4,86)

Con respecto a las pruebas comportamentales, cuatro participantes del grupo *Mindfulness* no realizaron dichas tareas en la sesión post. En los procesos de inhibición de respuesta sin tener en cuenta el estado emocional, el grupo *Mindfulness* fue significativamente más eficiente que el grupo PsP, $F_{(1,30)} = 4,59$, $p < 0,05$ (ver Figura 1 izquierda).

Después de inducir el estado ansioso, ambos grupos aumentaron su nivel de ansiedad tanto antes del entrenamiento (pre-imágenes: 18,25; post-imágenes: 27,24; $F_{(1,34)} = 27,18$, $p < 0,01$) como después (pre-imágenes: 12,97; post-imágenes: 25,28; $F_{(1,30)} = 64,89$, $p < 0,01$).

Además, hubo diferencias significativas en los IRE en el grupo de *Mindfulness*, ($F_{(1,30)} = 6,82$, $p < 0,01$), pero no en el de PsP, ($F_{(1,30)} = 1,45$, $p = 0,24$), lo que muestra que el grupo entrenado en *Mindfulness* reguló su estado emocional después del entrenamiento, ya que su IRE después del entrenamiento fue estadísticamente superior al IRE antes del mismo (ver Figura 1 derecha). Sin embargo no hubo diferencias entre grupos ($F_{(1,30)} = 1,16$, $p = 0,28$).

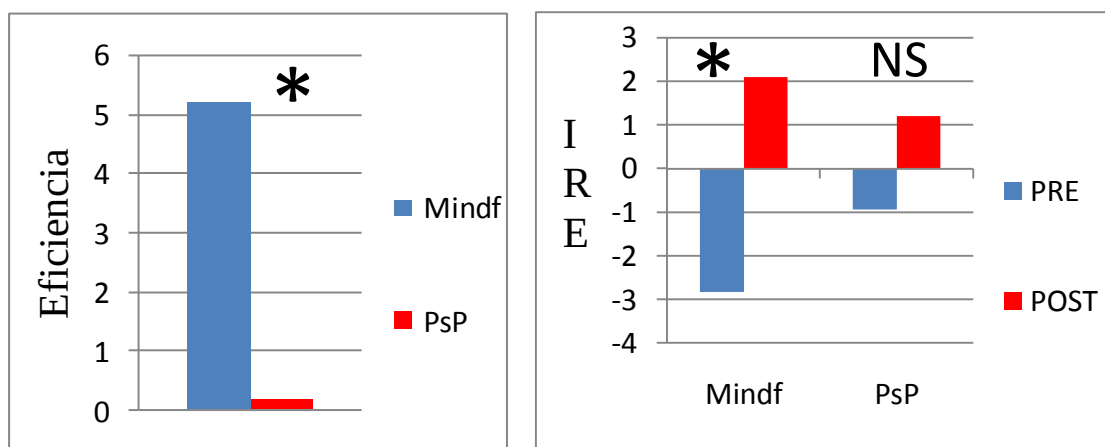


Figura 1. Comparación entre grupos de la eficiencia en el proceso de inhibición antes de la inducción del estado de ánimo (izquierda). IRE para cada uno de los grupos antes y después del entrenamiento (derecha).

Discusión/conclusiones

A la luz de los resultados obtenidos, podemos afirmar que un entrenamiento breve de cinco semanas basado en *Mindfulness*, comparado con el de PsP, aumenta el control inhibitorio de los participantes. Además, los individuos entrenados en *Mindfulness* mejoraron su capacidad de regulación emocional, al mostrar una mayor capacidad de inhibición de respuesta después del tratamiento a pesar de encontrarse ante un contexto emocional negativo. Sin embargo, al no encontrarse diferencias entre grupos estadísticamente significativas, no podemos concluir que el efecto de regulación emocional sea superior en un grupo que en otro.

Estos resultados van en la línea de estudios previos, los cuales apuntan que el entrenamiento en *Mindfulness* mejora la eficiencia de procesos ejecutivos, como los de inhibición, medidos mediante una tarea *Stroop* (ej. Chan y Woollacott, 2007), además de la regulación emocional (ej. Hill y Updegraff, 2012).

Por tanto, recomendamos a los psicólogos clínicos aplicar *Mindfulness* frente a otras IPsP si el objetivo es ayudar a reducir patrones habituales de respuesta, incluso en contextos altamente ansiógenos donde se han de poner en práctica estrategias de regulación emocional.

Estudios futuros deberán esclarecer la existencia de diferencias en otros procesos de control además de en los de inhibición y las diferencias en posibles mecanismos de regulación emocional.

Referencias

- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva (la ciencia de la felicidad)*. Barcelona: Paidós.
- Chan, D. y Woollacott, M. (2007). Effects of level of meditation experience on attentional focus: Is the efficiency of executive or orientation networks improved? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13, 651-657.
- Derryberry, D. y Reed, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 225-236.
- Gross, J.J. y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

- Hill, C.L.M. y Updegraff, J.A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12, 81-90.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York, NY: Dell.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (2005). *International Affective Picture System (IAPS): digitized photographs, instruction manual and affective ratings (Technical Report A-6)*. Gainesville: University of Florida.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: un método probado para conseguir el bienestar*. Barcelona, Ediciones Urano.
- Peterson, C. y Seligman, M.P. (2003). *Values in action (VIA). Classification of strengths. Draft. Values in Action Institution*. Pennsylvania: University of Pennsylvania, Department of Psychology.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122.
- Seisdedos, N (1982). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.
- Sheldon, K.M. y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary? *American psychologist*, 56, 216-217.
- Sin, N.L. y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms with Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S.M. (2006). Intervenciones clínicas basadas en psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14, 401-432.
- Walach, H., Buchheld, N., Butenmuller, V., Kleinknecht, N. y Schmidt, S. (2006). Measuring Mindfulness: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.

MIEDO A TRAGAR: TRATAMIENTO DE UN CASO

César Castro Fraguela

Clínica Os Castros, A Coruña, España

Resumen

Introducción: El miedo a ahogarse al tragar o pnigofobia, se caracteriza por miedo excesivo a ingerir comida, sólidos, independientemente de su tamaño y en casos extremos, líquidos. Está incluida dentro de las fobias específicas, con un predominio ligero en mujeres, en torno al 65%, situándose su prevalencia sobre el 1% de la población general, aunque en los actuales sistemas diagnósticos, no se alude explícitamente a esta fobia, puede incluirse como otra de los muchos subtipos de fobias simples o específicas. La literatura sobre la fobia a tragar e informes de casos es escasa, así como sus tratamientos, algunas veces confusos y que omiten datos importantes, por lo que a veces, se desconoce si la eficacia se debe al tratamiento utilizado o a otras variables no controladas. El modelo explicativo, sigue el mismo patrón que otro tipo de fobias, atendiendo a supuestos comprendidos dentro del condicionamiento clásico y operante, así como a un procesamiento de la información sobre el estímulo amenazante inadecuada. El resultado es la evitación de su ingestión. **Objetivo:** Se hipotetiza que el núcleo central del problema es la interpretación cognitiva que se realiza del estímulo fóbico, siendo este el objetivo principal del tratamiento. **Método:** El programa aplicado ha sido: psicoeducación; basada en una explicación del problema y del proceso de deglución humano. Técnicas cognitivas: Reestructuración cognitiva. Técnicas conductuales: Relajación progresiva, y de respiración (técnica de Valsava) biofeedback electrodermal y exposición gradual in vivo a las situaciones temidas. **Resultado:** Con las técnicas utilizadas, se consigue solucionar el problema.

Palabras clave: fobia, pnigofobia, estímulo aversivo, activación, evitación.

CHOKING FEAR: TREATMENT OF A CASE

Abstract

Introduction: Choking fear or pnigophobia is characterized by an excessive fear to swallowing food, solids, indistinctly from such and extremes cases, fluids. It's included in specific phobias with prevalence in woman slight about 65% is showed prevalence to general people about 1%. Although actually diagnoses systems don't allude to this subtype phobia, can to be included between the more subtypes simples or specifics phobias. Literature about choking phobia and cases reports is scarce as well as them treatments sometimes confuses. Conclusions greater part in most cases, important dates has been leaved one of them reports don't know if improvement is for treatment used or others variables no controls. Explicative model to show on the same model to other phobias type about supposes included in the classic conditioning and operant, as well as a mistake information processing. The score is avoidance to swallow. **Aim:** The hypothesis is what main problem is cognitive interpretation from phobic stimulu, has been the main aim to treatment. **Method:** Treatment diligent has been: Psychoeducation. Cognitive techniques: Cognitive restructuration. Behavior techniques: Progressive relaxation, breathing technique (Valsava technique) electrodermal biofeedback and gradual exposition in vivo to fear situations. **Results:** Techniques used getting to solve the problem.

Key words: Phobia, pnigophobia, aversive stimulu, activation, avoidance.

Introducción

La pnigofobia es un problema que se encuadra dentro de las fobias específicas. Predomina en mujeres aunque de forma moderada (65%). Su prevalencia se sitúa en torno al 1% de la población general. El inicio suele ser súbito tras el recuerdo de un atragantamiento durante la ingestión (normalmente comida) pero a diferencia de otras fobias, no hay una edad de inicio característica, además es muy frecuente la pérdida de peso, que en la mayoría de los casos están en valores de infra-peso o muy próximos a éste. La comorbilidad con otros trastornos es muy similar a la observada en otros tipos de fobias: Ansiedad, trastorno de pánico, sintomatología depresiva, estrés y problemas de relación; así como factores de baja autoestima y/o de habilidades sociales. En general, siguiendo los postulados de la psicología cognitiva, se asume que el eje central del problema, como en la mayoría de las fobias, está en el procesamiento cognitivo que se efectúa ante es estímulo o situación fóbica. En este sentido la ansiedad manifestada se da ante un estímulo o situación que no causa directamente la respuesta de ansiedad (miedo) sino que, se convierte en miedo, como consecuencia de la interpretación que la persona le asigna. Por tanto, la respuesta cognitiva de miedo, se transforma en respuesta conductual en forma de escape/evitación.

Diagnóstico diferencial

Tanto en este problema como en otros relacionados con salud mental, lo más importante es realizar un adecuado diagnóstico diferencial (médico/psicológico).

Método y diseño

Se trata de un diseño experimental de caso único. Se hipotetiza que siendo un problema de fobia específica, el núcleo central del problema es la interpretación cognitiva que se realiza del estímulo fóbico, como predisponentes, problemas en resolución de conflictos, de asertividad, baja autoestima y de autocontrol.

Su curso y desarrollo atiende a supuestos del condicionamiento clásico, operante y a una información del estímulo amenazante inadecuada. Se realiza diagnóstico diferencial según los criterios antes apuntados.

Datos clínicos

Se trata de una mujer de 36 años de edad que se presenta en la clínica por voluntad propia y aconsejada por su actual pareja, para ser tratada por un problema de miedo a tragar.

Detalles de la ingesta

En el desayuno toma café con leche o nesquick un yogurt, una pieza de fruta en trocitos y sin piel y una rebanada de pan tipo sándwich sin tostar.

En las comidas evita los alimentos fritos, el pescado y la carne picada. Las comidas se basan en pasta, arroz caldoso, purés y verduras que no se deshagan.

Evita merendar, sobre todo bocadillos fríos o calientes y de hacerlo se restringe a una porción de queso fresco tipo (Burgos).

Sólo cena de vez en cuando, con infusiones, nesquick, un caldo limpio, una ensalada simple o un yogurt.

Los que la conocen le manifiestan que es un problema de autoestima, de falta de carácter y capacidad para superarse.

Datos físicos-orgánicos

Día: 8-1-2010.

Peso: 44,3 Kg., talla: 1,57. Presión arterial: Sistólica 110. Diastólica 51. Pulsaciones/minuto: 84.

I.M.C. 17,97. Criterio CIE-10, basada en la prueba de Quetelec. Límite de ligero infrapeso. Saldaña García (1994).

Estructura de las sesiones

Se ha llevado a cabo el tratamiento antes descrito en 20 sesiones: (2 de evaluación, 17 de tratamiento y una de seguimiento). Hora y media, con dos sesiones semanales el primer mes y medio. Una sesión semanal hasta el final del tratamiento de 60 minutos de duración.

Día 4-1-2010. Cuestionarios de autoinforme, historia autobiográfica y entrevista conductual.

Día 8-1-2010. Se le presenta a la mujer el análisis funcional de su problema y las técnicas más adecuadas que se van a aplicar al caso. También se detallan los resultados que esperamos alcanzar.

Evaluación

- Entrevista clínica autobiográfica.
- Entrevista conductual.
- Registro de opiniones (TRE) de Ellis (1971).
- Inventario Clínico Multiaxial (MCMCI-III de Millon 2007).
- Cuestionarios de Depresión (BDI; Beck, 1987; Comeche, Diaz yVallejo, 1995).
- Escala modificada de Hamilton (MHRSD; Miller, Bishop, Norman y Maddever (1985).
- Cuestionario de Ansiedad (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2002).
- Escala de Reserva Social (SRS) de Jones y Russell (1982).
- DSM-IV-TR de la *American Psychiatric Association*, APA (2002).

Resultados Pre-tratamiento

Cuestionario MCMCI-III de Millon (2007). Se detecta que el resultado en la escala para la valoración de personalidad dependiente es una puntuación PREV de 74 y aunque sólo se considera como trastorno puntuaciones superiores a 80 y como patrón habitual de comportamiento o estilo de personalidad, puntuaciones superiores a una PREV de 75. Puntuaciones PREV entre 71 y 75, indican tendencia en algunas situaciones a comportarse con estilos propios de la personalidad valorada. Escalas clínicas:

- Trastorno de ansiedad: Puntuación PREV 92.
- Distimia: Puntuación PREV 83.
- Cuestionario de depresión (BDI). Puntuación 27. Depresión moderada.
- Escala modificada de Hamilton (MHRSD). Puntuación 30. $Z = 1,42$. Centil = 92,2*.
- Depresión moderada.

*Se aplican los datos normativos de la escala original tal y como señalan los autores, por lo que ya se tiene en cuenta el factor de corrección en la escala modificada.

Ambas pruebas establecen la existencia de depresión (depresión grave) a partir del centil 95. Puntuación 30 (BDI) y 33 (MHRSD).

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Ansiedad Rasgo: 76.

Ansiedad Estado: 93.

- Escala de Reserva social (SRS). Valora sentimientos y actitudes que interfieren con la habilidad de relacionarse con otras personas y desenvolverse en situaciones sociales. Es útil para valorar la asertividad y el nivel de autoestima. Resultado: Puntuación directa 84; Puntuación Z = 1,55. Centil 94.

Se vuelven a aplicar las mismas pruebas en la última sesión de tratamiento (ver la Tabla 4 de postratamiento).

Tabla 1. Registro conductas-objetivo.

<i>Conductas- objetivo</i>	<i>Dificultad</i>	<i>Evitación</i>	<i>Miedo</i>	<i>Interferencia</i>
Comer con pareja	4	80 (USAs)	40 (USAs)	8
Comer sola	6	50	80	8
Comer en situaciones sociales	8	70	40	7
Comer delante de su hija	8	80	80	8
Darle de comer a su hija	10	0	80	10

Registro de conductas-objetivo y jerarquía de situaciones temidas (Tabla 1). Se trata de un cuestionario en el que la persona especifica cinco conductas y situaciones que le gustaría realizar normalmente y que le supondrían una mejora significativa en su vida cotidiana. Cada conducta se califica según su grado de dificultad (1-10). Medida en que se evita (0-100) y el miedo que produce (0-100). Estas dos últimas valoradas en Unidades subjetivas de Ansiedad (USAs) para cada ítem o situación especificada. Adaptado de Echeburúa y Corral (1993).

Cuestionario de interferencia (Tabla 3). La persona valora la interferencia que sus problemas le ocasionan en su vida en general y en ámbitos específicos (Laboral, social, familiar, manejo en las tareas del hogar, programación del tiempo, sólo/a o acompañado/a. Se elabora a partir de las cinco conductas especificadas en el cuestionario anterior en una escala de 0-10. Adaptado de Echeburúa y Corral (1993).

Listado de pensamientos (Tabla 2). La persona enumera los pensamientos que ha tenido justo antes, durante y después de la situación temida, valorando su frecuencia, creencia en ellos, y si son: Positivos, negativos o neutrales, ante las conductas situaciones referidas en los anteriores cuestionarios. Adaptado de Cacioppo y Petty (1981).

Tabla 2. Listado de pensamientos.

Comer con pareja	“Otra vez viene con mala cara, voy a tener discusión”. “Seguro que he hecho algo mal o me olvidé de algo”. “Me voy a atragantar”.
Comer sola	“Estoy sintiendo esa sensación en la garganta, ¿y si me quedó algún resto?” “Si me atraganto, ¿quién me va a ayudar?”

Comer en situaciones sociales	“Si empiezo a sentir esas molestias, ¿qué vergüenza si se dan cuenta?” “No puedo ir al baño cada dos por tres”. “Siento que todo el mundo me está mirando”.
Comer delante de su hija	“Si me atraganto y me asfixio, queda la niña sola” “¿Y si la niña me copia? Va a tener el mismo problema que yo.
Darle de comer a su hija	“¿Y si la niña se atraganta, cómo la voy a ayudar?”.

Además de estos pensamientos se detecta que esta persona, está de acuerdo en siete de las diez creencias irracionales básicas y ocho de las once (secundarias) propuestas por Ellis (1971), valorado en cuestionario realizado al efecto.

En la segunda sesión de valoración: Se le hace entrega por escrito con información básica de la deglución humana, los mecanismos de defensa innatos que tiene ante la posibilidad de atragantamiento y técnicas a emplear ante esa posibilidad (Desdramatización del problema). Conceptualización del problema y su relación en la constelación de los otros problemas que presenta en términos de aprendizaje.

Contrato terapéutico. Con el marido para asistir junto a su pareja a las sesiones así como tiempo dedicado a fomentar habilidades de comunicación y asertividad.

Se acuerda con la persona en ir aumentando progresivamente el peso, y teniendo en cuenta su constitución física y los demás valores determinados en las pruebas médicas (Se le hace entrega de los resultados médicos).

Se propone como objetivo final alcanzar un peso de 52 Kg. O en su defecto superar los 50 Kg. Tomando este último como referencia (señal de aviso) para prevenir recaídas. Además se garantiza un I.M.C. por encima de 20.

Estructura de las sesiones

Sesión 1. Respiración diafragmática (técnica de Valsava) y entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson. Tareas para casa: Autorregistros y práctica diaria de relajación.

Sesión 2. Revisión de las tareas para casa y autorregistros (Se repite hasta el final del tratamiento) Resolución de dificultades y explicación de las mismas. Introducción de alimentos en la dieta. Desayuno: Leche, cola-café, café o infusiones con cereales o galletas. Posteriormente tostadas o piezas de fruta troceadas a modo de macedonia. Almuerzo: Consomés y purés variados. Carne picada (albóndigas o croquetas) pescado en filetes sin espina, troceado en partes iguales con espina y enteros al horno. Cena: Ensaladas, leche, cola-café o infusiones no excitantes y sándwiches. Se hace entrega por escrito a ambos la información recabada en esta sesión (Se repite hasta el final del tratamiento). Ejercicios de relajación.

Sesión 3. Ejercicios de relajación. Explicación del modelo A-B-C de la terapia racional-emotiva. Método para detectar las ideas irracionales, discusión de estas ideas mediante la técnica de debate y referidas a las que expone la mujer. Explicación para la primera exposición en vivo en orden jerárquico de menor a mayor (La primera comida con la pareja) Labrador (1992) técnicas de apoyo, comunicación y asertividad.

Elaboración de la comida por parte de la mujer. Comida junto a su pareja, empleando técnicas de desdramatización, información por escrito entregada, prevención de respuesta contingente a las sensaciones temidas, apoyo y refuerzo. Elaboración de

ideas positivas hasta final del tratamiento (Han sido los pensamientos alternativos como auto-instrucciones). Tareas para casa: Relajación, primer paso de la exposición, dificultades presentadas y objetivos conseguidos.

Sesiones 4-8. Igual que la anterior. La octava sesión finaliza asistencia de pareja y se introduce entrenamiento en biofeedback electrodermal (Ansio-teps, modelo 7256) Labrador y Vallejo (1995) hasta la sesión 16.

Sesiones 9-12. Igual que la anterior, pero con el siguiente paso de la exposición en vivo (comer sola). No se entrenó la situación de comer en restaurantes; sola o acompañada, ya que, lo hicieron los días: 3 (sola) 6 y 7 de febrero (acompañada).

Sesiones 13-17. Igual que las anteriores, pero con las situaciones de comer delante de la hija (no experimentó dificultad, miedo, evitación ni interferencia, al realizarlo una vez su ansiedad quedó minimizada en la situación de comer sola). Por lo que se trabajó el siguiente pasó en la jerarquía (Darle de comer a su hija).

Además en la última sesión (17) se comprueba su dominio en las técnicas de relajación sin biofeedback, López de la Llave y Larumbe (2009) realizándolas con corrección, medida a través de la frecuencia cardíaca y relajación muscular.

Resultados pos-tratamiento

Tabla 3. Registro Conductas-objetivo (cuestionario de interferencia).

<i>Conductas-objetivo</i>	<i>Dificultad</i>	<i>Evitación</i>	<i>Miedo</i>	<i>Interferencia</i>
Comer con pareja	2	20	0	1
Comer sola	3	20	30	3
Comer en situaciones sociales	1	0	0	0
Comer delante de su hija	2	20	30	3
Darle de comer a su hija	1	0	0	0

Tabla 4. Resultados pruebas psicológicas.

<i>Cuestionario</i>	<i>Resultado</i>
MCMI-III	Trastorno de personalidad dependiente: PREV = 62. Trastorno de ansiedad = 66. Distimia = 48.
BDI	8
MHRSD	10
STAI	Ansiedad Rasgo: 70 Ansiedad Estado: 66.
SRS	Puntuación directa = 64. Z = 0,54. Centil = 70,5

Tabla 5. Evolución del peso.

Día/mes	Peso	I.M.C.	Presión arterial
8-1-2010	44,3 Kg.	17,97	11,0 / 5,0
22-1	45,4 Kg.	18,41	
5-2	48,6 Kg.	19,71	
19-2	50,1 Kg.	20,32	12,4/ 6,5
5-3	50,8 kg.	20,60	
18-3	51,2 Kg.	20,77	12,1 / 6,3

Nota. I.M.C. = índice de masa corporal.

Además en el registro de pensamientos basado en el modelo de la terapia racional emotiva de Ellis (1971), se constata como de las 7 ideas irracionales en las que la persona tratada creía, ahora solo mantiene una secundaria: “Está mal o es un error ser egoísta”.

Discusión

Se han propuesto fundamentalmente tres modelos (no excluyentes) para la explicación en la adquisición de las fobias específicas: Condicionamiento clásico, aprendizaje vicario y transmisión de información.

Me centraré en el caso que nos ocupa, aún pudiendo parecer demasiado simplista. Crítica de la teoría de la preparación biológica de las fobias, según Fernández y Luciano (1992); hacen hincapié en la importancia de especificar claramente cuál es la base biológica de la preparación, considerando que la selectividad de las situaciones fóbicas pueden explicarse por en parte por factores ontogénicos tales como variables socio-culturales (connotaciones negativas de ciertos estímulos), experiencias pasadas con las situaciones fóbicas, expectativas y creencias sobre covariaciones entre acontecimientos. Otro modo de adquisición es la transmisión de la información (en este caso por parte de la abuela). Cuando ambos se combinan, la experiencia negativa directa tendrá más impacto si se dan experiencias significativas de transmisión de la información amenazante. Esto se puede explicar en términos de condicionamiento clásico, mediante el fenómeno de reevaluación del estímulo incondicionado (miedo).

En este caso se genera una situación angustiosa como es un atragantamiento, si además la persona es informada de un hecho similar y cuyo resultado fue la muerte, aumentará la aversividad del estímulo incondicionado, que se almacena en la memoria, incrementando el miedo a tragar. También Barlow (1988) ha propuesto como factores asociados en la adquisición de algunas fobias por acontecimientos estresantes como: conflictos familiares, maritales y/o laborales, que la persona no ha sabido o podido manejar. Se basa en el modelo de falsas alarmas.

Además, el papel desempeñado por la ansiedad cognitiva, que aunque a corto plazo experimentarla (alivia el problema) a largo plazo lo perpetúa. Esto ha hecho, decantarme por un tratamiento combinado basado en psicoeducación (explicación de la sintomatología relacionada con el problema y registros de la misma) información, fomentando habilidades de comunicación, asertividad y empatía y las técnicas cognitivo-conductuales expuestas que ha garantizado la resolución del caso.

Limitaciones

La escasa representatividad, ya que se trata de un trabajo de caso único. En el período de seguimiento, se ha tratado la sintomatología residual observada en los

resultados, referentes a la ansiedad y a las habilidades de comunicación y aserción en pareja, encaminado a la prevención de recaídas, manteniéndose los objetivos quince meses después.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (4ª ed. Revisada)*. Barcelona. Masson.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford press.
- Beck, A. T. y Steer, R.A. (1987). *Manual for the Revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Cacioppo, J.T. y Petty. R.E. (1981). Social psychological procedure: for cognitive response assessment: The thought-listing technique. En T.V. Merluzzi, C.R. Glass y M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment* (pp.309-342). Nueva York: Guilford.
- Comeche, M.I., Diaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). *Técnicas de exposición en psicología clínica. Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Ellis, A. (1971). *Crecimiento a través de la razón: los casos literales en Ciencia Terapia Racional-Emotiva y los libros de conducta*. Palo Alto, California: editorial.
- Fernández, A. y Luciano, M.C. (1992) Limitaciones y problemas de la teoría de la preparación biológica de las fobias. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 203-230.
- Jones R.A. y Russell, A. (1982). Escala de Reserva Social (SRS). *Journal of Psychology*, 125: 51-58.
- Labrador, F.J. (1992). *Relajación y desensibilización sistemática*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Labrador, F.J. y Vallejo, M.A. (1995). *Técnicas de biofeedback. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid. Pirámide.
- López de la Llave, A. y Larumbe, E. (2009). *Relajación y control emocional. Biofeedback*. Madrid: Fundación Uned.
- Miller, I.W., Bishop, S., Norman, W.H. y Maddever, H. (1985). Escala modificada de Hamilton (MHRSD). *Psychiatry Research*, 14, 131-142.
- Millon, Th., Davis, R. y Millon C. (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid: TEA Ediciones
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (2002). *Cuestionario de Ansiedad: STAI*. Madrid: TEA Ediciones.

UNA MUJER QUE TRABAJA EN EL MUNDO DE LA PROSTITUCIÓN. UN CASO DE ESTRÉS CON ATAQUES DE PÁNICO

Clara Equena-Freixas

Centro Gnòsic (Girona), España

Resumen

Éste es el estudio de un caso, en el que la paciente es una mujer brasileña de 23 años, soltera y sin hijos. Ejerce la prostitución en un club donde no sufre extorsión ni violencia física. Se somete a chequeos ginecológicos regulares y toma medidas de prevención para las enfermedades de transmisión sexual. Mantiene una relación de pareja con un hombre que anteriormente fue su cliente. Varias veces por semana manifiesta síntomas somáticos, conductuales y cognitivos relacionados con la ansiedad. A menudo sufre opresión en el pecho, falta de aire, temblores y taquicardia. Le invade el miedo de una muerte inminente. Su madre falleció a causa de un infarto cuando ella tenía 13 años y piensa que le puede suceder algo parecido. Teme quedarse sola, porque cree que nadie va a ser capaz de ayudarle. Acudió al servicio de urgencias del hospital; los médicos descartaron cualquier problema cardíaco y le recetaron *Diazepam* 0'5. Esporádicamente, esnifa cocaína con los clientes pero no cumple los criterios del DSM-IV para el abuso y dependencia de sustancias. En las escalas de ansiedad y depresión del HADS puntúa 16 y 8, respectivamente. Para iniciar la psicoterapia acepta como condición abandonar la cocaína. La paciente cumple con un tratamiento cognitivo-conductual de 16 sesiones. El seguimiento se realiza a través de entrevistas. Los ataques de pánico desaparecen progresivamente pero emergen nuevos síntomas relacionados con el estrés.

Palabras clave: ansiedad, cocaína, estrés, prostitución, psicoterapia.

A WOMAN WHO WORKS IN THE WORLD OF PROSTITUTION. A CASE OF STRESS WITH PANIC ATTACKS.

Abstract

This is the study of a case in which the patient is a 23-year-old Brazilian woman, single and without children. She works as a prostitute in a club where she suffers neither extortion nor physical violence. She is subjected to regular gynaecological examinations and she also takes measures for the prevention of sexually transmitted diseases. She has a couple relationship with a man who was previously her client. Several times a week she shows somatic, behavioural and cognitive symptoms related to anxiety. She often suffers tightness of the chest, shortness of breath, trembling and tachycardia. An imminent fear of death comes over her. Her mother died because of a heart attack when she was 13 and she thinks that something similar can occur to her. She is afraid to remain alone because she thinks nobody will be able to help her. She went to the emergency room at the hospital; heart condition was ruled out by the doctors and *Diazepam* 0'5 was prescribed for her. She occasionally snorts cocaine along with the clients but DSM-IV criteria for substance abuse are not fulfilled. She scored 16 and 8, respectively, in HADS anxiety and depression scales. As a condition to begin psychotherapy, she accepts to give up using cocaine. The patient adheres a 16 session cognitive-behavioural treatment. The follow-up is carried out through interviews. Panic attacks vanished gradually but new symptoms related to stress emerged.

Keywords: Anxiety, cocaine, prostitution, psychotherapy, stress.

Identificación de la paciente

La paciente es una mujer brasileña de 23 años, soltera y sin hijos. Creció en el estado de Paraíba, en un contexto de pobreza. Cuando tenía 13 años su madre falleció de un ataque cardíaco. Empezó su periplo migratorio con 20 años, para ganarse la vida fuera de su país. Reside desde hace un año en la Costa Brava (Cataluña). Su padre, hermano y hermana viven en Brasil. Les manda dinero y mantiene contacto telefónico regular con ellos. Ejerce la prostitución en un club de carretera, en el que reside. No sufre extorsión ni violencia física y sigue controles ginecológicos periódicos. Toma medidas de prevención para el embarazo y las ETS pero es difícil contrastar de forma fehaciente esta información. Su principal red de apoyo en España está formada por una tía y tres amigas brasileñas. Mantiene una relación de pareja con un hombre joven que anteriormente fue su cliente.

Análisis del motivo de la consulta

La paciente refiere principalmente síntomas de ansiedad. Explica que siente opresión en el pecho y nota que le falta el aire. Padece temblores y taquicardia. Cree que puede fallecer de un infarto. Siente que pierde la fuerza en el cuerpo y rehúye la soledad porque supone que nadie la podrá socorrer. Es la primera vez en la vida que sufre una ansiedad tan intensa. Hace una semana que la padece todos los días. En una ocasión, pensó que moría y acudió al servicio de urgencias del hospital pero los médicos le recetaron *Diazepam 0'5*.

Ante la pregunta sobre el motivo del malestar, responde que sufre por el rechazo de la familia de su pareja. Desde que sus padres descubrieron que ella ejerce la prostitución, el novio mantiene una actitud ambivalente. No le llama tan a menudo y quiere que se vean a escondidas. La paciente explica que acostarse con otros hombres se le hace cada vez más difícil. No siente placer con el consumo de drogas pero si las usa gana más dinero. Con todo, expresa que la salud es su prioridad y está motivada para el tratamiento. En la medida que mantenga su vinculación con el sexo de pago es previsible que persistan algunos síntomas.

Historia del problema

Los ataques de pánico coinciden en el tiempo con los conflictos sentimentales pero hay que reconocer diferentes eventos estresantes (García-Campayo, Rodero, Sandin y Santed, 2006), como el proceso de duelo por la pérdida de su madre y el estrés económico que sufrió en Brasil.

El periplo migratorio es igualmente relevante (Chorot, González, Sandín, Santed y Valiente, 1996). Con 20 años la paciente viajó por diferentes países europeos y finalmente se instaló en España. Al apresurado proceso de adaptación, hay que añadirle la lejanía de sus seres queridos. Les echa de menos, especialmente a la hermana, que está embarazada. La familia ignora que ejerce la prostitución, por lo que tiene que ocultarles información. Por otro lado, sigue un trámite de regularización laboral y la incertidumbre respecto a su situación legal también le angustia.

Análisis y descripción de las conductas problema

El estado ansioso se expresa físicamente a través de taquicardia, temblores, presión en el pecho, sensación de ahogo y debilidad física. La paciente ha tomado cocaína por vía nasal, ocasionalmente, en el contexto del servicio sexual. La esnifa una o dos veces al mes. También bebe todos los días entre cinco y diez unidades de alcohol de baja graduación, generalmente cava. Desde que acudió al servicio de urgencias toma *Diazepam* 0'5 en raras ocasiones. Para iniciar el tratamiento, es necesario eliminar completamente el consumo de cocaína y reducir al máximo la ingesta de alcohol, principalmente mientras siga tomando el ansiolítico. Otro aspecto conductual relevante es la larga jornada laboral a la que está sometida. La paciente trabaja 10 horas diarias, 6 días a la semana, aunque nadie la retiene contra su voluntad. Empieza a las 18h y se acuesta sobre las 4'30h. Suele levantarse alrededor de las 14'30h: Duerme unas diez horas diarias. El exceso de sueño REM no favorece el estado de ánimo por lo que será necesario aumentar el tiempo de vigilia. Cuando se levanta, picotea "alimentos basura" y ocupa el tiempo navegando por Internet o charlando con las compañeras. Hay un deterioro evidente de los hábitos de salud, como se observa en otras trabajadoras sexuales en circunstancias similares (Fernández Ollero, 2005). Se aconsejarán menús más saludables y el aumento de las actividades de ocio agradables, para desconectar del entorno de la prostitución.

Cuando dispone de su día libre, suele quedar con el novio. La relación de pareja es una fuente constante de malestar, debido a la ambigüedad del vínculo. También surgen conflictos en el trato con los clientes, a menudo problemáticos y con las compañeras del club.

Desde que sufre ataques de ansiedad no quiere estar sola y busca más frecuentemente el apoyo de los demás, una estrategia que no le ayuda a superar el pánico. En cuanto a las respuestas cognitivas, refiere pensamientos relacionados con el miedo a fallecer de un ataque cardíaco (sobreestimación) y también relativos a la propia vulnerabilidad.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Se pactan cinco metas de tratamiento con la paciente dirigidas a minimizar los efectos del estrés que conlleva el trabajo sexual:

- Aprender estrategias cognitivo conductuales para afrontar las crisis de ansiedad.
- Abandonar completamente el consumo de cocaína, lo cuál es condición *sine qua non* para empezar el tratamiento.
- Abandonar el consumo de alcohol durante el período en el que toma fármacos. En ausencia de medicación, hay que aproximar al máximo a cero el número de unidades de bebida alcohólica consumidos durante la jornada laboral.
- Desplazar la búsqueda recurrente de apoyo social como estrategia de afrontamiento a favor de mecanismos más efectivos a largo plazo, como la focalización en la resolución de problemas (Folkman y Lazarus, 1984).
- Adquirir nuevas conductas relacionadas con los hábitos de vida saludables.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Las conductas meta son: el consumo de cocaína y alcohol, la ingesta de comida *basura*, el exceso de sueño y la búsqueda constante de apoyo social para afrontar la ansiedad. Las conductas objetivo son: la ingesta de comidas diarias equilibradas y la

implicación en actividades de ocio saludables, antes de empezar a trabajar (masajes, fisioterapia, peluquería, psicoterapia, compras o encuentros con amigas). En cuanto a la dieta, el objetivo es planear nuevos menús, que deben incluir fruta, verdura y pescado fresco. Se trabajará con la resolución de problemas para resolver los conflictos interpersonales y con la relajación para rebajar el nivel de activación.

Selección de los tratamientos más adecuados

El tratamiento indicado es de corte cognitivo-conductual (Craske y Lewin, 1997). La pedagogía del estrés es necesaria para reconocer el origen del malestar, su funcionamiento y los posibles tratamientos (Muñoz y Larroy, 1998). Por otro lado, se recurre a la reestructuración cognitiva para no malinterpretar los señales biológicos y prevenir los ataques de pánico (Clark et al., 1999). El entrenamiento en respiración es eficaz para fomentar la respuesta de relajación (Crespo, De la Puente y Labrador, 1998). La resolución de problemas se utiliza como recurso para trabajar los conflictos interpersonales (Becoña, 1998). La planificación de objetivos y el refuerzo verbal positivo se emplean para la adquisición de hábitos de vida saludables (Pérez Álvarez, 1998). La paciente se sentía fuertemente motivada para abandonar las drogas dado que los ataques funcionaron como un poderoso estímulo aversivo asociado a las mismas. Se reforzó positivamente la abstinencia en las sucesivas sesiones de terapia.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados

A través de la entrevista semiestructurada, se identifican los síntomas de ansiedad, anteriormente descritos. En el curso de la terapia, además, emerge el dolor en la espalda. La paciente no cumple los criterios de dependencia a sustancias; no obstante, se constatan los síntomas propios de las crisis de angustia sin agorafobia (DSM-IV). En la escala HADS, la puntuación para la ansiedad es 16 (presencia del síntoma), mientras que la de depresión es 8 (caso dudoso).

Después de un intento fallido de autorregistro escrito, la paciente describe oralmente los diferentes ataques de pánico. Éstos aparecen generalmente vinculados al contexto laboral y al terreno sentimental. Las respuestas de afrontamiento están casi siempre dirigidas a la búsqueda de apoyo social y/o profesional. No usa los psicofármacos como recurso recurrente; verbaliza que no se siente cómoda tomándolos y prefiere buscar estrategias alternativas como la valeriana.

Se escoge adaptación española de la escala Holmes y Rahe (González de Rivera y Morera, 1983) para evaluar el impacto de los sucesivos cambios vitales. Se identifican los ítems 7, 9, 10, 17, 24, 29, 36, 45, 46 y 59 y se pone de manifiesto un riesgo de desajuste emocional. Conviene señalar que aparecieron otros cambios durante los meses del tratamiento, entre los que destacan una detención policial, el nacimiento de su sobrina y el fallecimiento del hijo de una de sus amigas brasileñas. En cuanto al estrés autoinformado, en la actualidad, valora la relación ambigua con su novio como la mayor fuente de estrés. En segundo lugar, menciona los conflictos interpersonales con los clientes.

Aplicación de los tratamientos

El proceso empieza con 2 visitas de evaluación de 90 minutos y prosigue con 16 sesiones de tratamiento, de 70 minutos, con una periodicidad semanal o quincenal. A pesar de que el número de sesiones es suficiente para alcanzar el umbral de eficacia, los

numerosos factores de estrés dificultan que se mantengan los resultados a largo plazo. La estructura de las sesiones consta de: a.) Evaluación de los síntomas de ansiedad. Reestructuración cognitiva y relajación b.) Repaso de los eventos estresantes y resolución de problemas c.) Evaluación de la adquisición y eliminación de conductas. Planificación de objetivos y refuerzo positivo.

También hubo seis llamadas telefónicas de apoyo ante los ataques de pánico. Se escuchó con empatía a la paciente y se reforzaron las habilidades aprendidas. Una de las llamadas se produjo entre la 3ª y la 4ª visita, porque hubo una redada de la policía de extranjería. La paciente refirió un penoso recorrido de entrevistas, calabozo y juicio. Describió hambre, miedo, suciedad e incomunicación. El abogado del club consiguió su liberación y la de sus compañeras. Padeció ansiedad y tristeza y apareció el dolor como síntoma.

Durante el proceso se establece una buena alianza terapéutica. Existe compromiso con las metas del tratamiento y un *feedback* verbal positivo. La terapia finaliza porque la paciente regresa a su país de origen.

Evaluación de la eficacia de los tratamientos

A través de las entrevistas, se constata: a.) La desaparición progresiva de los ataques de pánico b.) La adquisición de hábitos alimentarios saludables (preparación de comidas equilibradas todos los días) y aumento de 3kg. de peso c.) La reducción de las horas de sueño. Se mantiene un patrón de ocho o nueve horas d.) El aumento de las actividades de ocio saludables durante el día e.) El abandono total del consumo de cocaína f.) El consumo de bebidas sin alcohol mientras toma fármacos. Cuando abandona la medicación, bebe sólo fuera del contexto laboral g.) El alejamiento temporal del mundo de la prostitución y el planteamiento de nuevos retos vitales.

Por otro lado, se observa: a.) La persistencia en la dificultad para resolver los conflictos interpersonales b.) La aparición de nuevos síntomas, como el dolor.

Seguimiento

Después de un año, se realiza una sesión de seguimiento en la que la paciente refiere: a.) El abandono del consumo de cocaína b.) El mantenimiento de los hábitos alimentarios saludables c.) La ausencia ataques de pánico y de episodios agudos de dolor d.) La reciente aparición de gastritis nerviosa, insomnio transitorio de mantenimiento y tabaquismo e.) La ingesta de bebidas alcohólicas durante la jornada laboral f.) La disminución de las actividades de ocio durante el día g.) La persistencia en la dificultad para resolver los conflictos de pareja h.) El retorno al trabajo sexual y a los conflictos con los clientes i.) Una operación de aumento de pecho. A pesar del planteamiento de nuevos objetivos, decide abandonar el tratamiento.

Observaciones

Un año más tarde la paciente ha regresado al trabajo sexual. Su vida vuelve a centrarse en la pareja y los clientes. En la medida que siga dentro de éste bucle tóxico, los síntomas persistirán. A pesar de las limitaciones, se han minimizado algunos de los devastadores efectos que el mundo de la prostitución ejerce sobre los seres humanos.

Este trabajo se trata de un estudio de caso, atendiendo a la clasificación propuesta por Montero y León (2007).

Referencias

- Becona, E. (1998). Técnicas de solución de problemas. En J. Labrador, J.A. Cruzado y Muñoz, M. (Dirs.), *Manual de modificación y terapia de la conducta* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.
- Chorot, M., González, J., Sandín, B., Santed, J. y Valiente, R. (1996). Sucesos vitales mayores y estrés: efectos psicopatológicos asociados al cambio por migración. *Psiquis*, 17, 211-230.
- Clark, D., Gelder, M., Hackman, A., Ludgate, J., Salkovskis, P. y Wells, A. (1999). Brief Cognitive Therapy for Panic Disorder. A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 583-589.
- Craske, M. y Lewin, M. (1997). Trastorno por pánico. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, Vol. 1. (pp. 113-136). Madrid: Siglo XXI.
- Crespo, M., De la Puente, M.L. y Labrador, J., (1998). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En J. Labrador, J.A. Cruzado y Muñoz, M. (Dirs.), *Manual de modificación y terapia de la conducta* (pp. 367-395). Madrid: Pirámide.
- Fernández Ollero, M.J. (2005, septiembre). Prostitución, inmigración y salud: perfil de las trabajadoras sexuales en Avilés (Asturias). Comunicación presentada en el *I Congreso Virtual de Prostitución: Comercio de Personas sin Fronteras*. Extraído de: http://gepibbalears.files.wordpress.com/2012/03/03_fdezolledosalud.pdf
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- García-Campayo, J., Rodero, B., Sandin, B. y Santed, M. (2006). Sucesos vitales estresantes y trastornos de pánico: relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 179-190.
- González de Rivera, J. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7-11.
- Larroy, C. y Muñoz, M. (1998). Inoculación del estrés. En J. Labrador, J.A. Cruzado y Muñoz, M. (Dirs.), *Manual de modificación y terapia de la conducta*. (pp. 744-755). Madrid: Pirámide.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Pérez Álvarez, M. (1998). Técnicas operantes para el desarrollo de conductas. En J. Labrador, J.A. Cruzado y Muñoz, M. (Dirs.), *Manual de modificación y terapia de la conducta* (pp.477-500). Madrid: Pirámide.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el paper de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.

EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA EL RETORNO AL TRABAJO Y LA INCAPACIDAD TEMPORAL DEBIDO A TRASTORNOS MENTALES COMUNES

Juan Capafóns-Bonet*, Lilisbeth Perestelo-Pérez**, *Cynthia Montesinos-Del-Carpio*, Pedro Prieto-Marañón* y Leticia Cuellar***

**Universidad de la Laguna, España*

*** Servicio Canario de la Salud Tenerife, España*

****Fundación Canaria de Investigación y Salud, España*

Resumen

Antecedentes: Las intervenciones psicológicas han demostrado ser efectivas en el tratamiento de los trastornos mentales comunes (TMC) en el ámbito clínico, pero son poco conocidos sus efectos sobre la disminución de la incapacidad laboral temporal (IT) y el aumento del retorno al trabajo (RT) en trabajadores con IT por TMC. **Método:** Revisión sistemática y síntesis cuantitativa de artículos científicos publicados entre 2002 y 2012, en trabajadores con IT debido a algún TMC. **Resultados:** De 2.242 referencias localizadas, se incluyeron 10 estudios, ocho eran estudios controlados aleatorizados, la calidad metodológica fue moderada. La mayoría de intervenciones lograron un efecto pequeño sobre IT, RT y variables psicológicas. La heterogeneidad de las intervenciones, las medidas de resultado y el seguimiento dificultó la comparación cuantitativa. **Conclusiones:** La evidencia científica no fue suficiente para establecer conclusiones definitivas.

Palabras clave: Incapacidad laboral temporal, retorno al trabajo, trastornos mentales comunes, intervención psicológica.

EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR RETURN TO WORK AND SICK LEAVE DUE TO COMMON MENTAL DISORDERS

Abstract

Background: Psychological interventions have proven to be effective in the treatment of common mental disorders (CMD) in the clinical setting, but are poorly understood effects on the reduction of sickness absence (SA) and increase return to work (RW) in SA workers by CMD. **Method:** Systematic review and quantitative synthesis of scientific articles published between 2002 and 2012, SA workers due to a CMD. **Results:** Of 2,242 references located, included 10 studies, eight were randomized controlled studies, methodological quality was moderate. Interventions achieved most a small effect on SA, RW and psychological variables. The quantitative comparison was difficult because heterogeneity of interventions, outcome measures and follow-up. **Conclusions:** The scientific evidence was not sufficient to draw definite conclusions.

Keywords: sickness absence, return to work, common mental disorders, Psychological interventions.

Introducción

Los problemas de salud y los accidentes de trabajo, que generan incapacidad laboral temporal, conllevan una pérdida económica importante afectando directamente al bienestar de las personas, agudizando sus problemas de salud y dificultando la reincorporación al trabajo.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (2012) define la incapacidad temporal (IT) como la situación del trabajador que se encuentra temporalmente impedido para el trabajo y recibe asistencia sanitaria de la seguridad social, debido a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo.

En el ámbito español como en el europeo, los trastornos mentales con alta prevalencia en la población laboral son la depresión, ansiedad y trastorno adaptativo, y que para muchos autores se agrupa dentro de lo que denominan “trastornos mentales comunes- TMC”, trastornos mentales de leve a moderada intensidad, con alta incidencia en la población (García-Herrera, Nogueras, Muñoz y Morales, 2011; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, Wijngaards-de y Schaufeli, 2012; Nieuwenhuijse 2004; Roelen et al., 2009) y según Roelen et al. (2009) se incluirían (basado en CIE-10): síntomas y signos que involucren el estado emocional (R45), reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F-43), episodios depresivos (F32) y trastornos de ansiedad (F40 y F41).

Las intervenciones cognitivo conductuales (TCC) en el ámbito laboral han demostrado ser efectivas en el ámbito clínico y también parece serlo en el ámbito laboral (Richardson y Rothstein 2008; van der Klink, Roland, Blonk, Schene y van Dijk 2001), sin embargo, son poco conocidos sus efectos sobre el retorno al trabajo de los empleados con IT afectados por un trastorno mental común, siendo la evidencia científica insuficiente (Lagerveld et al., 2012).

El objetivo de este estudio fue analizar y sintetizar los estudios experimentales disponibles sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas dirigidas a reducir el número de bajas por enfermedad, favorecer el retorno al trabajo y mejorar el estado de salud mental en personas con incapacidad laboral temporal debido a TMC.

Método

La metodología se basó en una revisión sistemática y síntesis cuantitativa de la evidencia científica. Los criterios de inclusión para la selección de estudios fueron: estudios experimentales aleatorizados o no aleatorizados, con grupo control, publicados en inglés o español, entre el año 2002 y diciembre 2012, realizados en población activa en situación de incapacidad laboral temporal, debido a algún TMC o indicador relacionado (basado en Roelen et al. 2009), con intervenciones psicológicas para favorecer el RT o disminuir la IT, que incluyeran medidas organizacionales (RT, IT o similar) y psicológicas (opcional). Se excluyeron estudios que incluían poblaciones con trastornos mentales crónico o diferentes a los indicados, o que no incluían estas medidas de resultado. Las bases de datos consultadas fueron: *Medline-PreMedline*, *Embase*, *Cinahl*, *PsycInfo*, *Cochrane*; también se procedió a la búsqueda manual de referencias citadas en estudios previos y la comunicación con otros investigadores. La información de los estudios fue registrada en cinco niveles: tipo de estudio, tratamiento-control, muestra, medidas (organizacionales y/o psicológicas) y tamaño de efecto. La escala Jadad fue utilizada para valorar la calidad metodológica de los estudios, el tamaño de efecto se basó en índice *d* de Cohen, calculado con ayuda de *Campbell Collaboration*.

Resultados

Descripción de los estudios

Diez estudios fueron incluidos en esta revisión: 8 eran estudios controlados aleatorizados (ECA) y 2 estudios controlados no aleatorizados (ECNA). La secuencia de revisión y selección se muestra en la Figura 1.

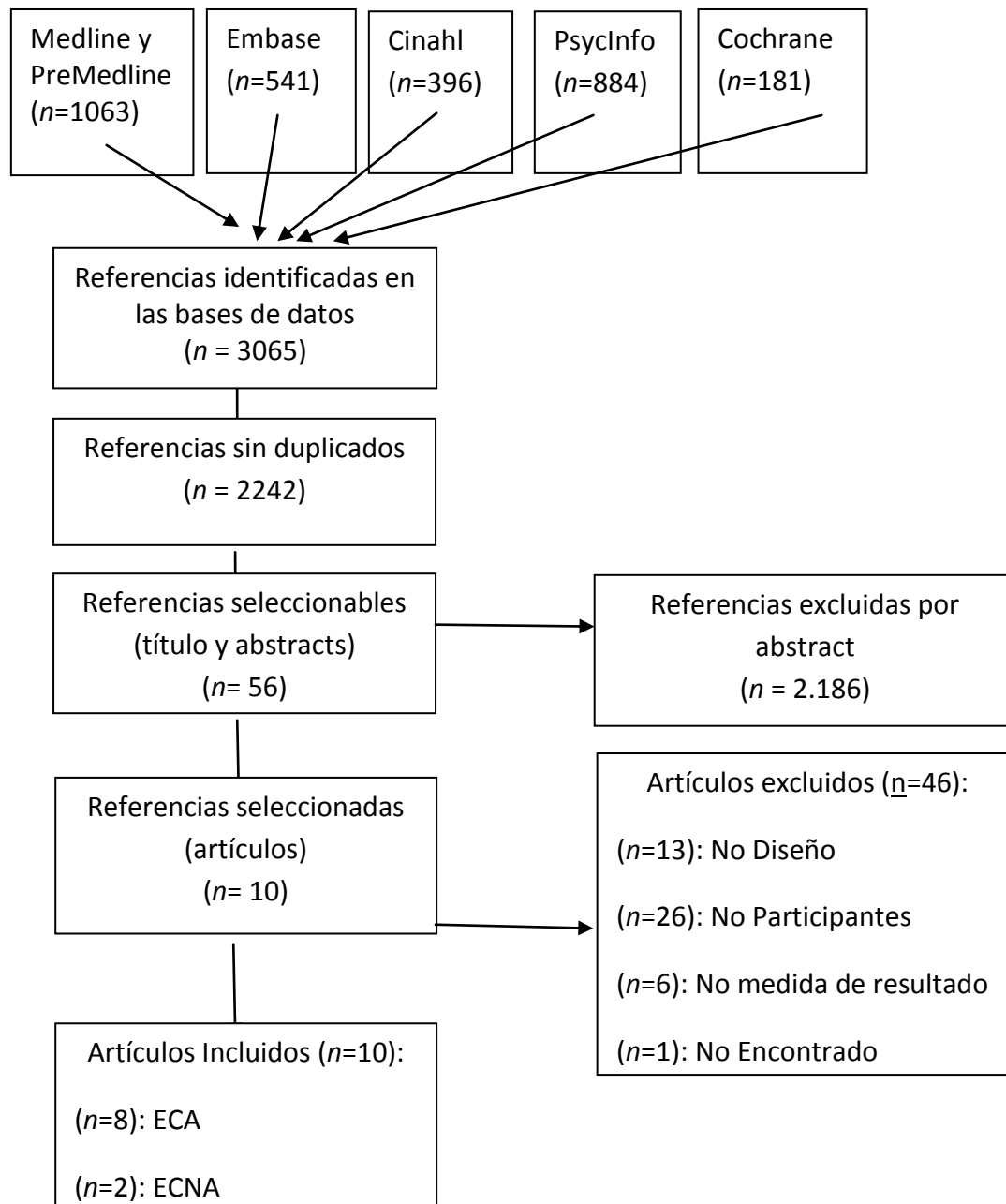


Figura 1. Proceso de Selección de Referencias.

En cuanto a la calidad metodológica de los estudios, cuatro estudios alcanzaron un nivel de calidad aceptable (Bakker et al., 2007; de Vente, Kamphuis, Emmelkamp, y

Blonk, 2008; van der Klink, Blonk, Schene, y van Dijk, 2003; van Oostrom et al. 2010), cuatro estudios lograron un nivel medio (Bee, Bowers, Gilbody, y Lovell, 2010; Brouwers, Tiemens, Terluin, y Verhaak, 2006; Rebergen, Bruinvels, Bezemer, van der Beek y van Mechelen, 2009; Willert, Thulstrup y Bonde, 2011) y dos estudios lograron un bajo nivel de calidad (Eklund y Erlandsson, 2011; Grossi y Santell, 2009) (nota: para favorecer la lectura e identificación del estudio incluido en las referencias, a partir de este punto los estudios incluidos serán mencionados en el texto por su primer autor y año de publicación).

Los participantes de los diferentes estudios incluidos se caracterizaron por una edad media entre 38 a 49 años (ECA), y entre 45 a 52 años (ECNA); la muestra total fue de 1.507 participantes; el principal motivo de IT fue trastorno relacionado al estrés. La mayoría de las intervenciones experimentales se caracterizaron por basarse en la terapia cognitivo conductual TCC (Bee 2010; Brouwers 2006; de Vente 2008; Grossi 2009; van der Klink, 2003; Willert 2011); sólo dos intervenciones fueron aplicadas por psicólogos clínicos (de Vente 2008; Willert 2011), las restantes intervenciones fueron dirigidas por otros profesionales; la duración fue entre 2.5 a 4 meses. Las principales medidas de resultado utilizadas fueron el número de días de absentismo en situación de IT o los días que se requerían para el regreso al trabajo, también la proporción de personas en IT o en RT, sin embargo la falta de homogeneidad para medir la IT y el RT (tiempo o personas), los diferentes análisis estadísticos utilizados y los periodos de seguimiento entre los estudios seleccionados, dificultaron la síntesis cuantitativa en esta revisión.

Tamaño de efecto

Las intervenciones de mayor efecto sobre la incapacidad laboral temporal fueron: Entrenamiento en manejo de estrés (EME) individual de De Vente 2008 y la intervención de activación –IA– (van der Klink 2003), basándonos en el número de días en IT; también la intervención de Grossi (2009), tomando como base la proporción de personas (Tabla 1).

Por otro lado en cuanto a las intervenciones de mayor efecto sobre el retorno al trabajo tenemos: la intervención de activación (Van der Klink 2003) fue la única intervención que obtuvo un tamaño de efecto pequeño ($d = 0,34$) y mediano ($d = 0,52$) respectivamente en RT total y parcial (basado en el número de días en esta situación) a diferencia de las restantes intervenciones (Brouwers 2006; Rebergen, 2009). También, la intervención IA (Van der Klink 2003) en los primeros meses de seguimiento, la intervención de Eklund (2011), Rebergen (2009) y de Brouwers (2006) fueron las de mayor efecto sobre

RT total, mientras en relación al RT parcial solo la intervención IA alcanza un tamaño de efecto muy destacable en los primeros meses (basado en la proporción de personas).

Tabla 1. *d* de Cohen basado en Incapacidad Laboral Temporal, Retorno al Trabajo total y parcial.

Estudio	N	Incapacidad Laboral Temporal				Retorno al trabajo (días)		Retorno al trabajo (personas)					
						RT total (días)	RT parcial (días)	RT (personas) total			RT (personas) parcial		
		< 6 ms	6 ms	12 ms	> 12 ms	12 ms +	12 ms +	3 ms	6 ms	12 ms	3 ms	6 ms	12 ms +
		<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>
Brouwers 2006	194	0,03	0,19		0,27	0,03	0,17	0,06	0,10	0,23	0,11	0,01	0,19
de Vente 2008 (I) □	82	0,30	0,44	0,26									
de Vente 2008 (G) □		0,04	0,13	0,16									
Eklund 2011°	84		0,30	0,11				0,30	0				
Grossi 2009°													
¥	24	0,42		0,34	0,52								
Rebergen 2009	240					n.p.	0,04			0,35			0,35
Van der Klink 2003	192			0,49		0,34	0,52	0,40		0	0,92		
Van Oostrom 2010	145					n.p.							
Willert 2011	60					n.p.							
Total	915												

°: ECNA; □: unidad tiempo-días; ¥: unidad personas; I: individual; G: grupal; n.p.: no fue posible el cálculo; 12 ms +: incluye estudios con seguimiento a los 12 o más meses.

Nota: En el estudio de Vente 2008 las medidas fueron a los 7 y 10 meses.

Las intervenciones de mayor efecto sobre las principales variables psicológicas fueron: La intervención EMA individual de De Vente (2008) y la IA de Van der Klink (2003) en cuanto a los síntomas de estrés-distrés, el EMA grupal de De Vente (2008), la intervención de Grossi (2009) sobre la variable depresión, la intervención de Van Oostrom (2010) y la de De Vente (2008, aplicación individual) en cuanto a sintomatología ansiosa, y la intervención de Van Oostrom (2010) en relación a somatización.

El análisis del tamaño de efecto combinado de las intervenciones se basó en estudios con un nivel de calidad moderada (más de 2 puntos en Escala Jadad), y con unidades de medida similares (Tabla 2). Los estudios obtuvieron, en su mayoría, un tamaño de efecto pequeño en IT y RT, considerando los diferentes momentos de seguimiento. Las intervenciones cognitivo-conductuales (Brouwers 2006; de Vente 2008; van der Klink 2003) fueron más efectivas sobre los días de IT (a 6 y 12 meses de seguimiento) y sobre el RT parcial (a 3 y 12 meses de seguimiento) y su efectividad fue mínima sobre las principales medidas psicológicas (a excepción para la depresión). Las intervenciones multimodales (Bakker 2007; Rebergen 2009; van Oostrom 2010) fueron efectivas (tamaño de efecto pequeño) sobre la proporción de personas que retornan al trabajo total y parcialmente al año de seguimiento, e incluso mayor al alcanzado por las intervenciones cognitivo-conductuales, y su efectividad fue mínima sobre las principales variables psicológicas (a excepción para la ansiedad).

Tabla 2. *d* de Cohen combinado basado en todos los estudios y por intervenciones.

Medidas	Todas los estudios			Tipo de intervención					
				Cognitivo-conductual			Multimodal		
	<i>k</i>	<i>N</i>	<i>d</i>	<i>k</i>	<i>N</i>	<i>d</i>	<i>k</i>	<i>N</i>	<i>d</i>
<i>Organizacionales:</i>									
IT (días)									
6 ms	2	82	0,29	2	82	0,29			
12 ms	3	274	0,29	3	274	0,29			
IT (personas)									
6 ms	1	194	0,12	1	194	0,12			
RT total (días)									
12 ms	2	386	0,14	2	386	0,14			
RT parcial (días)									
12 ms	3	626	0,19	2	386	0,27	1	240	0,04
RT total (personas)									
3 ms	2	386	0,17	2	386	0,17			
12 ms	3	626	0,30	2	386	0,23	1	240	0,35
RT parcial (personas)									
3 ms	2	386	0,36	2	386	0,36			
12 ms	2	434	0,30	1	194	0,19	1	240	0,35
<i>Psicológicas:</i>									
Estrés-Distrés									
6 ms	4	660	0,12	2	82	0,13	2	578	0,09
12 ms	5	852	0,07	3	274	0,09	2	578	0,06
Depresión									
6 ms	4	660	0,21	2	82	0,23	2	578	0,08
12 ms	5	852	0,07	3	274	0,07			
Ansiedad									
6 ms	4	660	0,16	2	82	0,13	2	578	0,25
12 ms	5	852	0,14	3	274	0,14	2	578	0,19
Somatización									
6 ms	2	578	0,1				2	578	0,1
12 ms	3	770	0,08	1	192	0,1	2	578	0,08

k: número de intervenciones.

Discusión/conclusiones.

Las intervenciones para la mejora de medidas organizacionales (RT o IT) relacionadas con TMC, fueron pocas a diferencia del gran número de estudios sobre intervenciones en variables exclusivamente psicológicas; los estudios que compartían los criterios de inclusión fueron diez, siendo pocos los estudios experimentales rigurosos sobre esta temática.

La mayoría de las intervenciones de nivel de calidad moderado, basándonos en el análisis individual, obtuvieron un tamaño de efecto pequeño sobre las variables organizacionales y psicológicas. La intervención de activación fue la más efectiva en la mejora de la IT, al año de seguimiento y el RT parcial o total (a 3 meses de seguimiento). Las intervenciones cognitivo-conductuales y multimodales alcanzaron un tamaño de efecto pequeño sobre la IT, RT y las principales medidas psicológicas. Existe una amplia variabilidad en los tamaños del efecto desde los primeros meses de seguimiento en relación al año siguiente.

En los estudios incluidos existe una amplia heterogeneidad en las unidades de medida y periodos de medición del RT e IT, ocasionando la dispersión de los datos, la

dificultad en la estimación de la efectividad de las intervenciones y la pérdida de más de la mitad de la muestra en los análisis posteriores, por lo que no nos permite establecer conclusiones definitivas sobre la efectividad de este tipo de intervenciones.

Referencias

- Bakker, I., Terluin, B., van Manwijk, H., van der Windf, D., Rijmen, F., van Mechelen, W. y Stalman, W. (2007). A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *Plos Clinical Trials*, June 2(6).
- Bee, P., Bowers, P., Gilbody, S. y Lovell, K (2010). Improving health and productivity of depressed workers: a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *General Hospital Psychiatry* 32, 337-340.
- Brouwers, E., Tiemens, B, Terluin, B. y Verhaak, P. (2006). Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry* 28, 223-229.
- de Vente, W., Kamphuis, J., Emmelkamp, P. y Blonk, R. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 214-231.
- Eklund, M. y Erlandsson, L. (2011). Return to work outcomes of the redesigning daily occupations (REDO) program for woman with stress-related disorders-a comparative study. *Women & Health*, 51, 676-692.
- García-Herrera, B., Nogueras, E., Muñoz, F. y Morales, JM. (2011). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria*. Málaga: Servicio Andaluz de Salud.
- Grossi, G. y Santell, B. (2009). Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female country and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 632-638.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (2012). *Incapacidad temporal prestaciones*. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Lagerveld, S., Blonk, R., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L. y Schaufeli, W. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology* 2012, 17, 220-234.
- Nieuwenhuijsen, K. (2004). *Employees with common mental disorders: From diagnosis to return to work*. Wageningen: Ponsen&Looijen.
- Rebergen, D., Bruinvels, D., Bezemer, P., van der Beek, A. y van Mechelen W. (2009). Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicans (CO-OP study): a randomized controlled trial. *Journal Occupational Enviornmental Medicine*, 51, 305-312.
- Richardson, K. y Rothstein, H. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 69-93.
- Roelen, C., Koopmans, P., Hoedeman, R, Bültmann, U., Groothoff, J. y Van der Klink, J. (2009). Trends in the incidence of sickness absence due to common mental disorders between 2001 and 2007 in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 19, 625-630.
- Van der Klink, J., Blonk, R., Schene, A. y van Dijk, F. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *Americam Journal of Public Health*, 91, 270-276.
- Van der Klink, J., Blonk, R., Schene, A. y van Dijk, F. (2002). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational Environmental Medicine*, 60, 429-437.

- Van Oostrom, S., van Mechelen, W., Terluin, B., de Vet, H., Knol, D. y Anema, J. (2010). A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occupational Environmental Medicine*, 67, 596-602.
- Willert, M., Thulstrup, A. y Bonde, J. (2011). Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work-results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal Environmental Health*, 37, 186-195.

MODELOS DE TRATAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION CON ESQUIZOFRENIA CON NECESIDADES DE PROGRAMAS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

**Daniel Navarro, Alejandro Chévez, Alejandro Arribas, Esther González y
Almudena Gutiérrez**

*Grupo 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial. Red Pública de Atención Social a
personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid, España*

Resumen

Aún no disponemos de un modelo único que sea capaz de explicar el constructo “esquizofrenia”. Este concepto mantiene una dificultad de categorización que responde a la heterogeneidad de diagnósticos, síntomas, evolución en el tiempo y consecuencias psicosociales de la población incluida en esta categoría. Una consecuencia de esto es la ausencia de un modelo único de explicación y de tratamiento. Se pueden encontrar modelos de tratamiento que coexisten en el tiempo (biológicos, sociales y psicológicos). Se revisan los modelos de tratamiento más importantes a considerar, describiendo las técnicas y programas de intervención que se derivan de cada uno de ellos y se propone la necesidad de un metamodelo o modelo de modelos. En la actualidad los modelos explicativos no se excluyen mutuamente sino que se suman o complementan. Hoy se reconoce que trabajar desde un tratamiento único basado en un solo modelo probablemente no sea suficiente para el tratamiento de la esquizofrenia. La combinación de técnicas es necesaria: fármacos, psicoeducación, modificación del contexto, técnicas cognitivas y conductuales, etc. Por último se explicará brevemente el modelo de intervención de estos pacientes basado en la rehabilitación psicosocial como un modelo integrador y multidimensional que se ajusta adecuadamente para explicar e intervenir sobre la población de personas con esquizofrenia de una manera completa e integral. Se describirán las variables clave que desde la rehabilitación psicosocial hay que tener en cuenta para hacer la evaluación y la intervención. Se enumerarán de manera abreviada la evidencia empírica relacionada con esta forma de intervenir en estos pacientes.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial, esquizofrenia, modelos, tratamiento.

TREATMENT MODELS AND CHARACTERISTICS OF THE POPULATION WITH SCHIZOPHRENIA WITH NEEDS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION PROGRAMS

Abstract

We still do not have a single model that can explain the construct “schizophrenia”. This concept maintains a difficult categorization responding to the heterogeneity of diagnoses, symptoms, time course and psychosocial consequences of the population included in this category. One consequence of this is the absence of a single model of explanation and treatment. We can find treatment models that coexist in time (biological, social and psychological). We review the most important treatment models to consider, describing the techniques and intervention programs that are derived from each of them and proposes the need for a meta-model or model of models. Currently explanatory models are not mutually exclusive and complementary. Today it is recognized that working from a single treatment based on a single model is probably not sufficient for the treatment of schizophrenia. The combination of techniques is required: pharmacotherapy, psychoeducation, changing contexts, cognitive and behavioral techniques,

etc.. Finally, we briefly explain the model of intervention for these patients based on psychosocial rehabilitation as an integrative and multidimensional model that fits adequately to explain and treat the population of people with schizophrenia in a complete and comprehensive manner. We describe the key variables from psychosocial rehabilitation that must be taken into account for evaluation and intervention. Finally we listed the empirical evidence regarding Psychosocial Rehabilitation.

Words: Psychosocial rehabilitation, schizophrenia, models, treatment.

Introducción

Hoy no disponemos de un modelo explicativo único que permita explicar el constructo “esquizofrenia”. Esta dificultad responde al polimorfismo que caracteriza al trastorno en cuanto a variedades diagnósticas, síntomas clínicos, formas de inicio, evolución en el tiempo, respuesta al tratamiento y consecuencias psicosociales.

Los modelos clínicos y psicopatológicos no son modelos teóricos en sí mismos, sino hipótesis teóricas del trastorno o de una parte de él (síntomas o consecuencias). Un modelo teórico es la forma en la que los profesionales han construido una explicación sobre el trastorno. El problema es que en la esquizofrenia se parte de conceptualizar el problema como enfermedad, siendo este concepto cuestionable en cuanto a la posibilidad de su equiparación con una enfermedad física. Los intentos de encontrar causas físicas subyacentes al trastorno suponen una maraña de datos genéticos, neurológicos, bioquímicos y hormonales que no permiten arrojar conclusiones unitarias. Una consecuencia de todo ello ha sido la construcción de modelos contruidos a partir de las explicaciones de los propios pacientes (Geekie y Read, 2012). Esto supone un nuevo punto de partida para encontrar explicaciones que tengan sentido no solo para los profesionales sino también para los pacientes que padecen el trastorno. Teniendo en cuenta estos dos puntos de partida se pueden enumerar diferentes modelos explicativos que pretenden explicar el trastorno y orientar las intervenciones.

Modelo biomédico

Los intentos explicativos desde el modelo biomédico son un compendio inmenso de teorías que se pueden denominar como “modelos de enfermedad”. Los modelos de enfermedad se basan en dos supuestos básicos: la enfermedad tiene una causa biológica y la eliminación de esa alteración resultará en la recuperación de la salud. Dentro de este grupo los más estudiados son el “modelo del neurodesarrollo” (el origen de la enfermedad está en la alteración en el neurodesarrollo iniciado a partir de los primeros meses de gestación); el modelo bioquímico (el origen está en el mal funcionamiento de los circuitos dopaminérgicos, adrenérgicos y serotoninérgicos entre otros); y los modelos genéticos (el origen está en alteraciones cromosómicas y en variaciones genéticas específicas).

La principal herramienta utilizada por el modelo biomédico para explicar y clasificar las enfermedades mentales es el diagnóstico psiquiátrico. Los diagnósticos representan colecciones de síntomas que unidos a problemas funcionales implican discapacidades y restricciones vitales. Pero el conocimiento de los trastornos mentales en base a diagnósticos ha suscitado críticas importantes y fundamentadas. Una de ellas es la consideración del diagnóstico como sistema poco eficaz para explicar y definir el trastorno mental. Las alteraciones sintomáticas halladas en el diagnóstico son

demasiado inespecíficas como para pensar en ellas como aspectos definitorios de una enfermedad. Es más, las diferencias entre los miembros con un mismo diagnóstico son mayores que las semejanzas y este hecho resulta definitivo para algunos investigadores de las taxonomías psiquiátricas que hablan del diagnóstico como “cuestión de fe” más que de enfermedades con base científica (Bentall, 2006).

Modelo psicológico

No se trata de modelos explicativos del trastorno en general, sino más bien modelos y teorías específicas sobre los síntomas y fenómenos psicológicos moleculares relacionados con la esquizofrenia como son las alucinaciones, los delirios, el déficit cognitivo y los síntomas negativos. Se han propuesto muchas teorías y modelos psicológicos sobre diferentes factores y dimensiones psicológicas pero son estas 4 variables las más estudiadas y explicadas, y en especial la primera (los síntomas positivos).

Recientemente Greekie y Read (2012) han hecho una revisión de los modelos psicológicos existentes para la explicación de la esquizofrenia y el diseño del tratamiento: teorías de alucinaciones, delirios, psicodinámicas y psicoanalíticas, teorías familiares, basadas en acontecimientos vitales, basadas en el apego infantil, teorías sociológicas y antropológicas, filosóficas y existenciales y teorías espirituales.

El supuesto básico del que parten todas las teorías y modelos psicológicos es: que la esquizofrenia se debe a un fallo, problema o alteración en los esquemas y procesos cognitivos, en los mecanismos de razonamiento, el desarrollo de la personalidad, el aprendizaje de comportamientos adaptativos y/o la capacidad de afrontamiento.

Las principales aportaciones de los modelos psicológicos han venido del modelo cognitivo-conductual ayudando a la formulación individual de los problemas del paciente para construir modelos heurísticos que explican el origen y el mantenimiento de los problemas y sugieren las estrategias de tratamiento (Haddock y Tarrier, 2005).

Modelos basados en el funcionamiento

El modelo de capacidad/discapacidad en salud mental ha llegado a convertirse en un enfoque específico de la esquizofrenia. Se trata de un modelo social. Su supuesto subyacente es que una persona es discapacitada si por su patología o enfermedad experimenta barreras y exclusión social. Este modelo tiene importantes ventajas. La primera es que permite integrar diferentes explicaciones de la esquizofrenia: médicas, psicológicas, familiares y sociales (ver Figura 1).

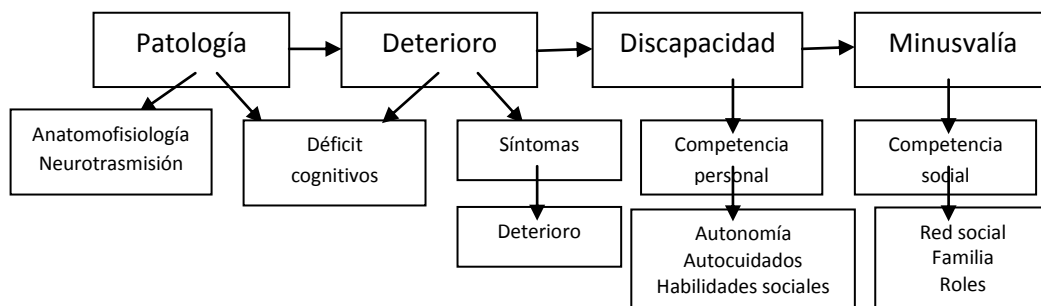


Figura 1. Anomalías en el funcionamiento de la esquizofrenia (Blanco, 2010).

La segunda supone equiparar la esquizofrenia con otras discapacidades más aceptadas en la sociedad, lo que conlleva unas actitudes sociales más tolerantes. Tercero, enfoca el éxito del tratamiento en medidas con mayor impacto personal y social como la consecución de roles sociales. Cuarto, cambia el foco de los problemas de la enfermedad a las necesidades del individuo para vivir con calidad.

Modelos integradores

Los modelos utilizados para explicar la esquizofrenia que se han explicado anteriormente están basados en conceptualizaciones biológicas, sociales y psicológicas. Pero ninguno de estos modelos tiene una verdad universal y todos tienen limitaciones ya que explican los resultados disponibles de solo una parte de la investigación. Su importancia tiene un peso diferente según la sede conceptual en la que se ubique el marco teórico a utilizar.

Un modelo integrador debería superar estas dicotomías y establecer puentes y relaciones entre los enfoques existentes, más que diferencias. El consenso entre modelos es más fácil si ponemos el punto de vista en el tratamiento en vez de en la teoría causal subyacente, pues hay un acuerdo universal en considerar las necesidades específicas asociadas al tratamiento de la esquizofrenia. Por otro lado, los modelos que incorporan elementos de otros modelos han sido propuestos como modelos integradores. Estos modelos se basan en la interacción entre vulnerabilidades personales y acontecimientos vitales. Las vulnerabilidades pueden ser biológicas, psicológicas o responder a circunstancias sociales en el origen y evolución del trastorno.

Modelo de vulnerabilidad al estrés

El modelo postula que la vulnerabilidad personal al trastorno interacciona con estresores ambientales y produce los síntomas de la esquizofrenia. El modelo se desarrolló inicialmente para explicar el origen y curso de la esquizofrenia, pero sus principios son aplicables a otros trastornos mentales considerados como trastornos mentales graves. Los sucesos estresantes pueden incluir empezar un trabajo, casarse, tener un hijo o la pérdida de un ser querido. También los estresores situacionales y cotidianos tienen un impacto en la vulnerabilidad (por ejemplo interacciones sociales y familiares negativas). Los factores de protección pueden disminuir la vulnerabilidad al estrés y prevenir el incremento de la psicopatología. Estos factores incluyen medicación, habilidades psicosociales de afrontamiento personal-social y soporte social. En la Figura 2 se muestra un ejemplo aplicado al ciclo vital según el modelo de vulnerabilidad.

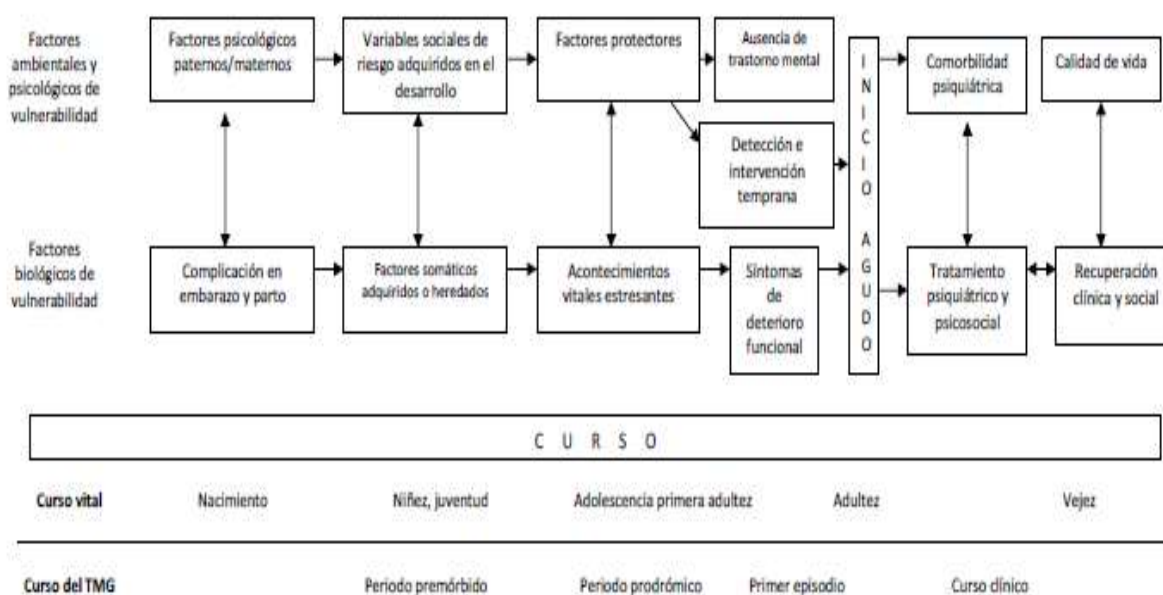


Figura 2. Ejemplo de comienzo y curso de la esquizofrenia durante el ciclo vital basado en el modelo de vulnerabilidad al estrés.

Modelo cognitivo del grupo de Garety

Garety y su grupo de colaboradores (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington, 2001; Kuipers et al., 2006) plantean un modelo cognitivo que ofrece una visión global de los factores responsables de la esquizofrenia. Aunque este modelo se ha desarrollado para explicar los síntomas psicóticos positivos y especialmente las creencias delirantes, constituye un importante aporte teórico para entender el origen y el mantenimiento de los síntomas de la esquizofrenia pues combina los hallazgos y elementos relevantes de los modelos ya expuestos. Es por eso que lo hemos introducido como modelo integrador en lugar de cómo un modelo psicológico. Se trata de un modelo multifactorial subyaciendo como base el modelo de vulnerabilidad al estrés. Ver la Figura 3.

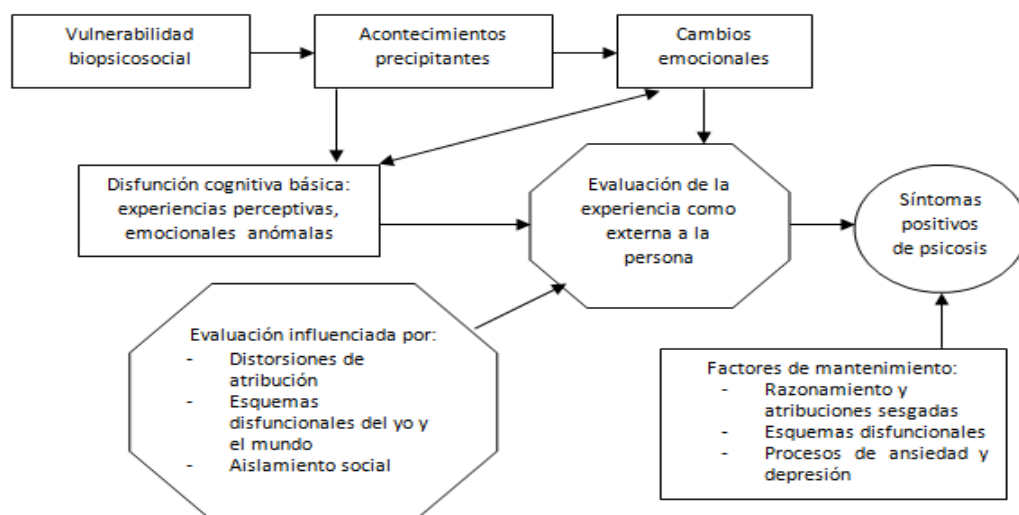


Figura 3. Modelo cognitivo de los síntomas positivos de la psicosis.

El modelo de Garety explica los delirios y alucinaciones, situando la vulnerabilidad y la evaluación cognitiva en un papel central. Además han arrojado evidencias empíricas de su modelo (Kuipers et al., 2006).

Modelos basados en las explicaciones de los pacientes

En la revisión que han realizado Geekie y Read (2012) sobre los modelos explicativos de la locura concluyen que cualquier interpretación de la enfermedad mental que pase por alto la experiencia subjetiva proporciona una explicación incompleta e inadecuada del trastorno. A través de una investigación cualitativa basada en la opinión de pacientes diagnosticados de esquizofrenia desarrolla un modelo que gira en torno a tres constructos teóricos: 1) fragmentación-integración; 2) validación-invalidación; 3) espiritualidad. Aunque el tercer constructo es más cuestionable, los dos primeros incluyen dimensiones interesantes como son la alteración de la sensación de la identidad personal, la desconexión con las respuestas emocionales, la ruptura con la línea temporal de vida y la proyección de futuro, la interrupción de las relaciones sociales y los sentimientos de ineptitud social, entre muchos otros. Cada uno de estos elementos permite tanto explicar los fenómenos y procesos asociados a la esquizofrenia como el diseño de estrategias de intervención y tratamiento.

Modelo rehabilitador

Para entender cómo surge la rehabilitación psicosocial es importante considerar las limitaciones de los modelos clínicos aplicados a este trastorno: la enfermedad mental no solo está causada por un desequilibrio biológico, el proceso de diagnóstico y tratamiento clínico crea estigma y el tratamiento no cura. Partiendo de estas limitaciones de los modelos predominantes la rehabilitación psicosocial supone una revolución en la psiquiatría que empezó a plantearse premisas diferentes en el enfoque y en el método tradicional. Algunos de estos planteamientos suponen una revolución pues introducen cambios en el lenguaje, en el objeto del tratamiento y en el método de trabajo que se venía realizando en la esquizofrenia. En la Tabla 1 están los principios recogidos por Corrigan, Mueser, Bond, Drake y Solomon (2009).

Tabla 1. Principios fundamentales del modelo rehabilitador (Corrigan et al., 2009).

Autodeterminación
Atención a las preferencias y objetivos personales.
Enfoque basado en el mundo real.
Entrenamiento en habilidades.
Modificación y apoyo contextual.
Complementariedad del tratamiento y la rehabilitación.
Equipo multidisciplinar.
Continuidad de servicios.
Integración comunitaria.
Orientación a la recuperación personal.

La metodología de la intervención en rehabilitación se describe en la tabla 2. Una descripción más detallada de la metodología y proceso de intervención en rehabilitación psicosocial puede encontrarse en Pastor, Blanco y Navarro (2010).

Tabla 2. Metodología de la rehabilitación psicosocial.

Evaluación
Evaluación funcional de déficit y habilidades
Evaluación del medio
Planificación del proceso de rehabilitación
Establecimiento de objetivos
Programación de la intervención
Asignación de profesionales
Programación temporal
Intervención
Entrenamiento en habilidades
Apoyo y soporte
Intervención sobre el medio
Coordinación con otros equipos
Seguimiento
Apoyo a largo plazo
Soporte social

También hay un conjunto de intervenciones en rehabilitación que han demostrado su eficacia y que se recomiendan en la mayoría de Guías de práctica clínica. Algunas de las que gozan de mayor aval empírico están en la Tabla 3.

Tabla 3. Programas y componentes críticos de cuatro áreas básicas de rehabilitación psicosocial con evidencia empírica.

<i>Área de Intervención</i>	<i>Programa / componente</i>
Afrontamiento del trastorno	Entrenamiento en habilidades sociales Entrenamiento en AVD Intervención cognitiva de síntomas persistentes Rehabilitación de déficit cognitivos Actividades expresivas (arteterapia y musicoterapia).
Apoyo al empleo	Centros de empleo protegido Programas de empleo con apoyo Integración entre servicios de salud mental y servicios de empleo Apoyo flexible e ilimitado en el tiempo
Programas de familias	Incluir a la familia como parte activa del proceso Entrenamiento en habilidades de comunicación Entrenamiento en solución de problemas Apoyo para incrementar la red de apoyo social Ayudar a la familia a prevenir y actuar en las crisis Atender al sentimiento de pérdida
Apoyo a la integración comunitaria	Programas de ocio y tiempo libre Club sociales Recursos y programas de alojamiento supervisados

Discusión

La experiencia de décadas de trabajo e investigación nos demuestra que los modelos únicos para explicar la esquizofrenia son inadecuados. Hay que evitar que cada modelo se aisle y hay que combinar los modelos para maximizar elementos de la biología, la psicología, lo social, el desarrollo personal y la subjetividad.

Los modelos explicados no conforman una jerarquía conceptual. A medida que se pasa desde los modelos centrados en la biología hasta los modelos integrales cambian varios elementos. Estos cambios son conceptuales y de procedimiento. Conceptualmente se cambia desde “arreglar” un fallo biológico hasta adquirir habilidades para la integración social. Procedimentalmente se va desde técnicas

farmacológicas hasta intervenciones combinadas (fármaco + entrenamiento en habilidades + estrategias de integración social). Un acercamiento no jerárquico permite disponer de múltiples marcos de trabajo para aproximarse a la conceptualización de un modo flexible, seleccionando el marco que mejor se adapte a la persona y al profesional.

Referencias

- Bentall, R. (2006). Madness explains: why we must reject the kraepelinian paradigm and replace it with a “complaint-orientated” approach to understanding mental illness. *Medical hypotheses*, 66, 220-233.
- Blanco, A (2010). El enfermo mental con discapacidades psicosociales. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Eds.), *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave* (pp. 77-94). Madrid: Síntesis.
- Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R y Solomon, P. *Principles and practice of Psychiatric Rehabilitation*. New York: Guilford Press.
- Garety, P., Kuipers, E. K., Fowler, D., Freeman, D. y Bebbington, P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31,189-195.
- Geekie, J. y Read, J. (2012). *El sentido de la locura*. Barcelona: Herder.
- Haddock, G y Tarrier, N. (2005). Assesment and formulation in the cognitive behavioural treatment of psychosis. En N. Tarrier, A. Wells y G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases. The cognitive behavioural therapy approach* (pp. 155-175). United States: Wiley.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G. y Bebbington, P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in Psychosis: refining cognitive behavioural Therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 24-31.
- Pastor, A., Blanco, A. y Navarro, D. (Eds.) (2010). *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Síntesis

VIOLÊNCIA MEDIADA E IMEDIATA: O CASO DOS LOUCOCRIMINOSOS NO CONTEXTO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Diana Pinto e Uriel Nascimento

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Brasil

Resumo

Antecedentes: Os manicômios judiciais são presentes na realidade brasileira como locais que visam o enclausuramento e posterior apagamento social de sujeitos que são tidos como inaptos para a vida social. Tal inaptidão deriva de duas perspectivas epistemológicas que se julgam capazes de juízos qualitativos acerca da Saúde Mental e da Moralidade em seu sentido Legal. Estamos aqui falando sobre a Psiquiatria e o Direito, duas ciências que, pela força do seu saber decorrente dos objetos de estudo de cada uma (o Sujeito e a Lei, respectivamente) e pela consequente posição social e que ocupam, podem, ao enunciar seu discurso, alçá-lo à categoria de verdade acerca do sujeito e determinar-lhe a existência. **Metodologia:** A metodologia utilizada consistiu de observações de inspiração etnográfica de diferentes práticas institucionais e de leitura de textos teóricos de Filosofia bem como da área de Saúde Mental. **Resultados:** Parece haver uma mudança na instituição que não contempla necessariamente uma preocupação com a vida das pessoas que habitam essa instituição. Os ditos loucocriminosos continuam a ser excluídos da sociedade, muito provavelmente pela sua inutilidade para o sistema capitalista, vez que este se faz de pessoas que podem produzir e isto implica que estejam de “plena posse da razão”. **Conclusão:** Com nossas reflexões e com nosso engajamento teórico-prático construído ao longo de três anos de pesquisa na instituição, cabe-nos pensar como os indivíduos são subjugados pelo Estado que, numa ciranda mortal com a ciência, confina e exclui o diferente, colocando-o na categoria de resto.

Palavras-Chave: Memória social, Heitor Carrilho; loucocriminoso, ontologia.

IMMEDIATE AND MEDIATED VIOLENCE: THE CASE OF THE MENTALLY ILL CRIMINALS WITHIN THE CONTEXT OF THE DESINSTITUTIONALIZATION IN THE CITY OF THE RIO DE JANEIRO

Abstract

Background: The asylums for mentally ill criminals are present in the Brazilian reality as an institution that aims at the excluding and erasing individuals from social life as they are considered inappropriate. The idea of “inappropriateness” stems from two epistemological perspectives grounded on the belief that two fields of knowledge are capable of producing qualitative judgments about Mental Health and Morality in its legal sense. Psychiatry and Law, two sciences which are, by virtue of their knowledge resulting from the studies of parts of the subjects’ existence (the Subjectivity and Law, respectively) and the consequent social position they have achieved, perceive themselves as able to determine one’s existence. **Methodology:** The methodology consisted of observations ethnographically inspired and the reading of theoretical texts on Philosophy as well as on Mental Health. **Results:** There seems to be a change in the institutions that does not encompass concerns with the lives of those who inhabit this institution. The so called mentally ill criminals continue to be excluded from society, most likely due to their uselessness for the capitalist system, since they cannot work and produce.

Conclusion: Based on our reflections and our theoretical and practical engagement built up along three years of research in the institution, it is worth considering how the individuals are subdued by the State which mingled with Science confines and excludes the different, treating them as some sort of rest.

Key words: Social memory, Heitor Carrilho, mentally ill criminal, ontology.

Introdução

Pesquisamos as experiências possíveis em uma realidade cujo nome que a designa é já uma forma de conceber nossa relação com ela: manicômio judiciário. O termo diz, antes de tudo, que uma inscrição particular e singular na cultura é o motivo pelo qual esses sujeitos estão ali internados. Nesse sentido, a situação na qual nos encontramos frente a esse objeto de estudo é, conforme Pinto e Nascimento (2012a), a de uma realidade que visa apagar a Memória Social possível para aquele sujeito, vez que objetiva transformá-lo em um conjunto de dados o qual podemos nomear de prontuários. Não falamos, no artigo citado, contra os prontuários mas sim da forma como a utilização destes tendem a reduzir o sujeito aos prontuários. Conforme bem afirma Carrara (2010), esta instituição configura-se como uma realidade esquecida.

Ao tratarmos o “apagamento da Memória Social” ressaltamos o apagamento do processo de inscrição em uma Memória tal qual a pensou Gondar (2005): uma “memória viva e pulsante” que resulte antes de encontro do que de cristalizações. Observamos, com base nessa referência teórica para o campo interdisciplinar da Memória Social, que a cristalização de memória presente no Heitor Carrilho contribui significativamente para um apagamento subjetivo quando comparado com a uma possível rememoração dos sujeitos, vez que dados quantitativos não resumem a existência (Nascimento e Pinto, 2012).

Método

Este estudo, de natureza qualitativa e inspiração etnográfica, foi realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho, situado na Centro da cidade do Rio de Janeiro. Para esta investigação, foi usado um corpus heterogêneo, composto por notas de campo dos membros da equipe de pesquisa, documentos normativos da instituição, prontuários e transcrições de conversas informais com internos e funcionários da instituição.

Resultados

Tenhamos em mente que o horizonte de interpretação aqui é o metafísico, mais especificamente, o ontológico; logo, toda problemática apresentada tem, como horizonte, formas de ser-no-mundo. Dois pressupostos orientam nossa discussão. O primeiro deles: no mundo atual, ser é compor Memória, especificamente Memória Social, o que se pode atestar a partir de uma simples observação da realidade. Nosso segundo pressuposto: dada a situação de exclusão em que vivem, os loucos não têm acesso a essa possibilidade de composição da Memória Social, encontrando-se enquadrados em uma não existência perante as exigências da atualidade. Não afirmamos que o louco não existe em si, ou que a pessoa louca não possui uma existência, mas sim que esta forma de existência específica não é reconhecida e não possui lugar no meio social dado a sua situação de exclusão. Esse trabalho surge da perspectiva de que cabe a

nós, pesquisadores, tentar rascunhar os porquês dessa tentativa de apagamento de outras formas de existência. Pinto e Nascimento (2012a) já abordaram temática de que o loucocriminoso é alienado de sua responsabilidade frente a seu crime.

Claro está que, na sociedade brasileira atual, quando falamos de loucura, somos afetados por uma realidade que se encontra em transição. Essa transição, segundo a qual o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho se encontra no seu momento de fechamento de portas, nos leva a um momento de reflexão. As mudanças que começavam a dar corpo a transição, iniciada lentamente em 2009, ocorriam, naquele momento, de forma lenta, e acompanhávamos o trânsito dos pacientes entre a porta de saída, sua transferência a outra instituição de natureza similar ou, talvez, sua permanência no Heitor Carrilho. O que ocorre agora é um aceleração desse processo de fechamento que culminou com a sua extinção, por decreto, em marco de 2013, ato legal que transformou a hospital em Instituto de Perícia Heitor Carrilho. Qual o significado do fechamento do primeiro Manicômio Judiciário da América Latina?

A primeira resposta possível: o fechamento do primeiro manicômio judiciário concretiza uma mudança já existente nas concepções de loucura e crime e especialmente dos seus entrelaçamentos e, por fim, dos tratamentos possíveis dados a esse imbricamento. Fechar o Heitor Carrilho é também um ato simbólico que inicia um processo de mudança ou transição da compreensão asilar e hospitalocêntrica para a compreensão ambulatorial de livre-trânsito. Temos já algumas evidências que sustentam esse ponto de vista e que contribuem para pavimentar nosso primeiro caminho de investigação.

Primeira evidência: a chamada lei de Reforma Manicomial (10.216/2001) e duas resoluções: a nº 5 (2004) e nº 4 (2010), ambas do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. A lei preconiza o fim das internações psiquiátricas compulsórias no Brasil, o término de instituições com perfil asilar e estabelece uma política de assistência ao doente mental com base na noção de cidadania, complementada pelas resoluções acima citadas que inscrevem os manicômios judiciários sob o mesmo escopo da lei.

Segunda evidência: as discussões de experiências que chamamos de “experiências de porta de Saída” como o Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário, o PAI-PJ, de Minas Gerais. O programa tem por função “a oferta do acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal” (Brisset, 2010, p.28), que visa que o retorno do paciente à sociedade. Terceira e última: a própria aceleração do processo de fechamento do Heitor Carrilho.

Se há de fato uma mudança na compreensão de como tratar sujeitos que cometem crime em momentos de surtos decorrentes de sua loucura, esta existe em função da conjuntura histórica, política e social de um determinado espaço geográfico aliada a conjunturas teóricas que foram alteradas. Isto nos sugere, então, que a própria definição do que vem a ser a loucura foi modificada não apenas para acadêmicos e profissionais de Saúde, mas também para os gestores de políticas públicas no campo da Saúde.

Podemos assumir que a teoria acerca da loucura foi alterada e, a partir daí, propor um questionamento ontológico. Supondo que a loucura seja uma forma de ser-no-mundo, estaria aí em jogo o ser do louco. Com isso, temos a questão: o ser do louco é diferente daquele do normal? Dito de outra forma: podemos definir a existência de um

sujeito por suas estruturas psicológicas? Dessas perguntas, uma segunda é possível: estão as chamadas ciências psi de posse da verdade acerca do psiquismo ou essas ciências constroem modelos que se aproximam da realidade e ajustam a realidade a esse modelo? Questionamos, então, a validade de um diagnóstico, bem como a validade das próprias teorias psi, sejam elas quais forem, como forma de apreender a existência do homem, seja esse particular ou geral.

Cabe refletir sobre a seguinte questão entre os escopos da Filosofia e da Psicologia: se é possível que exista uma ciência da alma, da mente, ou do pensamento, é possível então que perscrutemos e compreendamos a própria experiência do outro. Ao fim e ao cabo, o outro perderia a sua transcendência a nós e se tornaria objeto de questionamento. Com isso afirmamos que a alteridade se tornaria não mais o campo do desconhecido e do quase absolutamente inacessível, mas um campo comum, de fácil acesso. É, portanto, exatamente o contrário do que mostra Freud (1915) em suas conferências ao introduzir a Psicanálise. Toda a problemática da transmissão da Psicanálise se centraria no fato de que a teoria seria insuficiente para a compreensão da subjetividade do paciente no seu divã. Por outro lado, a prática da análise daria meios para acessar não o outro, mas suposições acerca do outro, sendo esse o principal motivo de um analista ter sido, anteriormente, analisado como condição fundante.

Toda essa digressão preparou o terreno para a primeira conclusão deste trabalho: se a teoria acerca da loucura se expandiu e/ou modificou, também se modificou a compreensão do *ser-no-mundo* (“*ser-no-mundo*” (*in-der-Welt-Sein*) (Heidegger, 1989). Se for possível que se altere a compreensão de ser para uma outra que não confine seres humanos, temos que a forma de compreensão anterior, que visava confinar uma maneira de existência, é uma forma violenta porque autoritária, no pior sentido que essa palavra possa comportar, qual seja, o daquele que é autoritário porque se quer autoritário. Aqui é onde observamos o que chamamos, no título do trabalho, de violência mediada.

A expressão “violência mediada aponta para aquele tipo de violência institucionalmente aceita e, por isso, despercebida e afirmada como uma prática naturalizada. É esse tipo de violência que supomos ser praticada quando a alguém é atribuído o rotulo de louco tendo como consequência a internação em um manicômio. A nomeação operacionalizada por uma etiqueta de louco é um ato de violência. Entretanto, falávamos que o ser passava a ser compreendido de outra forma pelo mesmo campo teórico que outrora o compreendeu como alguém digno de segregação. Essa é uma violência que consideramos sublime: bela quando comparada a forma anterior, mas ainda violência.

Com essa mudança de/na teoria, e a consequente reviravolta política que ela implica, a política surge como um problema. Por política estamos entendendo aquele conjunto de atividades estatais desempenhadas com vistas aos cidadãos e, mais especificamente, àquelas atividades denominadas políticas públicas.

Consideramos que a política ocupava o mesmo local que ocupa agora, qual seja, alinhada com a compreensão teórica vigente, sem questionamentos ou proposição de debates. Quando estes ocorrem, são de autoria dos próprios profissionais e acadêmicos, e se é verdade que têm algum caráter político, é apenas duma política desestatizada. O Estado não se preocupa com a loucura e a deixa nas mãos dos profissionais de saúde que encontram muitas dificuldades em modificar uma compreensão anterior exata e unicamente porque os criadores dessa compreensão também eram profissionais de Saúde, apenas inseridos em outro momento sócio histórico. Tendo esta compreensão se

enraizado, sua troca para uma forma mais ampla se torna muitíssimo mais difícil. Os motivos são, como sempre, políticos e são justificados pela epistemologia.

Conclusões

No Brasil, há um histórico de políticas públicas violentas, sem diálogo entre Estado e população; frequentemente o Estado determina quando implantar esta ou aquela forma de compreender/tratar certo fenômeno. Assim, paulatinamente interfere em um fenômeno com um determinado fim em vista, que não resulta de discussões com a população.

Devemos considerar também a estrutura física da instituição. O manicômio judiciário pode ser percebido como uma instituição desumana, que exclui a possibilidade de Memória dos seus internos, e que exclui até mesmo qualquer condição existencial e existenciária daqueles que ali habitam. Não há estrutura psíquica – se podemos falar de uma – ou ontológica que suporte a estadia sem se alterar ou se institucionalizar, sendo a institucionalização já tão enraizada em alguns pacientes que pensamos se não há já uma introjeção do mecanismo que a mantém, tal qual da introjeção da Lei se retira um *Uberich* na teoria psicanalítica sob a pena de Lacan. No entanto, é, ainda assim, uma estrutura que abriga. Parece-nos, no entanto, que nem esse abrigo será mais possível, uma vez que, pelo que vimos até aqui, o Estado parece deslizar de sua responsabilidade com aqueles que ele pune. Nesse sentido, estamos ainda diante de uma terceira forma de violência: a da expectativa angustiante. Pois se uma expectativa pode, em alguma medida, ser positiva, nunca o é quando o que se espera é o próprio destino da existência enquanto indivíduos. Existência da qual, como salientamos, o sujeito é cada vez mais alienado.

Referências

- Brasil (2001). *Lei nº 10216 de 6 de Abril de 2001*.
- Brisset, F. (2010). *Por uma política de atenção integral ao loucoinfrator*. Página visitada em 9 de maio de 2013 a partir de http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf
- Carrara, S. (2010). A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20, 16-29.
- Conselho nacional de política criminal e penitenciária (2004). *Resolução Nº 5, de 4 de Maio de 2004*.
- Conselho nacional de política criminal e penitenciária (2010). *Resolução nº 4, de 30 de Julho de 2010*.
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e Punir: Nascimento da prisão*. 20ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Freud, S. (1915). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. XVI). Rio de Janeiro: Imago.
- Gondar, J. (2005). Quatro Proposições sobre Memória Social. In J. Gondar E V. Dodebei, *O que é memória social*. Rio de Janeiro: UNIRIO.
- Heidegger, M. (1989). *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes. (Trad. Márcia de Sá Cavalcante. Parte I. 3.).
- Nascimento, U. e Pinto, D. (2012, setembro). Carrilho: Memórias de vidas em movimento. Trabalho apresentado na *Anais do V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*, Fortaleza, Ceará, Brasil. Acessado dia 9 de maio desde a página

http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/v_congreso/p_52__uri_el_nascimento_e_diana_de_souza_pinto.pdf

Pinto, D. e Nascimento, U. (2012b). A liberdade como questão frente às expectativas de (des)internação no Hospital de Custódia e Tratamento Heitor

Pinto, D. e Nascimento, U.(2012a). Caminhos da Memória Social do Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho: uma investigação filosófica. *Psicanálise & Barroco em Revista*,10, 13.

PREDICTORES DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL EN VARONES SEGÚN LA EDAD

**Dimitra Anastasiadou, Ana Rosa Sepúlveda, Melissa Parks, Miriam Blanco,
Pilar García y Carmen García-Rosado**

Universidad Autónoma de Madrid, España

Resumen

Antecedentes: Los últimos años han visto un aumento en los estudios enfocados en la insatisfacción corporal de los varones, que al contrario a la ideal delgadez que buscan las chicas, tienen un ideal de tener un cuerpo musculoso. Los estudios han encontrado que la insatisfacción corporal está asociada con mayores problemas físicos y psicológicos. **Método:** El objetivo del estudio es evaluar la relación entre insatisfacción corporal y variables psicológicas en estudiantes varones adolescentes y la variación en la insatisfacción corporal según edad. La Escala de Actitudes Masculinas hacia el Cuerpo (MBAS), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC), la escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS), La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y el test SCOFF para el cribaje de los trastornos de la alimentación fueron administrados a un grupo de 212 varones jóvenes entre 12 a 17 años ($M = 14,4$). **Resultados:** 9,5% de los estudiantes varones puntuaron por encima del punto de corte de 2 en el SCOFF. Los adolescentes no muestran diferencias significativas en la insatisfacción corporal según la edad. Sólo se encuentran diferencias significativas en la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo, siendo mayores entre los 15-17 años. Los adolescentes varones de 13 años y 16 años de edad presentan mayores asociaciones de la insatisfacción corporal con el resto de las variables psicológicas. **Conclusiones:** Sería importante seguir investigando la relación entre la insatisfacción corporal y variables psicológicas para entender mejor este fenómeno en la población masculina según edad.

Palabras Claves: insatisfacción corporal, varones, variables psicológicas, muscularidad.

PREDICTORS OF BODY DISSATISFACTION IN MALES BY AGE

Abstract

Background: The number of studies on male body dissatisfaction have increased in the past few years, revealing that as opposed to the thin ideal which females aspire to obtain, males strive to have a muscular body. Studies have shown that male body dissatisfaction is associated with various physical and psychological consequences.

Methods: The aim of this study is to evaluate the relationship between body dissatisfaction and psychological variables in male adolescent students and the variations in body dissatisfaction according to age. The following questionnaires were administered to a group of 212 males between the ages of 12 and 17 years ($M = 14.4$): The Male Body Attitudes Scale (MBAS), The Rosenberg Self Esteem Scale (RSE), the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), the Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS) and the SCOFF eating disorders screening tool. **Results:** 9.5% of the male students had scores above the cut-off of 2 points on the SCOFF. The male adolescents did not show significant differences in body dissatisfaction by age. There were only significant differences in anxiety-state and anxiety-trait and the scores were higher between 15-17 years. Males aged 13 and 16 years old have higher body dissatisfaction associations with other psychological variables. **Conclusions:** It is important to continue exploring the

relationship between body dissatisfaction and psychological variables in order to better understand how this phenomenon varies amongst males according to their age.

Keywords: Body dissatisfaction, males, psychological variables, muscularity.

Introducción

Tradicionalmente, las investigaciones sobre la insatisfacción corporal han estado enfocados en las mujeres y su búsqueda por el ideal de delgadez. La mayoría de los estudios han concluido que los varones están menos insatisfechos con sus cuerpos en comparación con las mujeres, evaluados principalmente por instrumentos desarrollados con contenido y preocupaciones femeninas (e.g., Feingold y Mazzella, 1998; Muth y Cash, 1997). Sin embargo, en la última década se ha producido un incremento de estudios dirigidos a evaluar de forma más fiable la insatisfacción corporal en la población masculina y han encontrado que los varones tienden a buscar un cuerpo musculoso y con poca grasa, como característica de su insatisfacción corporal (McCreary, 2007). Además, mientras que las mujeres suelen estar insatisfechas con las partes de su cuerpo de la cintura para abajo, la insatisfacción corporal en los varones suele manifestar con las partes del cuerpo de la cintura para arriba, sobre todo en la muscularidad de los brazos y el pecho (Tylka, Bergeron y Schwartz, 2005).

El hallazgo de las diferencias en la insatisfacción corporal entre varones y mujeres ha favorecido el desarrollo y la validación de varios instrumentos específicos para varones (e.g., McCreary y Sasse, 2000; Tylka et al., 2005). Estos instrumentos han permitido a otros autores investigar la relación entre la insatisfacción corporal masculina y otras variables psicológicas. En una revisión sistemática de los factores psicológicos asociado a la obsesión por la muscularidad, Cafri et al. (2005) encontraron que un deseo elevado de tener un cuerpo musculoso estaba asociado con la afectividad negativa, baja autoestima y tasas elevadas de uso de esteroides anabólicos. Lavendar y Anderson (2010) señalaron que las dificultades en la regulación emocional explicaba una gran parte de la varianza de los problemas con la alimentación y la insatisfacción corporal que presentaban los varones universitarios.

En cuanto a la población adolescente, McCreary y Sasse (2000) encontraron que el deseo de tener un cuerpo más musculoso en varones adolescentes estaba asociado con baja autoestima y altos niveles de depresión. Finalmente, a través de una revisión sistemática, Ricciardelli y McCabe (2004) desarrollaron un modelo biopsicosocial para explicar los factores que influyen en la obsesión por la muscularidad en varones adolescentes y señalaron que la baja autoestima, el perfeccionismo, las relaciones con los iguales y los familiares, entre otros, como los factores psicosociales que más se relacionaban con la insatisfacción corporal masculina.

El primer objetivo del estudio actual es evaluar la relación entre la insatisfacción corporal y variables psicológicas en estudiantes varones adolescentes. Un objetivo secundario es evaluar la variación en la insatisfacción corporal según edad en esta población.

Método

Participantes

La muestra se compone de 212 adolescentes varones entre 12 y 17 años ($M = 14,4$; $DT = 1,5$) que pertenecen a un centro de Educación Secundaria en Madrid, España.

Instrumentos

- La Escala de Actitudes Masculinas Hacia el Cuerpo (MBAS, Tylka, Bergeron y Shwartz, 2005; versión española por Sepúlveda et al., 2013). La escala consta de 24 ítems con tres subescalas: insatisfacción por la muscularidad, insatisfacción con la grasa corporal y altura. Las puntuaciones tipo Likert varían de 1 (siempre) a 6 (nunca). El alfa de Cronbach para esta muestra era 0,90 para la escala total. La validación española consta de 22 ítems, y se elimina la subescala de altura con un alfa de 0,91. Las puntuaciones altas indican mayor insatisfacción corporal.
- El cuestionario SCOFF (García-Campayo, Sanz-Carrillo, Ibáñez, Lou, Solano y Alda, 2004; Morgan, Reid y Lacey, 1999) es un instrumento de evaluación y cribaje para la detección de trastornos alimentarios (TCA). La escala consta de cinco preguntas dicotómicas (sí/no). Dos respuestas positivas, indica el riesgo de desarrollar un TCA. El alfa de Cronbach fue de 0,43.
- La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008) es un cuestionario que consta de 28 preguntas con un formato de cinco opciones de respuesta que van desde “Casi nunca/0-10% de las veces” a “Casi siempre/90-100% de las veces” referidas a los diferentes aspectos del proceso de regulación emocional, donde se pueden presentar dificultades. La versión española consta de 5 subescalas. El alfa de Cronbach para esta muestra era 0,92. Las puntuaciones más altas indican mayores dificultades con la regulación emocional.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Seisdedos, 1990; Spielberger, 1973). Es una escala que consta de 40 ítems, agrupados en dos escalas con 20 ítems cada una. La subescala Ansiedad-Estado, y la subescala Ansiedad-Rasgo. Los alfas de Cronbach eran 0,88 para la escala de estado y 0,87 para la escala de rasgo. Las puntuaciones más altas indican mayores niveles de ansiedad rasgo o estado.
- La Escala de Autoestima de Rosenberg (Self-Esteem Scale; Echeburúa, 1997; Rosenberg, 1965) consta de 10 ítems con un formato tipo Likert de cuatro opciones de respuesta que van desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. El alfa de Cronbach para esta muestra era 0,83. Las puntuaciones bajas indican baja autoestima.
- La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (APS; Landeta y Calvete, 2002; Zimet, Powell y Farley, 1990). Esta prueba se compone de 12 preguntas, clasificadas en tres subescalas referidas a las principales fuentes de apoyo social: familia, amigos y otros significativos. Las puntuaciones se calculan a partir de una escala tipo Likert de seis puntos, que va desde 1 “completamente en desacuerdo” a 6 “completamente de acuerdo”. El alfa de

Cronbach para esta muestra era 0,91. Las puntuaciones altas indican mayores niveles de apoyo social.

Procedimiento

El diseño del estudio era transversal. Los participantes eran recogidos de un colegio concertado en Madrid, España con el consentimiento de sus padres. Su participación era voluntaria y anónima. Unos 50 minutos eran necesarios para rellenar la batería de cuestionarios durante la clase.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por un total de 212 varones con una media de edad de 14 años y medio pertenecientes a 1º de E.S.O. hasta 2º de Bachillerato. El 95,9 % de los padres trabajaban comparado con un 62,9% de las madres. La mayoría de los padres de los participantes tenían estudios universitarios.

La Tabla 1 muestra la distribución por edad de la muestra de varones. El mayor porcentaje de chicos tenían 14 y 15 años, no habiendo un tamaño homogéneo en el tamaño de las muestras.

Tabla 1. La distribución de medias y desviaciones típicas según edad por la insatisfacción corporal y las variables psicológicas.

Edad	12	13	14	15	16	17	χ^2
N (%)	26 (12,3)	40 (18,9)	49 (23,4)	48 (23,1)	31 (14,6)	21 (9,9)	0,002
SCOFF ≥ 2	11,5%	16,2%	6%	6,4%	15,6%	5%	0,42
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	Test ANOVA
MBAS total	2,04 (0,57)	2,38 (1,0)	2,27 (0,78)	2,40 (0,81)	2,27 (0,76)	2,09 (0,68)	$F= 1,02$, $p = 0,41$
DERS total	51,2 (16,6)	50,9 (18,6)	50,0 (13,8)	58,7 (19,2)	58,1 (19,2)	56,2 (15,1)	$F = 1,95$, $p = 0,08$
Ansiedad-estado	27,8 (6,1)	28,7 (6,8)	28,9 (4,8)	31,7 (7,9)	32,0 (7,4)	29,6 (5,4)	$F= 2,40$, $p = 0,04$
Ansiedad rasgo	29,5 (5,5)	28,9 (6,5)	31,7 (6,0)	33,2 (6,9)	33,3 (7,2)	34,2 (6,5)	$F= 3,50$, $p = 0,005$
Autoestima	32,9 (5,0)	33,3 (4,6)	32,4 (4,9)	31,4 (4,8)	31,6 (5,4)	32,7 (4,2)	$F= 0,84$, $p= 0,52$
Apoyo social	66,3 (12,9)	64,8 (18,1)	69,8 (13,6)	68,3 (11,9)	68,5 (14,8)	66,9 (14,5)	$F= 0,62$, $p= 0,68$

Con respecto a la muestra total, la puntuación media en la insatisfacción corporal según el MBAS era 2,27 ($DT = 0,81$). Un total de 9,5% de los alumnos puntuaron encima del punto de corte del 2 en el SCOFF.

Con respecto a la muestra según la edad, la Tabla 1 muestra la distribución de medias y desviaciones típicas por edad. Los adolescentes no muestran diferencias significativas en la insatisfacción corporal según la edad. Sólo se encuentran diferencias significativas en la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo, siendo mayores entre los 15-17 años. A los 13 y los 16 años existe mayor presencia de patología alimentaria.

La Tabla 2 muestra la asociación de la insatisfacción corporal masculina con el resto de variables psicológicas, mediante el coeficiente de Spearman, ya que los datos no tenían una distribución normal.

Tabla 2. Las correlaciones según edad de la insatisfacción corporal con el resto de variables psicológicas.

	<i>DERs</i>	<i>APS</i>	<i>Autoestima</i>	<i>STAIC_Estado</i>	<i>SCOFF</i>
MBAS_12 años	0,30	-0,20	-0,26	0,43*	0,09
MBAS_13 años	0,45**	-0,21	-0,47**	0,51**	0,38*
MBAS_14 años	0,35*	-0,07	-0,27	-0,05	0,30*
MBAS_15 años	0,33*	-0,15	-0,27	0,36*	0,26
MBAS_16 años	0,57**	-0,50**	-0,23	0,39*	0,40*
MBAS_17 años	0,47*	-0,11	-0,09	0,32	0,23

Nota. ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral) * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Con respecto a la asociación de la insatisfacción corporal y la edad, los adolescentes varones de 13 años y de 16 años de edad presentan las correlaciones más fuertes. A los 13 años, la mayor insatisfacción corporal se asocia con un mayor nivel de ansiedad ($\rho = 0,51$), dificultades con la regulación emocional ($\rho = 0,45$), y menor autoestima ($\rho = -0,47$). A los 16 años, se asocia con mayor patología alimentaria ($\rho = 0,40$), mayor tasa de mayores dificultades en la regulación emocional ($\rho = 0,57$) y menor apoyo social percibido ($\rho = -0,50$).

Discusión/conclusión

Este estudio es uno de los primeros en España que utiliza un instrumento desarrollado específicamente para varones con el fin de investigar la relación entre las variables psicológicas y la insatisfacción corporal en adolescentes varones. También es el primero de evaluar estas asociaciones según la edad.

Los resultados indican que los varones adolescentes muestran un nivel moderado de insatisfacción corporal, en que buscan tener un cuerpo más musculoso y con menos grasa, y que está asociado con dificultades con la regulación emocional, la baja autoestima, niveles más altos de ansiedad y menos apoyo social. También encontramos que un 9,5% de esta población presenta un riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria. Siendo este riesgo mayor en la edad de 13 y 16 años de edad, con una tasa del 16%.

En cuanto a las asociaciones entre la insatisfacción corporal y los factores psicológicos según la edad, los varones mostraban niveles más altos de insatisfacción corporal a los 13 y 16 años. A los 13 años la insatisfacción corporal estaba asociado con más ansiedad y niveles más bajos de autoestima, mientras que a los 16 años la insatisfacción corporal estaba asociado a una mayor patología alimentaria y menos apoyo social percibido. Sin embargo, la insatisfacción corporal en ambos periodos de edad estaba asociada con dificultades en la regulación de sus emociones. Un estudio sobre las dificultades en la regulación emocional en adolescentes mujeres encontró que más dificultades en la regulación emocional predecía problemas con la insatisfacción corporal y patología alimentaria (Sim y Zeman, 2005). Los autores propusieron que los individuos con dificultades con la regulación emocional experimentan más momentos de angustia y malestar emocional, lo que aumenta el riesgo de presentar alteraciones en los hábitos alimentarios.

El papel de la autoestima en la población masculina adolescente española, es de especial importancia, ya que un estudio previo la había señalado como un factor

importante e el desarrollo de la imagen corporal de los adolescentes varones (Ricciardelli y McCabe, 2004) y algunos estudios han mostrado que el uso de esteroides es más común en los adolescentes varones con niveles más bajos de autoestima (Irving, Wall, Neumark-Sztainer, y Story, 2002; Kindlundh et al., 2001).

Sería importante seguir investigando cómo la insatisfacción corporal varía en la población masculina y los elementos claves que van influyendo según la edad. Esta información nos podría ayudar a determinar en qué momento sería lo más importante para intervenir con programas de prevención.

Agradecimientos

Dra. Sepúlveda tiene un contrato Ramón y Cajal del Ministerio de Innovación y Ciencia (RYC-2009-05092). Proyecto financiado por MICINN (PSI2011-23127). Agradecemos a C. Bustos y L. Cabrera por ayuda en la entrada de datos.

Referencias

- Cafri G., Thompson, J.K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L. y Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25, 215-239.
- Echeburua, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Feingold, A. y Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science*, 9, 190-195.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibáñez, J. A., Lou, S., Solano, V. y Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of psychosomatic research*, 59, 51-55.
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Irving, L. M., Wall, M., Neumark-Sztainer, D. y Story, M. (2002). Steroid use among adolescents: findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 30, 243-252.
- Kindlundh, A.M., Hagekull, B., Isacson, D.G. y Nyberg, F. (2001). Adolescent use of anabolic—androgenic steroids and relations to self-reports of social, personality and health aspects. *The European Journal of Public Health*, 11, 322-328.
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(2-3), 173-182.
- Lavender, J. M. y Anderson, D. A. (2010). Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 352-357.
- McCreary, D. R. (2007). The Drive for Muscularity Scale: Description, psychometrics and research findings. En J.K. Thompson y G. Cafri (Eds), *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives* (87-106). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- McCreary, D.R., y Sasse, D.K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *College Health*, 48, 297-304.
- Morgan, J. F., Reid, F. y Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467.
- Muth, J.L. y Cash, T.F. (1997). Body image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1438-1452.

- Ricciardelli, L. A., y McCabe, M. P. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological Bulletin*, 130, 179-205.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Seisdedos, N. (1990). *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación*. Madrid.: TEA Ediciones.
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., De Pellegrin, Y., Parks, M., Blanco, M., García, P. y Bustos, C. (2013). Confirmatory factor analysis of Male Body Attitudes Scale (MBAS) among Spanish adolescent males. *Psychology of men and masculinity* (en revisión).
- Sim, L. y Zeman, J. (2005). Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *The Journal of Early Adolescence*, 25, 478-496.
- Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Tylka, T. L., Bergeron, D. y Schwartz, J. P. (2005). Development and psychometric evaluation of the Male Body Attitudes Scale (MBAS). *Body Image*, 2, 161-175.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. y Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

EXPOSICIÓN DE LOS HIJOS A SITUACIONES DE VIOLENCIA FAMILIAR**Dolores Seijo*, Ramón Arce*, Sandra Carracedo** y Manuel Vilariño******* Universidad de Santiago de Compostela, España**** Grupo de investigación PS-1. Universidad de Vigo, España*****Unidad de Psicología Forense. Universidad de Santiago de Compostela, España***Resumen**

Antecedentes: La exposición a la violencia entre los padres se constata como una tipología de maltrato hacia los hijos con consecuencias tan traumáticas como otras tipologías descritas. La literatura concluye que el impacto que la exposición a la violencia tiene en los menores puede llegar a ser tan traumático como en el caso de que éstos fuesen víctimas de maltrato infantil o de abusos sexuales. Así, el presenciar estas situaciones en el ámbito familiar puede aumentar el riesgo de padecer sintomatología internalizante y externalizante durante la infancia y/o adolescencia. **Método:** El propósito de este estudio es evaluar los efectos de la exposición a la violencia familiar. Para ello han participado 114 menores, de los cuales 37 habían presenciado situaciones de violencia entre sus progenitores en algún momento de su vida. Se evalúa el estado psicoemocional de los participantes a través del *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes/BASC*, concretamente se aplica el BASC-S2. Adicionalmente, se cuenta con la valoración de los participantes referenciada por sus madres a través del BASC-P2. **Resultados:** Los resultados obtenidos permiten establecer diferencias significativas en el grupo de menores testigos de violencia familiar en torno a diferente sintomatología clínica. **Conclusiones:** Se requiere del diseño de intervenciones atendiendo a la evaluación específica que permita determinar el impacto real de la exposición a violencia familiar en cada menor, a sus necesidades y a sus potencialidades tanto personales como familiares.

Palabras Clave: violencia familiar, menores, exposición a la violencia, consecuencias, sintomatología internalizante, sintomatología externalizante.

EXPOSURE OF CHILDREN TO SITUATIONS OF FAMILY VIOLENCE**Abstract**

Background: Currently, exposure to violence between parents is found as a type of maltreatment of children with traumatic consequences as other types of violence. There is abundant literature which concluded that the consequences of exposure to violence on children are as traumatic as if they were victims of child abuse or sexual abuse. Thus, the witness these situations in the home increases the risk of internalizing and externalizing symptoms during childhood and/or adolescence. **Method:** The purpose of this study is to evaluate the effects of exposure to family violence. This has involved 114 children with their mothers, of which 37 had witnessed domestic violence. The psycho-emotional state of the participants is evaluated by the System Behavioral Assessment of Children and Adolescents/BASC. This evaluation is carried out in a double using the appropriate version of the instrument for each case, in implementing self-reported BASC-S2 and the mothers referenced by the BASC-P2. **Results:** Finally, the results obtained allow significant differences in the group of children witness family violence around different clinical symptoms. **Conclusions:** It requires the design of interventions addressing the specific evaluation to determine the real impact of exposure to family violence in each child, their needs and their family and personal potential.

Key Words: Family violence, domestic violence, children, impact, externalizing symptoms, internalizing symptoms.

Introducción

Las repercusiones de la violencia entre los cónyuges pueden afectar, no sólo a la pareja, sino también a sus hijos. Así, los datos presentados en la última Macroencuesta de Violencia de Género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) indican que 517.000 menores han resultado agredidos en el contexto familiar en el año 2011. Más aún, en el mismo periodo, el 76,9 por ciento de las mujeres que han admitido ser víctimas de violencia doméstica afirman tener hijos (concretamente, la media se ha establecido en dos menores por cada mujer encuestada); de los cuales, más de la mitad son menores de edad. De igual modo de este informe se desprende que en nuestro país alrededor de 800.000 menores son expuestos a situaciones de violencia de género. Cuando entre los progenitores se dan situaciones de violencia, los hijos pueden ser objeto al igual que las madres (fruto de la extensión del abuso) o pueden ser testigos (directos o indirectos) de estos acontecimientos en el hogar (Edleson, 1999; Osofsky, 1995). En relación a esta última cuestión, se constata que ha aumentado la preocupación entre la comunidad científica (American Academy of Pediatrics, 2010; Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny, 2003). De esta forma, se ha asumido que las consecuencias de la exposición son tan traumáticas como en el caso de ser víctimas de maltrato infantil o de abuso sexual. Tanto es así que en el 2011 el *Committee in the Rights of the Child* ha incluido, entre las posibles formas de maltrato psicológico en la infancia, la exposición a la de violencia familiar de los hijos.

Algunos estudios (Grych, Raynor y Fosco, 2004; Kitzmann et al., 2003; Sani, 2007) han dado la voz de alarma en este sentido y han evidenciado la presencia de sintomatología internalizante (tal como, ansiedad y/o depresión) y problemas de tipo externalizante (es decir, a nivel conductual, académico/escolar, etc.) en aquellos menores que previamente habían sido testigos de violencia entre sus padres. Otros autores (Fariña, Arce, Seijo y Novo, 2010) diferencian los efectos de la exposición a violencia doméstica en los hijos a nivel físico, psicoemocional y conductual. En cualquier caso, se ha observado la necesidad de operativizar adecuadamente esta variable de manera que se pueda estimar su impacto atendiendo a otras variables mediadoras o moderadoras que, asociadas a la exposición pueden influir en el impacto ésta sobre los menores, tales como, el género, la edad, el estado psicoemocional de la madre, el tipo de violencia, así como también, su frecuencia e intensidad, las características personales del niño, el tiempo que se ha prolongado esta situación, la relación con el agresor, los estilos parentales, o incluso la disponibilidad de una red de apoyo social (Alcántara, 2010; Carracedo, Fariña y Seijo, 2011; Fariña et al., 2010; Fariña, Seijo y Vilariño, 2012; Kinard, 2004).

Atendiendo a estas líneas de investigación, el presente trabajo tiene por objeto analizar los efectos de la exposición a situaciones de violencia familiar en los niños tomando en consideración el autoinforme de los menores, así como la información referenciada por sus madres.

Método

Participantes

Este estudio se ha llevado a cabo con una muestra de 114 menores. Entre ellos, 37 han sido expuestos en algún momento de su vida a violencia en el ámbito familiar y 77 no han experimentado esta circunstancia. Los participantes cuentan con edades comprendidas entre los 6 y los 15 años. En cuanto al género, la muestra está formada por 52 varones (45,6%) y 62 mujeres (54,4%).

Instrumentos

Para evaluar el estado psicoemocional y conductual se utilizó el *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes/BASC* (Reynolds y Kamphaus, 2004). Concretamente se aplicó a los participantes la modalidad autoinformada correspondiente a su nivel de edad (BASC-S2). Además se solicitó a las madres que cumplimentaran la versión para progenitores (BASC-P2).

Procedimiento

El desarrollo de este estudio contó con la colaboración de pediatras de atención primaria quienes detectan a las familias invitándolas a participar en el estudio cuando cumplen los criterios de inclusión. De aceptar, se procede a cumplimentar los correspondientes consentimientos informados y a contactar con el equipo de investigación, procediendo a la recogida de datos a través de entrevistas semiestructuradas individualizadas para cada caso.

Diseño y análisis de datos

Este estudio se concreta en un diseño cuasi experimental. Se tuvo en cuenta la variable tipo de familia distribuida en dos niveles en función de si se trataba de una familia con violencia entre los progenitores o de si era una familia intacta (sin violencia conocida). Se ejecutó ANOVA de un factor, una vez comprobados los requerimientos en cuanto a la ejecución del mismo, a través de los tests Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene.

Resultados

Los resultados a través de la evaluación autoinformada indican que los menores testigos de violencia familiar presentan un mayor índice de estrés social, y una menor capacidad de relaciones interpersonales, peores relaciones con los progenitores y peor ajuste personal, en comparación con los que no han presenciado esta circunstancia.

Tabla 1. Comparación de medias en el BASC-S2 modalidad autoinformada en función de la presencia de violencia.

Variable	F	p	M _{con violencia}	M _{sin violencia}
Actitud negativa hacia el colegio	0,456	0,499	2,72	2,38
Actitud negativa hacia los profesores	0,52	0,474	2,08	1,77
Atipicidad	0,38	0,548	3	2,66
Locus de control	1,2	0,276	5,62	4,84
Estrés social	3,42	0,067	3,66	2,63
Ansiedad	0,9	0,769	7,11	6,84

Depresión	2,41	0,123	3,16	2,26
Sentido de incapacidad	2	0,160	3,5	2,77
Relaciones interpersonales	6,39	0,013	7,22	8,15
Relaciones con los padres	10,59	0,002	9,44	10,36
Autoestima	1,15	0,285	5,33	5,57
Confianza en sí mismo	1,45	0,230	9	9,5
Desajuste clínico	1,22	0,271	141,48	150,47
Desajuste escolar	1,52	0,220	114,94	108,97
Ajuste personal	5,91	0,017	186,94	199,97
ISE	0,99	0,320	316,91	304,64
Validez	0,01	0,900	0,27	0,26
Índice F	4,64	0,033	1,69	0,93
ICR	6,66	0,011	6,80	3,21
PTR	6,57	0,012	74,48	80,40

gl (1,141).

Nota. $M_{con\ violencia}$ =Media del grupo con violencia entre los progenitores; $M_{sin\ violencia}$ =Media del grupo sin violencia

Por otra parte, las madres consideran que los participantes que han sido testigos de violencia familiar presentan más trastornos externalizantes (agresividad, problemas de conducta) e internalizantes (depresión), a la vez que, menores habilidades adaptativas, en comparación con aquellos menores que no han vivido esta experiencia. Estos datos constatan una mayor presencia de sintomatología clínica en niños que han sido testigos de violencia en ámbito familiar.

Tabla 2. Comparación de medias en el BASC-P2 referenciado por las madres en función de la presencia de violencia.

<i>Variable</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M_{con violencia}</i>	<i>M_{sin violencia}</i>
agresividad	10,07	0,002	9,88	7,2
hiperactividad	5,78	0,018	10,97	8,56
problemas de conducta	5,12	0,026	5,08	3,58
problemas de atención	2,18	0,142	10,68	9,35
atipicidad	2,35	0,128	5,64	4,8
depresión	5,65	0,019	8,65	6,48
ansiedad	0,35	0,553	7,65	7,26
retraimiento	0,29	0,866	5,17	5,04
adaptabilidad	18,98	0,000	7,37	3,68
somatización	1,408	0,238	14,42	15,47
habilidades sociales	3,129	0,80	24,26	26,64
liderazgo	1,70	0,195	14,28	15,71
exteriorizar problemas	9,75	0,002	164,6	145,71
interiorizar problemas	11,88	0,001	168,05	148,50
habilidades adaptativas	3,89	0,051	128,05	138,83
ISC	8,62	0,004	329,97	303,21
Índice F	0,41	0,520	0,97	4,41
ICR	7,60	0,007	5,88	4,42
PTR	1,24	0,268	48,17	50,52

gl (1,141).

Nota. $M_{con\ violencia}$ =Media del grupo con violencia entre los progenitores; $M_{sin\ violencia}$ =Media del grupo sin violencia

Conclusiones

Se han de señalar algunas de las limitaciones metodológicas que han de ser tenidas en cuenta para futuros trabajos. En primer lugar, parece necesario incrementar la muestra con la que contamos, pero también introducir en el análisis de los datos

algunas de las variables o factores mediadores presentes en la literatura científica (Alcántara, 2010; Fariña et al., 2010; Kinard, 2004); como por ejemplo las características de la violencia o la duración de la exposición.

A tenor de los resultados presentados, podemos establecer diferencias en el estado psicoemocional y conductual entre los hijos testigos de violencia en la pareja y aquellos que nunca han vivido esta situación. Así, los menores expuestos a violencia en el ámbito familiar tienden a sufrir estrés asociado a las relaciones y contextos sociales; dificultades en las relaciones interpersonales e, incluso, familiares y un menor ajuste personal. Asimismo, el discurso de las madres sustenta las alteraciones psicosociales evidenciadas por los menores. Concretamente, éstas informan sobre problemas de conducta y agresividad que, a su vez, se asocian con dificultades para la adaptación y sintomatología depresiva. Precisamente, estudios recientes (Alcántara, 2010; Luzón, Ramos, Saboya y Peña, 2011) coinciden en la presencia de depresión, problemas de relación y comportamiento (tales como búsqueda de atención, agresividad, etc.) en estos menores. Según Howell y Graham-Bermann (2011), la reactividad psicobiológica que produce el estrés ante un evento traumático (como bien puede ser la violencia familiar) es responsable de los problemas internalizantes y externalizantes que los hijos manifiestan. Desde el punto de vista de estas autoras, el miedo y la ira que produce esta situación desencadena sentimientos de indefensión, ansiedad y depresión que acaban deteriorando la autoestima de los niños. Esta desregularización psicoemocional podría explicar, además, la ausencia de empatía, dificultades para la interpretación del lenguaje social y los problemas de conducta ligados a este contexto.

Además se ha de destacar la presencia de sintomatología clínica en menores que han sido testigos de violencia familiar en algún momento de su vida. Una vez más, estos resultados evidencian el riesgo que supone para los menores el hecho de convivir con la violencia en el ámbito familiar (Fariña et al., 2010; Osofsky, 1995; Patró y Limiñana, 2005). Más aún, cuando los hijos siguen siendo a día de hoy víctimas invisibles de la violencia en la pareja y de su tratamiento social y político (Defensor del Menor de Andalucía, 2012; Osofsky, 1995). Es decir, la perspectiva subsidiaria instaurada en la Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género no ofrece una respuesta eficaz a las demandas de los hijos en estas circunstancias; aumentando así su indefensión. Como hemos visto, este planteamiento no es suficiente cuando hablamos de experiencias traumáticas como la que nos ocupa; dado que, la sintomatología clínica asociada debe ser tratada a tiempo para evitar futuras alteraciones en la edad adulta, así como, la transmisión intergeneracional. Así, estos resultados avalan la necesidad de que los menores que han sido testigos de violencia de género reciban el mismo nivel de asistencia que las víctimas directas (Orjuela, Perdices, Plaza y Tovar, 2008; Sepúlveda, 2006). En este sentido, resulta de sumo interés, y en la línea que plantean Fariña, Arce y Seijo (2009) diseñar intervenciones atendiendo a la evaluación específica que permita determinar el impacto real de la exposición a violencia familiar en cada menor; así como también, sus necesidades y potencialidades no sólo individuales, sino también, familiares.

Agradecimientos

Este trabajo se encuentra enmarcado dentro del Proyecto de Investigación “La ruptura parental como factor de estrés tóxico en la infancia. Evaluación del impacto en el estado

de salud física y mental de los niños (IRPES)” financiado por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria 2012 (Referencia: PI12/00604)

Referencias

- Alcántara, V. (2010). *Las víctimas invisibles. Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Murcia.
- American Academy of Pediatrics (2010). Intimate Partner Violence: The Role of the Pediatrician. *Pediatrics*, 125, 1094-1100.
- Carracedo, S., Fariña, F. y Seijo, D. (2011). Evaluación del estado psicoemocional en menores testigos de violencia de género. En R. González-Cabanach, A. Valle, R. Arce y F. Fariña (Eds.), *Psicología y Salud* (pp. 181-194). Coruña: Psicoeduca.
- Defensor del Menor de Andalucía (2012). *Menores expuestos a violencia de género: víctimas con identidad propia*. Descargado el 16 de Mayo de 2013 de: http://www.defensordelmenordeandalucia.es/sites/default/files/menores-expuestos-violencia-genero/files/assets/downloads/Menores_expuestos.pdf
- Edleson, J. (1999). Children witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 839-870.
- Fariña, F., Arce, R. y Seijo, D. (2009). Programa de ayuda a hijos que han vivido violencia familiar. En F. Fariña, R. Arce, y G. Buela, (Eds.) *Violencia de género. Tratado psicológico y legal* (pp. 250-265). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fariña, F., Arce, R., Seijo, D. y Novo, M. (2010). *Prevención e intervención en violencia de género*. Santiago de Compostela: Nino.
- Fariña, F., Seijo, D. y Vilariño, M. (2012). Percepción parental sobre el estado conductual de los hijos: divorcio de los padres y conflicto. En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comps.), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 474-477). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Grych, J.H., Raynor, S.R. y Fosco, G.M. (2004). Family processes that shape the impact interparental conflict on adolescents. *Development and Psychopathology*, 16, 649-665.
- Howell, K. y Graham-Bermann, S.A. (2011). The multiple impacts of intimate partner violence on preschool children. En S.A. Graham-Bermann y A. Lenvendosky (Eds.), *How intimate partner violence affects children. Development research, case studies and evidence-based intervention* (pp. 87-107). Washintong: American Psychological Association.
- Kinard, E. M. (2004). Methodological issues in assessing the effects of maltratement characteristics on behavioral adjustment in maltrated children. *Journal of Family Violence*, 19, 303-318.
- Kitzmann, K., Gaylord, N., Holt, A. y Kenny, E. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 339-352.
- Luzón, J.M., Ramos, E., Saboya, P.R. y Peña, E.M. (2011). *Andalucía Detecta: Impacto de la exposición a violencia de género en menores*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, Junta de Andalucía.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Macroencuesta de violencia de género 2011*. [En Red http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf] consultado el 12 de julio de 2013.
- Orjuela, L., Perdices, A.J., Plaza, M. y Tovar, M. (2008). *Manual de atención a niños y niñas víctimas de la violencia de género en el ámbito familiar*. Descargado el 24 de abril de 2010 de: http://www.savethechildren.es/ver_doc.php?id=76.
- Osofsky, J. D. (1995). Children who witness domestic violence: The invisible victims. *Social Policy Report*, 9, 1-16.
- Patró, R. y Limiñana, R.M. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en los hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21, 11-17.

- Sani, A.I. (2007). Las consecuencias de la violencia interparental en la infancia. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera, y F. Tolosa (Eds.). *Psicología Jurídica. Violencia y víctimas* (pp.13-21). Valencia: Diputación de Valencia.
- Sepúlveda, A. (2006). *La violencia de género como causa de maltrato infantil*. Descargado el 15 de noviembre de 2011 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/11.pdf>

DÉFICITS COGNITIVOS EN LA NEUROACANTOCITOSIS TIPO SÍNDROME DE MCLEOD. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Elena Domínguez-Perandones, María Díaz-Medina, Francisco Gómez-Holgado, Thais López-Moreno y Blanca Quintana-Saiz

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España

Resumen

Antecedentes: El síndrome de McLeod, perteneciente al grupo de las neuroacantocitosis, es una alteración multisistémica poco descrita, ligada al cromosoma X, que además de suponer un compromiso hematológico y neuromuscular, afecta al sistema nervioso central, resultando en el desarrollo de trastornos del movimiento, síntomas psicopatológicos y déficits cognitivos de perfil preferentemente fronto-subcortical. Determinar el perfil neuropsicológico de un paciente afectado por este síndrome podría contribuir a paliar el lento desarrollo del conocimiento y presumible infradiagnóstico de una enfermedad de la cual, desde su descubrimiento a mediados del pasado siglo, se han descrito únicamente alrededor de 150 casos. **Método:** 1) Exploración neuropsicológica de un caso con diagnóstico de fenotipo de síndrome de McLeod pendiente de confirmación genética. 2) Revisión de la historia clínica y de las pruebas de neuroimagen. 3) Revisión de la bibliografía sobre el componente neurológico central del síndrome. **Resultados:** La exploración neuropsicológica halló alteraciones de mayor o menor gravedad en prácticamente todas las áreas evaluadas, revelando en especial un importante déficit disejecutivo. Así mismo, se hallaron signos de sintomatología obsesivoide, afectiva, y conductual. **Conclusiones:** El síndrome de McLeod es una entidad patológica derivada de una mutación del gen *XK*, que se expresa, entre otros, en forma de lesión de los circuitos cortico-estriato-corticales. Esta alteración dará lugar a un deterioro neuropsicológico de perfil fronto-subcortical que cursará principalmente con un déficit disejecutivo; con alteraciones del comportamiento y de la motivación; y, hasta en un ochenta por ciento de los casos, con trastornos neuropsiquiátricos de diversa gravedad.

Palabras clave: Circuito frontoestriado, disfunción ejecutiva, Gen *XK*, neuroacantocitosis, núcleo estriado, Síndrome de McLeod.

COGNITIVE DEFICITS IN MCLEOD NEUROACANTHOCYTOSIS. A CASE STUDY AND A REVIEW OF THE LITERATURE

Abstract

Background: McLeod syndrome, belonging to the group of the neuroacanthocytosis syndromes, is a multisystem disorder shortly described, linked to the X chromosome, which in addition to assume a compromise hematologic and neuromuscular, affects the central nervous system, resulting in the development of movement disorders, psychopathological symptoms and cognitive deficits of preferably frontal-subcortical profile. Determine the neuropsychological profile of a patient affected by this syndrome could help alleviate the slow development of knowledge and presumable under-diagnosis of a disease which, since its discovery in the middle of the last century, has been described only around 150 cases. **Method:** 1) Neuropsychological assessment of a diagnosed case of McLeod phenotype (genetic confirmation pending). 2) Review of the case history and the neuroimaging studies. 3) Review of the literature on the

central neurological component of the syndrome. **Results:** The neuropsychological examination found alterations of greater or lesser severity in virtually all the areas evaluated, revealing in particular an important dysexecutive syndrome. Likewise, it found signs of affective, behavioural, and obsessive-like symptoms. **Conclusions:** McLeod syndrome is a pathological entity derived from a mutation of the XK gene, which is expressed, among others, in the form of injury to the cortico-striatal circuits. This alteration will lead to a neuropsychological dysfunction of frontal-subcortical type, which will mainly present a dysexecutive deficit, behavioural and motivation changes, and, up to eighty percent of the cases, neuropsychiatric disorders of various severities.

Keywords: Fronto striatal pathway, dysexecutive syndrome. XK gene, neuroacanthocytosis, corpus striatum. McLeod Syndrome.

Introducción

Las neuroacantocitosis (NA) son un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas caracterizadas por la presencia de más de un tres por ciento de acantocitos en sangre; una elevación de la enzima CPK, responsable de la miopatía típica de esta condición (Jung, 2004; Witt et al., 1992); y una neurodegeneración progresiva, principalmente gangliobasilar (Walterfang et al., 2011).

Uno de los trastornos incluidos en la entidad es el Síndrome de McLeod, ampliamente estudiado por los neurólogos Hans Jung (Hospital Universitario de Zúrich) y Adrian Danek (Universidad Ludwig-Maximilians de Múnich). Este síndrome, constituye una alteración multisistémica ligada al cromosoma X, que, entre otros, afecta al sistema nervioso central y resulta en el desarrollo de trastornos del movimiento, síntomas psicopatológicos y déficits cognitivos de perfil preferentemente subcortical (Jung, Danek y Walker, 2011; Miranda et al., 2011).

El objetivo de esta revisión bibliográfica es determinar la existencia o ausencia de neuropsicopatología en un paciente afectado por este síndrome, para contribuir a paliar el lento desarrollo del conocimiento y presumible infradiagnóstico de una enfermedad de la cual, desde su descubrimiento a mediados del pasado siglo, se han descrito únicamente alrededor de 150 casos.

Método

Participante

Varón de 28 años, tratado en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid por haber presentado, entre septiembre y diciembre de 2011, dos crisis cólicas nocturnas y, al menos, otra diurna.

Antecedentes personales somáticos, psicopatológicos y neuropsicopatológicos:

- Historia de torpeza motora con caídas y fracturas frecuentes.
- En los últimos años, sobrecarga muscular al caminar cierta distancia.
- Esteatohepatitis no alcohólica.
- A los 15 años, estado de ánimo depresivo tras el fallecimiento de su padre.
- A los 22 años, hipotimia sin filiar que el paciente relaciona con los atentados terroristas del 11 de marzo de 2004 en Madrid (aunque reconoce que ningún conocido suyo se vio afectado por los ataques).

- Hacia los 20-22 años, “cambio de personalidad”: se vuelve más apático y falto de iniciativa y motivación (se aísla y pierde casi por completo su antigua red social); impulsivo ante tareas manipulativas, mientras que encuentra dificultades en la toma de decisiones de tipo cognitivo; rasgos obsesivoides; puerilidad en el contacto interpersonal.
- Actualmente, en tratamiento psicológico y psiquiátrico privados.
- “Despistes frecuentes”.
- Fallos esporádicos de memoria a largo plazo.

Antecedentes familiares

- Dos tíos maternos se suicidaron con 19 y 67 años. En el primer caso, el desencadenante se desconoce; en el segundo, los familiares refieren sintomatología depresiva sin diagnosticar.
- Prima hermana materna, con crisis convulsivas desde los tres años.

Exploración médica

- Polineuropatía sensitivomotora axonal subclínica.
- Miopatía con CPK elevada.
- Anemia hemolítica compensada, con acantocitosis.
- Corea leve.
- Presencia de un 20% de acantocitos en el test de provocación de los mismos (valor normal < 6.3%).
- El SPECT cerebral DaT-scan, revela una pérdida de receptores presinápticos dopaminérgicos en el estriado derecho y, de forma incipiente, en el putamen posterior izquierdo. En el SPECT de perfusión cerebral no se aprecian signos de hipoperfusión frontal.
- El inmunofenotipo del grupo Kell es confuso.

Todos estos hallazgos conducen a un diagnóstico de Fenotipo de Síndrome de McLeod pendiente de confirmación genética.

Instrumentos

- Prueba Perceptiva y de Atención Toulouse Pièron (TP; Toulouse, Pièron y Pando, 2004): evalúa atención sostenida y agudeza perceptiva, con una fiabilidad aceptable de 0,774 ($p \leq 0,01$), una buena consistencia interna y una validez suficiente.
- *Trail Making Test A y B* (TMT A y B; Reitan, 1992): mide la atención visual sostenida, flexibilidad mental y habilidad grafomotora. Presenta una fiabilidad test-retest de 0.64 para la parte A, y de 0,72 para la parte B. Su validez de contenido y de constructo es buena, mientras que la de criterio es más limitada.
- Test de Barcelona (Peña-Casanova, 1991): subtests de praxias. Exploran la capacidad de realización de gestos simbólicos, secuenciales y de imitación. Presenta una fiabilidad test-retest alta, con un índice de correlación intraclase de entre 0,79 y 0,92, y una excelente fiabilidad interevaluador, de 0,99. Su validez de criterio en relación con la escala ADAS-Cog, es también muy elevada,
- Test WAIS-III (Weschler, 2001): subtest de Cubos (fiabilidad = 0,90), evalúa organización perceptual y visuomotora ; Vocabulario (fiabilidad = 0,90), mide desarrollo del lenguaje y comprensión verbal; Dígitos (fiabilidad = 0,89),

explora atención y memoria inmediata y a corto plazo; Matrices (fiabilidad de 0,85), mide razonamiento fluido; y Clave de Números (fiabilidad = 0,82), que evalúa aprendizaje asociativo y destreza visuomotora. El WAIS-III presenta una alta validez concurrente (0,82) con la prueba *Stanford-Binet*.

- Test de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth (Rey, 2003): explora capacidad visuoesquemática y memoria visual, con altos índices de fiabilidad interevaluador (entre 0,80 y 0,99). Su validez convergente con el *Rey Auditory-Verbal Test* (RAVLT) es de entre 0,36 y 0,42 para las distintas tareas.
- Test Guestráltico Visomotor de Bender (TGVB; Bender, 1985): realiza un *screening* de daño orgánico en adultos, mediante la copia de nueve figuras geométricas. La consistencia interna es superior a 0,80, mientras que el acuerdo interevaluadores en la muestra total es superior a 0,85.
- Test de Aprendizaje verbal España-Complutense (TAVEC; Benedet y Aleixandre, 1998): evalúa detalladamente las habilidades de aprendizaje y el estado del sistema de memoria. Presenta una consistencia interna de entre 0,80 y 0,94.
- Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST; Heaton, 2001): valora la función ejecutiva, especialmente la flexibilidad cognitiva. Posee una elevada fiabilidad intraevaluador e interevaluador (entre 0,75 y 0,96), y presenta una alta validez para la detección de déficit en funciones ejecutivas en pacientes con TCE.
- *Test de Stroop* (Golden, 1999): evalúa la atención dividida y la resistencia a la interferencia, con una fiabilidad test-retest de 0,90; 0,83 y 0,91 para cada parte de la prueba. En cuanto a la validez, presenta correlaciones significativas con otras medidas que evalúan constructos similares.
- Test del Mapa del Zoo 1 y 2 (BADS; Alderman et al., 1996): realiza una evaluación ecológica del síndrome disejecutivo. Su estabilidad test-retest es poco firme. Respecto a la validez de constructo, estos tests presentan una adecuada sensibilidad al daño cerebral, más que a las dificultades ejecutivas.
- Test de Fluidez Verbal (FAS; Benton, Hamsher y Sivan, 1983): mide funciones ejecutivas y, en particular, flexibilidad cognitiva. Los índices de fiabilidad hallados para este test oscilan entre 0,40 y 0,84; y su validez de diseño es elevada.
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2; Hathaway y McKinley, 1989): evalúa personalidad y sintomatología psicopatológica, con unos índices de consistencia interna de las distintas subescalas que oscilan entre 0,31 y 0,90.

Procedimiento

- 1) Día 1: Entrevista neuropsicológica clínica (1 hora).
- 2) Día 2: Aplicación de pruebas complementarias (1,5 horas).
- 3) Día 3: Aplicación de pruebas complementarias (continuación) (1,5 horas).

Diseño

Caso único.

Resultados

- Atención (T-P; TMT): Consciente y orientado en las tres esferas. Leves problemas de temporalización. Amplitud atencional auditivo-verbal media-baja. Atención sostenida conservada (percentil 50). Importantes dificultades en atención alternante (percentil 10-25) y selectiva (percentil 20).
- Percepción y praxias (Figura compleja de Rey; subtest de praxias del test de Barcelona): Leve déficit visuomotor. Organización perceptiva y planificación espacial, conservadas. Praxias motoras, sin alteración.
- Lenguaje (Observación; Vocabulario WAIS-III): Discurso fluido, no afásico, sintácticamente correcto. Comprensión verbal preservada. Habla levemente disártrica que en ocasiones dificulta la comprensión. Rendimiento medio en Vocabulario.
- Memoria (Dígitos WAIS-III; Figura de Rey; TGVB; TAVEC): Notable menoscabo de la memoria visual inmediata (centil 10-25), y a corto y a largo plazo (ambos, centil < 30). Memoria auditivo verbal inmediata, de trabajo y a largo plazo, también deficitarias.
- Funciones ejecutivas (WCST; Stroop; Test del Zoo; FAS): Potencial de razonamiento analógico y serial, medio-bajo. Velocidad de procesamiento, muy afectada; flexibilidad cognitiva, disminuida. Dificultades para la planificación y ejecución seriada de una acción.
- Aspectos emocionales y personalidad (MMPI-2): Estilo de pensamiento obsesivo; sentimientos de depresión o infelicidad; pensamientos inusuales (relacionados con los contenidos obsesivos); dificultades para pensar con claridad.
- Conducta (Observación): Tics fonatorios, muecas esporádicas, y sutiles movimientos coreiformes en hombros. En ocasiones, comportamiento pueril en consulta.

Discusión

A mediados del siglo pasado, una búsqueda rutinaria de nuevos anticuerpos en alumnos de la Universidad de Harvard, condujo al descubrimiento de una variante sanguínea desconocida: el estudiante Hugh McLeod presentaba una baja expresión de los antígenos del sistema de Kell en los glóbulos rojos. Más adelante se identificarían otras características propias de este fenotipo, como la acantocitosis, la hemolisis, la hepatomegalia, la esplenomegalia o la patología muscular (Danek et al., 2001).

Desde entonces se han descrito únicamente alrededor de 150 casos en todo el mundo (Jung, Danek, Dobson-Stone y Lee, 2007), razón por la cual el desarrollo del conocimiento sobre esta enfermedad ha sido lento. No obstante, paulatinamente, los datos disponibles han ido en aumento, conduciendo así a una reducción del presumible infradiagnóstico del síndrome e incluso, por ejemplo, al postulado de nuevas teorías acerca de su padecimiento por parte de personajes históricos como Enrique VIII (1491-1547). En este sentido, la clínica del síndrome de McLeod y su heredabilidad ha sido comparada desde la bioarqueología con los síntomas sufridos por el rey tudor a partir de su cuarta década de vida: múltiples problemas físicos; debilidad muscular descrita; cambio significativo de personalidad (Keynes, 2005); paranoia; ansiedad; deterioro cognitivo; y, fundamentalmente, un muy elevado número de abortos y muertes neonatales en los embarazos de las esposas del rey. Así, únicamente el primer embarazo de Ana Bolena se desarrolló sin complicaciones y dio lugar a una niña sana (el cuerpo de la madre no habría desarrollado aún anticuerpos contra los antígenos Kell del feto); los dos restantes resultaron en abortos al sexto o séptimo mes. En cuanto a Catalina de

Aragón, de sus seis embarazos, sólo sobrevivió una niña, María Tudor. (Banks Whitley y Kramer, 2010).

El desconocimiento que rodea esta enfermedad, es semejante al de las otras clases de neuroacantocitosis; condición que engloba un tipo de trastornos que cursan con manifestaciones neurológicas, psicopatológicas, y hematológicas (acantocitos en sangre -eritrocitos espiculados-). Entre ellos, encontramos cuatro grupos de alteraciones (Walterfang et al., 2011):

1. Síndromes NA centrales.
2. Trastornos degenerativos donde en ocasiones se observa acantocitosis.
3. Trastornos discinéticos paroxísticos.
4. Trastornos con niveles reducidos de lipoproteínas en sangre, asociados con ataxia y signos sensoriales periféricos pero sin trastornos motores.

En los tres primeros grupos, donde la corea es el síntoma neurológico por excelencia (aún pudiendo aparecer también distonías, parkinsonismos o tics), los ganglios basales se encuentran invariablemente afectados. Estos núcleos subcorticales de sustancia gris (estriado -núcleo caudado y putamen-, globo pálido, núcleos subtalámicos, sustancia negra y núcleo accumbens) se unen a las áreas de asociación corticales a través de múltiples circuitos que parecen verse dañados indiscriminadamente en los trastornos que cursan con deterioro de los ganglios basales. De ahí que en este tipo de afecciones aparezca, como en el caso que presentamos, una combinación de síntomas cognitivos, motores y emocionales derivados de la lesión de los cinco principales circuitos cortico-estriato-corticales (Walterfang et al., 2011).

El síndrome de McLeod (dentro de los síndromes NA centrales) está causado por la mutación del gen XK, responsable de la producción del antígeno Kell (una proteína específica de la superficie de los eritrocitos) y, como consecuencia, se observará una expresión débil de tal antígeno en los glóbulos rojos de los sujetos afectados de esta condición (Jung, 2004; Danek et al., 2001; Miranda et al., 2006; Walterfang et al., 2011).

La proteína XK, codificada por el gen del mismo nombre, se une a la proteína Kell formando un complejo XK/Kell de función desconocida pero que, según la información disponible hasta el momento, se expresaría, entre otros, en el tejido cardíaco, el muscular y el cerebral (Miranda et al., 2006; Walterfang et al., 2011). En este último, se ha descrito, como ya indicamos, una pérdida neuronal en los ganglios basales (más acusada en el estriado) donde, además de evidenciarse una pronunciada atrofia, se ha observado, como en nuestro caso (Figura 1), una capacidad de fijación reducida de los receptores D2 (relacionada con los trastornos motores) y una baja absorción de glucosa, tanto en pacientes sintomáticos como en presintomáticos (Jung, Danek, Dobson-Stone y Lee, 2007; Leenders y Jung, 2008). La merma neuronal basal y el hipometabolismo en el estriado traen como consecuencia directa una caída de la transmisión frontoestriatal y, por ende, del funcionamiento frontal (Oechsner, Buchert, Beyer y Danek, 2001; Walterfang et al., 2011).

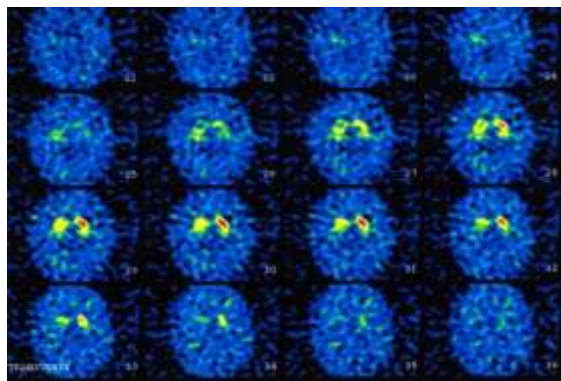


Figura 1. Tomografía SPECT cerebral con ^{123}I -ioflupano (DaT-scan) que muestra una pérdida de los receptores presinápticos dopaminérgicos estriatales en el estriado derecho y, de forma incipiente en el putamen posterior izquierdo.

Sin embargo, algunos estudios sugieren (Walterfang et al., 2011; Rinne et al., 1994) que, al contrario que en los ganglios basales, esta disfunción frontal no tiene, como se observa en la neuroimagen de nuestro paciente (Figura 2), un correlato en forma de pérdida neuronal cortical, sino que se limita, según decíamos, a cambios funcionales.

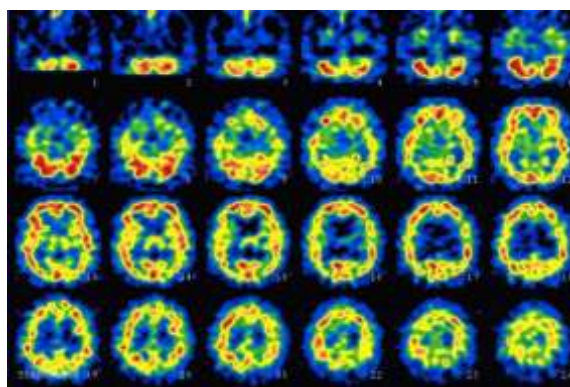


Figura 2. Tomografía SPECT de perfusión cerebral, que muestra una distribución heterogénea inespecífica del radiotrazador $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -HMPAO. No se aprecian signos de hipoperfusión frontal.

Se observa entonces, que el síndrome de McLeod presentará un perfil de déficit neuropsicológico preferentemente fronto-subcortical, derivado del daño en tres circuitos (fronto-estriato-frontal; frontal-globo pálido-frontal + fronto-nigro-frontal; y fronto-subtalámico-frontal) y caracterizado por un patrón de predominio disejecutivo, junto con una velocidad de procesamiento de la información notablemente disminuida; alteraciones mnésicas más importantes en recuerdo libre que en reconocimiento; disfunción visuoperceptiva leve; disartria inicial; marcha anormal; sintomatología depresiva; importante apatía; e insight preservado (Mega y Cummings, 1994).

En este mismo sentido, si desde una perspectiva teórica desglosáramos los déficits por circuitos, la interrupción del circuito dorsolateral-prefrontal (hasta la cabeza dorsal del núcleo caudado), resultaría en alteraciones disejecutivas del tipo de las halladas en nuestro caso: problemas para la planificación; rigidez cognitiva; y déficit de atención sostenida. La interrupción del circuito orbitofrontal (hasta el núcleo caudado ventromedial) daría lugar a una desinhibición conductual y a un pobre juicio social,

patentes en nuestro paciente en la forma de un comportamiento pueril e infantilizado. Y, finalmente, el daño en el circuito cingulado anterior (hasta el caudado ventromedial y al putamen) se ha relacionado con la apatía y falta de iniciativa descritas también en el caso que nos ocupa, así como con una reducción del habla espontánea y del movimiento (Walterfang et al., 2011).

Por otro lado, no hay que olvidar que más del 80% de los casos de síndrome de McLeod presentarán trastornos neuropsiquiátricos en algún momento de la enfermedad (generalmente precediendo a la irrupción del deterioro motor y cognitivo). Así, como ocurre en nuestro paciente, no es extraña la aparición de síntomas depresivos, impulsividad, cambios de personalidad, rasgos obsesivoides o dificultades para la introspección; pero tampoco es inusual el surgimiento de otros trastornos menos comunes, como las psicosis del espectro esquizofrénico o el trastorno obsesivo-compulsivo (Jung, Danek, Dobson-Stone y Lee, 2007; Jung, Danek y Walker, 2011; Walterfang et al., 2011).

Referencias

- Alderman, N., Burgess, P.W., Emslie, H., Evans, J.J., Wilson, B.A. y Chamberlain, E. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)*. Flempton: Thames Valley Test.
- Banks Whitley, C. y Kramer, K. (2010). A new explanation for the reproductive woes and midlife decline of Henry VIII. *The Historical Journal*, 53, 827-848.
- Bender, L. (1985). *Test Guestáltico Visomotor de Bender*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Benedet, M.J. y Aleixandre, M.A. (1998). *Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Benton, A.L., Hamsher, S.K. y Sivan, A.B. (1983). *Multilingual aphasia examination (2a. ed.)*. Iowa City: AJA Associates.
- Danek, A., Rubio, J.P., Rampoldi, L., Ho, M., Dobson-Stone, C., Tison, F., Symmans, W.A., Oechsner, M., Kalckreuth, W., Watt, J.M., Corbett, A.J., Hamdalla, H.H., Marshall, A.G., Sutton, I., Dotti, M.T., Malandrini, A., Walker, R.H., Daniels, G. y Monaco, A.P. (2001). McLeod neuroacanthocytosis: genotype and phenotype. *Annals of Neurology*, 50, 755-764.
- Golden, C.J. (1999). *Test de colores y palabras (Stroop)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1989). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Heaton, R.K. (2001). *Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin: WCST manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Jung, H.H. (2004). McLeod Syndrome: A clinical review. En A. Danek (Ed.), *Neuroacanthocytosis Syndromes* (pp. 45-53). Dordrecht: Springer.
- Jung, H.H., Danek, A., Dobson-Stone, C. y Lee, S. (2007). McLeod Neuroacanthocytosis Syndrome. En R.A. Pagon, T.D. Bird, C.R. Dolan y K. Stephens (Eds.), *Gene Reviews [Internet]*. Seattle (WA): University of Washington, Seattle.
- Jung, H.H., Danek, A. y Walker, R.H. (2011). Neuroacanthocytosis Syndromes. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 6, 68.
- Keynes, M. (2005). The personality and health of King Henry VIII (1491-1547). *Journal of Medical Biography*, 13, 174-183.
- Leenders, K.L. y Jung, H.H. (2008). Functional Imaging in Neuroacanthocytosis. En R.H. Walker, S. Saiki y A. Danek (Eds.), *Neuroacanthocytosis Syndromes II*. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Mega, M.S. y Cummings, J.L. (1994). Frontal-subcortical circuits and neuropsychiatric disorders. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 6, 358-370.

- Miranda, M., Castiglioni, C., Regonesi, C., Aravena, P., Villagra, L., Quiroz, A., Merino, R. y Mena, I. (2006). Síndrome de McLeod: Compromiso multisistémico asociado a neuroacantocitosis ligada al cromosoma X, en una familia chilena. *Revista Médica de Chile*, 134, 1436-1442.
- Oechsner, M., Buchert, R., Beyer, W. y Danek A. (2001). Reduction of striatal glucose metabolism in McLeod choreoacanthocytosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 70, 517-520.
- Peña-Casanova, J. (1991). *Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Test Barcelona. Manual*. Barcelona: Masson, 1991.
- Reitan, R.M. (1992). *Trail Making Test: Manual for administration and scoring*. Tucson: Reitan Neuropsychology Laboratory.
- Rey, A. (2003). *Test de copia y reproducción de memoria de figuras geométricas complejas (Rey) (9a. ed.)*. Madrid : TEA Ediciones.
- Rinne, J.O., Daniel, S.E., Scaravilli, F., Pires, M., Harding, A.E. y Marsden, C.D. (1994). The neuropathological features of neuroacanthocytosis. *Movement Disorders*, 9, 297-304.
- Toulouse, E., Piéron, H. y Pando, A.C. (2004). *T-P: Toulouse-Piéron: prueba perceptiva y de atención: Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Walker, R.H., Danek, A., Uttner, I., Offner, R., Reid, M. y Lee, S. (2007). McLeod phenotype without the McLeod syndrome. *Transfusion*, 47, 299-305.
- Walterfang, M., Evans, A., Looi, J.C., Jung H.H., Danek, A., Walker, R.H. y Velakoulis, D. (2011). The neuropsychiatry of neuroacanthocytosis syndromes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 1275-1283.
- Weschler, D. (2001). *Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos-III (WAIS-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Witt, T.N., Danek, A., Reiter, M., Heim, M.U., Dirschinger, J. y Olsen, E.G. (1992). McLeod syndrome: a distinct form of neuroacanthocytosis. Report of two cases and literature review with emphasis on neuromuscular manifestations. *Journal of Neurology*, 239, 302-306.

IMPACTO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA NORMALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA JUVENTUD DE HONDURAS

Elena López Maya-Asís

*IUDPAS Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad.
Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras*

Resumen

Antecedentes: Hay un hecho que es fundamental y prioritario tomar como punto de partida en la presente investigación y es que: mujeres independientemente de su nacionalidad, nivel educativo, socioeconómico o edad, comparten la experiencia de discriminación y violencia por género. Cualquier mujer por el mero hecho de serlo, se expone a vivir situaciones de discriminación y violencia en cualquier lugar del mundo. Los medios de comunicación desempeñan un papel muy importante en la conformación de estas representaciones ideológicas y sociales de la Violencia de Género, incluso por delante de otras instancias de socialización como puede ser el grupo de iguales, la comunidad, o la escuela. **Método:** Generalmente trabajamos en el tratamiento con mujeres víctimas de violencia de género, pero ¿sería posible trabajar en prevención de violencia de género con grupos de jóvenes utilizando medios de comunicación como instrumento? **Resultados:** Tras investigar este hecho con grupos de jóvenes en Honduras, la respuesta es un sí rotundo. Se demuestra el impacto nocivo de los medios de comunicación en la conformación de creencias y estereotipos de género, y como un trabajo en prevención puede generar un cambio en las percepciones y estereotipos asimilados por los/as jóvenes. **Conclusiones:** No sólo es posible, sino que podemos trabajar utilizando en nuestro favor los medios de comunicación para evitar el riesgo de padecer violencia de género en la etapa adulta o el hecho de ser agresor, además de los trastornos derivados de estos hechos.

Palabras claves: juventud, medios de comunicación, violencia de género, prevención, intervención.

IMPACT OF THE MEDIA ON THE NORMALIZATION OF GENDER VIOLENCE IN THE YOUTH OF HONDURAS

Abstract

Background: There is a fact that is fundamental and must be taken as a priority as a starting point in this investigation and it is that: women regardless of their nationality, educational level, socio economic status, or age, they share the experience of gender discrimination and violence. Any woman by the mere fact of being one, they are living exposed to situations of discrimination and violence anywhere in the world. The media plays an important role in shaping these ideological and social representations of gender violence, even ahead of other socialization such as peer groups, community, or school. **Method:** We generally work in treating women victims of domestic violence, but would it be possible to work in gender violence prevention with youth groups using media as a tool? **Results:** After investigating this fact with youth groups in Honduras, the answer is a big “yes”. We demonstrate the harmful impact of media in shaping beliefs and gender stereotypes, and how a work in prevention can make a difference in the perceptions and stereotypes assimilated by young men / women. **Conclusions:** It is possible, but we can work in our favor using the media to avoid the risk of

domestic violence in adulthood or the fact of being a perpetrator, also the disorders resulting from these facts.

Key Words: Youth, media, gender violence prevention, intervention.

Introducción

Haciendo la vista atrás, en 1994, tiene lugar la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer, la que conocemos popularmente como Belén Do Para. Esta convención contenía para todos aquellos estados miembros que fueron signatarios de la misma, recomendaciones específicas que los estados deberían respetar. Una de ellas hace mención de forma explícita a los medios de comunicación: "Convocar a los medios de comunicación a elaborar directrices adecuadas de difusión que contribuyan a erradicar este problema" (Belem Do Para, 1995).

En lo que se refiere a Legislación Nacional en Honduras contamos con la Política Nacional de la Mujer, que contiene el II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras. En su eje dos refiere: "Promoción, protección y garantía del derecho de las mujeres, niñas y adolescentes a la paz y a una vida libre de violencia" (II Piegh, 2010-2022). En ese eje incluiríamos a los medios de comunicación, puesto que ellos pueden hacer promoción de campañas en contra de la violencia de género y erradicar el lenguaje sexista o la invisibilización de la víctima en las noticias.

En los últimos años asistimos a una inclusión de la temática de violencia contra las mujeres en los medios de comunicación. Este hecho ha tenido consecuencias positivas como la denuncia social de la situación de las mujeres en el País o la visibilización del problema, aunque todo esto puede ser contraproducente si el enfoque no es el adecuado.

Para la presente investigación vamos a entender por Violencia de Género contra las mujeres la definición de Marcela Lagarde: "La conducta que incluye cualquier agresión física, psicológica, sexual, patrimonial, económica o feminicida dirigida contra ellas por el hecho de serlo. Es un tipo de violencia que se produce en un esquema de poderes desiguales, que busca someter y controlar a las mujeres, que las daña y lesiona, y que transgrede sus derechos humanos. De esta manera, el sistema androcéntrico que establece y naturaliza jerarquías entre las mujeres y los hombres, designando al hombre como el sujeto de poder y autoridad y a la mujer como el objeto de sometimiento, discrimina y al mismo tiempo violenta sus derechos humanos" (Vega, 2009).

Método

Objetivo general

Confirmar la hipótesis sobre la influencia de los medios de comunicación en la normalización de la violencia de género entre la juventud en Honduras

Participantes

Las participantes son 20 chicas de Honduras con edades comprendidas entre 15 y 18 años divididas en dos grupos aleatorios de trabajo diferenciados. Además se utilizó un grupo mixto previo de 15 sujetos para evaluar la validez de los materiales de los

talleres a implementar, sobre todo en lo referente a la tropicalización del lenguaje y factores similares.

Materiales/instrumentos

Se utilizó el cuestionario “¿Tenés una relación potencialmente violenta?” (Centro de Derechos de Mujeres de Honduras, 2010) ya que recoge ítems similares al cuestionario CUVINO, (Rodríguez-Franco et al., 2010), pero adaptado al lenguaje hondureño. Las preguntas del cuestionario eran las siguientes:

- ¿Tiene un temperamento explosivo, nunca se sabe cuándo va a estallar?
- ¿Por momentos se vuelve extremadamente celoso o te acusa frecuentemente de engañarlo con otros chavos?
- ¿Te critica continuamente tu forma de ser o de relacionarte con otra gente?
- ¿Te critica y hasta te prohíbe el uso de alguna ropa o de maquillaje?
- ¿Te llama constantemente al celular, revisa tus mensajes, llamadas o tu correo electrónico?
- ¿Te engaña o te amenaza con engañarte con otra chava?
- ¿Critica o menosprecia a tus amigos/as y/o tu familia?
- ¿Él toma todas las decisiones sobre qué hacer, adonde ir o con quien salir?
- ¿Pega, pateo, empuja o tira cosas?

También se aplicó un cuestionario sobre medios de comunicación elaborado para los talleres a raíz de las conclusiones obtenidas en el grupo inicial que contenía las siguientes preguntas:

- ¿Qué revistas destinadas a chicas jóvenes lee o consulta normalmente?
- Enumere las series de televisión que ve normalmente
- Enumere los programas que sigue habitualmente por televisión.
- Enumere tres películas que ha visto en este último año.
- Enumere sus grupos musicales favoritos.
- Anote 4 canciones que escuche últimamente.
- ¿Cree que la música, la revista y la prensa influye en las diferencias entre hombre y mujeres? ¿Por qué?

Diseño y procedimiento

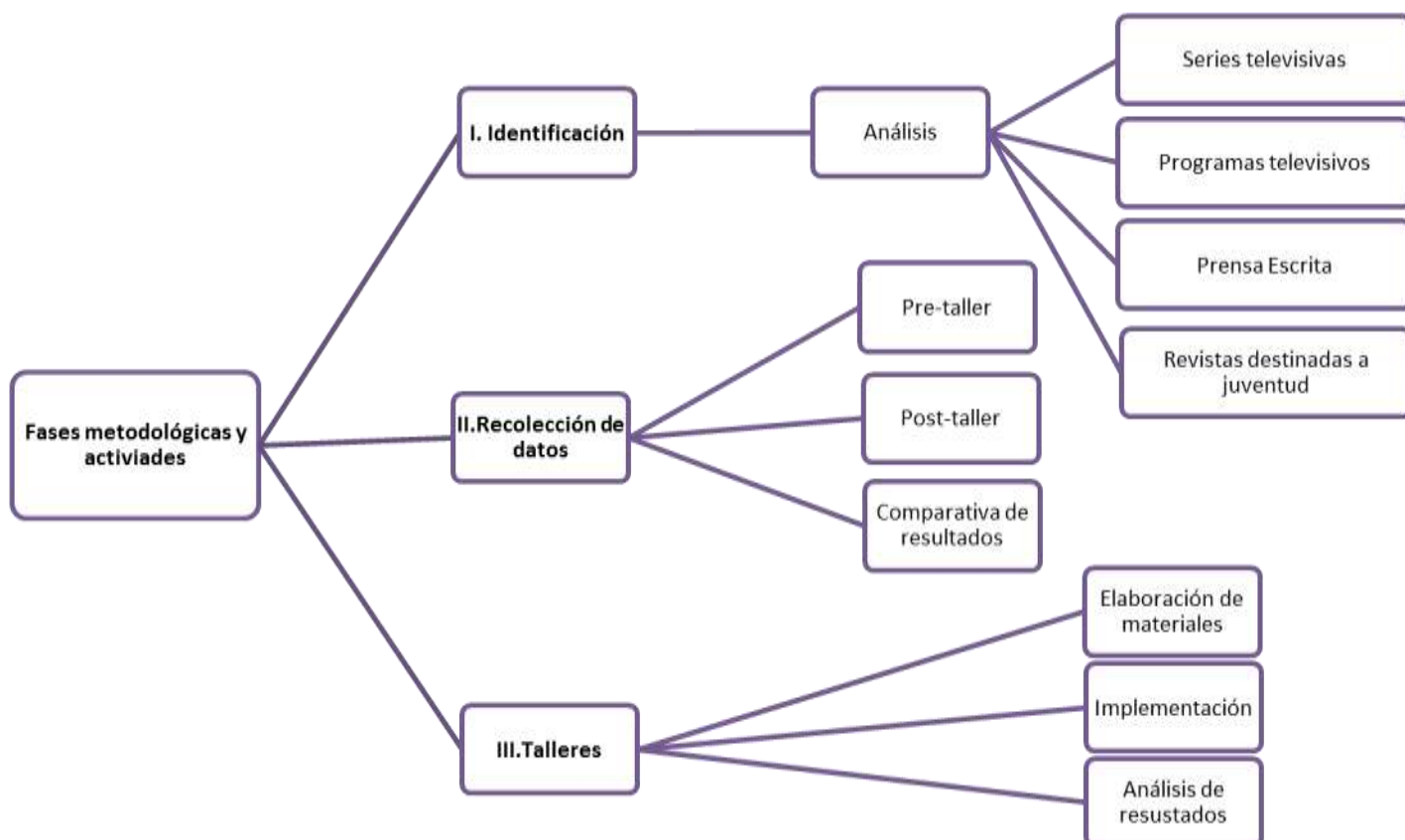
La estrategia metodológica utilizada consta de varias fases: identificación, recolección de datos, ejecución de los talleres de sensibilización, desarrollo y evaluación de resultados. Cada fase disponía de actividades específicas (Gráfica 1).

1. Identificación: Consistió en una identificación exhaustiva de la forma en que los medios de comunicación (de forma concreta prensa y televisión) representan la violencia contra las mujeres y sus formas particulares en Honduras.
2. Recolección de datos: Se procedió a la aplicación de una encuesta sobre violencia en el noviazgo (Centro de derechos de mujeres de Honduras, 2010) en el grupo de chicas, para determinar el conocimiento sobre conceptos referidos a violencia contra las mujeres. También se administró un cuestionario cualitativo, sobre percepciones de la influencia de los medios de comunicación en la normalización de la violencia.
3. Talleres de prevención y sensibilización con el grupo de trabajo: En los talleres se abordaron conceptos básicos como sexo, género, relaciones de poder, ¿qué es violencia de género?, tipos de violencia, presencia de violencia de género en los medios de comunicación y formas de prevención de la violencia de género.

4. Desarrollo: La investigación se llevó a cabo por medio de tres grupos diferentes. En el primer grupo se impartió el taller a un grupo mixto de chicas y chicos jóvenes, con la finalidad de validar los materiales de trabajo así como las cuestas a administrar.

Tras la evaluación de este grupo, se readecuaron algunas actividades y dinámicas de trabajo así como el vocabulario utilizado en materiales escritos, con el fin de adaptarlo a la realidad juvenil en Honduras.

Con los materiales ya elaborados se llevaron a cabo dos talleres, uno tuvo lugar con un grupo de 12 chicas en Tegucigalpa y el segundo en el Municipio de Ojojona con un grupo de 8 chicas que se estaban formando en la Escuela Taller del Municipio.



Gráfica 1. Fases metodológicas y actividades.

Resultados

Se administró a los grupos de trabajo el cuestionario de Violencia en el noviazgo cuestionario (Centro de derechos de mujeres de Honduras, 2010). Podemos observar los resultados obtenidos en el Gráfico 2. Resulta significativo que las preguntas con más respuestas afirmativas sean las que hacen referencia a los factores de violencia psicológica y de control.

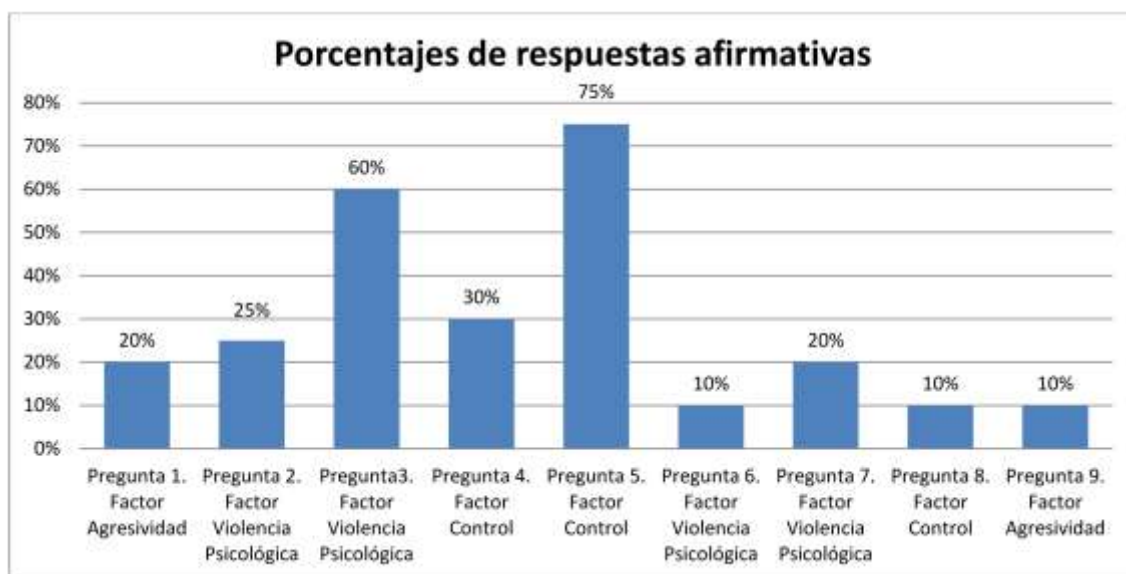


Gráfico 2. Respuestas obtenidas al cuestionario de “Violencia en el Noviazgo” Centro de Derechos de las Mujeres. Honduras.

Los resultados de respuestas afirmativas según cada factor se presentan en el Gráfico 3. Sin duda la violencia psicológica y el control, son los dos principales factores de riesgo en un inicio de relación que pueden predisponer a una situación de violencia. La violencia psicológica comienza a incidir en la autoestima de las personas que la sufren, haciéndose más vulnerables a situaciones de control.

Análisis de respuestas según factores



Gráfico 3. Análisis de respuestas según factores.

En relación al trabajo sobre la influencia de los medios de comunicación, la música y el cine en la perpetuación de roles machistas, observamos respuestas significativas en los datos recopilados. Se administró a los grupos de trabajo un

Cuestionario de Percepciones Sobre Medios de Comunicación. En el mismo, existían preguntas que hacían referencia a sus aficiones musicales, literarias y cinematográficas.

Los resultados de la pregunta 5 de dicho cuestionario, “Enumere sus grupos musicales favoritos”, reflejaron que, de entre los géneros musicales favoritos de los grupos, el 100% de las chicas escuchaban reggaetón.

Estos datos se consideraron altamente significativos, por tratarse del 100% de las personas encuestadas, pero además tras la ejecución del taller, y el trabajo de búsqueda de películas, revistas y canciones con contenido sexista, ese mismo género musical fue el seleccionado como el de peor influencia en cuanto a contenido sexistas, machistas y perpetuadores de roles tradicionales de género.

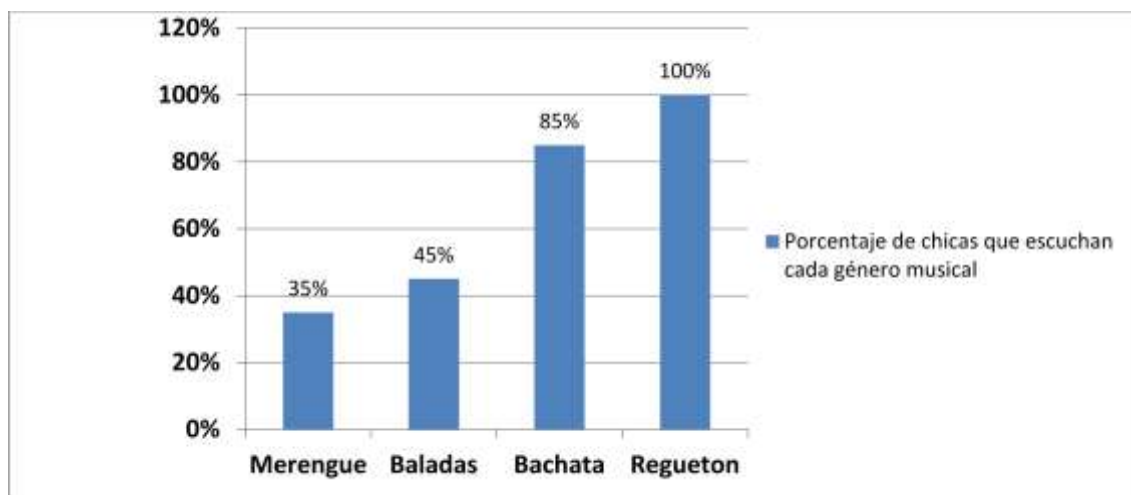


Gráfico 4. Porcentaje de chicas que escuchan cada género musical.

Otro de los datos más significativos, fue el encontrado en las percepciones de los grupos de jóvenes en cuanto a la creencia de la influencia de los medios de comunicación en la perpetuación de las diferencias entre hombres y mujeres.

En las gráficas se presentan datos cuantitativos pre (Gráfico 5) y post taller (Gráfico 6). Los datos presentados son resultados de la pregunta 7 del Cuestionario de Percepciones Sobre Medios de Comunicación: ¿Cree que la música, las revistas y la prensa influyen en las diferencias entre hombres y mujeres? ¿Por qué? Como podemos observar al inicio de los talleres solo el 5% del total de los grupos con los que se trabajó consideraron que los medios de comunicación tenían algún tipo de influencia sobre las diferencias entre hombres y mujeres. Tras la ejecución de los talleres, los resultados cambian de forma muy significativa, pasando a obtener un 100% de respuestas afirmativas a la misma pregunta.



Gráficos 5 y 6. Resultados pre taller y post taller.

En cuanto a los datos cualitativos reflejaron, que tras la ejecución post taller, el 100% de las chicas con las que se trabajó eran capaces de identificar situaciones concretas de discriminación, perpetuación de roles de género, y sexismo en las canciones seleccionadas, así como en el material impreso de revistas, prensa y demás medios de comunicación. De entre las respuestas más significativas destacaba un gran porcentaje que enumeraban el reflejo de la mujer como objeto de deseo o como instrumento para vender diversos productos.

Conclusiones

Sin duda tras la investigación y con los datos recogidos podemos confirmar la hipótesis inicial que daba origen a la presente investigación: “los medios de comunicación (prensa y tv) influyen en la normalización de la violencia de género en la juventud en Honduras”. De las gráficas y explicaciones presentadas podemos destacar las siguientes conclusiones:

- La juventud dispone de un fácil acceso a los distintos medios de comunicación y estos a su vez se consideran fundamentales en el proceso de socialización de los y las adolescentes.
- Los distintos medios de comunicación reflejan y perpetúan los roles tradicionales de género en anuncios, programas e imágenes mostradas en prensa y televisión.
- La inmersión que sufrimos hoy día de los medios de comunicación hace imposible que seamos ajenas a este bombardeo de información, lo que genera que normalicemos este tipo de mensajes, asimilándolos como propio.
- La normalización de esta situación de violencia en los medios nos lleva a la desconexión y a la falta de conciencia para poder ser críticas con los medios que nos rodean.
- Existe en el grupo de chicas evaluado una falta de sensibilización con temáticas de género que dificulta aún más el poder darse cuenta de la situación que viven.
- Un alto porcentaje de relaciones de noviazgo presentan signos de alerta en violencia de género.
- El grupo evaluado detecta los signos de alarma, como procesos normalizados en sus relaciones de pareja.
- Tras los talleres desarrollados existen cambios notables en las percepciones del grupo evaluado en cuanto a las situaciones de violencia en la pareja, así como a la influencia de los medios de comunicación en ese sentido.

- Incluso las campañas supuestamente a favor de la prevención pueden ser contrarias al fin último que persiguen.

Recomendaciones

A raíz de las conclusiones extraídas y los resultados de la investigación se han redactado recomendaciones en dos sentidos (ver Tabla 1).

Tabla 1. Recomendaciones.

A MEDIOS DE COMUNICACIÓN	PERSONAL RESPONSABLES CON JUVENTUD(PADRES, MADRES, EDUCADORES/AS...ETC)
Realizar un abordaje adecuado del tema recordando que la violencia de género cruza todo estrato económico, nivel social o cultural.	Adquirir conocimientos para detectar tempranamente posibles situaciones de violencia machista.
Huir del sensacionalismo y la frivolidad, evitando las descripciones detalladas en exceso, las imágenes escabrosas e impactantes, las fotos de las mujeres cada vez que publican un femicidio en la prensa, puesto que eso producen más dolor a las víctimas y a sus allegados y además genera en la sociedad una normalización de los hechos sucedidos.	Trabajar en prevención con juventud, educando en detección precoz de signos de alerta y en reconocimiento de mensajes nocivos procedentes de medios de comunicación.
Respetar el derecho a la intimidad, si publican información de mujeres víctimas o de lugares que las albergan como son las Casas Refugio y Centros de Atención Integral para la Mujer del País, de los que no deberían publicar, videos, fotografías ni ubicación de donde se encuentran.	Sensibilizar a grupos de jóvenes e incidir en la importancia de la elección de los materiales audiovisuales que consumen.
Utilizar un lenguaje no sexista, e inclusivo y que se encamine a la no degradación de las mujeres.	Favorecer un proceso de reflexión en la juventud sobre el impacto que tiene en cada uno/a de ellos/as la prensa, televisión, cine y música que les rodea habitualmente
Prohibir publicidad o cualquier espacio comunicativo en el que se use el cuerpo de la mujer como instrumento para publicidad o reclamo de un público concertó.	Dotar a la juventud de las estrategias necesarias para poder identificar mensajes nocivos que encuentran a diario en prensa, televisión, cine y música.

Referencias

- Belem Do Para (1995). *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención Belem Do Para". Decreto N. 72-95.* Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf
- Centro de Derechos de Mujeres de Honduras (2010). *“¿Tenés una relación potencialmente violenta?”*. Manuscrito no publicado.
- II Piegh (2010-2022). *Política Nacional de la Mujer. II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras.* Disponible en http://www.tse.hn/web/documentos/equidad_y_genero/ii%20piegh.pdf
- Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J., Rodríguez, F., Bringas, C., Antuña, M.A. y Estrada, C. (2010). Validación del cuestionario de violencia entre novios CUVINO en Jóvenes

hispanohablantes. Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 45-52.

Vega, A. (2009). La influencia de los medios de comunicación en la representación social de la violencia de género contra las mujeres y las niñas. *E-compós, Brasília*, 12. Recuperado de <http://www.compos.org.br/seer/index.php/e-compos/article/viewFile/370/333>

PREDICTABLE VARIABLES OF VIOLENT COMMUNICATION IN THE COUPLE

Enrique Armas-Vargas

Universidad de La Laguna, Spain

Abstract

The absence of skills to resolve problems is a risk factor in studies of domestic violence. To evaluate violent communication in the couple it is essential to consider the view of each party, as this will permit the study of the capacity of both parties in the couple to resolve problems. This bi-directional analysis of the patterns or styles of communication helps to detect control, dominating and submission tactics, central in this study to the components of psychological violence in couples. For this purpose, the author of this work designed the *Patterns of Communication and Resolution of Conflict in Couples Questionnaire* (CPC-RC-Couples) which tries to measure two styles of communication in couples: a *positive style* (of constructive opening) and a *negative style* (of destructive closure) with two forms (A and B). Each member of the couple evaluates themselves (Form A) and evaluates the other (Form B). Each form consists of 50 items that are scored from 1 to 4 on a Likert-type scale and evaluate six patterns of communication. The sample was formed of 215 adults from Tenerife (normal population). 49% men and 51% women. ($M_{age} = 37$ years; $SD = 7.5$). The age range was between 26 and 50 years. The style of negative communication (of destructive closure) correlated negatively with empathy, guilt, assertiveness, privacy and self-control when lying. This “violent” communication is associated positively with personal self-deception, self-criticism, distrust, lack of sensitivity towards others, showing fear of rejection and criticism, and personal insecurity. It is also associated with not admitting to others that one has lied. As we can see, this style of negative communication is associated with psychological maladjustment.

Keywords: Communication in the couple, violence, personality, lying, response bias.

Introduction

The line of research centres on styles of family communication between parents and children, favouring and extending research of the dynamics and functioning of the couple (Ritchie and Fitzpatrick, 1990). Fitzpatrick (1988), one of the most notable authors in the field of communication in the couple, has focussed on the evaluation of reciprocity and the degree of agreement with respect to the style used by and perceived by each member of the couple. She points out that the couple does not always perceive or interpret the same patterns or forms in which they communicate, generating numerous conflicts. This author suggests that the use of “power” in a marital relationship is also a source of conflict. This author defines “power” as the capacity to produce the desired effects in the behaviour and emotions of the couple. For his part, Peterson (1983) contributes as the origin of conflict in the couple, among other motives, the “avoidance of speaking about the problem” and “domination”, where the “stronger” member of the couple imposes themselves, and the other submits.

The data that we have had up until now suggest that when explaining violence in the context of an intimate relationship, individual variables are important, but that other variables corresponding to relational style are of much greater importance, in other

words, we must take both members of the couple into account (bi-directional perspective). Cáceres and Cáceres (2006) suggest that the capacity to reach a consensus on agreements is associated with a lower degree of violence in the couple.

It is vital to consider the point of view of both members of the couple as it enables information to be contrasted; it permits the communication skills and each member of the couple's capacity to resolve conflicts to be studied. Bi-directional analysis of the communication patterns/styles permits us to detect control, dominating and submission tactics, that is, the components of psychological violence in the couple (Armas-Vargas, 2012c).

One of the instruments to carry out said bi-directional analysis is the *Patterns of Communication and Resolution of Conflicts in the Couple Questionnaire* (CPC-RC-Couple) designed by the author of this work. This instrument attempts to measure the styles of communication within the couple: a *positive style* (of constructive opening) and a *negative style* (of destructive closure). Each pattern of communication plays an important role in the positive and negative styles. The participation and combination of each one of the patterns of communication in the matter of communication determines the possible success or failure of communication between the couple (Armas-Vargas, 2011, 2012c).

Method

Participants

The sample was formed of 215 adults from Tenerife (normal population). 49% men and 51% women. ($M_{age} = 37$ years; $SD = 7.5$). The age range was from 26 to 50 years. 43.7% were single, 56.3% married.

Procedure

The participants were informed of the objectives and methodology of the study, and their prior consent was obtained. Data collection was effected by means of third-party verification, assuring the anonymity of results to prevent the identification of the participants.

Instruments

- Patterns of Communication and Resolution of Conflicts in the Couple Questionnaire (CPC-RC-Couple; Armas-Vargas, 2011, 2012c). The CPC-RC-Couple permits us to evaluate the perception of the styles of communication in the couple, by means of two forms: A and B. Form A of the questionnaire evaluates the communicative performance of the couple, that is, the perception of oneself in communication with one's partner. Form B, the person evaluates their partner, that is, how they perceive that their partner communicates with them. Each form consists of 50 items that are scored from 1 to 4 on a Likert-type scale. One of the objectives of the author of the test is to measure two styles of communication: a *positive style* (of constructive-opening) and a *negative style* (of destructive-closure).

The test evaluates six factors of communication on each form (A and B): *Excluding/Imposing*; *Resolving/Reasoning*; *Involving/Integrating*; *Explaining*; *Active Listening/Allowing to Speak*; *Difficulty in reaching Agreements*. The

explained total variance of the CPC-RC-Couple test (Form A) was = 54%. The total reliability of the test was $\alpha = 0.91$.

- *ATRAMIC* (Armas-Vargas, 2012a, 2012b, 2012d; Armas-Vargas and García-Medina, 2009). *ATRAMIC* is a multi-factorial test of personality measurements, created initially to evaluate self-deception and lying behaviour. The test comprises two parts, A and B. Form A consists of 193 items and Form B, 30 items. The explained variance and internal consistency (Cronbach's Alpha) for each factor are cited Armas-Vargas and García-Medina (2009).

Form A evaluates 21 factors: 5 factors of Predisposition to Lying (*Self-Deception, Self-Regulation when Lying, Failure to Make Adjustments when Lying, Not Confessing a Lie and Social Desirability*); 13 orectic personality variables (*Fear of Rejection and Criticism, Assertiveness, Hyper-control, Control, Extreme Caution, Selective Privacy, Insecurity, Distrust, Guilt, Self-Criticism, Empathy, Lack of Sensitivity and Consequential Thinking*); 3 scales of response bias control (*Sincerity, Emotional Self-Devaluation and Cognitive Self-Devaluation*). Total reliability for Form A, $\alpha = 0.91$.

Form B evaluates 3 attitudinal scales for the use of deception and lying (*Concealment, Rejection and Acceptance*), explained variance 39% and total reliability $\alpha = 0.75$.

- The Hostility Inventory (BDHI; Buss and Durkee, 1957), was factorised by Armas-Vargas and García-Medina (2012) with a heterogeneous sample of 850 adults. These authors included the MMPI-2 L Scale as a means to monitor response bias in the test.

The first sub-questionnaire (BDHI-A) covers 4 factors: Hostility (distrust and resentment; 12%, $\alpha = 0.82$), L Scale (9.5%, $\alpha = 0.72$), Verbal Aggression (6.1%, $\alpha = 0.50$), Containment of Verbal Aggression (5%, $\alpha = 0.50$). The explained variance was 32.6%. The total reliability was of the BDHI-A sub-questionnaire was $\alpha = 0.80$.

The second sub-questionnaire (BDHI-B): Physical Aggression (14%, $\alpha = 0.82$), Anger (8.5%, $\alpha = 0.70$), L Scale (8.3%, $\alpha = 0.72$), Avoidance of Physical Aggression (6.2%, $\alpha = 0.58$). The explained variance was 37%. The total reliability of the BDHI-B sub-questionnaire was $\alpha = 0.78$. The total reliability of the BDHI (A-B) test was $\alpha = 0.86$.

- Dominating and Jealous Tactics Scale (Kasian and Painter, 1992). The test evaluates two forms of psychological violence in couples using 11 items. It consists of two sub-scales: Dominating Tactics (7 items) and Jealous Tactics (4 items) for each of the forms of perpetration and victimisation.

González-Lozano (2008) with a sample of 5,355 adolescent Spanish people, obtained a reliability of 0.87 for the whole scale. The indices of reliability for each of the sub-scales were: *Dominating Tactics*, for perpetration and victimisation ($\alpha = 0.67$ and $\alpha = 0.70$, respectively) and *Jealous Tactics*, for perpetration and victimisation ($\alpha = 0.73$ and $\alpha = 0.77$, respectively). In this work, we used the instrument translated and adapted by González-Lozano (2008).

Results

The data that appear in Table 1 significantly support the convergent validity for the combination of variables for the “Excluding and Imposing Communication” factor of the CPC-RC-Couple with the variables of the ATRAMIC questionnaire.

People who recognise that their communication with their partner shows a negative style of communication (of destructive closure) are associated with personality characteristics related to emotional, interpersonal and social maladjustment. We have noticed this with female victims of domestic violence (Armas-Vargas, 2012c, 2012d).

Table 1. Correlations of the factors “Excluding and Imposing Communication” (CPC-RC-Couple), with the Personality and Predisposition to Lie Questionnaire (ATRAMIC) ($N = 215$; $n = 110$ women, $n = 105$ men).

		ATRAMIC				
<i>CPC-RC- Couple (Form A)</i>	<i>Self- Deception</i>	<i>Not Confessing Lies</i>	<i>Self-Control when Lying</i>	<i>Empathy</i>	<i>Distrust</i>	<i>Guilt</i>
Excluding and Imposing Communication	0.37 ***	0.32 ***	-0.13 *	-0.30 ***	0.26 ***	-0.14 *
Significance: * = $p \leq 0.05$; ** = $p \leq 0.01$; *** = $p \leq 0.001$						

		ATRAMIC				
<i>CPC-RC- Couple (Form A)</i>	<i>Lack of Sensitivity</i>	<i>Self-Criticism</i>	<i>Assertiveness</i>	<i>Fear of Rejection or Criticism</i>	<i>Selective Privacy</i>	<i>Insecurity</i>
Excluding and Imposing Communication	0.19 **	0.28 ***	-0.20 **	0.40 ***	-0.29 ***	0.17 **
Significance: * = $p \leq 0.05$; ** = $p \leq 0.01$; *** = $p \leq 0.001$						

		ATRAMIC		
<i>CPC-RC- Couple (Form A)</i>	<i>Social Desirability</i>	<i>Sincerity</i>	<i>Emotional Self- Devaluation</i>	<i>Cognitive Self- Devaluation</i>
Excluding and Imposing Communication	-0.19 **	0.38 ***	0.30 ***	0.16 *
Significance: * = $p \leq 0.05$; ** = $p \leq 0.01$; *** = $p \leq 0.001$.				

People who show a socially desirable or positive image of themselves do not tend to recognise a negative style of communication within the couple. This means that they do not recognise that they: do not listen, avoid dialogue; do not look for solutions to conflicts; do not try to reach agreements or make the possibility of an agreement more difficult; exclude the other from communication; neither get involved in nor express emotions; neither give explanations nor argue about anything which causes disagreement; try to impose their point of view or decision.

On the other hand, people who show sincerity or who emotionally self-devalue themselves, show less socially desirable behaviour (ATRAMIC Social Desirability) and greater defensiveness (BDHI L Scale). The data found up until now reveal that owning up to having lied is not a simple task. Lying carries with it a certain dose of self-deception that helps us to disguise the truth, avoid suffering and doing ourselves damage. This adaptive strategy permits us to keep the lie hidden. To own up in front of others (after having lied) means, therefore, having to face up to certain personal phobias related to the fear of feeling rejected or criticised (Armas-Vargas, 2012a, 2012b).

In Table 2, we see that there is a negative relationship between the L Scale (Defensiveness) and Excluding and Imposing Communication. Butcher and Williams (1992) suggest that higher L Scale scores generally also tend to affect responses to

clinical scale items, giving a profile that undervalues the number and degree of problems that a subject may have. This attempt to offer a favourable and idealised image of themselves could suggest a defensive profile in their responses, in the sense of hiding certain information about their personalities or interpersonal circumstances. In this case, people who score highly on this scale also tend to recognise less hostility in communication in the relationship.

Table 2. Correlations of the factors “Excluding and Imposing Communication” (CPC-RC-Couple), and Hostility Inventory (BDHI-L Scale) ($N = 215$; $n = 110$ women, $n = 105$ men).

CPC-RC- Couple (Form A)	L Scale (BDHI)	BDHI					
		Verbal Aggression	Containing Verbal Aggression	Hostility	Anger	Avoidance of Physical Aggression	Physical Aggression
Excluding and Imposing Communication	- 0.15 *	0.09	0.03	0.30 ***	0.30 ***	-0.15 *	0.23 ***

Significance: * = $p \leq 0.05$; ** = $p \leq 0.01$; *** = $p \leq 0.001$

The data that appear in Table 3, those people who tend to recognise the absence of communication and interpersonal skills in the couple show that they do use dominating and jealous tactics in said relationship (perpetrator and victim). The “excluding and imposing” style of negative communication could be a risk factor for marital violence.

Table 3. Correlations of the factors “Excluding and Imposing Communication” and Dominating and Jealous Tactics Scale ($N = 215$; $n = 110$ women, $n = 105$ men).

CPC-RC- Couple (Form A)	ATRAMIC			
	Dominating Tactics (Perpetrator)	Dominating Tactics (Victim)	Jealous Tactics (Perpetrator)	Jealous Tactics (Victim)
Excluding and Imposing Communication	0.30 ***	0.26 ***	0.31 ***	0.29 ***

Significance: * = $p \leq 0.05$; ** = $p \leq 0.01$; *** = $p \leq 0.001$

Predictive Validity: Excluding and Dominating Communication (Form A, CPC-RC-Couple)

In Table 4, we see that the variables with a higher predictive power of “Excluding and Imposing Communication” are *Difficulty to Reach Agreements* and a *Lack of Involving and Integrating Communication* in a couple. Other variables that also best predict this negative style in communication are: presenting socially desirable behaviour, lack of empathy, fear of rejection and criticism, and the use of jealous tactics on the part of the perpetrator.

Table 4. Multiple Regression. “Excluding and Imposing Communication” (CPC-RC-Couple)
Dependent Variable.

Multiple R.	R Square	Adjusted R Square	Standard Errors
0.70	0.48	0.46	2.50
Analysis of Variance	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	6	954.46	159.07
Residual	164	1022.25	6.23
$F = 25.52$; Sig. $F = 0.0000$			

Variables in the Equation	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Ease to Reach Agreement (Couple)	- 0.31	0.06	-0.35	-5.40	0.0000
Fear of Rejection or Criticism (ATRAMIC)	0.15	0.04	0.26	4.02	0.0001
Involving/Integrating Communication (Couple)	- 0.28	0.08	-0.23	-3.38	0.0009
Empathy (ATRAMIC)	- 0.15	0.05	-0.20	-3.27	0.0013
Jealous Tactics (Perpetrator)	0.23	0.09	0.15	2.36	0.0191
Social Desirability (ATRAMIC)	0.08	0.03	0.14	2.17	0.0315
(Constant)	23.27	2.78		8.36	0.0000

Discussion/conclusion

In the context of clinical psychological evaluation, it is imperative to evaluate the role played by both members in communication within the couple. Considering the views of both (reciprocity) enables the strategies of control and domination that one person exercises over the other to be studied. In this way, we can glimpse the style that each puts into play, and, thus, we get nearer to an evaluation of the possible consequences or psychological effects on the victim.

Our results are broadly similar to those suggested by Fitzpatrick (1988) and Peterson (1983) regarding the use of power and domination in a couple. We are aware of the emotional and psychological maladjustment that it generates in those who suffer it (Armas-Vargas, 2012c, 2012d; Nolen-Hoeksema, Larson, and Grayson, 1999).

Psychological evaluation must make a serious effort to study the different motives and pressures that lead a person to distort their responses in psychometric tests; especially when it comes to assessing the performance or style of violent communication in the couple. One of the ways to monitor bias in answers when responding to a psychological test is to introduce measurement scales and certain checks for these cognitive and emotional biases. This monitoring is considered a necessary “filter” to enable clinical and forensic experts to make decisions.

References

- Armas-Vargas, E. (2011). Patterns of Communication and Conflict Resolution in the Family: Parent-Child Interaction. In P. García Medina; J.M. Bethencourt Pérez; E. Sola Reche; A. R. Martín Caballero, and E. Armas Vargas (Eds). *Violence and Community Psychology: Psychosocial, Clinical and Legal Aspects*, (pp.157-173). Granada: Comares.
- Armas-Vargas, E. (2012a). ATRAMIC Questionnaire: Personality Evaluation and Lying Behaviour. In R. Quevedo-Blasco and V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *5th International Congress and 10th National Congress of Clinical Psychology. Advances in Clinical*

- Psychology* (pp.658-662). Santander: Spanish Association of Behavioural Psychology (AEPC).
- Armas-Vargas, E. (2012b). ATRAMIC: Personality and Lying. When Owning Up to a Lie Exposes Us to Others. Report presented at the *7th Iberoamerican Congress for Clinical and Health Psychology* (pp.75-76). Cordoba: Iberoamerican Association of Clinical and Health Psychology (APICSA).
- Armas-Vargas, E. (2012c). Communication Styles in the Couple, for Female Victims of Domestic Violence: Relationship with Personality, Depression and Self-Esteem. In P. García-Medina, J.M. Bethencourt-Pérez, A.R. Martín-Caballero and E. Armas-Vargas (Eds.), *Anxiety and Depression: Research and Intervention* (pp. 279-300). Granada: Comares.
- Armas-Vargas, E. (2012d). Criminal Psychological Evaluation of Women Who Report Their Partners for Maltreatment: Depression, Self-Esteem and Response Bias Control. In P. García-Medina, J.M. Bethencourt-Pérez, A.R. Martín-Caballero and E. Armas-Vargas (Eds.), *Anxiety and Depression: Research and Intervention* (pp. 245-267). Granada: Comares.
- Armas-Vargas, E. and García-Medina, P. (2009). ATRAMIC: The Informed Lie. *Annual Review of Legal Psychology. Monograph of Legal Psychology in Iberoamerica*, 19, 125-133.
- Armas-Vargas, E. and García-Medina, P. (2012). Inventory of Hostility and L Scale: Factor Structure. In R. Quevedo-Blasco and V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *5th International Congress and 10th National Congress of Clinical Psychology. Advances in Clinical Psychology* (pp.407-411). Santander: Spanish Association of Behavioural Psychology (AEPC).
- Buss, A.H. and Durkee, A. (1957). An Inventory for Assessing Different Kinds of Hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.
- Butcher, J.N. and Williams, C.L. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Cáceres, A. and Cáceres, J. (2006). Violence in Intimate Relationships in Two Evolutionary Stages. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 271-284.
- Fitzpatrick, M.A. (1988). Between Husbands and Wives, Communication in Relationships. In B. Rubin (Ed.) *Communication Yearbook*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Books.
- González-Lozano, M.P. (2008). *Violence in Dating Relationships of Young Adults and Adolescents in the Community of Madrid*. Unpublished doctoral thesis. Complutense University of Madrid, Madrid.
- Kasian, M. and Painter, S.L. (1992). Frequency and Severity of Psychological Abuse in a Dating Population. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 350-364.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. and Grayson, C. (1999). Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 5, 1061-1072.
- Peterson, D. R. (1983). Conflict. In H.H. Kelley, E. Berscheid, A., Chistensen, J. H., Harvey, T.L., Huston, G., Levinger, E., McClintock, L. A. Peplau and D. R. Peterson (Eds.), *Close Relationship* (pp.360-396). New York: W. H. Freeman.
- Ritchie, L.D and Fitzpatrick, M.A. (1990). Family Communication Patterns. Measurement Intrapersonal Perceptions of Interpersonal Relationships. *Communication Research*, 17, 523-544.

MARTE MEO THERAPY FOR A PRESCHOOL CHILD WITH AGGRESSIVE BEHAVIOR PROBLEMS

Estere Birzina and Kristine Vende

University of Latvia, Riga, Latvia

Abstract

This case study presents the psychological assessment and the treatment of a 4-year-old girl with aggressive behavior problems, especially with failure to resist from engaging in impulsive behaviors that could be harmful to other children. Data concerning the child's externalizing behavior problems was obtained using the Latvian version of the Child Behavior Checklist – Parent Rating Form – ASEBA. Early identification of parent – child interaction difficulties, child maltreatment, ineffective parenting strategies and child's externalizing problems is important as in order to facilitate interventions. The intervention included four Marte Meo individual sessions with video feedback. The technique of video interaction analysis helped to advise the mother in a concrete way on how to support her child and enhance development. Focus was on strengthening mother's capacity for supportive parental behavior. Mother was encouraged and empowered in positive practices. Being sensitive to the parent and taking a collaborative stance was an important aspect of the therapeutic process. This study examined the changes in the child's aggressive behavior and mother – child interaction quality before and after participation in the intervention sessions and after the six months. Video recordings of free play and interaction with mother in a structured situation were analyzed before and after the therapy, after 6 months, and also – after 2 years. Observations of this parent – child dyad indicated that there was an increase in mother's supportive behavior and this appears to be related to the child's aggressive behavior change. This case study is an example of practice-based evidence for the effectiveness of Marte Meo therapy. More respondents and comparison groups are needed for future studies.

Keywords: Marte Meo therapy, preschool child, aggressive behavior, intervention.

Introduction

Social – emotional and behavioral problems are common in childhood. It is known that not only the child's individual factors, but also the quality of parenting and parenting skills, as well as interactions within the family system influence the individual's development (Bradley & Corwyn, 2008; Bronfenbrenner & Evans, 2000). Harsh discipline strategies and coercion lead to negative parent – child interactions and are connected with the child's externalizing behavior (Bradley, Corwyn, Burchinal, McAdoo, & Coll, 2001). Recent studies show that children's maltreatment facilitates aggression (Cullerton – Sen, Cassidy, Murray – Close, Cicchetti, Crik, & Rogosch, 2008). Sometimes parents use ineffective parental management strategies, for example – coercion, inconsistent discipline, criticism and physical punishment. Externalizing problems in preschool-aged children have been demonstrated to be strongly predictive of externalizing problems later in life (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000). Early identification of parent – child interaction difficulties, parental harsh discipline strategies and child's externalizing problems is important in order to facilitate interventions. Once psychologists have identified children who are at risk for

externalizing behavior problems, it is important that they use adequate interventions (Stormont, 2002). Sometimes it is a challenge – to engage the most vulnerable parents from risk families in therapy. Motivation is very important. One of the first tasks is evaluation of the parent – child interaction. We chose the Marte Meo programme for evaluation of parent - child interaction as well as intervention. The Marte Meo concept comes from Latin (Aarts, 2008) and may be translated "on ones's own strength". That means – the parent and child already have the necessary potential for development. The Marte Meo therapist's tasks are - to provide a secure base for the clients, according to Bowlby (1988) and to guide the parent. The Marte Meo concept relies on different theories such as: developmental psychology, social and social – cognitive learning, the ecological psychology and systemic approaches. Marte Meo is an attachment based programme that helps to promote parental sensitivity and to build a supportive dialogue between the child and the parent, according to M. Aarts.

This longitudinal case study presents the psychological assessment and the treatment of a 4-year-old girl with aggressive behavior problems, especially with the failure to resist from engaging in impulsive behaviors which could be harmful to other children.

The aim of this study was to examine: a) are there any differences in the child's aggressive behavior before the Marte Meo therapy, after the therapy and after the 6 months, and also – after 2 years; b) are there any differences in mother – child interaction patterns before the Marte Meo therapy, after the therapy and after the 6 months period, and also – after 2 years.

Method

Participants

A 4-year old preschool girl and her mother were selected from the local Social Service's clients. The child had very high scores –85 T scores on externalizing behavior as reported by her mother on the Latvian translation of the Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2001). We also considered several life events – risk factors: the child recently experienced parental divorce, was from a low income family, had experienced emotional and physical abuse.

Measures

Data concerning child's externalizing behavior problems were obtained using the Latvian version (adapted by Skreitule-Pikše, 2010) of the Child Behavior Checklist (CBCL/ 1.5 – 5) – Parent Rating Form – ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2000). For this study we analyzed only data from the Aggressive Behavior scale.

Ratings concerning mother's supportive behavior were obtained using an analysis of videotaped parent – child interactions as instruments for measuring the qualitative changes. Video recordings were coded and analyzed in order to examine the growth of mothers' supportive behavior and more positive interaction moments during the therapy. Video recordings of free play and interaction with mother in the structured situation were analyzed before and after the therapy, after 6 months, and also – after 2 years.

For this longitudinal study there were selected seven important aspects for a natural supportive dialogue between the child and the mother, according to Aarts – the

creator of Marte Meo and based upon a preliminary study (Birzina & Martinsone, 2012):

- (1) Mother seeks to locate the child's focus of attention.
- (2) Mother waits and follows the initiatives of the child and the child's reaction.
- (3) Mother uses warm tones and friendly facial expressions to create a warm atmosphere.
- (4) Mother names the ongoing and forthcoming actions, events, experiences and feelings.
- (5) Mother confirms the child's desired behavior approvingly.
- (6) There are appropriate turn taking and turn dividing processes between mother and her child.
- (7) There are moments of emotional exchange between mother and child.

Aspects from (1) to (5) concern the mother's contribution; aspects (6) and (7) – mother – child interaction. Within a five minute videotaped segment the coder identified all instances when it would have been appropriate for each aspect for a supportive dialogue. The score "1" was given, if in more than 50% of these instances the desirable behavior was observed. The score "0" was given, if in 50% or less than 50% of these instances the desirable behavior was observed.

Procedure

Mother was informed about the nature of the study and the principles of voluntary participation and confidentiality. Testing was carried out individually.

The therapy consisted of two parts: 1) the videotaped assesment; 2) the intervention. An assessment was needed before performing behavior modification. For this the psychologist made a five minute video recording of the daily interaction in a free play situation and a five minute video recording of the child interacting with the parent in a structured situation. Video helped provide insight into the kind of help a child and his mother was needed. The intervention was 4 Marte Meo individual sessions with video feedback. The technique of video interaction analysis helped to advise mother in a concrete way on how to support her child and enhance her development. This analysis led to the reality of the concrete child and her mother. Marte Meo therapist selected the right video clips for the therapy session, those, where the mother demonstrated supportive behavior; and those, that showed a child's needs for a certain type of support, according to Aarts (2008). Focus was on strengthening mother's capacity for supportive parental behavior. At the end of every therapy session mother was given the homework of practicing new type of behavior in daily situations. For the next sessions focus was on moments where new parent's conduct is having positive effect on child's behavior. Mother also was encouraged and empowered in positive practices.

Video recordings before the therapy, after the therapy, after 6 months and after 2 years were analyzed.

Results

Figure 1 presents the changes in mother's ratings of the child's aggressive behavior. Comparing the child's aggressive behavior before the therapy (85 ASEBA T scores) and after the fourth therapy session (67 ASEBA T scores), we can see that there was a decrease in aggressive behavior. The changes remained stable after the 6-months

(60 ASEBA T scores). At the 2 years measurement time we also can see that the positive changes remained stable (65 ASEBA T scores). Figure 2 presents the differences in mother's supportive behavior in the free-play situation.

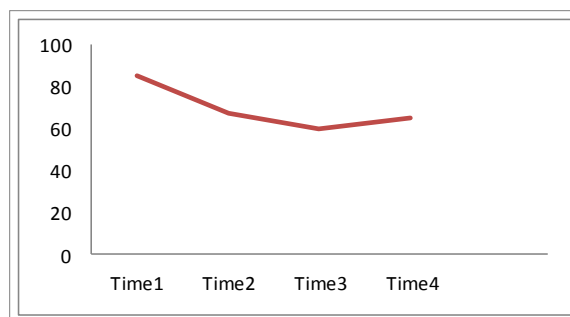


Figure 1. Changes in child's aggressive behavior (ASEBA T scores): 1) ratings before Marte Meo therapy (Time1); 2) after the fourth therapy session (Time2); 3) after the 6 months (Time 3); 4) after 2 years (Time4).

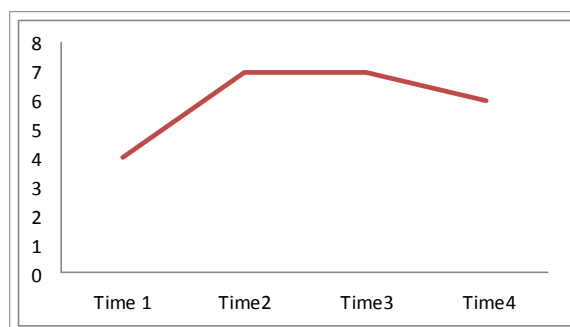


Figure 2. Mother's supportive behavior scores: 1) before the therapy (Time 1); 2) after the fourth therapy session (Time2); 3) after the 6 months (Time 3); 4) after 2 years (Time4); Free – play situations.

The analysis of videotaped material at Time 1 indicated a deficiency of very important parenting aspects: mother didn't confirm the child's desired behavior approvingly; and there were no moments of emotional exchange between mother and her child; there were no turn taking or turn dividing processes between mother and her child. Mother received four points for supportive behavior, because she already engaged in some positive behaviors - she noticed the child's focus of attention, waited and followed the initiatives of the child and the child's reaction, used warm tones and friendly facial expressions to create a warm atmosphere, and named the ongoing and forthcoming actions, events, experiences and feelings. Figure 3 presents the differences in mother's supportive behavior in the structured situations. If we compare the results from Figure 2 to Figure 3, we can see that mother received one point less in the structured situation. If the mother does not wait, then it is not possible for her to identify where the child is focused; and the child does not have enough time for appropriate reaction. From the results which are presented in Figure 2 and in Figure 3 we can see positive changes in mother's supportive behavior after the Marte Meo therapy. After the

6-months period, as well as after 2 years, mother's supportive behavior remained stable. After the therapy the child also showed positive behaviors in structured situations and also in free-play situations. We saw the appropriate turn taking and turn dividing processes between the mother and her child, and also there were moments of emotional exchange between the mother and the child. Internal processes allowing change to occur were possible because they took place in an emotional atmosphere with mutual recognition where the psychologist and parent met each other in a subject-to-subject position, according to Aarts. Being sensitive to the parent, taking a collaborative, not didactic stance, was an important contributor to the therapeutic process.

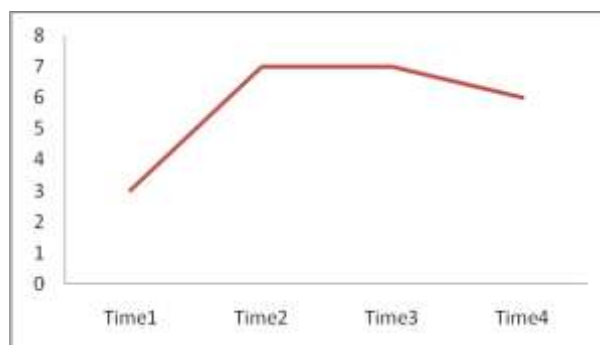


Figure 3. Mother's supportive behavior scores: 1) before the therapy (Time 1); 2) after the fourth therapy session (Time2); 3) after the 6 months (Time 3); 4) after 2 years (Time4); Structured situations.

Discussion and conclusion

These results of the present study show that using both - mother's report about child's behavior and video recordings and analysis of parent - child interactions, Marte Meo therapy is effective in preventing or minimizing preschool child's externalizing behavior. Similar conclusions about other parent training program's effectiveness during the preschool period already have been reported by other researchers (McMahon, 2006; Reid, 1993). There are already many parent training intervention programs that have a strong evidence base. According to McMahon (2006), who summarizes a series of reviews and articles, the most effective programs for improving conduct - problem behavior of preschoolers are five: Helping the Noncompliant Child, the Incredible Years, Parent - Child Interaction Therapy, Parent Management Training - Oregon and Triple P - Positive Parenting Program. Although some researchers suggest that the efficacy of parent training for child behavior change is less for low income and single - parent families, there are other findings that in such cases parent training with individual families may be more efficacious than parent group training (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; McMahon, 2006). Even in cases with serious risk factors, such as parental divorce, experience of emotional and physical abuse, we found a reduction in the child's aggressive behavior. We consider that this is the phenomenon of Marte Meo - the therapist observes and evaluates the interaction between the child and the parent in order to encourage the use of efficient supportive parental behaviors (Aarts, 2008). The Marte Meo therapist considers the influence of the interactions between mother and her child. At the same time the therapist must involve the mother in the therapy process - usually by finding small pieces in the first video recording, where

the mother can see some nice moments of her own positive behavior that helps her to develop her own parenting skills. The mother realizes that positive reinforcement is more effective than punishment. There are some other researchers also who focuses on strengthening and empowering parents by promoting parental competences. According to Barry Carpenter, it is necessary to invest the power in the parents who can then control their relationships with their children. The idea of Carpenter is that a part of the enabling process must be to offer parents the role of researcher (Carpenter, 1997). The meta-analysis by Kaminski, Valle, Filene and Boyle (2008) indicates that the following aspects are crucial for positive outcomes: teaching parents emotional communication skills and positive parent – child interaction skills, and asking parents to practice them with their children. At the Marte Meo video feedback sessions we also do this, but in a non directive manner. According to Neander and Engström (2009), goals of intervention and desired change should be discussed with the parent, and the parent's interpretation should be given priority. In reference to the research aim within this case study it was found that Marte Meo therapy is effective in changing mother – child interaction patterns. The mother's reported child's aggressive behavior before the therapy was much higher, than after the therapy. There was an increase in mother's supportive behavior. Observation showed that there were more positive interaction moments between the mother and her child after the therapy and this appears to be associated with the reduction of aggressive behavior. This case study is an example of practice-based evidence for the effectiveness of Marte Meo therapy. More respondents and comparison groups are needed for future studies.

References

- Aarts, M. (2008). *Marte Meo: Basic manual* (2a. ed.). Eindhoven, Netherlands: Aarts Productions.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2000). *Child behavior Checklist (CBCL 1.5 – 5). Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Birzina, E., & Martinson, B. (2012, August). Changing mother – child interaction patterns and preventing preschool children externalizing behavior problems through the Marte Meo Therapy: a preliminary study. In Monduzzi Editore (Ed.), *Proceedings of the XV European Conference on Developmental Psychology* (pp. 275- 279). Bologna, Italy: MEDIMOND S. r. l.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent – child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2008). Infant temperament, parenting, and externalizing behavior in first grade: A test of the differential susceptibility hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 124-131.
- Bradley, R. H., Corwyn, R. F., Burchinal, M., McAdoo H. P., & Coll, C. G. (2001). The Home Environments of Children in the United States Part II: Relations with Behavioral Development through Age Thirteen. *Child Development*, 72, 1868-1886.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21th century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9, 115-125.
- Campbell, S.B., Shaw, D.S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddler and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467- 488.

- Carpenter, B. (1997). Empowering Parents: The Use of the Parent as Researcher Paradigm in Early Intervention *Journal of Child and Family Studies*, 6, 391-398.
- Cullerton – Sen, C., Cassidy A. R., Murray – Close, D., Cicchetti, D., Crik, N. R., & Rogosch, F. A. (2008). Childhood Maltreatment and the Development of Relational and Physical Aggression: The Importance of a Gender - Informed Approach. *Child Development*, 79, 1736-1751.
- Kaminski, J.W., Valle, L.A., Filene, J.H., & Boyle, C.L. (2008). A meta – analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.
- Lundahl, B., Risser, H.J., & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- McMahon, R.J. (2006). Parent Training Interventions for Preschool - Age Children. In: R.E. Tremblay, R.G. Barr, & R.DeV. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development*. (pp. 1-9). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Neander, K., & Engström, I. (2009). *Parents' assessment of parent-child interaction interventions – a longitudinal study in 101 families*. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. Retrieved at the 18th of May, 2012, from <http://www.capmh.com/content/3/1/8>
- Reid, J.B. (1993). Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating interventions to developmental findings. *Development and Psychopathology*, 5, 243- 262.
- Skreitule-Pikše, I. (2010). *Mātes kompetences izjūtas, mātes—bērna emocionālās pieejamības un bērna uzvedības izmaiņas pēc mātes piedalīšanās vecāku mācību programmā «Bērna emocionālā audzināšana»*. (Doktora disertācija). Rīga : Latvijas Universitāte.
- Stormont, M. (2002). Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychology in the Schools*, 39, 127-138.

¿CÓMO PERCIBEN LOS HIJOS LAS RELACIONES FAMILIARES TRAS LA RUPTURA DE LOS PROGENITORES?

Francisca Fariña*, Mercedes Novo**, M^a José Vázquez* y Sandra Carracedo***

* AIPSE. Universidad de Vigo, España

** Universidad de Santiago de Compostela, España

***Grupo de Investigación PS1. Universidad de Vigo, España

Resumen

Antecedentes: La ruptura de los padres representa un estresor psicosocial para los hijos, que puede desencadenar alteraciones importantes en su estado de salud físico, psicoemocional e incluso psicosocial. La literatura informa que los menores que han experimentado la separación o divorcio de sus padres, presentan mayor vulnerabilidad ante determinados problemas, que puede ser explicada principalmente por el estrés tóxico al que son expuestos. Desde este posicionamiento algunos autores afirman que las alteraciones físicas, psicoemocionales y comportamentales, en muchos casos, pueden ser debidas a la inexistencia de una relación de coparentalidad responsable y a una inadecuada gestión de la ruptura. De esta forma, la gestión del conflicto y el estilo de afrontamiento que llevan a cabo los progenitores durante la ruptura se convierten en una de las variables que mejor predice el nivel de ajuste de los hijos tras este proceso. **Método:** El objetivo de este trabajo es describir, desde la perspectiva de los hijos, la situación familiar tras la ruptura de los progenitores. En este estudio participaron 114 menores en esta situación. **Resultados:** Los datos indican que la guarda y custodia tiende a ser exclusiva y materna, el régimen de estancia y comunicación de fines de semana alternos; un alto porcentaje de casos no han sido informados de la ruptura, la mayor parte de los hijos la negativamente, las relaciones con la familia extensa materna se mantienen tras la ruptura. **Conclusiones:** Posiblemente este análisis pueda proporcionar el conocimiento suficiente en relación al modo en que las familias y, especialmente, los progenitores gestionan este tipo de situaciones. Se debe tender a crear servicios especializados que promuevan la coordinación parental.

Palabras clave: ruptura de pareja, conflicto parental, coordinación parental, hijos.

HOW CHILDREN RECEIVING FAMILY RELATIONS AFTER THE PARENTS BREAK UP?

Abstract

Background: The break up of parents represents a psychosocial stressor for children, which can trigger significant alterations in their physical health, psycho-emotional and even psychological. The literature reports that children who have experienced separation or divorce of their parents, are more vulnerable to certain problems, which can be explained primarily by toxic stress to which they are exposed. From this position some authors claim that physical alterations, psycho-emotional and behavioral, in many cases, may be due to the absence of a responsible co-parenting relationship and inadequate management of rupture. Thus, conflict management and coping style carried out during the break parents become one of the variables that best predicts the level of adjustment of children after this process. **Method:** The objective of this paper is to describe, from the perspective of children, the family situation after the breakdown of the parents. The study involved 114 children in this situation. **Results:** Custody tend to be exclusive

and maternal, visits with the non custodial parent consist in alternative weekends, a high percentage of cases have not been informed of the divorce, most of the children receive the break up negatively, relations with maternal extended family remain after the break.

Conclusions: Possibly this analysis can provide enough knowledge regarding the manner in which families and especially parents handle these situations. It should aim to create specialized services that promote parental coordination.

Key words: Break up, divorce, parental conflict, parental coordination, children.

Introducción

La ruptura de pareja y/o separación es una realidad cada vez más frecuente en las denominadas sociedades avanzadas. Los datos presentados por el Instituto Nacional de Estadística, INE (2011) así lo demuestran; puesto que, se han registrado una media de 70,14 separaciones y divorcios por cada cien matrimonios durante el último recuento. De acuerdo con los datos publicados por el Consejo del Poder Judicial (2010), la disolución de la pareja ha transcurrido por la vía no consensuada y/o contenciosa en numerosas ocasiones. Concretamente, esta institución cifra en 51.351 las separaciones y divorcios conflictivos tramitados por los juzgados en este periodo. Lejos de reducirse, estas cifras se han mantenido a pesar de la recesión económica que han sufrido las familias en los últimos años; llegando a la resolución de 50.803 y 51.898 expedientes en 2011 y 2012 respectivamente (Consejo del Poder Judicial, 2011, 2012).

La presencia reiterada de estos conflictos en los órganos judiciales podría ser explicada por la misma naturaleza de las relaciones matrimoniales y familiares. Estas circunstancias suelen ir acompañadas de altos niveles de estrés que, asociados a los cambios estructurales y funcionales que suelen ocurrir en la familia, contribuye a agravar la batalla interna manifestada por los miembros de la pareja. En numerosas ocasiones éstos son invadidos por sentimientos de odio y de rencor mutuo. La *American Psychological Association*, APA (2012) concluye que los adultos inmersos en situaciones de ruptura suelen referir altos niveles de enfado y conflicto, ansiedad, tristeza o depresión que enturbian, la comunicación entre ellos. En la mayoría de estos casos, el tiempo transcurrido suele jugar un papel favorable, reduciendo, los progenitores, la tensión presente en un primer momento tras la ruptura. No obstante, existe un porcentaje de casos que alimentan y prolongan esta confrontación y malestar psicoemocional (Hetherinton, 1999; Hetherinton y Kelly, 2005; Kelly, 2002, 2003; Wallerstein y Kelly, 1980). Para describir estos casos, Mitcham-Smith y Henry (2007) emplean el término *ciclo perpetuo de alto conflicto*. Bajo esta denominación, los autores ponen de manifiesto la judicialización continua de los problemas familiares vinculados a la ruptura de pareja como medio para sostener el conflicto, y que, tal y como exponen los autores, suponen un elevado coste económico e incrementa la desconfianza hacia el otro progenitor. De este modo, en estas rupturas se puede llegar a incumplir las funciones parentales, incrementando la exposición de los hijos al conflicto parental (American Psychological Association [APA], 2012).

Para comprender el modo en el que esta situación pueda afectar a los hijos es preciso, analizar algunos aspectos relacionados con el conflicto parental. Así, algunos estudios (Galatzar-Levy y Kraus, 1999; Johnston y Campell, 1988) confirman que las cuestiones más controvertidas y susceptibles al conflicto entre las partes son aquellas que guardan relación con el régimen de visitas y la relación filioparental tras la ruptura.

En este sentido, otros autores (Cohen, 2002; Donoso, 2004; Tanner, 2002) hallan mayores dificultades para la adaptación entre aquellos menores cuya relación entre los progenitores es conflictiva, caracterizándose por reproches mutuos, cuestionamiento de la responsabilidad familiar, resentimiento, etc. En esta línea, Strohschein (2005) afirma que la tensión y el conflicto existente durante el pre-divorcio acarrea consecuencias negativas en los hijos, a nivel psicoemocional y conductual. Añade el autor que esta tensión puede aumentar su intensidad si se ausenta, tras la ruptura, uno de los progenitores. En conjunto, todas estas circunstancias tienen gran influencia sobre las cogniciones erróneas y la percepción sobre la situación familiar presentes en los hijos que atraviesan una separación parental conflictiva (Ramírez, Botella y Carrocables, 1999), dificultando así su adecuada adaptación.

La ruptura de los padres se ha considerado un estresor psicosocial para los hijos, que puede desencadenar alteraciones importantes en su estado de salud físico y psicosocial. Concretamente, la literatura actual informa que los menores, que han experimentado la separación o divorcio de sus padres, presentan mayor vulnerabilidad ante determinados problemas que puede ser explicada, principalmente, por el estrés tóxico que el enfrentamiento parental les produce (Sociedad Americana de Pediatría, 2012). Desde este posicionamiento algunos autores afirman que las alteraciones físicas, psicoemocionales y comportamentales, en la mayoría de las ocasiones, se deben a la inexistencia de una relación de coparentalidad responsable y a una inadecuada gestión de la ruptura (Troxel y Matthews, 2004). De hecho, numerosos autores (Amato y Keith, 1991; Fariña, Arce, Novo y Seijo, 2012) coinciden en que la gestión del conflicto y el estilo de afrontamiento que llevan a cabo los progenitores durante la ruptura son las variables que mejor predicen el nivel de ajuste de los hijos tras este proceso.

Sobre la base de estas premisas planteamos el presente estudio con el objeto de conocer desde la perspectiva de los hijos cuál es la nueva situación familiar tras la ruptura de pareja, atendiendo, fundamentalmente, a los cambios que ésta introduce a nivel estructural y funcional.

Método

Participantes

En este estudio participaron un total de 114 menores con edades comprendidas entre 4 y 14 años, con una media de edad de 8,67 ($DT = 1,945$). En el momento de la ruptura estos menores contaban con una media de edad de 5,35 años ($DT = 3,164$).

Instrumentos

La recogida de los datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas adaptadas al nivel evolutivo de los menores. Se recabó información sobre los datos personales, el proceso de ruptura en sí y las relaciones familiares posteriores. Con este fin se alude a cuestiones relacionadas con la edad, el género, situación actual de los participantes; así como, la comunicación de la ruptura; guarda y custodia actual; régimen de visitas establecido, relación filo-parental, con la familia extensa e, incluso, entre los progenitores.

Procedimiento

El desarrollo de este estudio cuenta con la colaboración de pediatras de atención primaria quienes invitan a las familias que cumplen los criterios de inclusión a participar.. De aceptar, se procede a cumplimentar los correspondientes consentimientos informados y a contactar con el equipo de investigación, procediendo a la recogida de datos a través de entrevistas semiestructuradas individualizadas para cada caso.

Resultados

Comunicación de la ruptura

Un 26,2 % de los menores informan que en ningún momento se les ha referenciado esta situación, así como tampoco los cambios que se sucedieron tras ella (Gráfico 1).

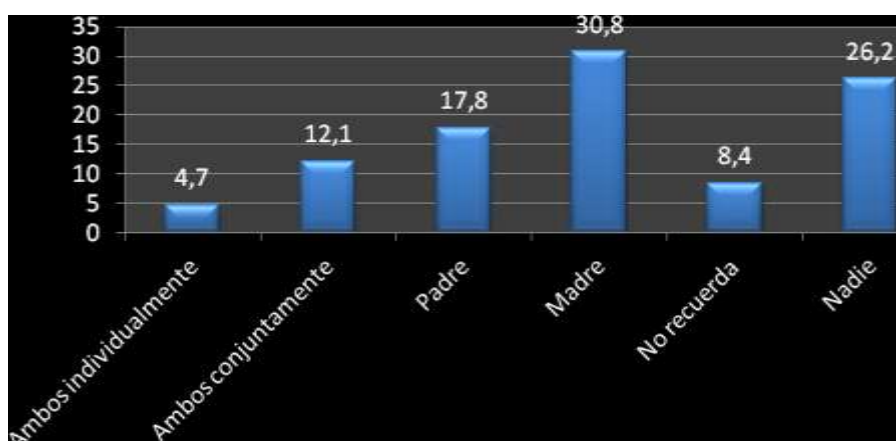


Gráfico 1. Comunicación de la ruptura de los progenitores a los hijos.

Experiencia de la ruptura

El 90,1%, afirma haber vivido la ruptura entre sus padres como una experiencia negativa (Gráfico 2).



Gráfico 2. Vivencia de la ruptura de los progenitores.

Guarda y custodia y régimen de estancia y comunicación

En primer lugar, los datos que podemos observar en el Gráfico 3 evidencian que las madres ostentan mayoritariamente la guarda y custodia de los niños (89,5%), siendo residual la paterna (4,4%), o la compartida (5,3%). El régimen de estancia y comunicación más frecuente es el de fines de semana alternos. Es de destacar que en un

4,5% de los casos no existe contacto entre el progenitor no custodio y los niños (Gráfico 4).



Gráfico 3. Ejercicio de la guarda y custodia.



Gráfico 4. Régimen de estancia y comunicación.

Relación entre los progenitores tras la ruptura

El 9,6% de los participantes informan de una muy mala relación entre los progenitores tras la ruptura y un 27,9% mala; frente a un 1,9% que afirman que ésta es muy buena y un 27,9% que es buena (Gráfico 5).



Gráfico 5. Relación entre los progenitores tras la ruptura.

Contacto con la familia extensa

Por último, los datos indican que existe una relación frecuente entre los menores y la familia extensa. Concretamente, el 81,1% revelan mantener contacto con la familia extensa materna, frente al 1,8% de los participantes que no lo tiene. En el caso de la

familia paterna, un 67,3% manifiesta guardar relación con la mayor parte de sus miembros; mientras que, el 14,5% refiere ningún contacto (Gráfico 6).

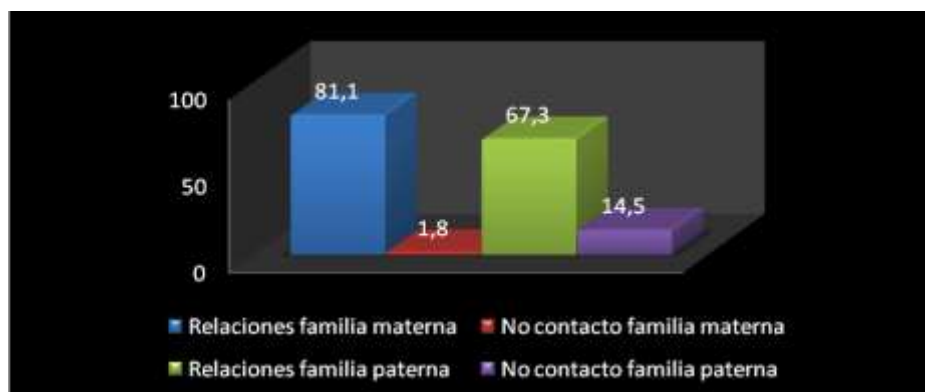


Gráfico 6. Relación del menor con la familia extensa.

Discusión

Este trabajo nos permite un acercamiento a la realidad de las familias que atraviesan el proceso de ruptura de pareja. Así, atendiendo a la percepción de los hijos, hemos realizado una instantánea sobre las circunstancias que rodean la separación así como sobre la relación y estructura familiar. Así, la guarda y custodia tiende a ser exclusiva y materna en detrimento de otras modalidades (Fariña, Arce, Vázquez, Novo y Seijo, 2013). El régimen de visitas y comunicación más extendido es aquel que permite la estancia del menor con el progenitor no custodio en fines de semana alternos. Además, un alto porcentaje de casos no han sido informados de la decisión tomada por ninguno de sus progenitores ni tampoco sobre los cambios familiares posteriores, de manera que la mayor parte de los hijos consideran que la ruptura de pareja es una situación negativa. Según se ha podido constatar, las relaciones con la familia extensa tienden a mantenerse tras la separación de los progenitores. Sin embargo, la ausencia de contacto es mayor cuando hablamos de la familia paterna. Aspecto que, podría estar relacionado con la ausencia del progenitor no custodio señalada anteriormente.

A vista de todo lo anterior, este estudio evidencia que, tras la ruptura de la pareja, la relación de coparentalidad positiva no es el *modus operandi* habitual; pese a la transcendencia de esta variable como factor de protección para los hijos. Como se puede observar, en las relaciones entre los progenitores el conflicto permanece latente. En consecuencia, y tal y como recomienda la American Academy of Pediatrics (2012), es necesario desarrollar programas de parentalidad positiva que doten a los progenitores de los conocimientos, habilidades y destrezas suficientes para manejar el conflicto, compartir responsabilidades, centrarse en las necesidades de sus hijos y evitar la judicialización en los procesos de ruptura. Además, a tenor de los beneficios que conlleva para los hijos (APA, 2012), también se ha de apostar por servicios especializados que promuevan la coordinación parental cuando la situación así lo requiera.

Nota y agradecimientos

Este trabajo se encuentra enmarcado dentro del Proyecto de Investigación “La ruptura parental como factor de estrés tóxico en la infancia. Evaluación del impacto en el estado

de salud física y mental de los niños (IRPES)” financiado por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria 2012 (Referencia: PI12/00604).

Referencias

- Amato, P. y Keith, B. (1992). Parental divorce and the well-being of children: A metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26-46.
- Fariña, F., Arce, R., Vázquez, M. J., Novo, M. y Seijo, D. (2013). The Views of Spanish Undergraduates on Gender Equality, Parental Responsibilities and Joint-Custody. *Advances in Applied Sociology*, 3, 54-60.
- American Society of Pediatrics (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129, 232-246.
- American Psychological Association, APA (2012). Guidelines for the Practice of Parenting Coordination. *American Psychologist*, 1, 63-71.
- Cohen, J. (2002). Helping children and families deal with divorce and separation. *Pediatrics*, 10, 1019-1024.
- Consejo del Poder Judicial (2010). *Justicia Dato a Dato*. Descargado el 5 de Julio de 2013 de: http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica_Judicial/Analisis_estadistico/La_Justicia_dato_a_dato.
- Consejo del Poder Judicial (2011). *Justicia Dato a Dato*. Descargado el 5 de Julio de 2013 de: http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica_Judicial/Analisis_estadistico/La_Justicia_dato_a_dato.
- Consejo del Poder Judicial (2012). *Justicia Dato a Dato*. Descargado el 5 de Julio de 2013 de: http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica_Judicial/Analisis_estadistico/La_Justicia_dato_a_dato.
- Donoso, N. (2004). Los padres separados: La felicidad a su alcance. En L. Figueroa y P. Rojas, *Los hijos y la separación de la pareja*. Obtenido el 19 de Mayo 2011 en: http://cursos.puc.cl/medfabuc-1/almacen/1248294190_vvaldes_sec1_pos0.pdf.
- Fariña, F., Arce, R., Novo, M. y Seijo, D. (2012). De las necesidades de los menores a la intervención: Un programa con menores en riesgo de desestructuración familiar. En M. Isorna y D. Saavedra (Coords.), *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas* (pp.305-317). Madrid: Pirámide.
- Galatzer-Levy, R.M. y Kraus, L. (1999). *The scientific basis of child custody decisions*. New York: Wiley.
- Hetherington, E.M. (1999). *Coping with divorce, single parenting, and remarriage: A risk and resiliency perspective*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hetherington, E. M. y Kelly, J. (2005). *En lo bueno y en lo malo: la experiencia del divorcio. Como influye realmente la separación en la vida de los padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2010). *Separación y divorcio*. Descargado el 2 de Julio de 2013 de: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales11/sociales.htm>
- Johnston, J.R., y Campell, L.E. (1988). *Impasses of divorce: the dynamics and resolution of family conflict*. New York: Free Press.
- Kelly, J.B. (2002). Psychological and legal interventions for parents and children in custody and access disputes: Current research and practice. *Virginia Journal of Social policy and Law*, 10, 129-163.
- Kelly, J.B. (2003). Parents with enduring child disputes: Multiple pathways to enduring disputes. *Journal of Family Studies*, 9, 37-50.
- Mitcham-Smith, M. y Henry, W.J. (2007). High-conflict divorce solutions: parenting coordination as an innovative co-parenting intervention. *The Family Journal*, 15, 368-373.
- Strohschein, L. (2005). Parental divorce and child mental. *Journal of Marriage and Family*, 67, 1286-1300.

- Tanner J. (2002). Separation and divorce: Can we provide any ounce of prevention? *Pediatrics*, 110, 1007-1009.
- Troxel, W.M. y Mathews, K. A. (2004). What are the costs of marital conflict and dissolution to children's physical health? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 29-57
- Wallerstein, J., y Kelly, J.B. (1980). *Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce*. New York, NY: Basic Books.

EL PSICOTICISMO DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA

Francisco García-Torres y Francisco J. Alós

Universidad de Córdoba, España

Resumen

El cáncer de mama puede producir cambios en la Personalidad de las pacientes que lo han superado. En nuestro estudio intentamos encontrar estas alteraciones en 25 supervivientes al cáncer de mama, comparadas con un grupo control con el mismo número de participantes, aplicando el Cuestionario de Personalidad de Eysenck-Revisado (EPQ-R). Los resultados que obtuvimos muestran que las supervivientes tienen puntuaciones más bajas en extraversión, y más altas en neuroticismo, psicoticismo y sinceridad/conformidad, que el grupo control, y además en psicoticismo las diferencias fueron significativas, explicando el 35% de la variabilidad entre los grupos. Por otro lado, la edad de las supervivientes mostraba correlaciones significativas y positivas con la sinceridad/conformidad, pero no con el resto de dimensiones de personalidad. Posteriormente, evaluamos si el tipo de tratamiento médico (mastectomía, quimioterapia y radioterapia) al que habían sido sometidas las pacientes podía predecir los cambios observados en la personalidad. Los resultados que obtuvimos de los análisis de regresión lineal realizados no pueden respaldar que el tipo de tratamiento tenga capacidad predictiva sobre las dimensiones evaluadas. A partir de estos datos concluimos que el cáncer de mama provoca cambios en la personalidad en las supervivientes, especialmente en psicoticismo, y dichos cambios deben explicarse teniendo en cuenta más variables que el tipo de tratamiento recibido. Estos resultados pueden ayudar a una mejor comprensión de los efectos que tiene el cáncer de mama sobre la personalidad de las personas que lo han padecido, y para diseñar intervenciones destinadas a incrementar el ajuste psicológico de este grupo de pacientes.

Palabras clave: personalidad, psicoticismo, supervivientes, cáncer de mama.

PSYCHOTICISM AFTER BREAST CANCER

Abstract

Breast cancer can alter the personality of patients. In our study we try to find evidence of these alterations in 25 breast cancer survivors, compared with a control group using the Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R). The results we obtained show that survivors have lower scores on extraversion, and higher in neuroticism, psychoticism and sincerity/compliance, and the differences were significant in psychoticism, explaining 35% of the variability between groups. In the other hand, age correlate significantly and positively with sincerity/compliance but not with the rest of dimensions. Subsequently, we evaluated whether the type of treatment that patients had undergone could predict the observed changes in personality, and for this we considered the mastectomy, chemotherapy and radiotherapy. The results we obtained from the linear regression analysis performed cannot support that the type of treatment to be predictive of the dimensions assessed. From this results we concluded that breast cancer causes personality changes on the survivors, especially in psychoticism, and these changes should be explained taking into account more variables than the type of treatment received. These results can help to a better understanding of the effects of breast cancer on the personality of the people who have suffered and to design interventions for improving psychological adjustment of this patients group.

Keywords: personality, psychoticism, survivors, breast cancer.

Introducción

El concepto de personalidad habitualmente se describe como una forma duradera de percibir, relacionarse, y pensar acerca del entorno y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes de la personalidad que se exhiben en un amplio rango de situaciones y contextos (*American Psychiatric Association* [APA], 2000). Estos rasgos se consideran relativamente estables en el tiempo (Bazana y Stelmack, 2004). Diferentes estudios empíricos han identificado un pequeño número de rasgos de personalidad básicos. Entre ellos, Eysenck (1948) basándose en una combinación de fisiología, genética y conducta aprendida encuentra de forma repetida la aparición de tres grandes rasgos: neuroticismo, extraversión y psicoticismo. De todos los ellos, el neuroticismo es el que se relaciona de forma más consistente con diferentes aspectos relacionados con la supervivencia al cáncer de mama, como la fatiga (Michielsen, Van der Steeg, Roukema y De Vries, 2007; Sugawara et al., 2005), una peor calidad de vida (Härtl et al., 2008) y la depresión (Golden-Kreutz y Andersen, 2004). Además, el neuroticismo es un adecuado predictor de la depresión y la calidad de vida en este grupo de pacientes (Caloudas, 2010; Den Oudsten, Van Heck, Van der Steeg, Roukema y De Vries, 2009; Van der Steeg, De Vries y Roukema, 2010). Sin embargo, pocos estudios han investigado si existen diferencias en neuroticismo u otros rasgos de personalidad entre supervivientes al cáncer de mama y la población general, probablemente esto sea debido a la supuesta estabilidad de los rasgos. Aunque, en la actualidad, se empieza a vislumbrar que esta relativa estabilidad puede verse afectada por la presencia de eventos vitales traumáticos, por ejemplo el cáncer (Bermúdez, 2011). En este sentido, Fisher (1995) no encontró diferencias significativas en extraversión y neuroticismo entre supervivientes al cáncer de mama y un grupo control. Por otro lado, Hyphantis, Paika, Almyroudi, Kampletsas y Pavlidis (2011) aportaron datos de puntuaciones elevadas de psicoticismo en pacientes con cáncer colorrectal tras un año de seguimiento y Grassi y Rosti (1996) encontraron disminuciones en las puntuaciones de psicoticismo seis años después del diagnóstico en pacientes con distintos tipos de cáncer. De todas las variables que pueden influir en la estabilidad de los rasgos de personalidad en este grupo de pacientes, parece que el tipo de tratamiento también podría ser relevante.

Wenderlein (1982), en una muestra de supervivientes mayoritariamente mastectomizadas, encontró disminuciones en la extraversión y Chan et al., (2001) observaron disminuciones de neuroticismo en supervivientes al cáncer ginecológico que habían sido sometidas a quimioterapia, y aumentos en pacientes que habían sido sometidas a cirugía. Además, pacientes sometidas a mastectomía subcutánea mostraron puntuaciones elevadas de psicoticismo (Wells et al., 1997). Por lo tanto, nuestra investigación tiene dos objetivos. Primero, determinar si la estabilidad de los rasgos se ve afectada por la presencia de un tipo de evento traumático: cáncer de mama. Segundo, estudiar si el tipo de tratamiento médico al que fueron sometidas las pacientes tiene capacidad predictiva sobre las medidas de personalidad.

Método

Participantes

En el estudio participaron 25 mujeres que habían superado un cáncer de mama, con una edad media de 58,6 ($DT = 8,01$). Todas las participantes habían sido sometidas a más de un tratamiento, siendo los más frecuentes, la mastectomía en un 80%, la quimioterapia en un 69% y la radioterapia en un 44%. Y por otro lado, como grupo control, participaron 25 mujeres sin la enfermedad, con una edad media de 54,4 ($DT = 12,38$).

Instrumentos

En primer lugar, se utilizó un cuestionario de aspectos sociodemográficos que recogió información sobre la edad, estado civil, escolarización y estado laboral. En el grupo de supervivientes, además, recogimos información sobre el tratamiento seguido y la fecha de finalización del mismo. Posteriormente, los participantes cumplieron la versión completa del Cuestionario de Personalidad de Eysenck, versión revisada en castellano, que evalúa la extraversión, neuroticismo y psicoticismo y la sinceridad/conformidad (Ortet, Ibáñez, Moro y Silva, 2008). Las escalas muestran unos adecuados índices de fiabilidad: extraversión (0,80), neuroticismo (0,86), psicoticismo (0,71), y sinceridad/conformidad (0,77) y las correlaciones entre las diferentes escalas no superan el 0,20 (Ibáñez, 1997).

Procedimiento

Para llevar a cabo el estudio contactamos con una Asociación contra el Cáncer en la ciudad de Córdoba. Una vez aprobada su realización por parte de los miembros de la Asociación y de su comité ético, las participantes rellenaron un consentimiento informado que garantizaba la confidencialidad de los datos. Posteriormente, cumplieron un cuestionario sociodemográfico, y por último, se les explicaba la forma de rellenar correctamente el EPQ-R, tal y como consta en las instrucciones del test, incluimos instrucciones adicionales a la hora de responder a las preguntas, especificando que debían responder tal y como son y se sienten en el momento presente (Ortet et al., 2008). Una vez recogidos los datos se tabularon para su análisis estadístico en el programa SPSS versión 15.0. Para realizar el análisis de regresión lineal, codificamos los diferentes tratamientos con un 0 (si la participante no lo había recibido) y un 1 (si lo había recibido). Los supuestos necesarios para realizar el análisis de regresión múltiple se cumplieron.

Diseño

Utilizamos un diseño ex post facto retrospectivo con grupo control (Montero y León, 2007).

Resultados

Los dos grupos fueron equivalentes en las medidas de tipo sociodemográfico a excepción del estado laboral $\chi^2(2, N = 50) = 8,78; p < 0,05$, estando en el grupo de supervivientes en su mayoría jubiladas, y en el control desempleadas. El grupo de supervivientes obtuvo en extraversión una media de 49,04 ($DT = 8,68$), en neuroticismo, la media fue de 47,24 ($DT = 9,07$), en psicoticismo, esta fue de 55,36 (DT

= 8,52), y en la escala de sinceridad/conformidad fue de 61,92 ($DT = 9,47$). En el grupo control, en extraversión la media fue de 50,12 ($DT = 9,06$), en neuroticismo de 43,84 ($DT = 11,11$), en psicoticismo de 50,48 ($DT = 7,07$), y en sinceridad/conformidad fue de 60,92 ($DT = 9,45$). Posteriormente, encontramos diferencias significativas entre los dos grupos en psicoticismo ($U = 202,5$, $p < 0,05$; $r = 0,36$). En el grupo experimental, hicimos correlaciones entre las variables sociodemográficas y las dimensiones de personalidad. Solo la edad mostró correlaciones significativas ($r_{(25)} = 0,60$, $p < 0,01$) con la sinceridad/conformidad. Por último, evaluamos la capacidad predictiva del tipo de tratamiento médico (mastectomía, quimioterapia y radioterapia) sobre las dimensiones de personalidad, encontrando que ninguno de los modelos se postuló como un adecuado predictor.

Discusión

Pocos estudios han evaluado la influencia del cáncer de mama en la personalidad de las pacientes que han superado la enfermedad. En nuestro estudio encontramos que las supervivientes obtuvieron mayores puntuaciones en neuroticismo, psicoticismo y sinceridad/conformidad, y más bajas que el grupo control en extraversión. Sin embargo, solo en psicoticismo estas diferencias fueron significativas, explicando un 35% de la variabilidad entre los grupos. Estos datos van en la línea propuesta por otros autores (Fisher, 1995; Hyphantis et al., 2011), por lo que parece que la presencia del cáncer de mama acentúa los factores que componen el rasgo de psicoticismo, como la agresividad, la frialdad, el egocentrismo, la impersonalidad, la impulsividad, la antisocialidad, la baja empatía, la creatividad y la rigidez. Sin embargo, la extraversión y el neuroticismo varían en menor medida. Es preciso señalar que la dimensión de sinceridad/conformidad obtuvo valores elevados en sinceridad/conformidad, lo que se interpreta como una mayor aceptación de las normas sociales (Ortet et al., 2008).

En los dos grupos la edad media superaba los 50 años, por esta razón consideramos que las puntuaciones elevadas en sinceridad/conformidad pueden explicarse por la edad, y para apoyar esta afirmación, encontramos correlaciones significativas y positivas entre la edad y la escala de sinceridad/conformidad. Además, no encontramos evidencia de que la mastectomía, la quimioterapia o la radioterapia tuvieran capacidad predictiva sobre las dimensiones de personalidad de las pacientes. Sin embargo, dado que todas las pacientes habían sido sometidas a varios tratamientos podría darse un efecto de interacción entre ellos, limitación que debería ser subsanada en futuras investigaciones. En cualquier caso, la presente investigación indica que sería de gran utilidad, para este colectivo, diseñar intervenciones psicológicas que fortalecieran habilidades contrarias a los nueve factores relacionados con el rasgo de psicoticismo.

Agradecimientos

El presente estudio no habría sido posible sin la colaboración especialmente relevante de Felisa Mesa y Concepción Aldana, cuya desinteresada, atenta e inestimable ayuda contribuyó de forma definitiva a la realización de este trabajo. Además, una mención especial a todas las personas que voluntariamente quisieron participar en el estudio y que imbuyeron en él su altruismo y generosidad.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed., text rev.). Washington DC: Author.
- Bazana, P. G., Stelmack, R. M. (2004). Stability of personality across the life span: A meta-analysis. En R. M. Stelmack (Ed.), *On the psychobiology of personality: Essays in honor of Marvin Zuckerman* (pp. 113-144). Ottawa, Canada/Oxford, UK: Elsevier Ltd.
- Bermúdez, J. (2011). ¿Se alcanza el techo de estabilidad de la personalidad en torno a los 30 años? En J. Bermúdez., A.M. Pérez-García., J. A. Caballero., P. Suárez. y B. Laffond (Eds.), *Psicología de la personalidad*. (pp.176-177). Madrid: UNED.
- Caloudas, S. G. (2010). Personality, coping, and quality of life in early stage breast cancer survivors. Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 71(6-B), 39-59.
- Chan, Y. M., Ngan, H. Y., Yip, P. S., Li, B. Y., Lau, O. W. y Tang, G. W. (2001). Psychological adjustment in gynecologic cancer survivors: a longitudinal study on risk factors for maladjustment. *Gynecologic Oncology*, 80(3), 387-394.
- Den Ouden, B. L., Van Heck, G. L., Van der Steeg, A. F., Roukema, J. A. y De Vries, J. (2009). Predictors of depressive symptoms 12 months after surgical treatment of early-stage breast cancer. *Psychooncology*, 18(11), 1230-1237.
- Eysenck, H. J. (1948). *Dimensions of personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Fisher, S. M. (1995). Personality characteristics and breast cancer. Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 55(7-B), 26-46.
- Golden-Kreutz, D. M. y Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related and life event stress. *Psychooncology*, 13(3), 211-220.
- Grassi, L. y Rosti, G. (1996). Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors. A six-year follow-up study. *Psychosomatics*, 37(6), 523-532.
- Härtl, K., Engel, J., Herschbach, P., Reinecker, H., Sommer, H. y Frieze, K. (2010). Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology*, 19(2), 160-169.
- Hyphantis, T., Paika, V., Almyroudi, A., Kampletsas, E. y Pavlidis, N. (2011). Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patient's psychological distress and health-related quality of life: a one-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 411-421.
- Ibáñez, M. (1997). *Primeros datos de la versión en castellano del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R)*. Recuperado el 3 de Septiembre del 2012 de <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi1/eysenck.pdf>
- Michielsen, H. J., Van der Steeg, A.F., Roukema, J.A. y De Vries, J. (2007). Personality and fatigue in patients with benign or malignant breast disease. *Support Care Cancer*, 15(9), 1067-1073.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for name research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Ortet, G., Ibáñez, M., Moro, M. y Silva, F. (2008). *Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck: versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS)* (3a ed. rev.). Madrid: TEA.
- Sugawara, Y., Akechi, T., Okuyama, T., Matsuo, Y., Nakano, T., Inagaki, M., Imoto, S., Fujimori, M., Hosaka, T. y Uchitomi, Y. (2005). Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. *Support Care Cancer*, 13(8), 628-636.
- Van der Steeg, A.F., De Vries, J. y Roukema, J. A. (2010). Anxious personality and breast cancer: possible negative impact on quality of life after breast-conserving therapy. *World Journal of Surgery*, 34(7), 1453-1460.
- Wells, K. E., Roberts, C., Daniels, S. M., Hann, D., Clement, V., Reintgen, D. y Cox, C. E. (1997). Comparison of psychological symptom of women requesting removal of breast

implants with those of breast cancer patients and healthy controls. *Plastic Reconstruction Surgery*, 99(3), 680-685.

Wenderlein, J. M. (1982). Klinischerverlaufnachbrustkrebs-therapiedurchpersönlichkeitsfaktorenmitbestimmt? *Praxis Der Psychotherapie Und Psychosomatik*, 27(4), 143-146.

A LA MEMORIA DE ENFERMOS Y MANTENIMIENTO DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

Francisco Ramos de Farias

PPGMS-UNIRIO, Brasil

Resumen

La escucha clínica cambia el tamaño de la comprensión de los trastornos psicológicos en las instituciones de custodia y el tratamiento para que la comprensión de los trastornos en los delincuentes locos por el mantenimiento de la memoria de la delincuencia y las enfermedades. Por lo tanto, no había un núcleo de actividades prácticas de encuentros con Heitor Carrilho ingresado en el Hospital de Río de Janeiro que asistieron a sesiones con interacciones para su posterior trazado un plan de intervención, se detectó cuando las dificultades y estrategias establecidas para superar ellos. La escala de análisis se centró en determinar el método que subyace a la relación que se establece con el hospital de la que se extrajeron los ejes de discusión, después de dividir los temas del discurso y los convierten en callejones sin salida que resolver. Las quejas de enfermedad orgánica asume un papel importante en relación con la enfermedad en sí. En la interacción, el hospital se le pidió que pensar mal de su posición y evaluarla. Las quejas de dolor físico, la mayoría estaba repitiendo viejas quejas. La estrategia empleada fue aclarar, lo que permite al hospital para reorganizarse a la enfermedad por el conocimiento producido en asociación. Además, el paciente mantiene la memoria de los acontecimientos mencionados enfermedad: la memoria "viva" en lata enfermo. Muchos de ellos se aferraron a una enfermedad no puede olvidarla. De ello se desprende la escucha clínica como fuente de inspiración, no como un método, teniendo en cuenta la singularidad de la enfermedad, dando importancia a conocer el hospital, con el fin de ofrecerle una acción sobre la enfermedad. Al inicio de la salud mental impide o a posteriori experiencia de escuchar seguido de aclaración para que sea de emergencia la noche de la enfermedad mental.

Palabras clave: loco delincuente, memoria, tratamiento psiquiátrico, enfermedades mentales, crimen.

A MEMORY OF SICK AND MAINTENANCE OF SUFFERING PSYCHIC

Abstract

The clinical listening resizes the understanding of psychological distress in custodial institutions and treatment to enable the understanding of disorders in offenders crazy about maintaining the memory of the crime and disease. Therefore, there was a core of practical activities of encounters with Heitor Carrilho admitted to the Hospital in Rio de Janeiro who attended sessions with interactions to be subsequently traced an intervention plan, were detected when the difficulties and established strategies to overcome them. The scale of analysis focused on determining the method underlying the relationship established with the hospital from which they were extracted axes for discussion, after partitioning the speech topics and turn them into impasses to be resolved. Complaints of organic disease assumed a major role in relation to the disease itself. In the interaction, the hospital was asked to think ill of her position and evaluate it. Complaints of physical pain, most was repeating old complaints. The strategy employed was to clarify, enabling the hospital to reorganize themselves to the disease by knowledge produced in partnership. Furthermore, the patient keeps the memory of the events mentioned disease:

canned "living" memory ill. Many of them clung to illness unable to forget her. It follows the clinical listening as inspiration, not as a method, considering the uniqueness of the disease, giving importance to know the hospital, in order to provide you with an action on the disease. At the outset of mental health precludes *oa posteriori* experience of listening followed by clarification to enable emergency be the mists of mental illness.

Keywords: Crazy offender, memory, psychiatric treatment, mental illness, crime.

Introducción

La intervención clínica, a través de una encuesta, un hospital psiquiátrico donde los reclusos son delincuentes locos, cambia el tamaño de la posición subjetiva del sujeto en el manejo de su dolor. Para lograr este propósito se llevó a cabo actividades prácticas oyente admitido en el delito cometido y la motivación subyacente, tratando de construir estrategias clínicas para ayudarles a superar la influencia de la institución a la homogeneización producida en sus subjetividades. El núcleo de esta práctica consistía en una serie de reuniones con la estancia hospitalaria larga en la institución, por lo que es posible analizar la influencia institucional que, con el tiempo, reduce las sombras de los hombres de los pacientes". También se consideró la posibilidad de que los registros médicos de los pacientes seleccionados, especialmente en el diagnóstico realizado en el examen forense. La elección del hospital se hizo después de una semana de práctica para planificar la relación de cuidado ayuda.

La intervención clínica se inició por una anamnesis encuesta y continuó con "interacciones" semanales. Tanto la historia y las interacciones fueron grabados y sumariamente dieron lugar a un "plan de comunicación" diario donde se detectaron problemas y se fijaron metas para superarlas. Dichos objetivos deben operar en un número de estrategias. Por último, se realizó una evaluación. Esta serie de registros se constituyó en el informe que cada participante se presentó en la final de la práctica.

La propuesta era una práctica innovadora. Se rompió como el modelo tradicional del investigador para ponerlo en la posición de escucha. Este posicionamiento innovador inscribe en la continuidad de una serie de intentos, generado anteriormente, la forma de romper los modelos habituales de atención (Lebrun, 2009). Sin embargo, mientras que estos difieren por primera vez, se pretende dar cuenta de la heterogeneidad que caracteriza el campo de la medicina mente en comparación con el medicamento orgánica.

Método

El análisis de los informes permite a los investigadores comprender la escucha terapéutica es comandado por un método muy estricto. El método consiste en dividir los temas del discurso del paciente, y luego a su vez algunos de estos temas en problemas por su descontextualización. El problema definido por su retirada del contexto del discurso, a continuación, establecer objetivos específicos adecuadamente en las estrategias.

Hemos encontrado 22 quejas orgánicas siguen invariables recetas y monótono. Ahora, un dolor de cabeza, en un violador loco no es siempre un dolor de cabeza. Un dolor de cabeza se refiere a los dolores de cabeza de la vida. Por otro lado, una queja de dolor de cabeza, más importante que el contenido (dolor de cabeza) puede ser el tipo de relación (abuso) para transmitir, por ejemplo, la demanda de cuidado y atención. Pero

invariablemente se traduce en dolor de cabeza dolor de cabeza, apenas envía el médico a la izquierda. El plan de comunicación termina con la evaluación. 22 quejas de dolores de cabeza, 14, es decir, el 64% se refieren a repeticiones de las quejas anteriores.

A compartimentación del discurso, la descontextualización de las quejas, la objetividad de soluciones corresponde como una evaluación de los resultados. Desconectado el drama humano que les diera la dirección, vuelven a los "planes de interacción" interminable y monótona de los estudiantes todos los días. Las reclamaciones se deben repetir ocho, nueve, diez veces más arriba.

Pero, después de todo, ¿qué sería considerar el contexto de este problema, insertarlos en el drama humano que les diera dirección? Implicar el reconocimiento de la complejidad de los temas, la densidad de los dramas y por lo tanto limitar la omnipotencia terapéutica, la omnipotencia que figuraba en el Vademécum de las soluciones a todos los problemas. Implica la renuncia activismo terapéutico y acepto el paciente, ya que le dan las condiciones, puede ser capaz de encontrar el significado oculto de sus dificultades.

Resultados

Quejas de expresión somática

38% de las quejas son la expresión somática. El más común se refiere a la higiene. Es conveniente pedir que se quejaba? El hospital o el investigador? La objetivación de los problemas que no distingue entre el sentimiento de alguien que se queja de su propia suciedad (y así proclama el abandono que siente relegado o sujeto moral de su vida) y la percepción de alguien tan ajeno a su mundo interior que sí es la higiene corporal indiferente. Empezamos a darnos cuenta de que este método, con su énfasis en la división del discurso, quejas descontextualización y la objetivación de soluciones, tiene una finalidad defensiva: el distanciamiento afectivo.

La literatura registra con frecuencia que las personas de bajos ingresos tienden a expresar sus problemas psicológicos a través de las quejas somáticas (Castro, 2009). Durante mucho tiempo sólo se podía ver que hay una cuestión de horizonte conceptual. Sólo puedes tener la ansiedad que tiene en su universo vocabulario, el concepto de la ansiedad. De lo contrario, tiene "la cabeza aperreo" y "el corazón se hundió. Pero es evidente que la angustia termina refiriéndose a la angustia existencial y la finitud del hombre. Mientras aperreo la cabeza y el corazón de la cerradura se refieren a los médicos de la cabeza y el corazón. Reflexionando sobre este tema, Costa (1989) demostró que, cuando alguien se queja de un peso en el corazón, eso no significa que no sea capaz de darse cuenta del valor de la expresión metafórica. De hecho, como se muestra Clavreul (1983), el corazón hay un tenedor para que se puede hacer referencia a los deseos de un corazón alado a la desesperación de corazón encarcelados, las dudas preocupados por la posibilidad de un fallo o de las incertidumbres de la hipocondríaca una enfermedad cardíaca grave.

Pero lo Clavreul muestra cómo noticia es que tal vez el hábito de disciplina intelectual, las personas más educadas tienden a tener, consciente o inconscientemente, un solo marco de referencia. Si alguien piensa que sus dolencias son enfermedades del corazón, por ejemplo, con el tiempo se frecuentador asiduo de emergencias cardíacas y electrocardiogramas colector desprevenido. Si alguien piensa que sus dolencias ver un corazón encarcelado, tratará de liberarlo para que salga disparado, pero no se busca el

cardiólogo para liberar a su corazón. Entre las personas de menos alfabetizadas haría un sincretismo, una mayor tolerancia a la coexistencia de distintas referencias. Cualquiera puede fechar el comienzo de su enfermedad un trauma que le dejó el corazón roto, en referencia a un pasaje por el padre-de-santo que hizo el trabajo con el corazón de un animal sacrificado, y terminan en un cardiólogo. Es como si estas personas tenían más fácil de navegar a través de las diferentes significaciones, sin llegar a ser prisioneros de la lógica unívoca de un único sistema de referencia. Aquí están las explicaciones, a menudo producidos por los delincuentes locos por los crímenes y de sus estados mentales. Cuando el argumento de una motivación psicológica se utiliza el campo de prácticas jurídicas decididas por la aplicación de la medida de seguridad y no de condenación, como señaló Mattos (2006).

Ahora podemos preguntarnos: ¿qué efecto el método de escuchar analizados aquí puede tener sobre la expresión de las quejas somáticas psíquicas? La división del discurso, la descontextualización de las quejas, la objetivación de las soluciones, no son sólo la distancia, sino también afectiva a un significado unívoco que tiene fines defensivos claros. Si el dolor de cabeza es siempre un dolor de cabeza, y es tratada como tal, imposible de recuperar el significado de este dolor de cabeza. Pero aquí, la defensa, como el distanciamiento afectivo, es la defensa contra la posibilidad de la aparición clínica de la sensación de que se refiere a sus propios problemas y, como hemos visto, la pérdida de la omnipotencia terapéutica.

Se confirma esta finalidad defensiva del método cuando las quejas conjuntas articuladas con la expresión somática de un conjunto de estrategias terapéuticas. Resulta que lo que se observa para el dolor de cabeza, se observa en todas las otras quejas. Para cada tipo de queja es una y sólo una receta específica, el patrón de prescripción. Más que nunca, se puede decir que no hay enfermos, no enfermedades. El mismo fenómeno se puede observar en lo que se refiere a las quejas sobre la institución y el proceso que corresponde al 11% del total iterativo. Las más frecuentes fueron el hecho de que el paciente no le gusta la terapia ocupacional y la rutina hospitalaria. Las soluciones dadas eran evidentes. Una vez más la receta estándar funciona para todos los casos.

Quejas de expresión psíquica

Si el método es muy estricta en lo que se refiere a las quejas de expresión somática y la institución, pierde su precisión cuando se trata de reclamaciones de expresión psíquica (51%). Aquí las estrategias específicas manuales perder su exactitud, se hace más vaga. ¿Qué estrategia seguir cuando el paciente comienza diciendo que oye "la voz de Jesús" o que es "nostalgia"? Es decir, cómo hacer frente a estos problemas cuando el campo de la práctica consiste en individuos que han cometido crímenes? (Whitaker, 2010). Debido a que el método requiere una definición de las estrategias cotidianas y su evaluación, el activismo terapéutico se manifestará por la apelación a la orientación directiva, la tranquilidad, el estímulo, la descalificación de los problemas, por último, al sentido común. Si las estrategias de quejas somáticas de expresión se caracterizan por una especificidad absoluta, ahora tienden a la mayoría. Incluso hay una estrategia siempre prescrito en todas las denuncias de expresión psíquica: se permite que el hospital, vomitar sus recuerdos y verbalizar sus sentimientos y ser capaz de entenderlos. Esto parece conjunto estándar saludable en el contexto, un mensaje doble. Por un lado, el investigador advierte que debería permitir que el hospital para verbalizar

sus sentimientos y el punto de la comprensión de ellos y en el otro, que descontextualice problemas, lo que obviamente implica la imposibilidad de comprensión y ayudar a que hospitalizado entender los sentimientos que les dan color.

De hecho, más que un "doble mensaje", hay un registro de buenas intenciones. Deje que el hospital para verbalizar sus sentimientos, con el fin de comprenderlos, implica habilidades de escucha y la capacidad de comprender las dinámicas psicológicas (Pinto, Farias e Gondar, 2012). La falta de ella, el investigador termina cayendo en la apreciación valorativa de los sentimientos. Por ejemplo, cada sentimiento excesivo es perjudicial y, en su caso, el enemigo de la creación, la tristeza no resuelve los problemas, para tratar de superarlo, su preocupación es natural, cuando su hijo dejó de darle a Dios. Por lo tanto, es imposible para ayudar al hospital para ir a las causas de su problema cuando se mantiene una concepción ingenua de la naturaleza de esas causas. Por ejemplo, se receta para un loco "contacto con otros para facilitar el regreso a la realidad", ignorando que es más fácil llegar a todo un hospital de delirio de influencia la certeza de un psicótico delirante (Lapassade, 2005). La pérdida en la precisión del método, las quejas verificadas de expresión psíquica, ciertamente disminuye el objetivo de eficiencia mientras que el distanciamiento afectivo y unívoca significado. Cuando se sale de la planta esquemática "interacción" y recorre el breve registro de la entrevista que le dio, se puede sorprender a la terapia de descanso omnipotencia, la emergencia del inconsciente, y, finalmente, una dimensión humana detrás del activismo terapéutico. Es fácil criticar el activismo ingenuo terapéutica pruebas de auto-reporte. Pero si hacemos hincapié en la dimensión humana que brilla a través de él, es porque el investigador expresa la ansiedad parece más positivo, mientras que la empatía s aséptica método recomendado afectivo. Pero tales momentos ricos son la excepción. En la mayoría de los casos, el método pierde en precisión con respecto a las denuncias de expresión psíquica sigue siendo la rigidez requisito establecido en la definición de los problemas apresuradas, objetivos, estrategias y evaluaciones. Lo que se pierde siempre existe la posibilidad de sólo escuchar.

Conclusiones

El análisis de este material podría ser objeto de numerosas críticas desde diferentes perspectivas. La crítica del método utilizado, se puede pensar que el investigador propone la transformación de un psicoterapeuta, al abandonar sus roles tradicionales y la asunción de la neutralidad analítica. Caricaturizando, poder imagino dándole interpretaciones a través de los pasillos de la institución (Osman, 2008). La necesidad de mejorar la escucha fue admitido, sin embargo, una necesidad percibida por el equipo durante la intervención. Creo, sin necesidad de introducir profundos cambios institucionales, siempre tan duro, podría mejorar la escucha de estos investigadores. Sin embargo, la mejora de la escucha, en el contexto de una intervención clínica uno alcanzaría mucho más alto que el hospital y la psiquiatría ambulatoria. No pretendo aquí para decir cómo se podría realizar tal proyecto. Pero no hay que subestimar las dificultades. Se sabe que este tipo de escucha es difícil de ser enseñado. Tampoco subestimar la influencia inhibidora de un contexto institucional adverso. Pero yo no creo que la clave del cambio radica en un solo factor que, cuando se cambia, cambiaría todo el servicio. La posibilidad de cambio implica la conservación de un proceso en el que el cambio de una parte tiende a afectar a la estructura como un todo. Este trabajo es un intento de contribuir a este proceso lento y doloroso.

Referencias

- Castro, U. R. (2009). *Reforma psiquiátrica e o louco infrator*. Brasília: Hiterlândia.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica*. Rio de Janeiro: Brasiliense.
- Costa, J. F. (1989). *Psicanálise e contexto cultural*. Rio de Janeiro: Campus.
- Lebrun, J-P. (2009). *Clínica da instituição*. Porto Alegre: CPM.
- Lapassade, G. (2005). *As microsociologias*. Brasília: Liber.
- Mattos, V. (2006). *Crime e psiquiatria*. Rio de Janeiro: Revan.
- Osman, R. (2008). *Saúde mental*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- Pinto, D. S.; Farias, F. R. e Gondar, J. (2012). Experiência traumática: a construção de memória no cenário do crime e da loucura. Em D. S. Pinto e F. R. Farias (Orgs.), *Novos apontamentos em memória social*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Whitaker, C. (2010). *O campo infracional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

EL TRANSITO A LA EMANCIPACIÓN DE JÓVENES MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS: AJUSTE PSICOSOCIAL Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Gabriela Nicolae, Cristina Martínez de Taboada y Edurne Elgorriaga

Universidad Del País Vasco, EHU/UPV, España

Resumen

Los jóvenes migrantes no acompañados llegan al territorio español sin familia, de forma ilegal, y pasan su adolescencia en centros de menores. Una vez cumplida la mayoría de edad se ven forzados a abandonar esta protección institucional para respetar la normativa. Conseguir una plaza en un piso de emancipación, (no todos los menores lo consiguen) es un logro en el que pueden alargar el proceso hacia la autonomía y prepararse para ella por uno o dos años más si cumplen ciertos requisitos como no haber delinquido, estar dispuesto a realizar cursos formativos, tener una conducta respetuosa, o, no padecer enfermedades mentales graves como señala el Programa Lortuz de la Diputación Foral de Guipúzcoa. Este acontecimiento, en sí positivo, supone no obstante una ruptura con el entorno de protección que les ha acompañado hasta ese momento y una preparación a un contexto de mayor responsabilidad social e independencia. Por tanto, el objetivo de este trabajo analiza la situación de ajuste psicosocial y la satisfacción con la vida de los jóvenes inmigrantes no acompañados, $N = 27$, que se encuentran en pisos de emancipación de Guipúzcoa. Se utilizó un cuestionario con datos socio demográficos, instrumentos estandarizados para medir la resiliencia (RS) el apoyo social percibido (MOS) y la satisfacción con la vida (SWLS). Los resultados indican que son personas resilientes, perciben apoyo social por parte de sus redes y muestran una satisfacción con la vida moderada de donde se puede sacar la conclusión que valoran positivamente el hecho de encontrarse apoyados con un contexto estable en el tránsito a la emancipación y que valoran los objetivos que están consiguiendo en su proyecto migratorio.

Palabras claves: jóvenes extranjeros no acompañados, pisos de emancipación, resiliencia, apoyo social percibido, satisfacción con la vida.

TRANSIT TO EMANCIPATION OF YOUNG UNACCOMPANIED IMMIGRANT: PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT AND LIFE SATISFACTION

Abstract

Young unaccompanied immigrants arrive to Spain without family and no legal conditions. Usually they pass their adolescence in juvenile centers. When they go through their majority of age they are forced by law to abandon the institutional protection. Getting a place on a flat emancipation (not all children get it) is perceived as an achievement. The process towards autonomy can be for one or two years more in their lives. They are required to meet certain conditions, for instance: not having committed a crime, be prepared to do training courses, have a respectful behavior, or not suffer serious mental illness. This event is in itself positive but also represents a breaking through their institutional environment protection. They must be prepared to face a larger context of social responsibility and independence. Therefore, the aim of this paper is analyzing the psychosocial adjustment and life satisfaction of young unaccompanied immigrants, $N = 27$ living in Guipúzcoa emancipation flats. We used a questionnaire with sociodemographic data, standardized instruments to measure resilience (RS) perceived social

support (MOS) and life satisfaction (SWLS). The outcomes indicate they are resilient people; they perceive social support and show a moderate degree of satisfaction of life. One conclusion is they value the fact of being supported in the transition to emancipation and value what they are getting in their migration project.

Keywords: unaccompanied young migrants, emancipation flats, resilience, perceived social support, life satisfaction.

Introducción

La historia de los jóvenes extranjeros no acompañados es difícil y compleja. Generalmente se ven obligados a instalarse en pisos de acogida de menores a su llegada a nuestro país y posteriormente al cumplir los 18 años, se ven forzados a abandonar esa protección para cumplir la normativa legal. Lograr una plaza en un piso de emancipación, (no todos los menores lo consiguen) puede alargar el tránsito hacia la autonomía por uno o dos años más si hay presupuesto y cumplan ciertos requisitos como ausencia de delincuencia en su historial, motivación para seguir formándose y desarrollar competencias, además de tener un comportamiento considerado o, no sufrir enfermedades mentales graves. Es una situación en la que deben afrontar de nuevo la incertidumbre que les ha acompañado a veces durante varios años. Es un nuevo desafío de gran complejidad que impacta en el ajuste psicosocial y que las instituciones y ONGs intentan paliar garantizando el alojamiento y los recursos para elaborar cierto grado de independencia y autonomía social en un proceso complicado de conciliación y adaptación. Es un hecho, en sí positivo que supone a su vez una ruptura con el entorno social de protección que les ha acompañado hasta ese momento y una preparación hacia una mayor responsabilidad personal y social en un escenario libre de la protección institucional.

Es por esto, que nuestro objeto de estudio contempla la resiliencia en los jóvenes inmigrantes no acompañados ya que se caracteriza como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio “difícil, traumático, o, desequilibrado” (Rutter, 1993). Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Se suele asociar a la satisfacción con la vida que puede hacer referencia a un juicio global sobre la experiencia vital general (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). La resiliencia y el apoyo social, han sido reconocidos en la literatura como factores protectores cuando el sujeto es sometido a situaciones estresantes. (Friborg et al., 2006). Para nuestra muestra, el desplazamiento de un país a otro ha supuesto la incorporación a un nuevo contexto físico, institucional y sociocultural que implica cambios climáticos y geográficos así como cambios en las normas y valores mayoritarios. Además, existen modificaciones en la posición social del individuo ya que pasan de ser considerados chicos *mayores* en su lugar de origen dispuestos a llevar a cabo un proyecto migratorio por sí mismos, a ser *menores* protegidos institucionalmente en la sociedad de acogida con una situación económica y social dependiente y unas condiciones culturales percibidas como distantes. Los y las jóvenes, sufren una transformación importante en su red de relaciones interpersonales, dada la necesidad de reconstituir su sistema de apoyo social en el país receptor. Se ha constatado que la presencia de autóctonos en las redes sociales de los inmigrantes (Martínez-Taboada, Arnoso y Elgorriaga, 2006) y la satisfacción con el contacto

mantenido con los miembros de la sociedad receptora (Searle y Ward, 1990) facilitan el ajuste psicosocial de este grupo de población, lo cual no siempre es fácil.

Por tanto el principal objetivo de este trabajo es analizar el perfil psicosocial, los niveles de resiliencia, satisfacción con la vida y el apoyo social percibido de los jóvenes extranjeros no acompañados que se encuentran en pisos de emancipación en Guipúzcoa. Consideramos que la consolidación de este estudio puede ser de una gran relevancia puesto que en el momento actual no hay mucha información con respecto a la situación de los jóvenes extranjeros en tránsito a la emancipación.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 27 jóvenes (aproximadamente el 50% de las personas inmigrantes que se encuentran en pisos de emancipación). Tienen entre 19 y 23 años ($M = 19,4$ años; $DT = 1,3$), el 92,6% son varones y la mayoría procede de Marruecos (81,5%), el 7,4% de Argelia, otro 7,4% de Ghana y el 3,7% de Guinea (ver Figura 1).

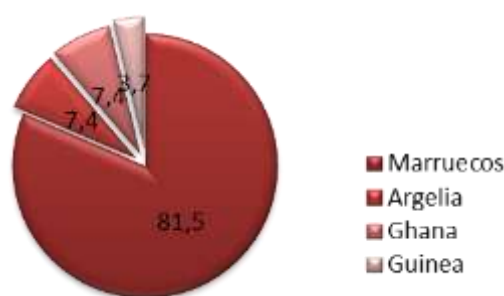


Figura 1. Distribución de la muestra según el país de origen.

Instrumentos

Características sociodemográficas: a partir de los modelos sobre aculturación y ajuste psicológico de Berry (1997) y de Ward, Bochner y Furnham (2001) se ha construido un cuestionario *ad hoc* que integra datos socio demográficos (sexo, edad y nacionalidad) y datos de la situación migratoria (motivo migratorio, tiempo de permanencia en el país receptor, permiso de residencia, permiso de trabajo, situación laboral y redes sociales).

Datos del Programa Lortuz (Servicio de Inserción Social y Empleo, 2012).

Resiliencia: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), en su versión breve que está compuesta por 10 ítems tipo Likert con 7 opciones de respuesta (1=totalmente en desacuerdo; 7=totalmente de acuerdo). En este estudio el alpha de Cronbach de la escala total ha sido de 0,83.

Satisfacción con la vida: Escala *Satisfaction With Life Scale* (SWLS; Diener et al., 1985; utilizando la versión castellana de Vázquez, Duque y Hérvas, 2013). Está compuesta por cinco ítems tipo Likert con 7 opciones de respuesta (1=totalmente desacuerdo; 7=totalmente de acuerdo). El alfa de Cronbach ha sido de 0,79.

Apoyo social: Cuestionario MOS *Social Support survey* (Sherbourne y Stewart, 1991; versión española de Requena, Salamero y Gil, 2007). Está compuesto por un total de 20 ítems con 5 opciones de respuesta (1 = Nunca; 5 = Siempre). Consta de un ítem que informa sobre el tamaño de la red social y en la versión en castellano hemos utilizado la estructura factorial de MOS agrupado en tres factores: a) apoyo emocional/informacional; b) apoyo afectivo y c) apoyo instrumental. En nuestra muestra para la dimensión apoyo emocional/informacional se ha obtenido un alpha de cronbach de 0,88; para la dimensión apoyo afectivo es de 0,85; para el apoyo instrumental es de 0,60 y para toda la escala y para toda la escala es de 0,93.

Procedimiento

Primeramente, se realizaron varias reuniones con los responsables de los pisos de emancipación para explicar los objetivos de la investigación y pedir su conformidad con el proyecto de entrevistar a los y a las jóvenes en caso de que estuvieran dispuestos/ dispuestas a participar voluntariamente. La información se ha obtenido a través de una entrevista semiestructurada en la que como guión se utilizó el cuestionario descrito. En el contacto directo con los jóvenes se realizaba una presentación de la persona entrevistadora y una explicación de los objetivos del trabajo. A continuación, se pedía la participación voluntaria y se garantizaba el anonimato, confidencialidad, privacidad y respeto a no querer contestar alguna de las cuestiones, tal y como se propone para garantizar cuestiones metodológicas y éticas (Vergara y Balluerka, 2000).

Resultados

Análisis realizados

Los análisis de datos se han llevado a cabo con el programa SPSS versión 20 para Windows. Se han realizado análisis descriptivos (porcentajes, puntuaciones medias y desviaciones típicas) para definir el perfil psicosocial y para conocer los niveles de resiliencia, apoyo social y satisfacción con la vida de la población joven inmigrante y sin acompañamiento en proceso de emancipación en pisos diseñados al respecto.

Perfil psicosocial

En la Tabla 1 se presentan algunas características que permiten conocer algunas cuestiones del perfil psicosocial de las y los jóvenes migrantes. Se comprueba que llevan alrededor de 5 años en España y más de 3 años en el País Vasco. En cuanto a la formación académica se ha preguntado por los años que han acudido a la escuela, comprobando que la media es de 7,7 años. Este tiempo es inferior a los años de enseñanza obligatoria en España que asciende a 10 años (de 6 a 16 años) sin contar con el periodo preescolar (LOGSE, Ley Orgánica General del Sistema Educativo). El motivo migratorio principal es el económico (66,6%) aunque las y los jóvenes alegan otras razones como la experiencia personal (18,5%), la formación y educación (11,1%) y otros motivos diferentes a los mencionados (0,7%). En la actualidad, todos tienen permiso de residencia pero no tienen permiso de trabajo ni tienen un empleo. Esto les sitúa en una situación socioeconómica similar a la que tenían cuando llegaron de adolescentes ya que la mayoría está realizando cursos y aprendiendo castellano sin poder acceder al mercado laboral.

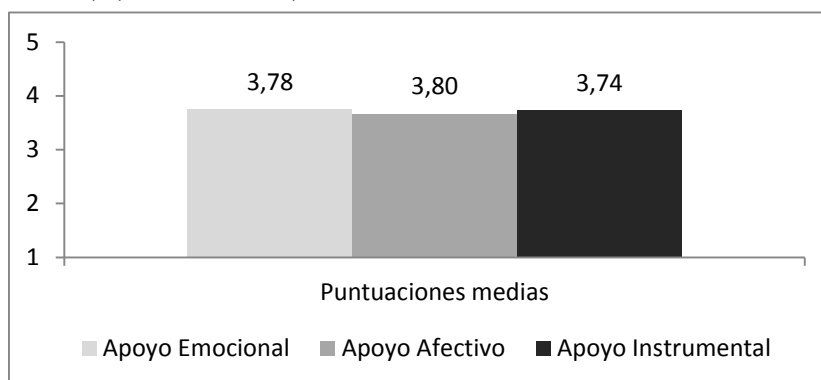
En relación a las redes sociales, se observa que todos mantienen contacto con su familia en origen y que además el 33,3% tiene algún familiar en el país de destino. Asimismo, el 22,2% tiene pareja y definen el tamaño de su red social como amplia ($M = 3,7$) (por encima de 2 se considera amplia).

Tabla 1. Perfil psicosocial población inmigrante en pisos de emancipación.

Tiempo de permanencia España	$M = 57,93$ meses; $DT = 24,13$
Tiempo de permanencia País Vasco	$M = 39,04$ meses; $DT = 18,47$
Años de escolarización en el país de origen	$M = 7,70$ años $DT = 3,2$
Motivo migratorio	
Económicos	66,7%
Formación y educación	11,1%
Experiencia personal	18,5%
Otros	40,7%
Situación Jurídica	
Permiso de residencia	100%
Permiso de trabajo	3,7%
Situación Laboral	
Desempleo	100%
Realización cursos	100%
Redes sociales	
Mantiene contacto con su familia	100%
Tiene algún familiar en el país de acogida	33,3%
Tiene pareja	22,2%
Tamaño de la red social	3,7 amigos íntimos

Puntuaciones medias en resiliencia, apoyo percibido y satisfacción vital

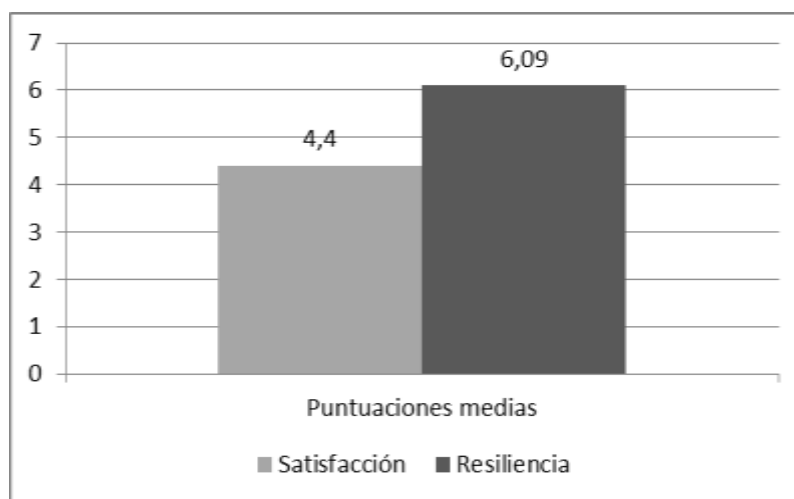
Las puntuaciones medias obtenidas en las diferentes dimensiones de apoyo social percibido muestran que éste es alto, ya que en todos los casos superan el punto de corte de la escala (3): apoyo emocional ($M = 3,78$; $DT = 0,86$), apoyo afectivo ($M = 3,80$; $DT = 1,05$) y apoyo instrumental ($M = 3,74$; $DT = 0,85$). Esto quiere decir que las y los jóvenes sienten comprensión, aprecio y ayuda por parte de sus redes sociales (Sherbourne, 1991) (ver Gráfico 1).



Nota. Escala de apoyo percibido: 1=Nunca; 5=Siempre. Punto de corte=3

Gráfico 1. Puntuaciones medias en Apoyo Social percibido.

Tal y como se puede observar en el Gráfico 2., el grado de satisfacción con la vida es moderado ($M = 4,4$; $DT = 1,4$). Estas puntuaciones indican que estos jóvenes consideran que ha cumplido con algunas de sus expectativas (Diener et al., 1985) y tienen confianza hacia el futuro. Por otro lado, las puntuaciones en resiliencia también son bastante altas, lo que muestra que estos jóvenes encuentran una fuerza interna que les impulsa a ir hacia delante, vencer las fuertes crisis de vida que supone primero resistirlas y después superarlas (Manciaux, 2003). Debemos pensar que no todos los menores conseguirán la emancipación aunque lo hagan la mayoría pero se revela como un factor de motivación intrínseca en sí misma (ver Gráfico 2).



Nota. Escala de satisfacción con la vida y de resiliencia: 1=Completamente en desacuerdo; 7=Completamente de acuerdo. Punto de corte=4

Gráfico 2. Puntuaciones medias en Satisfacción y Resiliencia.

Discusión

Nuestro estudio muestra a los jóvenes inmigrantes no acompañados con un perfil psicosocial jurídico y laboral inestable en contraste con los motivos económicos de su emigración que se ven compensados con la percepción de inclusión, estima y refuerzo por parte de sus redes sociales (Sherbourne, 1991). Es una población resiliente, que percibe apoyo social y muestra una satisfacción con la vida moderada a pesar de las dificultades para integrarse al mundo profesional por razones como: su situación jurídica-administrativa, la poca preparación, la situación económica-social española, o, los prejuicios (Martínez-Taboada, Arnos y Elgorriaga, 2006). La originalidad de este trabajo consiste en presentar la realidad compleja de una muestra de difícil acceso como son los jóvenes extranjeros sin acompañamiento familiar en pisos institucionales que les permite hacer un camino hacia la autonomía personal y social. Se ha escrito mucho sobre los menores extranjeros no acompañados pero hay poco estudios contrastados sobre el perfil de estos chicos/chicas cuando cumplen la mayoría de edad.

Finalmente señalar alguna de las limitaciones de este trabajo como el tamaño de la muestra debido a la situación de los jóvenes que exige tratar con la institución y los educadores antes de tomar contacto con ellos y puedan acceder a entrevistarse. Así mismo, queda pendiente la comparación respecto al género, o, el contraste entre diferentes orígenes culturales. Es por esto que no se han realizado análisis estadísticos más complejos. Sin embargo, los hallazgos no dejan de apuntar a un escenario social

interesante que debería comprender la comparación con los menores en pisos de acogida para tener una visión más amplia además de un perfil de aquellos que se quedan fuera de estos programas por no ser *elegidos*. Un contraste que permitirá acceder al proceso de ajuste psicosocial de estos jóvenes migrantes sin acompañamiento familiar en su tránsito hacia la emancipación y a la participación en la realidad comunitaria.

Referencias

- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5-68.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge J. y colab. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 19-213.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Martínez-Taboada, C., Arnoso, A. y Elgorriaga, E. (2006). *Estudio del Choque Psicosocial de la población inmigrada a Donostia*. San Sebastián: Ayuntamiento de San Sebastián.
- Requena, G., M., Salameo, M. y Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128, 687-691.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Searle, W. y Ward, C. (1990). The prediction of psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 14, 449-464.
- Servicio de Inserción Social y Empleo (2012). *Programa Lortuz*. Guipúzcoa: Diputación Foral de Guipúzcoa. Donostia-San Sebastián.
- Sherbourne, C.D. y Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714.
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2013). The Satisfaction with Life Scale (SWLS): Adaptation and normative data in a Spanish representative national sample. *Spanish Journal of Psychology*, 18.
- Vergara, A.I. y Balluerka, N. (2000). Metodología en la investigación transcultural: perspectivas actuales. *Psicothema*, 12, 557-562.
- Wagnild, G. M. y Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Ward, C., Bochner, S. y Furnham, A. (2001). *The psychology of culture shock*. Hove, UK: Routledge.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA PERSONALIDAD TIPO D EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Gema Rosa Calvillo-Mesa, Humbelina Robles-Ortega, M^a Carmen Fernández-Santaella y Jaime Vila

Universidad de Granada, España

Resumen

Antecedentes: La Personalidad Tipo D, tendencia a experimentar Afectividad Negativa (AN) e Inhibición Social (IS), se ha asociado con peor pronóstico en pacientes cardíacos y con efectos adversos para la salud en población general. El cuestionario DS-14 ha sido adaptado a diferentes poblaciones pero en España no existen datos publicados. Por ello, el objetivo fue realizar un análisis factorial y evaluar la validez del DS-14 en población española. **Método:** Se realizó la traducción-retrotraducción del DS-14 y se aplicó a 452 participantes (157 pacientes cardíacos, 123 hipertensos y 172 sanos) junto con los instrumentos Neo-Five Factor Inventory (NEO-FFI), Escala de Estrés Percibido (PSS), Cuestionario de Preocupación (PSWQ), Inventario de Vulnerabilidad al Estrés (VE), Symptom Check List (SCL-90-R), Life Orientation Test (LOT-R) e Inventario de Expresión Ira Estado/Rasgo (STAXI-2). Se realizó un análisis factorial y se examinó la fiabilidad y validez de constructo. **Resultados:** El análisis factorial confirmó la existencia de 2 factores, AN e IS. Los datos muestran una alta consistencia interna tanto para la escala total como para AN e IS. Se analizaron las correlaciones con el resto de variables, obteniendo correlaciones positivas entre AN e IS y neuroticismo, negativas entre ambas y extraversión y negativa entre IS y apertura a la experiencia del NEO-FFI. Ambas correlacionaron positivamente con temperamento, ira-rasgo, expresión interna y externa de la ira, y negativamente con control-ira y control externo del STAXI-2. Igualmente, correlacionaron de forma positiva con EEP, PSWQ, VE y las escalas del SCL-90 y negativa con el LOT-R. **Conclusiones:** Estos datos apoyan la propuesta en relación a los factores que componen este instrumento, a la validez de constructo y fiabilidad. Por tanto, puede ser una buena medida de Personalidad Tipo D en la población española que ayude a detectar efectos negativos para la salud.

Palabras clave: Personalidad Tipo D, DS-14, afectividad negativa, inhibición social, enfermedad cardíaca.

CONSTRUCT VALIDITY OF TYPE D PERSONALITY IN SPANISH POPULATION

Abstract

Background: Type D personality, tendency to experience negative affectivity (NA) and Social Inhibition (SI), has been associated with poor prognosis in cardiac patients and adverse health effects in general population. The DS-14 scale has been adapted to different populations but there are no published data in Spain. Therefore, the objective was to evaluate the validity of the DS-14 in Spanish population. **Method:** A forward-backward procedure was used to translate the original English-language version of the DS-14. A sample of 452 participants (157 cardiac patients, 123 hypertension patients and 172 healthy) completed DS-14, Neo-Five Factor Inventory (NEO-FFI), Perceived Stress Scale (PSS), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Stress Vulnerability Scale (SVS), Symptom Check List (SCL-90-R), Life Orientation Test

(LOT-R) and State/Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2). We performed a factor analysis and examined the reliability and construct validity. **Results:** The two-factor structure of the DS-14 and the internal consistency of the NA and SI subscales were confirmed. NA and SI positively correlated with neuroticism and negatively with extraversion and SI correlated negatively with openness to experience of the NEO-FFI. NA and SI positively correlated with temperament, trait anger, anger expression-out, anger expression-in, and negatively with anger control and anger control-out of the STAXI-2. NA and SI positively correlated with PSS, PSWQ, SVS and SCL-90 and negatively with LOT-R. **Conclusions:** These data confirmed the internal validity, the construct validity and reliability. Therefore, the Spanish DS14 is a valid measure of Type D personality to help detect adverse health effects.

Keywords: Type D personality, DS-14, negative affectivity, social inhibition, coronary heart disease.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares, y concretamente, las cardiopatías, constituyen la principal causa de muerte a nivel nacional, europeo y mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). La mayoría de ellas puede prevenirse actuando sobre los factores de riesgo pero los factores clásicos sólo alcanzan a explicar el 50% de la varianza total en la incidencia de estas enfermedades (Chesney, 1996; Gump y Matthews, 1999). En las últimas décadas, la importancia de los factores psicosociales en el desarrollo y progresión de la enfermedad coronaria ha ido ganando terreno.

Recientemente, se ha propuesto el constructo de personalidad Tipo D o “distressed personality”, patrón definido como la tendencia a experimentar una alta incidencia conjunta de Afectividad Negativa (AN) e Inhibición Social (IS), como un predictor independiente de la mortalidad cardiaca y el infarto de miocardio (Denollet, Shiffer y Spek, 2010; Denollet, Vaes y Brutsaert, 2000) y como un predictor del pronóstico del estado de salud, incluso después de intervenciones terapéuticas (Pedersen et al., 2007).

Los sujetos tipo D tienden a experimentar emociones negativas como depresión, ansiedad, ira, sentimientos hostiles, y a inhibir estas emociones, mientras que evitan contactos sociales (Denollet, 2000; Denollet y Van Heck, 2001). Tienen mayor riesgo de sufrir un amplio rango de efectos adversos para la salud (Denollet, 2000; Schiffer, Smith, Pedersen, Widdershoven, y Denollet, 2009), corren tres veces más riesgo de padecer problemas cardiovasculares, incluso una parada cardiaca, un bypass o un trasplante de corazón; y problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad o una mala salud mental (Denollet, Shiffer y Spek, 2010).

El cuestionario que operativiza la medida de la personalidad Tipo D, DS-14, fue desarrollado originalmente por Denollet (2005) y ha demostrado unas adecuadas propiedades psicométricas. Evalúa AN, que cubre la tendencia a experimentar sentimientos de disforia, ansiedad e irritabilidad, e IN que abarca el malestar social, la reticencia y la falta de equilibrio social. Posteriormente, este instrumento ha sido adaptado en diversos países, como Alemania, Dinamarca, Noruega, Ucrania, Italia, o Polonia (Bergvik, Sørli, Wynn y Sexton, 2010; Grande, Romppel, Glaesmer, Petrowski y Herrmann-Lingen, 2010; Gremigni y Sommaruga, 2005; Juczyński y Ogińska-Bulik, 2009; Pedersen et al., 2009; Spindeler, Kruse, Zwisler y

Pedersen, 2009). Pero en España, hasta ahora no existen estudios de validación. Por ello, el objetivo del presente estudio fue realizar la adaptación y validación del cuestionario DS14 de personalidad Tipo D en la población española.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 452 sujetos (157 pacientes cardiacos, 123 hipertensos y 172 personas sanas), con una edad media de 58,92 ($DT = 12,16$).

Materiales/instrumentos utilizados

- Versión española del cuestionario de personalidad tipo D (DS-14). Consta de 14 ítems distribuidos en dos subescalas, Afectividad Negativa (AN) e Inhibición Social (IS), puntuando en una escala tipo Likert desde 0 (Falso) a 4 (Verdadero). Su consistencia interna es de 0,88 para AN y de 0,86 para IS (Denollet, 2005).
- Inventario de Personalidad *Neo-Five Factor Inventory* (NEO-FFI), versión española de Costa y McCrae, 1999. Evalúa cinco factores, Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Presenta unos índices de fiabilidad y validez entre 0,82 y 0,90.
- Escala de Estrés Percibido (PSS), versión española de Remor y Carrobbles (2001). Mide el grado en que las situaciones de la vida se valoran como estresantes. Se ha demostrado una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 0,81$, y *test-retest*, $r = 0,73$) y validez concurrente.
- Cuestionario de Preocupación (PSWQ), versión española de Sandín, Chorot, Valiente y Lostao (2009). Evalúa el nivel general de preocupación patológica. El coeficiente de fiabilidad *test-retest* fue de 0,90 y la consistencia interna de 0,82.
- Inventario de Vulnerabilidad al Estrés (VE), versión española de Robles-Ortega, Peralta-Ramírez y Navarrete-Navarrete (2006). Examina la predisposición a verse influido por el estrés percibido. Presenta una consistencia interna de 0,87 y una adecuada validez convergente.
- *Symptom Check List* (SCL-90), versión española de González de Rivera et al., (1989). Mide el malestar psicológico a través de nueve dimensiones de síntomas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Su fiabilidad osciló entre 0,77 y 0,90.
- *Life Orientation Test* (LOT-R), versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998). Evalúa el nivel de optimismo. El alfa de Cronbach reportado fue de 0,78 y la correlación con el LOT original fue de 0,95.
- Inventario de Expresión Ira Estado/Rasgo (STAXI-2; Miguel-Tobal, Casado, Can-Vindel y Spielberger, 2000). Utilizaremos las escalas Ira Rasgo y Expresión de la Ira. Su fiabilidad oscila entre 0,63 a 0,95.

Procedimiento

La adaptación del cuestionario se basó en la metodología de traducción directa e inversa (traducción-retrotraducción) recomendada. La administración la realizó un solo evaluador recibiendo todos los participantes las mismas instrucciones. Todos los

encuestados participaron de forma voluntaria, siendo informados previamente sobre el anonimato y confidencialidad de sus respuestas.

Diseño

Se utilizó un diseño cuasi-experimental con grupo control.

Resultados

El análisis factorial del DS-14 identificó 2 factores, que coinciden perfectamente con los obtenidos tanto en la versión original como en numerosos estudios, Afectividad Negativa e Inhibición Social (ver Tabla 1).

Los datos muestran una alta consistencia interna tanto para la escala total ($\alpha = 0,883$) como para las escalas de Afectividad Negativa ($\alpha = 0,824$) e Inhibición Social ($\alpha = 0,796$).

Se analizaron las correlaciones con el resto de variables, obteniendo correlaciones positivas entre AN e IS y neuroticismo, negativas entre ambas y extraversión y negativa entre IS y apertura a la experiencia del NEO-FFI (Ver Tabla 2). Ambas correlacionaron positivamente con temperamento, ira-rasgo, expresión interna y externa de la ira, y negativamente con control-ira y control externo del STAXI-2 (Ver Tabla 3). Igualmente, correlacionaron de forma positiva con EEP, PSWQ, VE y las escalas del SCL-90 y negativa con el LOT-R (ver Tabla 4 y 5).

Tabla 1. Estructura factorial del DS-14.

ITEMS DS-14	FACTORES	
	FACTOR I	FACTOR II
Afectividad Negativa		
(DS2) A menudo monto un escándalo por cosas sin importancia	0,559	0,291
(DS4) A menudo me siento infeliz	0,461	0,102
(DS5) A menudo estoy irritado	0,800	0,162
(DS7) Tengo una visión pesimista de las cosas	0,731	0,255
(DS9) A menudo estoy de mal humor	0,769	0,238
(DS12) A menudo me encuentro preocupándome por algo	0,746	-0,003
(DS13) A menudo me siento bajo de ánimos	0,786	0,098
Inhibición Social		
(DS1) Hago contacto fácilmente cuando me encuentro con gente	-0,038	-0,789
(DS3) A menudo hablo con desconocidos	0,227	-0,571
(DS6) A menudo me siento inhibido en las interacciones sociales	0,470	0,471
(DS8) Me cuesta iniciar una conversación	0,366	0,706
(DS10) Soy una persona cerrada	0,418	0,667
(DS11) Prefiero mantener distantes a otras personas	0,415	0,599
(DS14) Cuando me relaciono socialmente, no encuentro los temas apropiados para hablar	0,378	0,617

Tabla 2. Correlación entre DS-14 y NEO-FFI.

VARIABLES	Afectividad Negativa	Inhibición Social
Neuroticismo	0,678**	0,437**
Extraversión	-0,384**	-0,510**
Apertura	0,051	-0,232*
Amabilidad	-0,106	-0,190
Responsabilidad	-0,078	-0,166

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Tabla 3. Correlación entre DS-14 y STAXI-2.

<i>VARIABLES</i>	<i>Afectividad Negativa</i>	<i>Inhibición Social</i>
Temperamento	0,528**	0,352**
Reacción Ira	0,310**	0,097
Ira Rasgo	0,493**	0,239*
Expresión Externa Ira	0,489**	0,334**
Expresión Interna Ira	0,343**	0,260**
Expresión Ira	0,499**	0,359**
Control Externo	-0,302**	-0,190*
Control Interno	-0,106	-0,106
Control Ira	-0,239**	-0,197*

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.**Tabla 4.** Correlación entre DS-14 y PSS, PSWQ, VE y LOT.

<i>VARIABLES</i>	<i>Afectividad Negativa</i>	<i>Inhibición Social</i>
Estrés Percibido	0,558**	0,637**
Preocupaciones	0,526**	0,299**
Vulnerabilidad al estrés	0,578**	0,389**
Optimismo	-0,495**	-0,482**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.**Tabla 5.** Correlación entre DS-14 y SCL-90.

<i>VARIABLES</i>	<i>Afectividad Negativa</i>	<i>Inhibición Social</i>
Depresión	0,468**	0,292**
Ansiedad	0,485**	0,310**
Somatizaciones	0,455**	0,202
Obsesiones	0,435**	0,386**
Sensitividad Interpersonal	0,469**	0,350**
Hostilidad	0,450**	0,316**
Ansiedad fóbica	0,467**	0,299**
Ideación paranoída	0,456**	0,320**
Psicoticismo	0,320**	0,176

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Discusión

Los datos obtenidos en la versión española del DS-14 arrojan unas adecuadas propiedades psicométricas de este instrumento. La evaluación de la validez interna de los ítems identificó dos grandes factores, AN e IS, que coinciden con los obtenidos tanto en la versión original (Denollet, 2005) como en las distintas adaptaciones.

Se examinó su relación con el Modelo de Personalidad de los Cinco Factores obteniendo una correlación entre AN e IS con neuroticismo, de forma positiva y extraversión, de forma negativa, lo que fue consistente con el estudio original, y, además, una correlación negativa entre IS y apertura a la experiencia.

Además, se estudió la relación con numerosas variables psicológicas, de modo que, AN e IS correlacionaron positivamente con temperamento, ira-rasgo, expresión interna y externa de la ira, y negativamente con control-ira y control externo de la ira. Anteriormente se había demostrado la relación con ira reprimida en pacientes cardíacos (Denollet, Gidron, Vrints y Conraads, 2010). Igualmente, AN e IS correlacionaron de

forma positiva con vulnerabilidad al estrés y estrés percibido, lo cual había sido justificado con anterioridad para AN (Svansdottir et al., 2012). Se encontraron correlaciones positivas con preocupaciones y con las escalas del SCL-90, y no sólo con las subescalas de ansiedad y depresión, como ya se había documentado (Bergvi et al., 2010) y negativa con optimismo.

Un punto destacable es el análisis de la relación de la Personalidad Tipo D con una amplia gama de variables psicológicas en el mismo estudio. Como limitación a solventar en futuras investigaciones, proponemos la evaluación de la estabilidad temporal del instrumento.

En resumen, estos datos apoyan la propuesta de Denollet en relación a la validez interna, a la validez de constructo y alta fiabilidad de este instrumento. El cuestionario DS-14 puede ser una buena medida de Personalidad Tipo D en la población española, que ayude a realizar una detección precoz tanto del riesgo de enfermedad coronaria como de efectos negativos en la salud en la población general para la práctica clínica.

Referencias

- Bergvik, S., Sørli, T., Wynn, R. y Sexton, H. (2010) Psychometric properties of the Type D scale (DS14) in Norwegian cardiac patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 334-340
- Chesney, M. A. (1996). New behavioral risk factors for coronary heart disease: Implications for intervention. En K. Orth-Gomer y N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention* (pp. 169-182). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1999). *NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado. NEO-FFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores*. Madrid: TEA Ediciones.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
- Denollet, J. (2000). Type D personality A potential risk factor defined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-66.
- Denollet, J., Gidron, Y., Vrints, C. J. y Conraads, V. M. (2010). Anger, suppressed anger, and risk of adverse events in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 105, 1555-1560.
- Denollet, J., Shiffer A.A. y Spek, V. (2010). A General Propensity to Psychological Distress Affects Cardiovascular Outcomes: Evidence From Research on the Type D (Distressed) Personality Profile. *Circulation Cardiovascular Quality Outcomes*, 3, 546-557
- Denollet, J., Vaes, J., y Brutsaert, D.L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality in younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630-635.
- Denollet J. y Van Heck G.L. (2001). Psychological risk factors in heart disease. What Type D personality is (not) about. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 465-468.
- González de Rivera, J.L., Derogatis, L.R., de las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey, A.L. (1989). *The spanish versión of the SCL-90-R Normative data in the general population*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Grande, G., Romppel, M., Glaesmer, H., Petrowski, K. y Herrmann-Lingen, C. (2010). The type-D scale (DS14) - Norms and prevalence of type-D personality in a population-based representative sample in Germany. *Personality and Individual Differences*, 48, 935-939
- Gremigni P. y Sommaruga M. (2005). Personalità di Tipo D, un costrutto rilevante in cardiologia. Studio preliminare di validazione del questionario italiano. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 11, 7-18.

- Gump, B. B., y Matthews, K. A. (1999). Do background stressors influence reactivity to and recovery from acute stressors? *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 469-494.
- Juczyński Z. y Ogińska-Bulik N. (2009). Type D personality in Poland: Validity and application of the Polish DS14. *Polish Psychological Bulletin* 40, 130-136.
- Miguel-Tobal, J., Casado, M., Can-Vindel, A. y Spielberger, C. (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2013). *Enfermedades Cardiovasculares*. Centro de Prensa, Nota descriptiva. Recuperado el 2 de julio de 2013 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Pedersen S.S., Denollet J., Ong A.T., Sonnenschein K., Erdman R.A., Serruys P.W. y van Domburg R.T. (2007). Adverse clinical events in patients treated with sirolimus- eluting stents: the impact of Type D personality. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14, 135-140.
- Pedersen S.S., Yagensky A., Smith O.R., Yagenska O., Shpak V. y Denollet J. (2009). Preliminary evidence for the cross-cultural utility of the type D personality construct in the Ukraine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 108-115.
- Remor, E., y Carrobes, J.A. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Robles-Ortega, H., Peralta-Ramírez, M.I. y Navarrete-Navarrete, N. (2006). Validación de la versión española del inventario de vulnerabilidad al estrés de Beech, Burns y Scheffield. En: *Avances en psicología de la salud*. Granada: Sider.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122.
- Schiffer, A. A., Smith, O. R. F., Pedersen, S. S., Widdershoven, J. W. y Denollet, J. (2009). Type D personality and cardiac mortality in patients with chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 142, 1-6.
- Spindler H., Kruse C., Zwisler A.D. y Pedersen S.S. (2009). Increased anxiety and depression in Danish cardiac patients with a type D personality: crossvalidation of the Type D Scale (DS14). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 98-107.
- Svansdottir E., Karlsson H.D., Gudnason T., Olason D.T., Thorgilsson H., Sigtryggsdottir U., Pedersen, S.S. y Denollet, J. (2012) Validity of Type D personality in Iceland: association with disease severity and risk markers in cardiac patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 155-166.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RELACIONES QUE ESTABLECEN LOS PACIENTES CON TOC CON SUS OBSESIONES Y LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CON SUS VOCES

Gloria Bellido Zanin, Amalia Macías González,
Carmen Abolafia Pérez y Carlos Cuevas-Yust

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, H.U. Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España

Resumen

Antecedentes: Las alucinaciones auditivas verbales y las obsesiones son dos tipos de fenómeno psicológico que se experimentan de manera similar: son intrusiones de carácter involuntario y egodistónico. Diversos estudios señalan posibles similitudes entre este tipo de experiencias. En su mantenimiento también se dan procesos psicológicos similares. Partimos del enfoque cognitivo sobre las voces, en concreto la creencia de poder de las voces y teoría del rango social, adaptada a los eventos privados de carácter psicopatológico (voces, obsesiones), y del papel que en el mantenimiento de los síntomas desempeña el tipo de relación que la persona mantiene con ellos. **Método:** La muestra para el estudio está compuesta de 20 pacientes atendidos en la Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen del Rocío, 10 de ellos con obsesiones y otros 10 con voces. A cada uno de los grupos se les aplicó una escala para conocer la relación que establecían con sus síntomas, la OPD en el caso de los pacientes con obsesiones y la VPD en el caso de pacientes con voces. **Resultados:** Los resultados muestran que no hay diferencias significativas en las dos muestras en la relación que los pacientes establecen con sus síntomas, percibiéndose ellos mismos como menos poderosos. **Conclusiones:** En esta tendencia de resultado podría tener sentido la aplicación de técnicas de tratamiento procedentes del ámbito de las relaciones sociales, como las de asertividad, al de la relación que la persona establece con sus síntomas (eventos privados). Modificar la relación con el síntoma en el sentido que la persona se siente con más poder podría reducir la perturbación emocional asociada a dichas experiencias.

Palabras clave: voces, obsesiones, creencias sobre los síntomas.

COMPARATIVE STUDY OF THE RELATIONSHIPS THAT PATIENTS WITH OCD ESTABLISH WITH THEIR OBSESSIONS AND PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH THEIR VOICES

Abstract

Antecedents: Verbal auditory hallucinations and obsessions are two kinds of psychological phenomena both experienced in a similar way: they are involuntary and ego-dystonic. intrusion. Several studies point to possible similarities between these experiences. Psychological processes are involved in its maintenance. We are working on the cognitive approach on voices, specifically the belief about the power of the voices and The Social Rank Theory adapted to psychopathological private events (voices, obsessions), and the important role that the relationship with symptoms plays in its maintenance. **Method:** The sample for the study consisted of 20 patients admitted to the Rehabilitation Unit of the *Hospital Universitario Virgen del Rocío*, 10 of them with obsessions and 10 with voices. It was applied a scale to each group to determine the relationship established with its symptoms, the OPD in the case of patients

with obsessions and the VPD in the case of patients with voices. Results: The results show no significant differences in the two samples in the relationship established with their symptoms, so patients perceive themselves as less powerful. **Conclusions:** This trend of result might make sense applying treatment techniques from the field of social relations, such as assertiveness, to the relationship that people establish with their symptoms (private events). Modifying the relationship with symptoms in the sense that people perceive themselves more powerful could reduce emotional distress associated with these experiences.

Keywords: voices, obsessions, beliefs about symptoms.

Introducción

Según diferentes estudios la investigación de grandes agrupaciones sindrómicas bajo el concepto de esquizofrenia ha aportado datos inconsistentes de escasa validez y fiabilidad (Bentall, 1990; Blashfield, 1984), siendo el estudio de síntomas aislados como los delirios o alucinaciones mucho más útil e interesante por ser además extensible su estudio en el continuo de la población normal. Entre todas las líneas de investigación parece ser especialmente interesante la que propone que no son las voces en la esquizofrenia en sí mismas un trastorno psicopatológico sino que son las relaciones que la personas establecen con sus voces (creencias, estrategias de afrontamiento) lo importante a la hora de considerarlas como un trastorno (Pérez-Álvarez, García-Montes, Perona-Garcelán y Vallina-Fernández, 2008). En esta línea es importante tener en cuenta la Teoría del Rango Social de Gilbert, (Gilbert, 1992; Gilbert y Allan, 1998; Price, Sloman, Gardner, Gilbert y Rohde, 1994).

La teoría del Rango Social ilustra como los humanos responden ante situaciones de dominancia e indefensión por otros. Dentro del contexto de las jerarquías sociales se han desarrollado varios mecanismos mentales. En este contexto, aquellos con fuerzas y habilidades superiores son capaces de amenazar, atacar e intimidar a los menos capaces; y aquellos que están en posición de subordinación se defenderán escapando, huyendo o sometiéndose. Las consecuencias que acarrea el bajo rango social son baja autoestima, humillación, sentimiento de estar atrapado, ansiedad, depresión y conductas sumisas, incluyendo complacer las demandas de los otros dominantes (Birchwood, Meaden, Trower, Gilbert y Plaistow, 2000).

La teoría del rango social ha sido aplicada a depresión (Gilbert, 1992) y a ansiedad social (Trower y Gilbert, 1989). También ha sido utilizada para explicar la naturaleza de la relación con las voces poderosas. Esta aplicación se entiende desde diferentes argumentos: Según diversas investigaciones los oyentes de voces tienen un vínculo con su voz como si fuera una relación íntima interpersonal, y a menudo inescapable (Benjamin, 1989). Así mismo el 85% de los oyentes de voces ven sus voces como poderosas y omnipotentes, mientras ellos se perciben como débiles y dependientes, sin control e influenciados por las voces (Birchwood y Chadwick, 1997). Birchwood et al. (2004), Birchwood et al., (2000) y Gilbert (1992) encontraron una relación significativa entre como los oyentes de voces experimentaban sus relaciones con otros en su vida diaria, en términos de impotentes, inferiores y subordinados y como de subordinados y de impotentes se sentían respecto a sus voces Birchwood et al. (2000) elaboraron un modelo que predice que sentirse inferior actúa como esquema interpersonal y esto establece las bases para la evaluación de las voces como dominantes, poderosas y amenazantes, y de ellos mismos como subordinados,

relativamente impotentes para resistirse o defenderse contra los insultos y los vergonzantes ataques de las voces. Influyendo este esquema también en la depresión y el estrés debido a las voces.

La génesis del esquema interpersonal podría establecerse en las relaciones tempranas de cuidado (Drayton, Birchwood, y Trower, 1998) y en la marginación social (Birchwood et al., 2000). Las creencias sobre el poder de las voces, más que el contenido gobiernan la respuesta (Birchwood, y Chadwick, 1997). El malestar por las voces está en mayor medida relacionado con la relación del individuo con la voz; la alta tasa de depresión de la muestra (60%) estaba directamente atribuido a las creencias de poder de las voces y no a la frecuencia de las voces, la fuerza, intensidad o contenido; (Sayer, Ritter y Gournay, 2000; Van der Gaag, Hageman y Birchwood, 2003). La evaluación de las órdenes gobernaban las respuestas de los individuos más que las órdenes en sí (Beck-Sander, Birchwood y Chadwick, 1997).

A la luz de estos resultados nos planteamos si las personas con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo no mantendrán este mismo tipo de relación de poder-sumisión con sus obsesiones, de la misma forma que las personas con diagnóstico de psicosis la mantienen con sus voces. Las alucinaciones auditivas verbales y las obsesiones son dos tipos de fenómeno psicológico que se experimentan de manera similar: son intrusiones de carácter involuntario y egodistónico. Diversos estudios señalan posibles similitudes entre este tipo de experiencias (por ejemplo, Guillem, Satterthwaite, Pampoulova, y Stip, 2009). De esta forma las personas con obsesiones también podrían establecer una relación de subordinación con respecto a sus obsesiones en la que se valoren a sí mismos con menos poder y fuerza que él que le atribuyen a las obsesiones.

Este estudio exploratorio forma parte de un proyecto de investigación más amplio actualmente en desarrollo en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, en el que se estudian aspectos clínicos relacionados con la experiencia de *oír voces* y con la experiencia de tener obsesiones. Los objetivos son:

- Estudiar la percepción de poder-sumisión de las personas con esquizofrenia en su relación con las alucinaciones verbales auditivas.
- Estudiar la percepción de poder-sumisión de las personas con trastorno obsesivo compulsivo en su relación con las obsesiones.

La hipótesis es que en ambas condiciones, los/as participantes percibirán las voces o las obsesiones con un poder superior a ellas mismas.

Método

Participantes

Previo consentimiento informado participaron en este estudio 20 personas que reciben tratamiento en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Diez de ellos cumplen diagnóstico de trastorno esquizofrénico y otros trastornos psicóticos (CIE-10: F20-F29) y presentan en el momento de la evaluación alucinaciones auditivas. Los pacientes excluidos han sido todos aquellos diagnósticos que no presentan síntomas psicóticos desde los criterios de la CIE-10 y pacientes con abuso y consumo de sustancias. Cinco de ellos eran hombres y otros cinco, mujeres. La edad media es de 43,9 ($DT = 7.18$ y rango 31-51) años y la edad media de tratamiento en Salud Mental es de 20,7 ($DT = 6,75$ y rango 8-29).

Los otros 10 participantes cumplen diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (CIE-10: F42). Ocho de ellos eran hombres y dos, mujeres. La edad media es de 41,9 años ($DT = 9,81$ y rango 31-61 años). La edad media de tratamiento es de 15,8 ($DT = 11,9$ y

Materiales

La Escala Diferencial de Poder de las Voces (*Voice Power Differential Scale*, VPD), desarrollada por Birchwood y Meaden en el 2000, comprende siete dimensiones de poder (poder, fuerza, auto-confianza, respeto, capacidad de dañar, superioridad y grados de conocimientos).

Se les pregunta a las personas que escuchan voces cómo se sienten ellos en relación a su voz principal en cada una de estas siete dimensiones mediante una escala de cinco puntos. Midiendo de esta manera la relación de poder entre la persona que escucha voces y su voz.

La fiabilidad interna de la escala (α de Cronbach) es 0.85 ($N = 59$) y la fiabilidad test retest a una semana es $r = 0,82$ ($N = 25$). Otra de las variables de estudio es la relación de poder-sumisión que se establece con los otros significativos. Esta variable va a ser medida por el cuestionario: *Escala Diferencial de Poder adaptada a las obsesiones*. Es una versión adaptada de la Escala Diferencial de Poder de las Voces (VPD).

Procedimiento

A los pacientes seleccionados se les administrarán los cuestionarios VPD y la Escala Diferencial de Poder adaptada a las obsesiones, según el diagnóstico sea de Trastorno Psicótico o de Trastorno Obsesivo Compulsivo. Posteriormente se analizarán los datos disponibles.

Diseño

El diseño planteado es de tipo observacional descriptivo transversal.

Resultados

Los resultados mostraron la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas en la variable “edad” (Mann-Whitney = 39500, $p = 0,436$) y en la variable “años en tratamiento en salud mental” (Mann Whitney = 26500, $p = 0,075$).

Por otro lado, en los resultados relativos al poder percibido en las voces y en las obsesiones una media de 24,6 en el VPD ($DT = 5,04$) y una media de 27,5 ($DT = 6,74$) en el OPD (ver Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de las pruebas OPD y VPD.

Diagnóstico	Instrumento	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Trastorno esquizofrénico	VPD	10	16	16	24,60	5,038
Trastorno obsesivo compulsivo	OPD	10	35	35	27,50	6,737

Nota. OPD = *Escala Diferencial de Poder adaptada a las obsesiones*; VPD = *Voice Power Differential Scale*.

Discusión

Respecto a las voces, los participantes perciben una relación asimétrica en la que las voces tienen más poder que ellos. Respecto a las obsesiones, los participantes perciben una relación asimétrica en la que las obsesiones son más poderosas.

Estos resultados vienen a confirmarnos los resultados encontrados en investigaciones anteriores en referencia a la superioridad de poder que atribuyen los oyentes de voces a las mimas con respecto a su poder percibido (Birchwood y Chadwick, 1997; Birchwood et al., 2004; Birchwood et al., 2000).

De la misma manera confirma que esta atribución hacia las voces también se da en las obsesiones, percibiéndose los pacientes como menos poderosos que sus obsesiones por lo que se podría plantear que el mismo modelo aplicado a la relación con las voces también se podría aplicar a otros síntomas que guardan cierta similitud (Guillem et al., 2009).

Como se comentaba anteriormente esto es un estudio exploratorio de la situación con pocos pacientes en la muestra por lo que se hace necesario ampliar la muestra considerada para poder confirmar estos resultados. Por otro lado, también sería recomendable estudiar la relación que los pacientes con obsesiones tienen en sus otras relaciones interpersonales para ver si en este caso su poder percibido es menor con respecto a ellos.

Nos parece importante destacar la importancia de estas líneas de investigación para la práctica clínica ya que en esta tendencia de resultado podría tener sentido la aplicación de técnicas de tratamiento procedentes del ámbito de las relaciones sociales, como las de asertividad, al de la relación que la persona establece con sus síntomas (eventos privados). Modificar la relación con el síntoma en el sentido que la persona se sienta con más poder podría reducir la perturbación emocional asociada a dichas experiencias.

Referencias

- Beck-Sander, A., Birchwood, M. y Chadwick, P. (1997). Acting on command hallucinations: a cognitive approach. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 139-148.
- Benjamin, L.S. (1989). Is chronicity a function of the relationship between the person and the auditory hallucination? *Schizophrenia Bulletin*, 15, 291-310.
- Bentall, R. P. (1990). The syndromes and symptoms of psychosis: Or why you can't play twenty questions with the concept of schizophrenia and hope to win. En R. Bentall (Ed.), *Reconstructing schizophrenia* (pp. 23 -60). London: Routledge.
- Birchwood, M. y Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J. y Miles, J. N. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: A comparison of three models. *Psychological Medicine*, 34, 1571-1580.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P. y Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30, 337-344.
- Blashfield, K. (1984). *The classification of psychopathology: Neokraepelinian and quantitative approaches*. Nueva York: Plenum.
- Drayton, M., Birchwood, M. y Trower, P. (1998). Early attachment experience and recovery from psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 269-284.

- Gilbert, P. (1992). *Depression: The Evolution of Powerlessness*. Erlbaum: Hove, Sussex.
- Gilbert, P. y Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28, 584-597.
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, E., Meaden, A., Olsen K. y Miles, J.N.V. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, 31, 1117-1127.
- Guillem, F., Satterthwaite, J., Pampoulova, T. y Stip, E. (2009). Relationship between psychotic and obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 115, 358-362.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J.M., Perona-Garcelán, S. y Vallina-Fernández, O. (2008). Changing Relationship with Voices: New Therapeutic Perspectives for Treating Hallucinations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 75-85.
- Price, J., Sloman, L., Gardner, R., Gilbert, P. y Rohde, P. (1994). The social competition hypothesis of depression. *British Journal of Psychiatry*, 164, 309-315.
- Sayer, J., Ritter, S. y Gournay, K. (2000). Beliefs about voices and their effects on coping strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1119-1205.
- Trower, P. y Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.
- Van der Gaag, M., Hageman, M.C. y Birchwood, M. (2003). Evidence for a cognitive model of auditory hallucinations. *Journal of nervous and Mental Disease*, 191, 542-545.

DESCRIPCIÓN DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Hélade María Verdet-Martínez, Patricia Navarro-Gómez,
Pilar Arnal-Val y M^a José Lara-García

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, España

Resumen

Introducción: El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) interfiere significativamente en el funcionamiento general del individuo, presenta una alta epidemiología, una frecuente comorbilidad y una escasa tasa de recuperación. **Objetivo:** Descripción sociodemográfica de una muestra de pacientes diagnosticados de TOC y determinación del tipo de obsesiones y compulsiones que presentan. **Método:** Se realizó un estudio transversal en la Unidad de Salud Mental del Hospital la Fe de Valencia. Fueron evaluados 19 pacientes que habían participado en terapia grupal. Los instrumentos empleados fueron: cuestionario de variables sociodemográficas y listado de síntomas de Yale – Brown. **Resultados:** La mayoría de pacientes están casados y predomina el nivel de estudios medios. En su mayoría, se encuentran parados (42,1%) y un 21,1% tenían la incapacidad laboral, de forma que sólo un 31,6% está en activo; el 31,6% convive con pareja, el 26,3% con pareja e hijos y el 21,1% con familia de origen. El tipo de obsesiones observado más frecuentemente fueron las de simetría, seguido de las agresivas, las de contaminación, somáticas, acumulación y sexuales, dejando en último lugar las religiosas. Respecto a las compulsiones, predominan las de comprobación, seguidas de las de repetición, las de limpieza y ordenación; las de almacenar y las de contar constituyen el tipo de compulsiones menos observadas. **Conclusiones:** Los tipos de obsesiones más frecuentes serían las de simetría y las agresivas, siendo las menos frecuentes las sexuales y religiosas. Estos datos no son del todo consistentes con los informados por Rasmussen y Eisen que señalaban como las más frecuentes las de contaminación, aunque sí confirman que las menos frecuentes serían las sexuales y religiosas. Respecto a las compulsiones, observamos una mayor consistencia de los resultados, señalado las compulsiones de comprobación como las más frecuentes, y las de almacenamiento y contar como las menos frecuentes.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, estudio descriptivo, variables sociodemográficas, obsesiones, compulsiones.

SAMPLE DESCRIPTION OF PATIENTS WITH OBSESSIVE - COMPULSIVE DISORDER

Abstract

Introduction: Obsessive Compulsive Disorder (OCD) interferes significantly in the general functioning of the individual, has a high prevalence, frequent comorbidity and a poor rate of recovery. The aim of this study is to describe sociodemographic characteristics of a sample of patients with OCD and to determinate the type of obsessions and compulsions they presented. **Method:** A cross sectional study was performed in the Mental Health Unit of Hospital la Fe of Valencia. 19 patients who had taken part of an OCD group therapy were evaluated. The questionnaire of sociodemographic factors variables and the list of symptoms of Yale – Brown were conducted to every patient. **Results:** The majority of patients were married and had an average level of studies. They were mostly unemployed (42.1%) and 21.1% of them had a short

or long term disability. Hence, only 31.6% of them were working. 31.6% of the patients were living with their partner, 26.3% of them were living with their partner and children and 21.1% of them with their family of origin. The most frequently observed type of obsession was the one of symmetry, followed by aggressive, pollution, somatic, accumulation and sexual obsessions and being the religious ones the least. Regarding the compulsions, those of checking predominated, followed by repetition, cleanliness, order, storing compulsions and, finally, counting compulsions. **Conclusions:** The most frequent obsessions are, according to this study, the ones regarding symmetry and aggressiveness, whereas sexual and religious are the least frequent ones. This information is not completely consistent with the published by Rasmussen and Eisen who concluded that the most frequent obsessions were those of pollution, although they agreed that the least frequent obsessions are the sexual and the religious ones. Regarding the compulsions, we observed more consistent results, being the most frequent ones checking and storing and, the least, counting.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, descriptive study, sociodemographic factors, obsessions, compulsions.

Introducción

Se ha escogido el Trastorno Obsesivo Compulsivo por tratarse de un trastorno que interfiere intensa y significativamente en el funcionamiento general del individuo y en las diversas áreas de su vida. Parte del interés en este trastorno se debe a su alta epidemiología, a su frecuente comorbilidad con otros trastornos, al excesivo tiempo que las personas que lo sufren suelen tardar en solicitar ayuda y a la escasa tasa de recuperación.

Skoog y Skoog (1999) realizaron un estudio prospectivo e informaron de que en un 60% de los casos el TOC seguía un curso crónico, con distintas remisiones y exacerbaciones y tan solo el 20% presentaron una tasa de recuperación completa. Según el DSM-IV-TR, solamente un 5% de sujetos presenta un curso episódico, con síntomas mínimos o inexistentes entre episodios. La remisión completa es infrecuente (American Psychological Association [APA], 2000).

Únicamente, entre el 34 y 40% de las personas que cumplen criterios diagnósticos, han recibido alguna vez en su vida tratamiento para este problema (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

La *American Psychiatric Association* (APA) estima la prevalencia global del trastorno en un 2,5% (APA, 2000). De esta forma, parece reafirmar el estudio ECA (Karno, Golding, Sorenson, Burnham, 1988), realizado en los Estados Unidos, que aportó una prevalencia de entre el 1,6% y el 2,5%. Dicho estudio, acerca de la comorbilidad del TOC en población general, señaló la asociación frecuente con otros trastornos tales como depresivos, de ansiedad, fóbicos, esquizofrenia, abuso de alcohol, del control de impulsos, de la alimentación y el síndrome de Gilles de la Tourette.

Los objetivos de nuestro estudio fueron la descripción de una muestra clínica de pacientes con TOC y estudiar los tipos de obsesiones y compulsiones más frecuentes en una muestra de pacientes con TOC en una Unidad de Salud Mental de Valencia.

Método

Participantes

La muestra estaba formada por 8 hombres (42,1%) y 11 mujeres (57,9%). La media de edad fue de 42,7 años (con un rango que oscilaba entre 22 y 58 y una desviación típica de 10,08). A continuación se detallan los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: Pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo – compulsivo según el DSM – IV- TR que han recibido tratamiento grupal y continúan en tratamiento en la Unidad de Salud Mental de Trinitat (Hospital Universitario y Politécnico La Fe).

Criterios de exclusión: Pacientes menores de edad y pacientes mayores de 60 años y aquellos pacientes que denieguen voluntariamente la participación en este estudio.

Instrumentos

Variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral, convivencia actual, antecedentes psiquiátricos familiares.

Listado de síntomas de Yale – Brown (Y-BOCS –SC): se trata de un listado de obsesiones y compulsiones (50 ítems) que se agrupan en 15 categorías en función del contenido temático o la expresión conductual. Incluye 8 categorías de obsesiones (agresivas, contaminación, sexuales, acumulación, religiosas, somáticas, simetría y miscelánea /diversas) y 7 compulsiones (limpieza, comprobación, contar, orden, acumulación, repetición y miscelánea /diversas). Además, se incluyen 2 ítems abiertos (Goodman et al., 1989).

Procedimiento

Se contactó con los pacientes que habían asistido al grupo de terapia cognitivo – conductual para el TOC en los últimos 5 años, lo que reunía un total de 34 pacientes. De ellos, 8 no acudieron a la cita concertada, 2 habían cambiado de teléfono y no se pudo contactar, 2 estaban en ese momento ingresados en el hospital por otros motivos y 3 no desearon participar.

Se concertó una cita telefónicamente para que asistieran al centro. Una vez allí, se les entregó la hoja informativa aclarándoles a continuación, verbalmente, todas las dudas. Todos los participantes fueron debidamente informados sobre el objetivo del estudio, expresando cada uno de ellos su consentimiento oral y escrito para la realización de cada uno de los cuestionarios administrados. Se explicó el objetivo de la investigación, el tipo de pruebas que iban a realizar, la participación voluntaria, la posibilidad de abandonar el estudio sin tener ningún perjuicio y la confidencialidad de los datos.

El cuestionario sociodemográfico lo completaron los pacientes como un autoinforme. La escala de obsesión – compulsión de Yale – Brown se administró como una entrevista estructurada.

Los datos de los pacientes incluidos en el estudio, así como las puntuaciones que se obtuvieron de los cuestionarios, se almacenaron en una base de datos para su posterior procesamiento y análisis. Para ello, se empleó el programa estadístico SPSS 20.0 para Windows.

Diseño

Para poder cumplir los objetivos de este estudio se realizó una evaluación transversal a pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo – compulsivo que habían recibido tratamiento grupal en los últimos cinco años y continuaban en tratamiento en la Unidad de Salud Mental de Trinitat, perteneciente al Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia. La recogida de datos se realizó en un único momento temporal y los participantes fueron evaluados una única vez.

Se realizaron cálculos descriptivos para examinar la muestra clínica en sus variables demográficas, así como el tipo de obsesiones y compulsiones que presentan.

Resultados

Según los datos obtenidos en nuestro estudio, la mayoría de pacientes están casados (42,1%). Hay una mayor predominancia del nivel de estudios medios (52,6%), siendo lo menos frecuente los extremos (estudios primarios incompletos 5,3% y estudios superiores 5,35%). En su mayoría se encuentran actualmente parados (42,1%) y un 21,1% tenían la incapacidad laboral, de forma que solo un 31,6% están en este momento activos laboralmente. Con respecto a la convivencia, el 31,6% convive con su pareja, el 26,3% con pareja e hijos y el 21,1% con su familia de origen (Tabla 1).

El 42,1% de los pacientes diagnosticados de TOC presentaban antecedentes de trastorno psiquiátrico en familiares de primer grado. El 31,6% de la muestra clínica presentaba antecedentes familiares de trastorno de ansiedad y el 10,5% de trastorno afectivo, y no se dio ningún caso de antecedentes familiares de trastorno psicótico o retraso mental (Tabla 1).

La media de tiempo con el diagnóstico de TOC fue de 6,52 años, con un rango que abarca de 1 a 36 años y una desviación típica de 8,37.

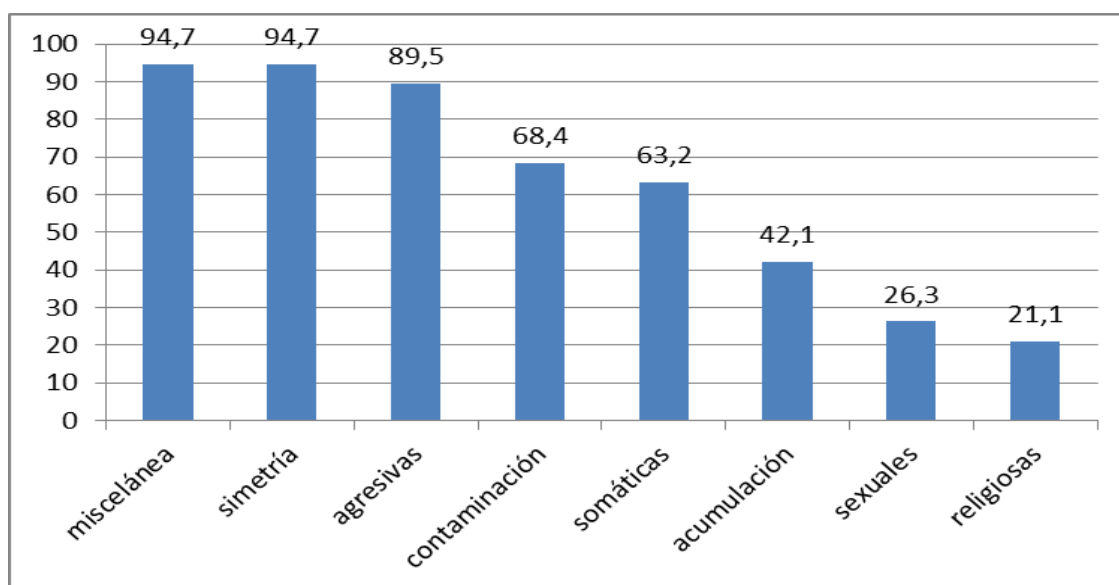
De toda la muestra clínica, tan solo un paciente no recibía actualmente ningún tratamiento farmacológico. El 73,7 % de los sujetos estaban en tratamiento con antidepresivos, 57,9% con benzodiacepinas y el 5,3% con neurolepticos (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

Estado civil	42,1 % Casados 15,8% Solteros 10,5% Divorciados 6% En pareja
Nivel educativo	5,3% Estudios primarios incompletos 26,3% Estudios primarios completos 10,5% Bachillerato 52,6% Título de grado medio 5,3% Licenciado, ingeniero o graduado
Profesión	36,8% Obrero no cualificado 31,6% Profesión liberal 5,3% Empresario 5,3% Estudiante 10,5% Jubilado/ Incapacidad 10,5% Sus labores
Situación laboral	31,6% Activo 42,1% Parado 5,3% Jubilado 21,1% Incapacidad
Convivencia	21,1% Familia de origen

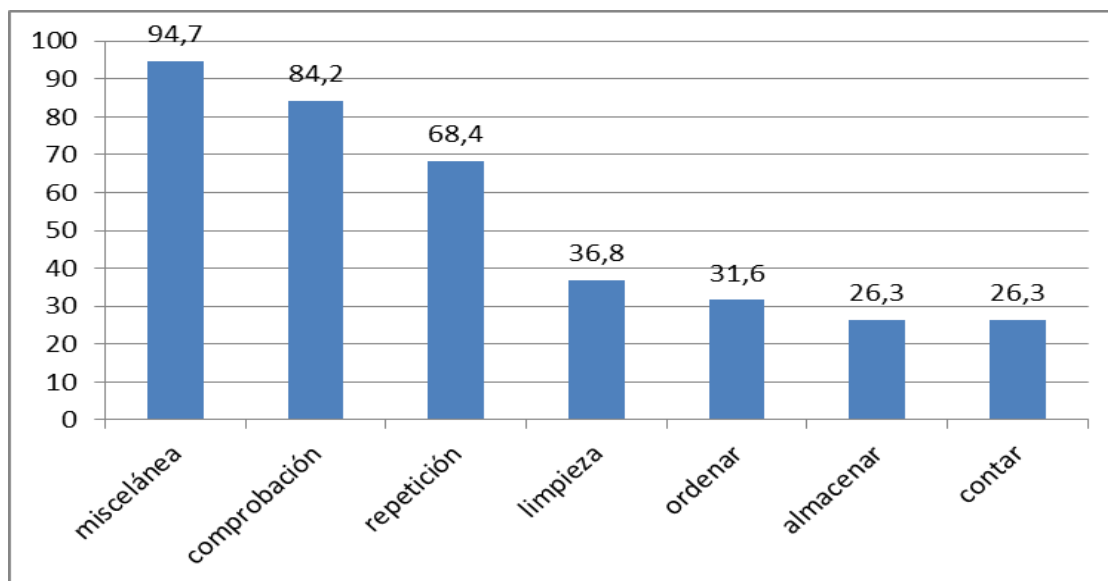
	31,6% Con pareja 26,3% Con pareja e hijos 21,1 % Otros
Antecedentes familiares de primer grado de trastorno psiquiátrico	42,1 %
Tipo de trastorno psiquiátrico	10,5 % trastorno afectivo 31,6% trastornos de ansiedad
Tiempo (en años) del diagnóstico de TOC	Media 6,52 años (máximo 36 años y mínimo 1 año, con una desviación típica de 8,37).
Tratamiento	73,7 % Antidepresivos 57,9 % Benzodiazepinas 5,3% Neurolépticos 5,3% Sin tratamiento farmacológico

El tipo de obsesiones más frecuentemente observado (excluyendo la miscelánea) fue la simetría (94,7%), seguido de las agresivas (89,5%), las de contaminación (68,4%), somáticas (63,2%), acumulación (42,1%) y sexuales (26,3%), dejando en último lugar las religiosas (21,1%) (Gráfica 1).



Gráfica 1. Porcentajes de presentación de las diferentes obsesiones.

Respecto a las compulsiones hay una predominancia de las de comprobación (84,2%), seguidas de las de repetición (68,4%), las de limpieza (36,8%) y ordenar (31,6%). El tipo de compulsiones menos observadas son las de almacenar y las de contar, presentando el 26,3% de pacientes dichas compulsiones (Gráfica 2).



Gráfica 2. Porcentajes de presentación de las diferentes compulsiones.

Conclusiones

Según los datos obtenidos en nuestro estudio, la mayoría de pacientes están casados. Hay una mayor predominancia del nivel de estudios medios y en su mayoría se encuentran actualmente parados.

Con respecto a la convivencia ningún paciente vivía solo, la mayoría conviven con pareja o con pareja e hijos. En líneas generales, nuestros resultados contrastan con los obtenidos en otros estudios que señalan que los pacientes con TOC presentan mayores tasas de separación y divorcio (Clark, 2004).

En la muestra, también está mejor representado el nivel de estudios medios (formación profesional), frente a la escasez de estudios primarios incompletos y estudios superiores, lo que no iría en consonancia con estudios previos que informan de un menor rendimiento académico de las personas con TOC (Andrews, Henderson y Hall, 2001).

La mayor parte de los pacientes se encuentran parados y un importante porcentaje están incapacitados laboralmente, lo que hace que menos de un tercio de la muestra se encuentren activos laboralmente en el momento de la evaluación.

Respecto a los antecedentes psiquiátricos, un estudio reciente confirma la predominancia de antecedentes familiares de ansiedad en una muestra de 77 pacientes con TOC, aunque no de trastornos afectivos (Brakoulis, 2011). Por el contrario, en nuestro estudio se observan, fundamentalmente, trastornos afectivos y ansiedad, siendo llamativa la ausencia de antecedentes familiares de psicosis.

Según los datos recogidos para este estudio, los tipos de obsesiones más frecuentes serían las de simetría y las agresivas, siendo las menos frecuentes las sexuales y religiosas. Estos datos no son del todo consistentes con los informados tanto por Rasmussen y Eisen (1992) como Botella y Robert (1995) que señalaban como las más frecuentes las de contaminación (que en nuestro estudio quedan en tercer lugar), aunque sí confirman que las menos frecuentes serían las sexuales y religiosas. Sin embargo, sí coinciden nuestros resultados con el estudio de Feinstein, Fallon, Petkova y Liebowitz (2003) que también señalan como el tipo de obsesiones más frecuentes, las de simetría y las menos frecuentes, las sexuales y religiosas.

Respecto a las compulsiones, observamos una mayor consistencia de nuestros resultados con los obtenidos en estudios previos, señalado las compulsiones de comprobación como las más frecuentes, y las de almacenamiento y contar como las menos frecuentes (Freeman, 1992; Rasmussen y Eisen, 1992). Aunque de nuevo nos enfrentamos con resultados contradictorios, como los ofrecidos por Matsunaga et al. (2008), para quienes las obsesiones de comprobación tendrían una menor frecuencia de presentación que las de contaminación, acumulación y orden.

En nuestro estudio, se observa un mayor porcentaje de pacientes que presentan los diferentes tipos de obsesiones y compulsiones que en estudios previos (Botella y Robert, 1995; Feinstein et. al., 2003; Freeman, 1992; Matsunaga et. al., 2008; Rasmussen y Eisen, 1992). Estos hallazgos, en parte, pueden deberse a la selección realizada, consistente en pacientes que habían asistido a terapia durante los últimos 5 años y que seguían cumpliendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TOC, lo que podría estar señalando que se trata de pacientes más graves y resistentes al tratamiento.

Referencias

- American Psychological Association, APA (2002). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Andrews, G., Henderson, S. y Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145- 153.
- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrio, C. (2011). *TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Psicología Alianza Editorial.
- Botella, C. y Robert, C. (1995). El trastorno obsesivo compulsivo. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, vol. 2 (pp. 187-224). Madrid: McGraw-Hill.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Sammut, P., Berle, D., Milicevic, D., Moses, K. y Hanna, A. (2011). Obsessive-compulsive spectrum disorders: a comorbidity and family history perspective. *Australas Psychiatry*, 19, 151-155.
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive-behavioural therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Feinstein, S.B., Fallon, B.A., Petkova, E., y Liebowitz, M.R. (2003). Item-by-item factor analysis of the Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale symptom checklist. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15, 187-193.
- Freeman, C.P. (1992). What is obsessive compulsive disorder?. The clinical syndrome and its boundaries. *International Clinical Psychopharmacology*, 7(Suppl. 1), 11-17.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Freischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., y Charney, D.S. (1989). The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale. I: Development, use, reliability, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., y Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Matsunaga, H., Maebayashi, K., Hayashida, K., Okino, K., Matsui, T., Ketani, T., Kiriike, N. y Stein, D.J. (2008). Symptom Structure in Japanese Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 251-253.
- Nicolini, H., Herrera, K., Páez, F., Sánchez, M., Orozco, B., Lodeiro, G. y de la Fuente, J.R. (1996). Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale – Brown para el Trastorno Obsesivo – Compulsivo. *Salud Mental*, 19(Suppl. 3), 13-16.
- Rasmussen, S.A. y Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-58.

Skoog, G. y Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.

RELAÇÃO EXTRA-NAMORO EM JOVENS ADULTOS: ATRIBUIÇÕES E ESTILO DE VINCULAÇÃO

Helena Afonso, Maria Elisa Oliveira e Isabel Sá

Universidade de Lisboa, Portugal

Resumo

Intimidade, confiança e compromisso são componentes centrais no desenvolvimento e manutenção das relações íntimas dos jovens adultos e determinantes dos seus estilos de vinculação. O estabelecimento de uma relação extra-díade de natureza sexual e/ou emocional envolve processos atribucionais relevantes na decisão sobre o futuro do namoro e tem efeitos muito significativos para cada parceiro, por implicar quebra de confiança e abalar crenças relacionais básicas. Este trabalho descreve e analisa a associação entre aspectos da relação extra-namoro e seus efeitos na relação do casal. Pretende-se ainda analisar a relação entre aspectos da situação extra-namoro e as atribuições causais e de responsabilidade, assim como a relação entre essas atribuições e o estilo de vinculação dos sujeitos. O estudo foi conduzido numa amostra de 32 jovens adultos, de ambos os sexos, que experimentaram uma situação de relação extra-namoro iniciada pelos seus parceiros. Os dados foram recolhidos através de instrumentos disponibilizados numa plataforma *online*. Os resultados revelam relações significativas entre alguns aspectos da relação extra-namoro e as atribuições causais e de responsabilidade, assim como entre essas atribuições e o tipo de vinculação estabelecido com os parceiros. Tendo em conta que a ocorrência de relações extra-díade se revela como uma das questões relacionais mais difíceis de lidar em contexto psicoterapêutico, os resultados obtidos parecem ter implicações pertinentes para a prática clínica com indivíduos ou casais.

Palavras-chave: relação extra-namoro, jovens adultos, atribuições, estilo de vinculação.

EXTRA- DYADIC RELATIONSHIP IN YOUNG ADULTS: ATTRIBUTIONS AND ATTACHMENT STYLE

Abstract

Intimacy, trust and commitment are key components in the development and maintenance of young adults' intimate relationships and determinants of their attachment styles. Establishing an extra-dyadic relationship of sexual and/or emotional nature during courtship involves attribution processes relevant to the decision about the courtship's future and seems to have very significant effects for each partner, as it implies a breach of trust and undermines basic relational beliefs. This study describes and analyses the association between aspects of extra-dyadic relationships and its effects on the couple's relationship. It also analyzes the relation between extra-dyadic relationship aspects and causal/responsibility attributions, as well as the relation between these attributions and the subjects' attachment style. The study was conducted on a sample of 32 young adults of both genders, who have experienced a situation of extra-dyadic relationship initiated by their partners. Data was collected through instruments available on an online platform. The results reveal significant relations between components of the extra-dyadic relationship and causal/responsibility attributions made by the subjects, as well as between these attributions and the type of attachment established with partners. As the occurrence of extra-dyadic relationships is one of the most difficult relational issues to deal with

in the psychotherapeutic context, the results obtained seem to have relevant implications to the clinical practice with individuals or couples.

Keywords: Extra-dyadic relationship, young adults, attributions, attachment style.

Introdução

O estabelecimento de relações íntimas é central para o bem-estar psicológico e saúde física dos indivíduos adultos e as dimensões de intimidade e compromisso são alicerces essenciais dessas relações. A intimidade refere-se aos sentimentos que promovem a proximidade e a criação de laços numa relação, e o compromisso refere-se ao desejo de continuidade da relação amorosa (Agnew, Van Lange, Rusbult e Langston, 1998; Levin, 2000). Uma das tarefas centrais no desenvolvimento dos jovens adultos é o estabelecimento e manutenção de relações amorosas satisfatórias. Estas relações desempenham um papel importante na sua aprendizagem e crescimento emocionais, e a sua qualidade está associada aos processos de interacção na família de origem (Conger, Cui, Bryant e Elder, 2000; Raz, Wiseman e Sharabany, 2007). Assim, os processos de vinculação nos adultos tornaram-se um alvo preferencial no campo de estudos das relações românticas (Crittenden, 1997; Hazan e Shaver, 1987). As representações internas de si próprio e dos outros originam diferentes estilos de vinculação associados a diferentes níveis de intimidade, confiança e compromisso de ambos os parceiros (Kirkpatrick e Davis, 1994; Morgan e Shaver, 1999). A dimensão de evitamento e a dimensão de preocupação são as duas dimensões básicas das diferenças individuais no estilo de vinculação mais usadas nos estudos. A primeira caracteriza-se pela dificuldade e desconforto com a proximidade relacional, a segunda caracteriza-se pela preocupação intensa com o estado da relação e um desejo também intenso mas sempre insatisfeito de proximidade.

O reconhecido papel de processos cognitivos como mediadores da satisfação e qualidade das relações amorosas permitiu que muitas intervenções clínicas com casais passassem a ter um foco dirigido à mudança de atribuições inadequadas de causalidade e de responsabilidade associadas à insatisfação relacional (Fincham e Bradbury, 1992; Fincham, Paleari e Regalia, 2002). A ocorrência de um envolvimento extra-díade, referido na literatura como infidelidade ou *affair*, constitui uma violação das normas estabelecidas por ambos os membros do casal quanto à exclusividade da sua relação e implica a ativação de processos atribucionais relevantes na decisão sobre o futuro da relação (Hall e Fincham, 2006; Rollie e Duck, 2006). O estabelecimento de uma relação extra-namoro de natureza sexual e/ou emocional parece ser uma experiência com efeitos muito significativos para cada um dos parceiros e para a relação por implicar quebra de confiança e questionar crenças relacionais básicas (Blow e Harnett, 2005; Olson, Russell, Higgins-Kessler e Miller, 2002). Assim, a literatura apresenta a relação extra-díade como uma das experiências relacionais mais difíceis de lidar no contexto psicoterapêutico individual ou de casal (Gordon, Baucom e Snyder, 2005; Gordon, Baucom, Snyder e Dixon, 2008).

Método

Procedimento e tipo de estudo

Apesar do estilo de vinculação e os processos atribucionais serem aspectos muito estudados no campo das relações íntimas, parecem ser escassos os dados acerca do seu papel face ao estabelecimento de relações extra-díade, especialmente as que são experienciadas por jovens adultos durante uma relação de namoro. Deste modo, os objectivos do presente trabalho de natureza exploratória são:

- 1) Descrever diferentes aspectos da relação extra-namoro (a sua natureza, forma como se toma conhecimento e efeitos na relação do casal) e analisar a relação entre eles.
- 2) Analisar a relação entre esses aspectos da relação extra-namoro e as atribuições causais e de responsabilidade feitas acerca do acontecimento.
- 3) Analisar a relação entre o estilo de vinculação nas relações amorosas e as atribuições feitas sobre o estabelecimento da relação extra-namoro.

Um processo de amostragem não probabilístico permitiu obter uma amostra de conveniência através de referências múltiplas por parte dos participantes que reuniam as condições requeridas. Os dados foram recolhidos através de uma plataforma *online*.

Participantes

O estudo foi conduzido numa amostra de 32 jovens adultos de ambos os sexos que experimentaram uma situação de relação extra-namoro iniciada pelos seus parceiros/as. A amostra é constituída por 23 mulheres e 9 homens, com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, em que a maioria tem um grau de escolaridade a nível do ensino superior. A relação de namoro tinha uma duração média de um ano e meio na altura em que os parceiros dos participantes no estudo iniciaram a relação com outra pessoa.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para recolha dos dados:

- Questionário de componentes da relação extra-namoro. As questões incluídas neste instrumento foram elaboradas a partir de aspectos apontados no estudo de Shackelford, LeBlanc e Drass (2000) e pretendem avaliar: 1) a natureza da relação (emocional, na qual são canalizados recursos como amor, tempo e atenção para outra pessoa; sexual, que envolve atividade sexual com outra pessoa fora da relação; mista, que combina as duas anteriores); 2) a forma como se toma conhecimento (revelação voluntária dos parceiros, revelação dos parceiros após confrontados pelos sujeitos, testemunho directo, revelação por terceiros); e 3) os efeitos na relação de namoro (dissolução ou continuação da relação; no caso de dissolução, quem tomou a iniciativa; no caso de ter sido dada continuidade à relação, o grau em que ela piorou ou melhorou).
- Questionário de atribuições da relação extra-namoro, adaptado do *Relationship Attribution Measure* (Fincham e Bradbury, 1992). Este instrumento revela-se uma medida precisa e válida, com uma elevada consistência interna (coeficiente de Cronbach superior a 0,80) e correlações elevadas teste-reteste. A adaptação deste instrumento usando afirmações sobre o envolvimento extra-namoro dos parceiros dos sujeitos permitiu avaliar: a) atribuições causais sobre o locus da

situação (interno ou externo), a estabilidade (permanente ou transitória) e globalidade (global-específico) do comportamento dos parceiros; b) atribuições de responsabilidade nas dimensões de intencionalidade (intencional/não intencional), motivações subjacentes (motivação egoísta/não egoísta) e censurabilidade do comportamento (censurável/louvável).

- Questionário de “Experiências com Relações Próximas” (Moreira et al., 2006). Para se avaliar o estilo de vinculação nas relações românticas foi utilizado a adaptação à população portuguesa do *Experiences in Close Relationship* (Brennan e Shaver, 1998) constituída por 36 itens que incluem as duas dimensões de vinculação nos adultos: a) Evitamento (atitude defensiva e desconforto com a proximidade); b) Preocupação (desejo intenso mas insatisfação com a proximidade).

O estilo de vinculação seguro resulta de níveis baixos em ambas as dimensões de evitamento e de preocupação. O estilo de vinculação ansioso revela níveis elevados na dimensão de preocupação, enquanto o estilo evitante apresenta níveis elevados na dimensão de evitamento (Brennan, Clark e Shaver, 1998; Moreira et al., 2006).

Resultados

Os dados obtidos foram analisados usando análises descritivas e inferenciais, através de testes não paramétricos (Maroco, 2007). Quanto à natureza da relação extra-namoro, 50% dos sujeitos classificaram-na como sexual, 22% como emocional e os restantes 28% como sendo de natureza mista. O envolvimento dos parceiros com outra pessoa foi conhecido após os sujeitos os terem confrontado (35%), através de terceiros (33%), e por revelação iniciada pelos próprios parceiros (32%). Após terem tomado conhecimento da relação extra-namoro, 53% dos sujeitos referem que a sua relação de namoro se manteve. Neste caso, 59% dos sujeitos apontam que a relação se deteriorou e 41% que a relação melhorou. A relação de namoro terminou em 47% dos sujeitos, a maioria dos quais tomou a iniciativa desse término.

Após a análise da relação entre os diferentes aspectos da relação extra-namoro verifica-se que o número de dissolução e manutenção da relação de namoro é equivalente quando a relação extra-namoro é de natureza sexual. Se a natureza dessa relação é emocional ou mista, o número de relações de namoro que continuam é maior do que as que terminam. Enquanto a relação de namoro tende a manter-se quando a revelação é feita por iniciativa dos parceiros ou após serem confrontados pelos sujeitos, a relação tende a terminar se os sujeitos tomam conhecimento da situação através de terceiros. A natureza sexual da relação e o conhecimento da mesma através de terceiros estão relacionados com a iniciativa dos sujeitos de terminar a relação de namoro. Esta relação termina por decisão conjunta quando a relação extra-namoro é de natureza emocional e a revelação é feita por iniciativa dos próprios parceiros.

No estilo de vinculação, a maioria dos sujeitos (94%) apresenta valores baixos na dimensão de evitamento. Na dimensão de preocupação, 44% dos sujeitos apresentam valores elevados. Quanto às atribuições causais e de responsabilidade feitas sobre o envolvimento dos parceiros com outra pessoa, a maioria dos sujeitos (78%) apresentam explicações menos adaptativas, ou seja, de natureza interna, estável e global, intencional e censurável, envolvendo motivações egoístas. A análise da relação entre os diferentes aspectos da relação extra-namoro e as atribuições causais e de responsabilidade revela que atribuições mais adaptativas estão associadas à continuidade da relação de namoro e

à sua melhoria, à natureza emocional da relação extra-namoro, à revelação feita por iniciativa dos parceiros e, à decisão conjunta ou dos próprios sujeitos de terminar a relação de namoro. Os sujeitos cujas relações de namoro terminaram apresentam atribuições menos adaptativas. Este tipo de atribuições associa-se também a valores mais elevados na dimensão de evitamento do estilo de vinculação.

Discussão/conclusões

A natureza sensível e íntima da temática em estudo revela-se uma dificuldade na obtenção das amostras. Para ultrapassar esse constrangimento recorreu-se neste trabalho a uma metodologia de recolha de dados através da internet dado constituir uma vantagem relativamente aos métodos de entrevista face-a-face. Ainda assim pode-se considerar como limitação deste estudo a amostra reduzida, maioritariamente constituída por sujeitos com um nível de escolaridade superior. Um maior número de sujeitos poderia permitir a análise da influência da duração da relação de namoro na forma como é experimentada a situação de envolvimento dos parceiros com outra pessoa, aspecto que se sugere ser estudado futuramente. O número de participantes pode também ter contribuído para a inexistência de relações estatisticamente significativas na análise de diferenças de género nos vários aspetos sobre a relação extra-namoro. Dado que os homens tendem a associar a intimidade com proximidade, partilha de atividades e sexualidade, enquanto nas mulheres a intimidade assume um significado de diálogo, expressão de afetos e compreensão recíproca (Kirkpatrick e Davis, 1994; Winstead, Derlega e Rose, 1997), será pertinente com uma amostra maior realizar-se não só análises acerca das diferenças de género, como também incluir a perspetiva da pessoa que iniciou o envolvimento extra-namoro. Outro ponto que pode ser melhorado em estudos futuros é a utilização de instrumentos de avaliação de atribuições causais e de responsabilidade mais discriminativos de diferentes tipos de atribuições, para além de um valor global indicador de atribuições adaptativas e não adaptativas.

O padrão dos resultados obtidos neste estudo vai no sentido do apontado na literatura dos efeitos deletérios sobre as relações amorosas decorrentes de uma relação extra-diade (Blow e Harnett, 2005; Olson, Russell, Higgins-Kessler e Miller, 2002). Face à ocorrência de uma relação extra-namoro, os indivíduos fazem mais atribuições causais e de responsabilidade de natureza interna, global e estável que envolvem explicações relativas a características dos parceiros, com reduzida possibilidade de mudança. Esse tipo de atribuições menos adaptativas associa-se também à dissolução da relação de namoro ou à sua deterioração no caso dela se ter mantido e a um estilo de vinculação evitante, caracterizado por desconforto com a proximidade relacional e menor grau de confiança e compromisso. Estes dados sobre as relações entre processos atribucionais, estilo de vinculação e componentes da relação extra-namoro têm implicações clínicas importantes uma vez que podem contribuir para delinear intervenções a nível cognitivo e emocional com jovens adultos que lidam com um envolvimento extra-diade dos seus parceiros. De um modo geral, essas intervenções podem dirigir-se ao reconhecimento do impacto e significado da experiência relacional promovendo diferentes ciclos de interacção. A análise do processo de decisão sobre a continuidade ou término da relação de namoro pode permitir o acesso às motivações relacionais e às dificuldades nas relações de namoro. A compreensão das necessidades relacionais através do estilo de vinculação pode permitir a construção de narrativas

alternativas mais realistas, com consequentes atribuições causais e de responsabilidade mais equilibradas e flexíveis.

Referências

- Agnew, R.C., Van Lange, P.M., Rusbult, C.E. e Langston, C.A. (1998). Cognitive interdependence: Commitment and the mental representation of relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 939-954.
- Blow, A.J. e Harnett, K. (2005). Infidelity in committed relationships: A methodological review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 183-216.
- Brennan, K.A., Clark, C.L. e Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson e W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Conger, R.D., Cui, M., Bryant, C.M. e Elder, G.M. (2000). Competence in early adult romantic relationships: A developmental perspective on family influences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 224-237.
- Crittenden, P.M. (1997). The effects of early relationship experiences on relationships in adulthood. In S. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships: Theory, Research and Interventions* (pp. 99-120). New York: John Wiley & Sons
- Fincham, F.D. e Bradbury, T.N. (1992). Assessing attributions in marriage: The relationship attribution measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 457-468.
- Fincham, F.D., Paleari, F. e Regalia, C. (2002). Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions, and empathy. *Personal Relationships*, 9, 27-37.
- Gordon, K.C., Baucom, D.H. e Snyder, D.K. (2005). Treating couples recovering from infidelity: An integrative approach. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1393-1405
- Gordon, K.C., Baucom, D.H., Snyder, D.K. e Dixon, L.J. (2008). Couple therapy and the treatment of affairs. In A.S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 429-458). New York: Guilford Press
- Hall, J.H. e Fincham, F.D. (2006). Relationship dissolution following infidelity: The roles of attributions and forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 508-522.
- Hazan, C. e Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Kirkpatrick, L.A. e Davis, K.E. (1994). Attachment style, gender and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 502-512.
- Levin, J. (2000). A prolegomenon to an epidemiology of love: Theory, measurement, and health outcomes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 117-136.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Moreira, J.M., Lind, W., Santos, M.J., Moreira, A.R., Gomes, M.J., Justo, J., Oliveira, A.P., Filipe, L.A. e Faustino, M. (2006). “Experiências em Relações Próximas”, um questionário de avaliação das dimensões básicas dos estilos de vinculação nos adultos: Tradução e validação para a população Portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4, 3-27.
- Morgan, H.J. e Shaver, P.R. (1999). Attachment processes and commitment to romantic relationships. In J.M. Adams e W.H. Jones (Eds.), *Handbook of interpersonal Commitment and Relationship Stability* (pp. 109-124). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Olson, M.M., Russell, C.S., Higgins-Kessler, M. e Miller, R.B. (2002). Emotional processes following disclosure of an extramarital affair. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 423-434.
- Raz, A., Wiseman, H. e Sharabany, R. (2007). Give love a chance: Difficulties of young adults in establishing long-term romantic relationships. In R. Josselson, A. Lieblich e D.P. McAdams (Eds.), *The Meaning of Others: Narrative Studies of Relationships* (pp. 237-253). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Rollie, S.S. e Duck, S. (2006). Divorce and dissolution of romantic relationships: Stage models and their treatment. In M.A. Fine e J.H. Harvey, *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution* (pp. 223-240). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Shackelford, T.K., LeBlanc, G.J. e Drass, E. (2000). Emotional reactions to infidelity. *Cognition and Emotion*, 14, 643-659.
- Winstead, B.A., Derlega, V.J. e Rose. S. (1997). *Gender and close relationship*. Thousand Oaks: Sage Publications.

THE INFLUENCE OF KOREAN CULTURE IN KOREAN IMMIGRANTS' CHILDREN IN BRAZIL

**Hi Ryung Kim, Nirã dos Santos Valentim, Claudia Nabarro-Muñoz,
Ivonise Fernandes-Motta and Kayoko Yamamoto**

University of São Paulo, Brazil

Abstract

The Korean culture is influenced by the patriarchal family system of Confucianism where male status is exalted and female status is devalued. The transmission of cultural values, passed down from generation to generation as psychic heritage, can occur by making irrational repetition meaningless and inappropriate for the current context. The aim of this study is to investigate the influence of Korean culture in the identity of Korean immigrants' children in São Paulo city. The instrument utilized was the projective, graphic and thematic test "Family's Drawing with Story" (Desenho da Família com Estória- DF-E) to observe the vision of these young people about their families and how cultural values are present in their identity composition. The result of this study with 9 young people of both gender, all first generation born outside South Korea, has indicated: strong presence of cultural values, man and woman roles well defined; idealization of family; expectation of financial success through continuity of family's business heritage. Due to family expectations and social order, the collective is a priority over the individual. The shock inherent of the cultural differences between the orient and the occident can create conflicts in the young, as well as, difficulty in deal these differences with the use of repression and denial of feelings. It was found that the trans-generational transmission of expectations and functioning of Korean culture in Korean families living in Brazil, have strong influences in the identification process of their descendants in order to keep the identity of the family group and maintaining a link between generations.

Keywords: Culture, communication, identity, immigrants, family relationships.

Introduction

Despite globalization, the cultural values of Confucianism are still present in Korean families who immigrated to Brazil. In clinical care of some Brazilian Korean, some situations were difficult to understand: in divorce case the mother leaves her children with the father and the parents-in-law; not express their opinions in front of parents-in-law; marry someone chosen by parents; woman prioritizes husband's desire and family; to respect the hierarchy and chronological age. Therefore, it was necessary to know the culture in order to understand the experiences of immigrants' children.

Korean culture

The current culture has been shaped according to the family system of the era of Chosun Dynasty (from 1392) whose cultural values are specifics of the Confucianism patriarchal. The ethical and philosophical doctrine based on the ideas of the Chinese philosopher Confucius (551-479 BC) influenced the politics, economics, society and culture. The basic principles of Confucianism are humanitarianism, love and respect to parents and loyalty to the motherland. Emphasizes that everybody should serve their parents and serve the king as a god. Women should serve their husbands as a god. It was

established a society where the prevailing principle elevates the status of the man and belittles the status of women (Hong, 2010; Won, 2005).

Before marriage, the woman obeys her father and after marriage she obeys her husband. If her husband dies, she would obey her son. Thus, the woman was only accepted when subordinate to a man (Hong, 2010; Won, 2005).

By marrying, the woman breaks with her family to become a member of her husband's family, where she should remain and serve his family even if her husband dies (Won, 2005).

The son was a key figure to continue the clan and ensure the safety of his mother as wife, daughter in law and husband's family member. As daughter was already rejected because she would be excluded from her family and should belong to the husband's family (Won, 2005).

Marriages were arranged by the parents of the bride and groom and they should accept the marriage blindly and without love (Won, 2005).

The conflict between the mother and the daughter in law was motivated by this authoritarian patriarchal system. Often the mother still had a mother in law and did continue to suffer in the role of clueless and, despite having consolidated her place and status in the family, felt threatened by daughter in law that "steals her son." There was the desire of the mother to unload resentment accumulated over her life of repression in her husband's family on her daughter in law (Won, 2005).

After the wars and from industrialization, the family began to take the form of nuclear family. However, there are still traditions of the old system of macro family where the eldest son, family heir, lives with his parents and has the responsibility of taking care of them, although he is also the heir of the family assets (Won, 2005).

In 2005, it was deemed unconstitutional the patriarchal system of civil registration, as it was not done individually but by family, called system of owner's family of the family register. Every birth, marriage, death and other changes of identity are registered in the owner's family (patriarch) as a reference, where each member is enrolled as a son, wife, and daughter in law of the owner. In case of death of the patriarch, his eldest son becomes the patriarch (Hong, 2010).

Generational transmission

Freud (1913), talking about repetition, wasn't referring to psychic family transmission, but considered the existence of a collective mind that guaranteed that the psychic processes were passed from generation to generation as psychic inheritance.

To Granjon (2001) one of the functions of the family is the transmission of psychic inheritance in order to preserve the identity of the family group and maintain a link between generations.

Berenstein (1981) stated that the transmission of family relations may happen in a rational way with new possibilities of re-signification and transformation for new situations and contexts. However, many times, the transmission happens irrationally making the repetition inappropriate and meaningless for a current context, becoming a "transmission of irrationality". What is inherited has thoughtless and unthinkable content without the possibility of change, which does not favor their ownership or their psychic integration. Thus the negative's heritage is transmitted with content of trauma, violence and terror, and always needs an heir to its transmission, someone who accepts or submits to receive the inheritance (Granjon, 2001).

Cervený (2000) understood that the family can select what they will repeat without even being conscious of it. Thus, the "repetition of interactional patterns multigenerational can prevent the family system to change or grow when keeps a family in level so dysfunctional that therapy is necessary." (p. 45).

Bleichmar and Bleichmar (1992) attributed the constitution of the subject to the culture. The innate elements don't have great importance while the modeling imposed by the external world has.

In this study, based in preliminary results of the pilot-study, intends to verify the influence of the Korean culture on the identity of Korean immigrants' children in Brazil and observe the vision of these young people about their families as well as how cultural values are present in their identificatory process.

Methods

The instrument utilized was "Family's Drawing with Story" (*Desenho da Família com Estória- DF-E*). It is a projective, graphic and thematic test to observe which the perception is that participant has about family, its place at family and how the cultural values are still present in its life. The importance of using a projective test is to reduce possible persecutory feelings and no exposition of participant identity.

The disclosure of the research project was done through voluntaries of Presbyterian Korean church that sent invitation emails to youth. Those interested would contact the researcher's private clinic to schedule the test application.

Instrument

The procedure DF-E assumes, as "Drawing Story" (D-E), that by associating the graphical technique with free design and the thematic with verbalization, achieves a technical research with different characteristics "to obtain information about the personality aspects that are not easily detectable by direct psychological interview " (Trinca, 1972, p.28).

Being a projective technique, the test allows, as it offers a non-directive stimulus within appropriate setting, that the person reveals questions and disturbances of their personality, when trying to give structure to a situation that doesn't have it (Trinca, 1987, 1997). The theme of the family can achieve information and questions more connected to the relationships in familiar context.

Participants

The participants were 9 children of Korean immigrants: 1 was born when the family was temporarily in United States and 8 were born in Brazil. There were 7 women and 2 men, all over 18 years old and first generation born outside Korea

Material

- White bond paper.
- Graphite pencil.
- Colored pencils in the following colors: gray, brown, red, black, dark yellow, light yellow, dark blue, light blue, dark green, light green, violet and pink.

Procedure

The participant is invited to participate in the study and after reading, completing and signing the consent term, fills an identification form stating the date and place of birth, education, profession, who were first immigrants, reason and immigration's year, as well as, the family data: education, age and profession of parents and siblings. After that, is initiated the test application DF-E.

Place the paper horizontally in front of the participant and pencil and colored pencils randomly mixed and available to the participant. The procedure consists of requesting a free drawing, tell a story, an inquiry about the drawing and the story and request a title to the drawing. In Family's Drawing with Stories (DF-E) (Trinca, 1989, 1997), four drawings are requested in the following sequence:

- a) "Draw any family";
- b) "Draw a family that you would like to have";
- c) "Draw a family where someone is not well";
- d) "Draw your family" (Trinca, 1997, p. 24).

Results

From total of 9 participants, 7 were female and 2 male, aged between 22 to 34 years old, they have or are in higher education. The immigration between 1950 and 1980 was initially made by grandparents in 6 participants and by parents in 3 participants. All of them have siblings and they are the first generation born outside of Korea. Issues related to family relationships, presented by the participants in each sequence of the DF-E, are distributed in Table 1.

Table 1. Issues raised by participants in each DF-E.

Nº	DFE 1 Any family	DFE 2 Family you would like to have	DFE 3 Family where someone is not well	DFE 4 Your family
1	Family idealized, fantasy	Conflict comes from the transformation of dream in reality; separation anguish; man's desire prevails	Man is provider, first son is responsible, overload	Happiness authorized by the family
2	Family idealized, need authorization, automatic repetition of traditions, rejection of the emotions	Denial of the desires, idealized family, control of aggressive and sexual impulses	Death of son, keeping appearances, living for others, alone is impotent.	Without approval is destined to fail, man that can't provide destroys the family, man needs the woman to improve, rejection of emotions.
3	Devaluation of self, family idealized, appreciation of the rational (studies), devaluation of the emotional	Family idealized, denial of desires, man who doesn't provide is weak, rejection of emotions	Man with a well-marked role, family structure idealized, weak man is isolated.	Roles inverted, no privacy, collective.
4	Devaluation of self, importance of family union, food expressing affection	Clash of generations, lacking of interest for people, kept in fantasy and appearance	Nobody is allowed to be different, women as caregivers, family idealized	A person is defined by what they do, keeping appearances, man has leisure and woman works

5	Happiness: couple and family, need for authorization	What is expected is important, achieve expectations, father's recognition	Daughter sick, mother is caregiver and man provider and leisure.	Only mother sees the reality, controlled tasks
6	Family idealized, woman sacrifices desires, well-marked roles: man is provider, control of sexuality, denial of desires and emotions	Fantasy, family idealized, man as provider	Well-marked roles, divorce as unhappiness, Start in fantasy and end in reality	Decisions must come from family, collective prevails over individual, achieve expectations
7	Family idealized, no autonomy, need authorization, control of desires.	Devaluation of women, parents' authority is unquestionable, family idealized, communication is important.	Well-marked roles, divorce as unhappiness, man denies affection, lacking of communication.	Happiness depends on family, idealized family is the traditional one, affection only on celebrations, control of desires, keeping appearances, success is indicated by money
8	Family idealized, need authorization, keeping appearances, well-marked roles	Denial of emotions, appreciation of the collective, well-marked roles	Divorce as unhappiness, well-marked roles, man who doesn't provide destroys the family, keeping appearances	Importance of maintaining and having a traditional family
9	Family idealized, stereotyped behavior, man as provider, has the right for leisure, women must take care of the children, control of desire	Importance of maintaining and having a traditional family, automatic repetition	Divorce as unhappiness, well-marked roles, woman alone can't make it, needs the help of a nanny	Control of desires, collective prevails, stereotyped behavior, lacking of autonomy, keeping appearances

Discussion

For all participants, there are idealization of family, cultural appreciation of marriage and the importance of setting up a traditional family with father, mother and children. The valorization of the family reveals the utmost importance of collective in detriment of individual. Family expectations are priority and the individual must sacrifice their desires and dreams to preserve the integrity and identity familiar thus guaranteeing the identity of this group. When the individual desire is not endorsed or authorized, is doomed to failure (Granjon, 2001; Hong, 2010; Won, 2005).

The functions and the role of women are to take care and watch over the family, even when working out. She is the affectivity while the man is rational. There isn't division of housekeeping between the couple. The man only role is family provider. The man who cannot provide or produce what is expected seems to be seen as weak and being demoralized by the family, a fact that leads to isolation.

The younger seek the authorization and approval of elders, what can lead to stereotyped behavior and without spontaneity, only reproducing what is expected from them. They cannot create or modify facing a new context (Berenstein, 1981; Won, 2005).

It was noticed the importance of maintaining the positive and successful appearance that everything is fine, showing no negative emotions or emotions involving affection and love.

The end of marriage is facing as something drastic, a destruction of all family structure. The woman is more affected than man. The man has a need to show strong and imperative with affective detachment.

All participants have or are in higher education. The academic performance is highly appreciated even if they do not follow in their chosen area, so do some siblings who are graduated in Architecture, Arts, Tourism and Music but they are working in the commerce of clothes and others family business. The heritage of the family's business must be accepted by the children, even if they want to have other professions.

Although interpersonal communication is considered important, the same occurs superfluous and scarce, revealing the difficulty to express feelings and emotions. The hierarchy imposed by age, where the younger pays obedience to elders and to use typical terms of culture, blocks the intimacy between family members and keeps the family dysfunctional and full of expectations that need to be repeated in the Korean community in Brazil (Cervený, 2000; Won, 2005).

The church and God are mentioned by some participants as local of aid and seeks of approval of a higher authority. This may have happened due to the help of members of a Presbyterian church on the recruiting of the subjects.

Considerations

It is noticeable that the participants of the study brought relevant information about their families that shows a repetition of traditional models of the Korean society even being in another country. The roles of women and men are clearly defined and couldn't be rethought or developed according to the current context. In this direction, there is an idealization of the family as the group that is able to fulfill every need of the individual, that couldn't be happy alone. So the breaking of the family would lead to sadness and disgrace, to helplessness absolute e total of its members. Here it can be detected a trans-generational transmission of cultural values, strongly rooted and poorly thought of.

It wasn't given any value to singularity and the emotions are denied or pushed away by individuals, leaving no place for creativity, new desires or even new professions. In this point, a contraposition could be done with encouragement that is given to individuality and singularity in the occident. In fact, in both cultures, when compared, there is a certain unbalance: if in eastern culture there is almost no place for the individual and privacy, in western culture the importance of place occupied by family and group in developing of the social roles has being decreased.

References

- Berenstein, I. (1981). *Psicoanálisis de la estructura familia: del destino a la significación*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, N.M. e Bleichmar, C.L. (1992). *A psicanálise depois de Freud*. Trad. F.F.Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cervený, C.M.O. (2000). *A família como modelo: desconstruindo a patologia*. São Paulo: Livro Pleno.
- Freud, S. (1913). *Totem e tabu*. In: *Edição standard das obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. 23.
- Granjon, E. (2001). A elaboração do tempo genealógico no espaço do tratamento da terapia familiar psicanalítica. In O. B. R. Correa (Org.) *Os avatares da transmissão psíquica geracional*. São Paulo: Escuta.

- Hong, J.H. (2010). *O envelhecer na cidade de São Paulo, sob a ótica dos imigrantes coreanos*. Dissertação de mestrado em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
- Trinca, W. (1972). *O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Tese de doutorado. São Paulo. IPUSP.
- Trinca, W. (1987). *Investigação clínica da personalidade: O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Col. Temas básicos de Psicologia. São Paulo: EPU.
- Trinca, W. (1997). Apresentação e aplicação. In W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em Psicologia*. São Paulo: Vetor.
- Won, S.S. (2005). *As mulheres coreanas na Coréia e no Brasil: as mudanças de seu papel com a imigração para o Brasil e suas implicações para o aconselhamento*. Dissertação de mestrado em Teologia, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Idoia Fernández-Marañón, Laura Barbadillo-Izquierdo e Imanol Querejeta Ayerdi

*Hospital Universitario Donostia. Servicio de Psiquiatría.
Donostia-San Sebastián, España*

Resumen

El abandono al tratamiento entre pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) es muy común, sin embargo, actualmente la razón de este fenómeno continúa sin aclarar. Método: Se llevo a cabo un estudio observacional retrospectivo con sujetos que participaran o lo hubieran hecho en el programa ambulatorio para Trastornos de La conducta Alimentaria en el Centro de Salud Mental de Renteria (Guipuzcoa) como máximo dos años antes. Todos los pacientes fueron evaluados con la misma batería de test. Resultados: los principales hallazgos encontrados no evidencian correlación entre las variables a estudio y adherencia al tratamiento. No obstante, se observa una tendencia mayor al abandono por parte de un subtipo de pacientes; concretamente, las pacientes diagnosticadas de Anorexia Nerviosa Purgativa y Atípica muestran menor adherencia. Además, los resultados permitieron determinar la interesante relación entre ascetismo e interrupción del tratamiento, según la cual a mayor puntuación en este rasgo mayor abandono. Conclusiones: los resultados de este estudio coinciden con la bibliografía en que a pesar de no haber evidencia empírica por ahora el predictor más consistente respecto al abandono al tratamiento es el subtipo de Anorexia Nerviosa Purgativa. Por último, es importante señalar que el reducido tamaño de la muestra pueda explicar el hecho de no hallar correlaciones significativas. Por lo que sería interesante poder continuar con este estudio.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, adherencia al tratamiento, abandono, anorexia nerviosa purgativa y ascetismo.

THE ADHERENCE TO AMBULATORY TREATMENT IN PATIENTS WITH EATING DISORDER

Abstract

Background: Abandonment to treatment among patients with a diagnosis of Eating Behavior Disorder is very common, however, nowadays the reason for this phenomenon remains unclear. Method: We realized a retrospective observational study with subjects who were participating or have been participated in the outpatient program for Eating Behavior Disorders at the Mental Health Center from Renteria (Guipuzcoa). All patients were evaluated with the same test battery. Results: the main findings show no correlation between study variables and adherence. Nevertheless, there is a greater tendency to neglect by a subset of patients, in particular, patients diagnosed with Anorexia Nervosa and Atypical Purgative show less adherence. In addition, the results allowed determining the interesting relationship between asceticism and discontinuation of treatment, according to which the higher the score on this trait further neglect. Conclusions: : The results of this study are consistent with the literature in that for now the most consistent predictor regarding treatment abandonment is the subtype of Anorexia Nervosa Purgative, despite having no empirical evidence about it. Finally, it is important to note that the small

sample size may explain the failure to find significant correlations. So it would be interesting to continue this study.

Keywords: Eating Behavior Disorders, treatment adherence, abandonment, anorexia nervosa and asceticism.

Introducción

Según la bibliografía encontrada, el abandono al tratamiento entre estos pacientes es común pero actualmente la razón de este fenómeno continúa sin aclarar. Actualmente no hay evidencia de que la severidad del trastorno, la comorbilidad psiquiátrica o características del tratamiento afecten la adherencia. Sin embargo, el predictor más consistente es el subtipo de Anorexia Nerviosa Purgativa. Por otro lado también parece existir evidencia a favor de dos constructos psicológicos (alto miedo a la madurez e impulsividad) y dos dimensiones de personalidad (baja cooperatividad y baja auto-directividad) están relacionados con el abandono. (Fassino, Pierò, Tomba y Abbate-Daga, 2009).

Hipótesis

“La adherencia de las pacientes en programa de TCA ambulatorio varía en función del contexto sociofamiliar así como del estado psicopatológico concomitante al Trastorno de la Conducta Alimentaria”.

Objetivos

- Descripción del perfil de pacientes que acuden a programa de Tca Ambulatorio.
- Determinar si existen diferencias en la adherencia a seguimiento en función de variables sociofamiliares de la paciente.
- Determinar si existen diferencias en la adherencia a seguimiento en función de diagnóstico, gravedad de la sintomatología de TC, estado de ansiedad y sintomatología depresiva.

Método

Para la realización del estudio se utilizó la muestra de pacientes correspondientes al centro de salud mental de Beraun que estuvieran en activo o lo hubieran estado al menos en los dos años anteriores de los cuales se podía aun recoger información completa respecto a los datos sicodemográficos y a los obtenidos en las evaluaciones realizadas.

Instrumentos

Básicamente los *tests* autoaplicables, con alternativas de frecuencia (siempre, generalmente, a menudo, algunas veces y nunca) que hemos administrado a nuestros grupos muestrales y que evalúan específicamente características psicológicas y conductuales compatibles con trastornos de la conducta alimentaria, han sido los siguientes:

- El EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias de Garner y Garfinkel, 1979). Posee 40 preguntas distribuidas en 3 factores que miden: 1) Dieta: evitación de alimentos que engordan; 2) Control oral: control en el comer y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso y; 3) Bulimia y preocupación por

el alimento: pensamientos relacionados con los alimentos y conductas bulímicas. Cada respuesta tiene un valor máximo de 3 puntos. Un puntaje igual o superior a 30 en el EAT-40 es indicativo de un trastorno del hábito del comer, anoréxico y/o bulímico, ya sea clínicamente existente o encubierto, que pudiera desencadenarse bajo ciertas circunstancias propicias.

- EDI-3 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria; Garner, 2004). El EDI-3 está compuesto por 91 ítems, organizados en 12 escalas principales: tres escalas específicas de los TCA y nueve escalas psicológicas generales que son altamente relevantes para, pero no específicas de, los TCA. También proporciona 6 índices: uno específico de los TCA (Riesgo de TCA), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (Ineficacia, Problemas interpersonales, Problemas afectivos, Exceso de control y Desajuste psicológico general). Incorpora, respecto a las versiones anteriores, tres escalas de validez que permiten al profesional detectar patrones de respuestas inconsistentes o extraños: Inconsistencia, Infrecuencia e Impresión negativa.
- BDI II (Inventario de Depresión de Beck, Steer y Brown, 1996). La prueba, que consta de 21 ítems tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Los ítems del BDI-II son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos.
- STAI (Escala de ansiedad estado/rasgo; *State-Trait Inventory*; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Este cuestionario mide ansiedad rasgo (factor de personalidad que predispone a sufrir o no ansiedad) y ansiedad estado (los factores ambientales que protegen o generan ansiedad). Consta de 40 ítems. La mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad, a la subescala Rasgo, que identifican cómo se siente la persona habitualmente.

Resultados

La Tabla 1 refleja las medias respecto a las variables cuantitativas como descripción de la muestra compuesta por mujeres en su totalidad. Con los diagnósticos que se pueden ver en la Tabla 2.

Tabla 1 . Medias de las variables cuantitativas.

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
Edad	14	18	39	28,71	7,660
NºIngresos	14	0	3	,43	0,938
Año de evolución	14	0	20	8,14	6,526
Tiempo CSM	14	0	14	2,71	3,811
N válido (según lista)	14				

Tabla 2. Diagnósticos de la muestra.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Válidos	Anorexia Nerviosa restrictiva	2	14,3	14,3	14,3
	Anorexia Nerviosa purgativa	4	28,6	28,6	42,9
	Anorexia atípica	4	28,6	28,6	71,4
	Bulimia nerviosa purgativa	1	7,1	7,1	78,6
	Bulimia nerviosa no purgativa	1	7,1	7,1	85,7
	Bulimia nerviosa atípica	2	14,3	14,3	100
	Total	14	100	100	

Respecto a la relación entre diagnóstico y adherencia al tratamiento los resultados muestran que con mayor frecuencia continúan el tratamiento pacientes diagnosticadas de Anorexia Nerviosa Restrictiva. Por el contrario los sujetos que más tienden a abandonar el tratamiento tienen el diagnóstico de Anorexia Nerviosa Purgativa y Atípica. Óbserve en la Tabla 3.

Tabla 3. Relación entre diagnóstico y adherencia al tratamiento.

			Dx.EjeI						Total
			<i>Anorexia Nerviosa restrictiva</i>	<i>Anorexia Nerviosa purgativa</i>	<i>Anorexia atípica</i>	<i>Bulimia nerviosa purgativa</i>	<i>Bulimia nerviosa no purgativa</i>	<i>Bulimia nerviosa atípica</i>	
Estadoclinico	Activo	Recuento	1	3	2	1	1	2	10
		% del total	7,1%	21,4%	14,3%	7,1%	7,1%	14,3%	71,4%
	Alta por abandono	Recuento	0	1	1	0	0	0	2
		% del total	0%	7,1%	7,1%	0%	0%	0,0%	14,3%
	Alta por mejoría	Recuento	1	0	1	0	0	0	2
		% del total	7,1%	0,0%	7,1%	0%	0%	0,0%	14,3%
Total	Recuento		2	4	4	1	1	2	14
	% del total		14,3%	28,6%	28,6%	7,1%	7,1%	14,3%	100%

Por otro lado, los datos mostraron una relación interesante entre ascetismo y abandono al tratamiento. Concretamente se observó que entre las pacientes que continúan el tratamiento se hayan puntuaciones más bajas respecto a la escala Ascetismo del EDI-2. Relación entre pacientes que continúan el tratamiento y puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas.

Discusión

Los principales hallazgos encontrados no evidencian correlación alguna entre variables sociodemográficas y abandono del tratamiento al igual que lo encontrado en la bibliografía al respecto.

Por otro lado, aunque los datos no muestren evidencia empírica respecto a las variables clínicas y actitud ante el seguimiento, sí se observa menor adherencia por parte de un subtipo de pacientes. Concretamente, se halla que pacientes diagnosticadas con Anorexia Nerviosa Purgativa y Atípica tienden más a abandonar el tratamiento coincidiendo con otros estudios. Como en el metaanálisis de los autores Fassino et al., (2009) que señalan que el subtipo de Anorexia Purgativa es el predictor más consistente. Probablemente en gran parte debido a que estos sujetos son más impulsivos

e inestables, mostrando una tendencia a tomar decisiones rápidas e impredecibles, siendo este subtipo un predictor de mal pronóstico.

También es interesante mencionar el hallazgo de la relación entre ascetismo e interrupción del tratamiento, según el cual a mayor puntuación en esta escala mayor abandono. La subescala ascetismo del EDI-2 mide la tendencia a perseguir ideales espirituales autoimpuestos, como disciplina, negación de sí misma, hiper-control sobre las necesidades corporales y sacrificio. Estos datos coinciden con un estudio en el que se correlacionó el ascetismo evaluado por el EDI con el desenlace en la AN. De este modo, se concluyó que “las pacientes con niveles más altos de ascetismo, con mayor probabilidad pertenecían al grupo que no mejoró después de 6 meses de tratamiento multimodal”. (Fassino et al., 2001). En artículos posteriores, se ha observado que “el ascetismo se correlaciona con el desenlace del TCA y sus altos niveles se asocian con una mayor potencialidad de abandono del tratamiento en la AN” (Fassino, Abbate, Pierò y Rovera, 2002).

Respecto a las limitaciones, es importante señalar, que el reducido tamaño de la muestra pueda explicar el hecho de no hallar correlación significativa. Esto es debido a que por un lado, durante la realización del estudio se perdieron pacientes de los que no se pudo obtener todos los datos necesarios y por otro lado, al tratarse a su vez de un estudio retrospectivo con pacientes que abandonaron el tratamiento falta información. Probablemente los motivos son multicausales, requiriéndose hacer un modelo multivariante para poder explicar o no los abandonos.

Conclusiones

El perfil de los pacientes que están en el programa de TCA es mujer en su totalidad, con una media de edad de 28 años, solteras, fundamentalmente con estudios superiores, que llevan en el programa 2 años de media y con diagnóstico mayoritariamente de Anorexia Nerviosa purgativa o en igual medida atípica con 8 años de evolución de enfermedad. Permanecen de media 2 años en tratamiento ambulatorio sin ingresos. Y una gran parte tiene antecedentes afectivos familiares.

No se ha encontrado correlación entre variables sociodemográficas y si la paciente continúa o no en tratamiento.

No se ha encontrado correlación respecto a variables clínicas y actitud ante seguimiento aunque si se observa que con mayor frecuencia continúan el tratamiento pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa Restrictiva, mientras que muestran menor adherencia pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa Purgativa y atípica. Por otro lado, se observa una diferencia significativa en la puntuación de la escala Ascetismo del EDI respecto a la adherencia. Así pues, puntuaciones más bajas en esta escala corresponden a pacientes que continúan el tratamiento mientras que puntuaciones altas corresponden a pacientes que lo abandonan.

Referencias

- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996.) *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Fassino, S., Abbate, G., Amianto, F., Leombruni, P., Garzaro, L. y Rovera, G. (2001) Nonresponder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: Predictors of outcome. *Europ Psychiatry*, 16, 466-473.
- Fassino, S., Abbate, G., Pierò, A. y Rovera, G. (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychother Psychosom*, 72, 126-134.

- Fassino, S., Piero, A., Tomba E. y Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BioMedCentral Psychiatry*, 67, 1-9.
- Garner, D.M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE AUTISMO

Inés Del Cerro y Abraham De los Remedios

Universidad Católica San Antonio de Murcia, España

Resumen

El autismo es una alteración que ha existido siempre pero no es descrito y considerado un trastorno como tal hasta 1943 cuando Leo Kanner ofrece una lista de rasgos que forman un único síndrome, y que denomina “autismo infantil precoz”, como son: incapacidad para relacionarse con los demás y el mundo que les rodea, reacciones anormales ante personas u objetos, dificultades en la adquisición del habla, excelente memoria por repetición, excesiva literalidad, reacciones exageradas ante el cambio, no presentaban actividades espontáneas... Contemporáneamente a él, Hans Asperger, describiría como “psicópatas autistas” a niños que presentaban comportamientos similares a los ya descritos por Kanner, aunque con algunas diferencias como el no retraso significativo del lenguaje o el interés desmesurado por ciertos temas. No sería hasta la década de los ochenta, en el DSM-III, cuando el autismo apareció recogido en un manual de clasificación como un trastorno. Pero fue la edición revisada de ésta la que modificó radicalmente tanto los criterios diagnósticos como la denominación, pasando de llamarlo “autismo infantil” a “trastorno autista”. En los nuevos manuales de clasificación se toman las alteraciones con síntomas autistas, los distintos subtipos de Trastornos generalizados del desarrollo, para crear los Trastornos del Espectro Autista, como una dimensión continua con distintos niveles de severidad en el trastorno. Además estos tendrán cabida dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo, lo que les otorga una visión neurocientífica y la explicación etiológica dependerá más de cuestiones genéticas y biológicas. Los nuevos criterios que propone la comisión de la APA para el nuevo DSM son dos, en lugar de los tres que había anteriormente, ya que se intentan integrar los déficits en la interacción social y las anomalías en la comunicación, en un solo criterio, manteniendo intacto el otro, los patrones restringidos y estereotipados de conducta, actividades e intereses.

Palabras clave: autismo, concepto, clasificaciones, trastornos del espectro autista.

HISTORICAL EVOLUTION OF AUTISM CONCEPT

Abstract

Autism is a disorder that has always exist but it has not be described and considered a mental disorder as such until 1943 when Leo Kanner offered a list of distinctive characteristics forming an unique syndrome, that he denominated “premature infantile autism”, like: disability to be in contact with others and their surroundings, unusual reactions in presence of people or objects, difficulties for speech acquisition, excellent repetition memory, excessive literality, exaggerated reactions facing changes, they did not appear spontaneous activities... At the same time, Hans Asperger, described like “autistic psychopath” children who showed similar behaviors to previously explained by Kanner, although with some differences as no significant speech underdevelopment or an excessive interest in some subjects. It was not till eighties, at the DSM-III, when autism appears in a classification manual like a disorder. At the revised edition of the DSM-III, both guidelines and concept were modified, moving from “infantile autism” to “autistic disorder”. On new classification manuals disorders autistic symptomatic alterations, subtypes of Pervasive Developmental Disorders, are changed into a continuous dimension, Autistic Spectrum Disorders (ASD), which will have different severity levels. Moreover, they

will be included on Neurodevelopmental Disorders category, what give them a neuroscientific view and their etiologic explanation will depend more on genetic and biologic questions. The recent guidelines that APA proposes for new DSM are two, instead of previously tree, considering that they try to integrate social interaction and communication deficiencies, in a unique criterion, and maintaining the other one, limited and stereotyped pattern of behaviors, activities and interests.

Key words: Autism, concept, classifications, autistic spectrum disorder.

Introducción

En la actualidad, los trastornos del espectro autista (TEA) responden a entidades reconocidas por la comunidad científica, y clasificadas en distintas taxonomías y manuales de clasificación como trastornos independientes, y claramente delimitados con respecto a otras alteraciones tales como el retraso mental o la esquizofrenia de inicio temprano.

Las dos grandes clasificaciones actuales, el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de la *American Psychiatric Association* (APA) y la CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), consideran los TEA trastornos mentales de inicio en la infancia y la adolescencia (APA, 2002), o en el caso de la CIE trastornos del desarrollo psicológico, que también tienen inicio en la primera o segunda infancia.

Dentro de este grupo de trastornos, cada uno de los manuales realiza una clasificación de los distintos subtipos de estas alteraciones (ver Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de los trastornos generalizados del desarrollo.

CIE-10	DSM-IV-TR
Trastornos generalizados del desarrollo	Trastornos generalizados del desarrollo
Autismo infantil	Trastorno autista
Autismo atípico	<i>Sin categorizar en DSM-IV</i>
Síndrome de Rett	Trastorno de Rett
Otros trastornos desintegrativos en la infancia	Trastorno desintegrativo infantil
Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados	<i>Sin categorizar en DSM-IV</i>
Síndrome de Asperger	Trastorno de Asperger
Otros trastornos generales del desarrollo	<i>Sin categorizar en DSM-IV</i>
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

La CIE otorga a estos trastornos generalizados del desarrollo (TGD) distintas características como “alteraciones cualitativas de la interacción social, de las formas de comunicación y un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades”.

En el DSM estas características definitorias son idénticas: “perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados”. Este manual añade además que los comportamientos y alteraciones deben ser impropias del nivel de desarrollo, es decir toma la psicología del

desarrollo y evolutiva como marco para el diagnóstico, comparando las conductas de estos individuos con las aceptables para su nivel de madurez y desarrollo psicológico.

A día de hoy no poseemos una respuesta absoluta a ¿qué es el autismo? En cada época, la concepción de estas alteraciones toma una forma diferente, se otorgan diversas explicaciones a los síntomas y se aplican unos u otros tratos y tratamientos a estos individuos.

Actualmente, gracias a las labores clínica e investigadora, nuestro conocimiento acerca de este grupo de trastornos, y sobre otros muchos, es bastante mayor al que existía hace tan sólo unas décadas. Aun así, todavía no conocemos cual es la etiología del trastorno, cómo estas personas perciben y sienten el mundo que les rodea, cómo se les puede tratar eficazmente... No poseemos una visión profunda y holística de qué es realmente el trastorno al margen de las manifestaciones y síntomas observables que se nos presentan.

El diagnóstico de cualquier TGD se realiza generalmente siguiendo los criterios propuestos por los manuales de clasificación (CIE y DSM), a través también de distintos instrumentos y herramientas de detección, como pueden ser el Checklist for Autism in Toddlers (CHAT; Baron-Cohen, Allen y Gillberg, 1992) o su versión revisada M-CHAT (Robins et al., 2001), pero principalmente se realiza mediante observación clínica y psicopatológica del individuo (Garrabé, 2012).

El diagnóstico se basa principalmente en una triada sintomática: alteraciones en el desarrollo de la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal, y existencia de un repertorio restringido de intereses, comportamientos y actividades (APA, 2002; Canal et al., 2011; OMS, 1994).

Basándonos en esta exploración sintomatológica es como diferenciamos a las personas que presentan un TGD de las que no lo presentan. Actualmente, se están llevando a cabo algunas investigaciones basadas en la parte más biológica y genética de estos individuos y que quizá en un futuro nos será posible realizar la evaluación con otros métodos y cambiará nuestra concepción de este grupo de trastornos.

Los objetivos principales de este trabajo sería exponer una visión holística de cómo el concepto de autismo se ha ido modificando a lo largo de los años, y plantear cuales son las futuras líneas de clasificación de los trastornos autísticos y la nueva concepción emergente.

Primeras descripciones de los TEA

El término “autista” fue utilizado por primera vez por Eugen Bleuler en 1911. Etimológicamente, viene de la palabra griega “autos”, que significa “sí mismo”. Lo utilizó para describir el encerramiento en su propia vida o mundo mental de los pacientes esquizofrénicos. Hacía referencia también con este término a que estos individuos crean un mundo interior independiente y separado al exterior, y se produce entonces una incapacidad para comunicarse e interaccionar con las personas y objetos que se encuentran en la realidad exterior (Garrabé, 2012).

A pesar de que Bleuler fue el primero en mencionar el término “autismo” para referirse a pacientes esquizofrénicos que presentaban conductas sociales anómalas (Muños Yunta y Maldonado, 2001), es Kanner quien funda el concepto de autismo tal y como hoy lo conocemos. A partir de entonces, este concepto ha sufrido diversas modificaciones en cuanto a su concepción por parte de la psiquiatría, la psicología y diversas disciplinas.

En 1943, Leo Kanner describe los casos de once niños y ofrece una lista de rasgos comunes entre ellos que según él forman un único síndrome, el *autismo infantil precoz*, como son: la incapacidad para relacionarse con los demás y el mundo que les rodea, no reaccionaban de manera normal ante las personas o los objetos, dificultades en la adquisición del habla junto con ecolalia, una excelente memoria por repetición, una excesiva literalidad, reacciones exageradas ante ruidos fuertes o el cambio en la disposición de los objetos, no presentaban actividades espontáneas, etc.

Un año más tarde, Hans Asperger describiría como *psicópatas autistas* a niños que presentaban comportamientos similares a los ya descritos por el psiquiatra americano, aunque con algunas diferencias como el no retraso significativo del lenguaje (Muñoz Yunta y Maldonado, 2001), o el interés desmesurado por ciertos temas en los que eran como “pequeños profesores” ya que eran capaces de hablar extensa y minuciosamente sobre estos temas de su interés (Artigas-Pallarès y Paula, 2012).

Aparece en 1952 el primer DSM (Diagnosis and Statistic Manual of Mental Disorder) de la APA, que no incluye las aportaciones de estos dos autores al no recoger el autismo como una categoría diagnóstica, y describiéndolo como una forma de esquizofrenia infantil. Así mismo ocurre con la segunda edición de este mismo manual.

No fue hasta la década de los ochenta cuando el autismo apareció recogido como un trastorno en la tercera edición del DSM. Pero fue la edición revisada de esta edición la que modificó radicalmente tanto los criterios diagnósticos como la denominación, pasando de llamarlo “*autismo infantil*” a “*trastorno autista*”, que recogía un mayor espectro de síndromes. Establecía que debían estar afectadas tres dimensiones generales de la persona para poder diagnosticar a una persona como autista. Estas serían: la interacción social recíproca, la comunicación verbal y no verbal y la actividad imaginativa, y la restricción de las actividades e intereses (APA, 1988). En La CIE, se incluiría en la década anterior un capítulo de trastornos mentales, en los que el autismo se encontraría en los trastornos psicóticos, como un síndrome de la esquizofrenia (Garrabé, 2012).

La cuarta edición del DSM no modificaría muchos de los aspectos ya expuestos en la anterior edición, aunque recoge cinco categorías de trastornos generalizados del desarrollo: *trastorno autista*, *trastorno de Rett*, *trastorno desintegrativo infantil*, *trastorno de Asperger*, y el *trastorno generalizado del desarrollo no especificado* (APA, 2002). Además se redujeron los criterios necesarios para diagnosticar el trastorno, por lo que se incurría en un diagnóstico menos restrictivo con las consecuencias que esto conllevó.

Futuras concepciones

En el DSM-V se realizará una agrupación en el Trastorno del Espectro Autista de los distintos síndromes debido a la dificultad para establecer límites precisos entre ellos (APA, 2013). Los nuevos criterios que propone la comisión de la APA son dos, en lugar de los tres que había anteriormente, ya que se intenta integrar los déficits en la interacción social y las anomalías en la comunicación, en un solo criterio, manteniendo intacto el otro; patrones restringidos y estereotipados de conducta, actividades e intereses.

Además, el trastorno de Rett, que hoy se conoce que es una enfermedad genética, se apartará de estos trastornos ya que se reconoce que simplemente coinciden algunos síntomas pero que el patrón de presentación de la alteración no sigue la misma

línea que los demás trastornos (Artigas-Pallarès y Paula, 2012), y que será recogida como enfermedad genética en la CIE (Garrabé, 2012).

Se propone para los TEA un único trastorno con distintos niveles, diferenciados entre sí por el nivel intelectual del individuo, el grado de adquisición del lenguaje y por el desarrollo de otros procesos psicológicos.

Los últimos avances en neurociencias se toman en las nuevas clasificaciones para establecer un concepto novedoso sobre estos trastornos. Hallazgos como que las personas autistas desarrollan un mayor número de neuronas y más tempranamente que las personas sin autismo (Courchesne, Carper y Akshoomoff, 2003; Courchesne y Pierce, 2005; Schumann y Amaral, 2006), provocan una concepción más física y biológica de estos trastornos, y se plantean soluciones y tratamientos en esta misma línea.

Conclusiones

El autismo, junto con los demás trastornos generalizados del desarrollo, es una alteración que a pesar de estar presente siempre en las distintas sociedades como recogen Artigas-Pallarès y Paula (2012), se empezó a incluir en las distintas taxonomías y clasificaciones de trastornos mentales recientemente.

Se trata de un fenómeno conceptualmente nuevo y del que necesitamos aún una mejor comprensión de qué es para poder de esta manera realizar tratamientos más eficaces, y quizá en un futuro realizar labores de prevención.

La nueva concepción de los TEA, con unos criterios en el DSM-V más reducidos y restrictivos tendrán una serie de consecuencias a nivel individual, ya que habrán menos diagnósticos, sanitario, ya que muchas personas perderán determinados derechos sanitarios y asistenciales avalados por el diagnóstico... También existirán repercusiones en el ámbito científico, ya que será más complicado comparar trabajos anteriormente publicados que utilizaban los criterios y concepción de las clasificaciones antiguas.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (1988). *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association, APA (2013). *Autism Spectrum Disorder*. Recuperado el 1 Junio, 2013, de <http://www.dsm5.org/Documents/>
- Artigas-Pallarès, J. y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 567-587.
- Baron-Cohen, S., Allen, J. y Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843.
- Canal, R. y cols. (2011). Los trastornos del espectro autista. Evaluación y tratamiento. En M.T. González (Coord.), *Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Courchesne, E., Carper, R. y Akshoomoff, N. (2003). Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism. *JAMA*, 290, 337-344.
- Courchesne, E. y Pierce, K. (2005). Brain overgrowth in autism during a critical time in development: implications for frontal pyramidal neuron and interneuron development and connectivity. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 23, 153-170.
- Garrabé, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 35, 257-261.

- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. Recuperado el 2 de Marzo de 2013 de: http://mail.neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf
- Muñoz Yunta, J. A. y Maldonado, A. (2001). El autismo, un modelo de los trastornos generalizados del desarrollo. Su explicación a través de la neurología evolutiva y estudio mediante tomografía por emisión de positrones (PET). En J. Martos y A. Rivièrè, *Autismo: Comprensión y explicación actual* (pp. 425-456). Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1994). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10*. Madrid: Panamericana.
- Robins, D., Fein, D., Barton, M.L. y Green, J.A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigation the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 131-144.
- Schumann, C. y Amaral, D. (2006). Stereological Analysis of Amygdala Neuron Number in Autism. *The Journal of Neuroscience*, 26, 7674-7679.

CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO CON UN TRASTRONO DEL ESPECTRO AUTISTA: UN ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO

**Iria Pardiño-Vizoso, Montserrat Durán-Bouza,
Juan C. Fernández-Méndez y Aitziber Goñi-Artola**

Universidad de A Coruña, España

Resumen

En este trabajo se presenta una aproximación a los estudios publicados en el siglo XXI sobre la calidad de vida y el bienestar en familias que tienen al menos un miembro presenta alguna patología englobada en los trastornos del espectro autista (TEA); generalmente centrándose en cuidadores principales y hermanos.

Palabras clave: TEA, calidad de vida, bienestar, familia, hermanos.

QUALITY OF LIFE AND WELL-BEING OF FAMILIES WITH A MEMBER WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: LITERATURE REVIEW

Abstract

This paper presents an approach to the study published in the twenty-first century about quality of life and well-being in families with at least one member presents a pathology encompassed in autism spectrum disorders (ASD); mainly focusing on primary caregivers and siblings.

Key words: ASD, quality of life, well-being, family, siblings.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (Whoqol, 1992) define a la calidad de vida como la “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes”. Es un término amplio influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como por su relación con el entorno. El concepto de calidad de vida, en términos subjetivos, surge cuando las necesidades básicas han sido satisfechas, entre ellas el bienestar psicológico.

Andrews y Withey (1976) definen al bienestar subjetivo como un concepto formado por aspectos cognitivos y afectivos. En 1989, Ryff hace referencia al término bienestar psicológico y establece seis dimensiones como componentes de este: apreciación positiva, capacidad de mejora, calidad de los vínculos personales, creencia de que la vida tiene un significado, sentimiento de crecimiento y autodeterminación.

En ambos casos, se trata de conceptos bastante recientes y que aún continúan creciendo; por esto, su aplicación al estudio de trastornos o discapacidades y a su entorno familiar, es una temática de investigación relativamente reciente, puesto que surge a finales de los años noventa (Gardiner y Iarocci, 2012); esto no significa que,

anteriormente, no se estudiaran otros términos similares o relacionados como puede ser el estrés familiar o los síntomas depresivos.

En definitiva, objetivo de este análisis bibliográfico es analizar los avances en esta temática en el siglo XXI, y observar el desarrollo y proliferación de las publicaciones.

Método

Con la finalidad de realizar un análisis bibliográfico lo más extenso posible, se revisaron las siguientes bases de datos informatizadas: *Cochrane*, *Dialnet*, *CSIC*, *ISI web of science*, *MEDLINE*, *PILOTS database*, *PsycINFO* y *SCOPUS* (Figura 1); en ellas, se estableció un límite temporal entre los años 2000 y 2012, lo cual abarca ya una amplia cantidad de tiempo, sin dejar de ser por ello, actual. Las palabras claves que se escogieron para este trabajo fueron autismo, asperger, calidad de vida, bienestar, padres y hermanos, combinándolas de diferentes formas para realizar una búsqueda lo más exhaustiva posible. En todos los casos se acotaron los resultados para los idiomas inglés y español, además, siempre que ha sido posible, se restringieron los resultados para trabajos dirigidos exclusivamente a profesionales. Por último, con el objetivo de realizar una búsqueda lo más eficiente y efectiva posible, se pedía que las palabras clave se encontraran en el resumen, evitando así muchos trabajos que se relacionan menos directamente con la temática que se ha escogido.

Resultados

Para la presentación de los resultados, se muestran la Figura 1, donde se recogen el número de artículos clasificados según las bases de datos en las que se han encontrado, aunque alguno de ellos se pueden ver reflejadas en varias de ellas a la vez.

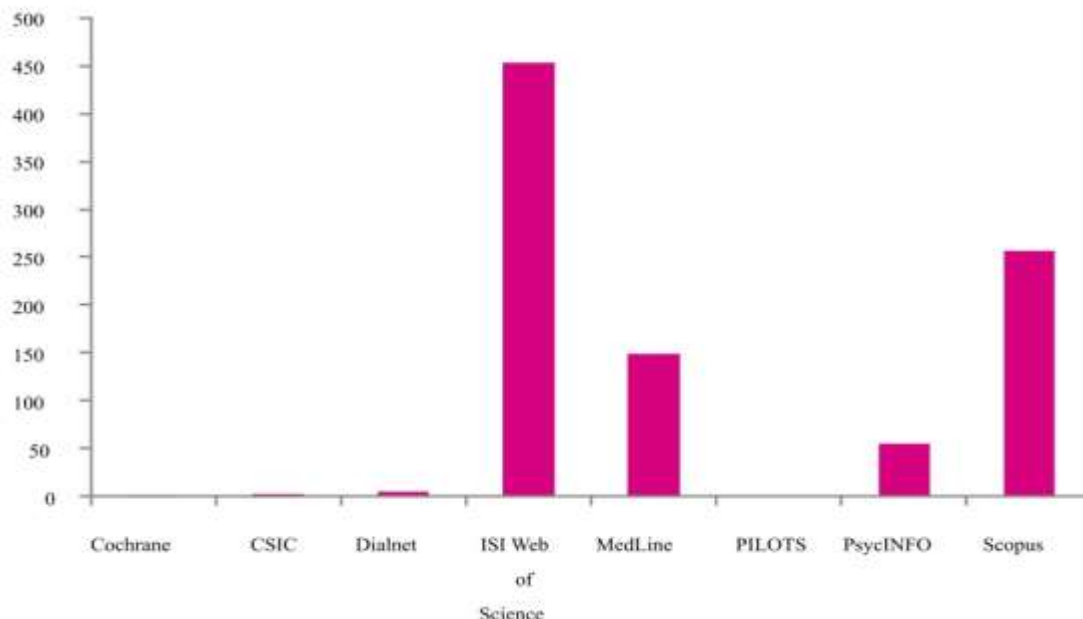


Figura 1. Número de artículos clasificados según las bases de datos analizadas.

Una vez aplicados los criterios de búsqueda en cada una de las bases de datos, estas arrojan un total de 920 trabajos; en la Figura 2 observamos una distribución a lo

largo de los años del siglo XXI de las cuatro combinaciones de palabras clave que más resultados han obtenido.

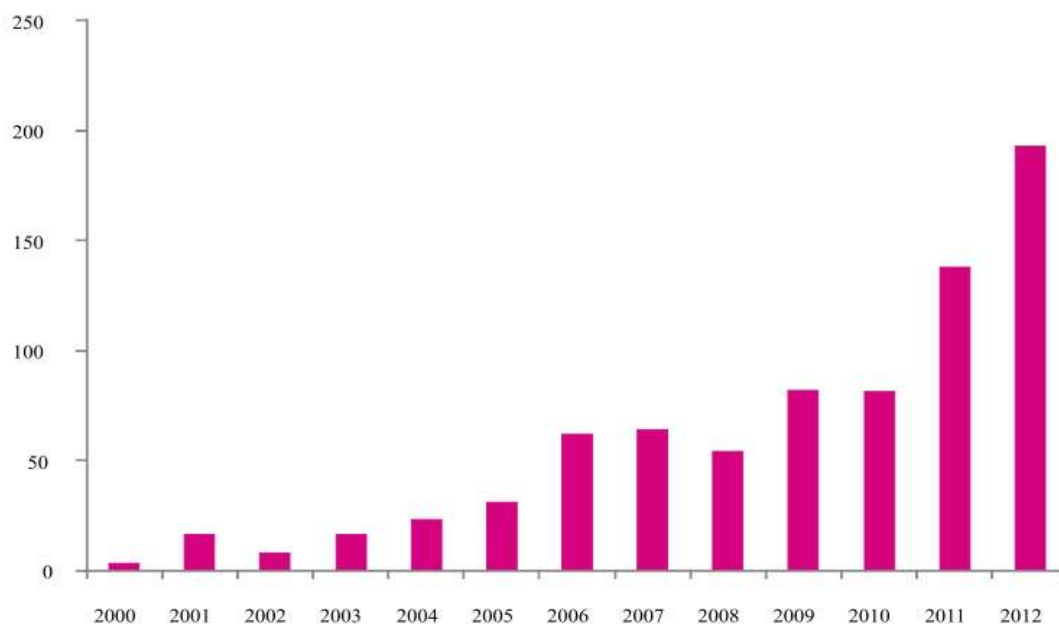


Figura 2. Distribución a lo largo de los años del siglo XXI.

A grandes rasgos, lo primero que se advierte es la baja cantidad de resultados que arroja esta temática. En el caso de las bases de datos en las que el idioma principal los resultados son prácticamente nulos, y de los que únicamente dos (Benites, 2010; Pérez y Verdugo, 2008) se ajustan totalmente al objetivo de este análisis bibliográfico. En el resto de las bases de datos es donde encontramos la mayor carga de trabajos, y sin embargo, más de un 75% de ellos se centran en la persona diagnosticada con TEA (tanto en la niñez, como la adolescencia y la adultez) por lo cual los resultados de este análisis bibliográfico se ve aún más reducido.

Nos centramos en una muestra de 18 artículos que se ajustan a la búsqueda bibliográfica propuesta para este trabajo; en las Tablas 1 y 2 se encuentran reflejadas las características de estas investigaciones, su propósito, participantes e instrumentos con el fin de poder apreciar de forma más clara el tipo de trabajos que se han presentado en el S XXI sobre bienestar y calidad familiar relacionadas con TEA.

Tabla 1. Estudios sobre bienestar familiar y TEA.

<i>Autores y año</i>	<i>Participantes</i>	<i>Grupo de estudio</i>	<i>Objetivo del trabajo</i>	<i>Instrumentos de medida</i>
Lewis et al., 2006	47 madres	X Frágil X Frágil+ autismo Síndrome de Down	Comparación de los niveles de bienestar de los grupos propuestos	Cuestionarios y escalas sobre su bienestar y sobre la paternidad
Magaña et al., 2006	88 + 20 madres	TEA	Comparar el estrés y el bienestar de madres latinas y madres no latinas en EEUU	CES-D, Profile of Mood States, Escala de bienestar de Ryff

Orsmond et al., 2007	325 familias	TEA Otros trastornos	Comparar el bienestar de familias con TEA y de familias que poseen además de este otro hijo con discapacidad	e ADI-R Diversos cuestionarios y escalas
Remington et al., 2007	44 madres y 31 padres	Autismo	Comparar la influencia en el bienestar familiar de un grupo con intervención comportamental y un grupo control que recibe información	Diferentes cuestionarios y escalas sobre los niños y los padres
Schwichtenberg y Poehlmann, 2007	41 madres	TEA	Analizar la influencia del análisis comportamental aplicado en el estrés familiar y el bienestar de las madres	Cinco cuestionarios
Smith et al., 2008	151 + 201 madres	TEA	Comparar el afrontamiento y bienestar de madres con niños pequeños frente a madres de adolescentes	CES-D, POMS, escalas de Riff y otros cuestionarios
Carter et al., 2009	143 madres	TEA	Evolución de características asociadas al bienestar y afrontamiento (depresión, ansiedad...)	CES-D, BAI, POMS, COPE, FES, MES, MOS-SSS y otros cuestionarios sobre el niño
Phetrasuwan y Shandor, 2009	108 madres	TEA	Influencia de las características comportamentales en el estrés maternal y la relación de este con síntomas depresivos y bienestar	PSS:DD, CARS-P, CES-D y escala de bienestar psicológico
Pottie et al., 2009	60 madres y 33 padres	Autismo	Influencia del apoyo y el comportamiento de los hijos en el estado de humor diario	Diferentes escalas, cuestionarios y entrevistas
Quintero y Lee, 2010	43 familias	TEA Desarrollo normal	Comparar el ajuste de los hermanos y el bienestar materno entre los grupos propuestos	PDH, PSI-3, CES-D, CBCL/6-18, SSRS-EP y cuestionarios para el profesor del hermano/a
Barker et al., 2011	379 madres	TEA	Investigar la evolución del bienestar en la madres de adolescentes y adultos a lo largo de diez años	CES-D, POMS, ADI-R y otros cuestionarios
Hartley et al., 2012	59+46+135	Síndrome de Down X Frágil Autismo	Estudiar síntomas depresivos, pesimismo y afrontamiento de los padres de un adolescente o adulto joven	QRS-F y otros cuestionarios

Tabla 2. Estudios sobre calidad de vida familiar y TEA.

<i>Autores y año</i>	<i>Participantes</i>	<i>Grupo de estudio</i>	<i>Objetivo del trabajo</i>	<i>Instrumentos de medida</i>
Allik et al., 2006	61 padres y 29 grupo control	Asperger Desarrollo normal	Medir la calidad de vida en padres con niños en edad escolar y su correlato con el comportamiento de estos	SF-12 (bienestar mental y físico) ASSQ SQD
Mugno, 2007	212 padres y madres y 77 grupo control	Autismo Asperger Desarrollo normal Otros trastornos infantiles	Comparación de la calidad de vida de los diferentes colectivos con un grupo control	Cuestionario WHOQOL-BREF
Lee et al., 2008	483madres y padres	Autismo TDAH Desarrollo normal	Comparar calidad de vida y preocupaciones en los diferentes grupos	Utiliza datos del NSCH
Smith et al., 2008	153 madres	Autismo	Conocer estrategias de afrontamiento y bienestar	Diferentes cuestionarios y pruebas
Khana y Suresh, 2011	304 cuidadores principales	Autismo	Medir la calidad de vida en los cuidadores y los factores que en ella influyen	Varios cuestionarios y escalas
Zablotsky et al., 2012	1110 madres	TEA	Analizar relaciones entre sintomatología TEA, calidad de vida de la madre y riesgo de padecer depresión de esta.	ASDQ, SRS, PDHQ y otros cuestionarios

Conclusión y discusión

Tal y como se ha destacado a lo largo de este análisis, el número de investigaciones publicadas en este campo es aún muy bajo, sin embargo, tratándose de un campo de aplicación tan reciente e incluso de unos constructos (bienestar y calidad de vida) también relativamente modernos, la evolución de las publicaciones (Figura 2) es favorable. El futuro en este campo podría ir en la línea de crear intervenciones familiares en bienestar y calidad de vida para mejorar el afrontamiento temprano por parte de los familiares o potenciarlo a lo largo de su vida.

Referencias

- Andrews F.M y Whitey S.B. (1976). *Social indicators of well-being: American's Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press.
- Benites L. (2010). Autismo, familia y calidad de vida. *Cultura*, 24, 1-20.
- Gardiner E. y Iarocci G. (2012). Unhappy (and happy) in their own way: a developmental psychopathology perspective on quality of life for families living with developmental disability with an without autism. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2177-2192.

- Pérez C. G. y Verdugo M. A. (2008) La influencia de un hermano con autismo sobre la calidad de vida familiar. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 227, 75-90.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Whoqol (1992). *World Health Organization: Meeting on Quality of Life*. Geneva: WHO (MNH/PSF/92.2)

PRESENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL ENTORNO FAMILIAR DE NIÑOS CON TDAH

M^a Isabel Montañez-Gómez

*Laboratorio de Psicofisiología Clínica y Promoción de la Salud.
Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CYMCYC).
Universidad de Granada, España*

Resumen

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es considerado como uno de los problemas más frecuentes que podemos encontrar en la consultas de salud mental infantil. Se presenta de manera más generalizada en niños, aunque el subtipo inatento se manifiesta en mayor proporción en niñas. Este trastorno que se establece desde el inicio de la infancia puede llegar a manifestarse hasta la edad adulta. El TDAH es un trastorno cuya sintomatología se encuentra relacionada con las características de desatención, impulsividad e hiperactividad. Es muy frecuente que el niño que padece TDAH presente junto a éste otros trastornos mentales como son: los relacionados con el estado de ánimo; el negativista-desafiante; el antisocial; abuso de sustancias; generalizados del desarrollo, tics, etc. Por lo tanto, sus características y comorbilidad producen importantes consecuencias que afectan de manera considerable a las distintas áreas de la vida del niño que lo padece, siendo una de las más afectadas el núcleo familiar que es uno de los pilares en el que apoyan los distintos tratamientos que se aplican a este tipo de trastornos. El presente trabajo se basa en la presentación de un programa de inteligencia emocional diseñado e implementado sobre una muestra de niños de primaria y sus familias. Se espera que este programa se convierta en un tratamiento que complemente la intervención (farmacológica, psicopedagógica y psicológica) que se está realizando actualmente con esta población. Las líneas de trabajo centradas en el núcleo familiar de los niños que presentan TDAH han obtenido unos resultados bastante esperanzadores. Con este programa se pretende mejorar la calidad de vida de estos niños y de sus familias.

Palabras clave: TDAH, inteligencia emocional, niños, familia.

PRESENTATION OF A PROGRAM OF EMOTIONAL INTELLIGENCE IN THE FAMILY ENVIRONMENT OF CHILDREN WITH ADHD

Abstract

The attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD) is considered one of the most common problems we find in the child mental health consultations. It occurs more widely in children, but the inattentive subtype manifests a greater proportion of girls. This disorder is established from the beginning of childhood may become manifest until adulthood. ADHD is a disorder whose symptoms are related to the characteristics of inattention, impulsivity and hyperactivity. Very often the child with ADHD present with this other mental disorders such as: those related to mood, the oppositional defiant, antisocial, substance abuse, pervasive developmental, tics, etc.. Therefore, their characteristics and comorbidity are significant consequences that affect significantly to the different areas of the child's life who has it, one of the most affected the family unit which is one of the pillars that support the different treatments applied to these disorders. This work is based on the presentation of emotional intelligence program designed and implemented on a sample of primary school children and their families. It

is expected that this program will become a complementary treatment intervention (pharmacological, psychological and psychoeducational) that is currently being conducted with this population. The lines of work focused on the family of children with ADHD have obtained quite encouraging results. This program aims to improve the quality of life of these children and their families.

Keywords: ADHD, Emotional intelligence, Children, Family.

Introducción

Según los datos extraídos del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se estima que afecta entre el 3 y el 7% de los niños en edad escolar. Hasta finales de los años ochenta, el procedimiento que se utilizaba de forma mayoritaria para tratar el TDAH era el farmacológico. En la actualidad esta opción (tratamiento con atomoxetina y metilfenidato, principalmente) se ha complementado con tratamientos no farmacológicos que incluyen: la terapia conductual; la técnica de neurofeedback; la terapia cognitiva; la estimulación cognitiva; el tratamiento psicopedagógico, etc. Los actuales estudios, señalan que la intervención sobre el TDAH debe planificarse bajo una perspectiva multimodal basada en el uso complementario de los recursos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos y, en estrecha coordinación entre los profesionales (médicos, psicólogos y educadores) y la familia (Loro-López et al., 2009). Esta perspectiva multimodal destaca el papel de la familia como un elemento en el que se apoya el tratamiento orientado a los niños diagnosticados con TDAH. Sin embargo, las características propias y asociadas a este trastorno junto con la frecuente comorbilidad con otras patologías (Arco, Fernández e Hinojo, 2004) y, en concreto, la desobediencia, la impulsividad y las fluctuaciones en su comportamiento repercuten en el bienestar emocional de la familia (Córdoba y Verdugo, 2003). Asimismo, los resultados de distintos estudios muestran que tener un hijo con este trastorno genera sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enfado y rechazo en los padres, estos sentimientos afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos (Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003) generando un ambiente hostil dentro del hogar. En la misma línea, nos encontramos que los estudios revisados sugieren que las conductas de los niños con TDAH aumentan los niveles de estrés familiar debido a los retos para la educación que plantea el comportamiento típico de los niños hiperactivos (Presentación-Herrero, García-Castellar, Miranda-Casas, Siegenthaler-Hierro y Jara-Jiménez, 2006). Por otra parte, en los últimos años ha aumentado la evidencia sobre el impacto negativo del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en el bienestar de los niños y adolescentes y en su capacidad para el funcionamiento diario (Miranda-Casas, Presentación-Herrero, Colomer-Diago y Roselló, 2011). Ante este panorama, podemos señalar la importancia que tiene incluir en el tratamiento del TDAH la educación socioemocional de los padres e hijos como herramienta para mejorar su calidad de vida familiar y para dar respuesta a los sentimientos generados por la crianza de los niños con TDAH y favorecer la relaciones que mantienen estos niños fundamentalmente con sus iguales y su familia. A lo largo de la literatura se presentan diversas investigaciones que muestran cómo existen distintos tipos de tratamientos psicológicos que ofrecen resultados positivos cuando se trabaja desde el entorno socio-familiar del niño que presenta TDAH, así nos encontramos con el tratamiento

psicosocial aplicado a aspectos amplios de la dinámica familiar que permite que los sentimientos y actitudes de los padres sean más positivos hacia su hijo, mejora la vida social, la economía familiar y las relaciones dentro de la familia. Este tratamiento se basa en el uso de técnicas cognitivo-conductuales para trabajar con los niños, un programa de intervención para los padres orientado hacia el apoyo al aprendizaje escolar de los hijos, a mejorar su salud emocional y a afrontar las situaciones difíciles que les plantea la crianza de los hijos y, un programa de intervención para los profesores, que incluye información actualizada y formativa sobre el manejo del niño con TDAH en el aula, así como de su funcionamiento académico y socioemocional (Presentación, Pinto, Meliá y Miranda, 2009) por lo tanto, es necesario para el mejor pronóstico de este trastorno trabajar directamente con el entorno más próximo (la escuela) y el núcleo familiar de manera que podamos obtener resultados más positivos. Por otra parte, en el estudio realizado por Arco et al. (2004) se concluyó que mediante la intervención cognitivo-conductual basada en la formación de padres y docentes, así como en un posterior entrenamiento específico y directo sobre el alumnado, se producían mejoras significativas en las conductas problema de los alumnos intervenidos. Los resultados de estos y otros estudios ponen de manifiesto el efecto beneficioso para el conjunto de la familia (padres, madres, hijos, hermanos) la intervención psicológica orientada hacia la potenciación de recursos personales y sociales de sus miembros. Los tratamientos psicosociales y la intervención con padres, profesores y niños están demostrando que son una alternativa y/o un complemento importante de los psicofármacos (Miranda y Soriano, 2010) en el tratamiento del TDAH.

El objetivo del diseño e implementación de este programa está orientado a mejorar la calidad de vida de estas familias a través del desarrollo de la inteligencia emocional de los padres y de los hijos que presentan TDAH, ya que en estudios previos se están encontrando resultados positivos cuando se trabaja con el núcleo familiar, ya que se favorece la interacción entre padres e hijos convirtiendo el hogar en un lugar en el que todos los miembros se relacionan de manera positiva a través de la expresión, identificación y regulación emocional, el uso adecuado de las habilidades sociales y la potenciación de la autoestima y el bienestar emocional en general.

Diseño de un programa de inteligencia emocional en el entorno familiar de niños con TDAH

Ante la situación que nos encontramos en el entorno socio-familiar de los pacientes de TDAH, las repercusiones familiares que se presentan y, teniendo en cuenta los estudios previos sobre la intervención en el contexto familiar de estos niños, nos planteamos diseñar un programa de inteligencia emocional siguiendo la propuesta para la evaluación de programas de educación socioemocional de Pérez-González (2008). Se constata la necesidad de diseñar, aplicar y evaluar programas de intervención centrados en las habilidades o competencias de la inteligencia emocional con el objetivo de fomentar el crecimiento personal (Pena y Repetto, 2008), asimismo, la evaluación de programas de educación emocional es un aspecto clave para pasar de la intervención a la investigación (Bisquerra, 2003). La intervención psicológica que forma parte del tratamiento multimodal y multidisciplinar utilizado en el TDAH, puede complementarse con el fomento de las competencias socioemocionales a través de la educación emocional, entendida como un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende

potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida (Bisquerra y Pérez, 2007). Así, la educación emocional ha de entenderse como un factor importante para el desarrollo de la personalidad integral del individuo, dado que cuando se potencian los recursos emocionales se mejora la calidad de vida (Teruel, 2000). Los niños emocionalmente inteligentes, de forma general, poseen mejores niveles de ajuste psicológico y bienestar emocional, presentan una mayor calidad y cantidad de redes interpersonales y de apoyo social y son menos propensos a realizar comportamientos disruptivos, agresivos o violentos (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). Con el desarrollo de las competencias socioemocionales a través de la inteligencia emocional se pretende que los padres y niños no sólo sean más hábiles para percibir, comprender y manejar sus propias emociones, sino también sean más capaces de extrapolar sus habilidades de percepción, comprensión y manejo a las emociones de los demás (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004), se mejore la autoestima de cada miembro del núcleo familiar y se desarrollen sus competencias sociales. Se espera que con la potenciación de la inteligencia emocional dentro del entorno familiar se pueda mejorar el bienestar personal, social y familiar. Por ello, una vez diseñado e implementado este programa, el paso siguiente es evaluar los cambios realizados a nivel personal, social y familiar.

Conclusiones

La capacidad para supervisar los sentimientos y las emociones de uno mismo y de los demás, de discriminar entre ellos y de usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios (Salovey y Mayer, 1990) es una de las primeras definiciones que se dio del concepto de inteligencia emocional. La aparición de este concepto supone el paso de la inteligencia clásica, en el que se entiende la inteligencia como algo estable y que se puede medir de manera objetiva (Binet, 1905), a las inteligencias múltiples de Gardner (1983), en el que postula que existen varios tipos de inteligencia. Según Fernández-Berrocal y Ruiz (2008) la inteligencia emocional ha surgido en los últimos veinticinco años como un concepto muy importante del ajuste emocional, el bienestar personal, el éxito en la vida y las relaciones interpersonales en diferentes contextos de la vida cotidiana. Si la psicología tiene como objetivo fundamental comprender el comportamiento del ser humano, la inteligencia emocional supone un nuevo elemento más a considerar, una pieza más del rompecabezas que nos permite explicar resultados vitales del individuo hasta ahora no predichos por las variables existentes (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). Por ello, la utilización de la inteligencia emocional como complemento a los tratamientos actuales sobre el TDAH supone un paso más allá que se ocupa de los sentimientos y emociones, autoestima y relaciones interpersonales de forma general de los niños y los de los que están a su alrededor, permitiendo desarrollar unas habilidades y/o capacidades que les permitirán un adecuado ajuste y bienestar, lo que conlleva a favorecer la calidad de vida de estos niños y a su vez de sus padres.

Las principales limitaciones que nos encontramos en la puesta en marcha de programas de inteligencia emocional, parte fundamentalmente de la escasez de recursos ya sean materiales y/o humanos en el que nos encontramos en la actualidad. Por otra parte, es necesaria la formación específica de los profesionales de la psicología en el desarrollo de competencias emocionales de adultos y niños, en nuestro país apenas

existen programas de formación en esta línea. Asimismo, para que los cambios realizados a nivel personal, emocional, social y familiar puedan ser analizados y válidos es necesario, por un lado, un nivel participación y una tasa asistencia de los participantes a las sesiones del programa de inteligencia emocional muy elevada y, por otro, la creación de nuevas técnicas e instrumentos de evaluación adecuados que extraigan datos sólidos, que complementen las formas de recogida de datos más generalizadas que giran en torno a los autoinformes y la observación principalmente.

Las líneas futuras de este programa puede ser la ampliación de la intervención al ámbito educativo, es decir, al profesorado y a los compañeros de aula. De esta forma, el programa de inteligencia emocional podría abarcar los ámbitos personal, social, académico y familiar lo que supone acercar la inteligencia emocional al contexto más cercano y cotidiano de los niños que presentan TDAH.

Referencias

- Arco, J.L, Fernández, F.D. e Hinojo, F.J. (2004). Trastorno por déficit de atención: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16, 408-414.
- American Psychiatric Association, APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andrade, L. C. y Alonso, M. A. V. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familias de niños con TDAH: un enfoque cualitativo. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34, 19-33.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21, 7-43.
- Bisquerra, R., y Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6, 1-17.
- Fernández-Berrocal, P. y Ruiz, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15, 421-436.
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F. Varela-Casal, ..., y Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49, 257-264.
- Miranda-Casas, A., Presentación-Herrero, M. J., Colomer-Diago, C. y Roselló B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*, 52, 119-126.
- Miranda, A. y Soriano, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Información Psicológica*, 100, 100-114.
- Pena, M. y Repetto, E. (2008). Estado de la investigación en España sobre Inteligencia Emocional en el ámbito educativo. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15, 400-420.
- Pérez-González, J.C. (2008). Propuesta para la evaluación de programas de educación socioemocional. *Revista Electrónica de Intervención Psicoeducativa*, 6, 523-546.
- Presentación-Herrero, M.J., García-Castellar, R., Miranda-Casas, A., Siegenthaler-Hierro, R., y Jara-Jiménez, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 42, 137-143.

- Presentación, M. J., Pinto, V., Meliá, A. y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, 3, 18-26.
- Presentación, M.J., Siegenthaler, R., Jara, P. y Miranda, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22, 778-783.
- Roselló, B., García, R., Tárraga, J., y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36, 79-84.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Teruel, M.P. (2000). La inteligencia emocional en el currículo de la formación inicial de los maestros. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 38, 141-152.

SELF-MONITORING USING NEW TECHNOLOGIES**Isabel Sá, Marisa Alves, Luís Duarte e Luís Carriço***University of Lisbon, Portugal***Abstract**

Computerised interventions may provide a useful adjunct to face to face therapy, especially on extending therapy beyond its time and place. This article describes the use of a self-monitoring tool (InSiThe), that allows young people suffering with anxiety, to register situations, feelings and thoughts that worry them, directly on Smartphone. We present the cases of eleven youth that use InSiThe as an assessment tool integrated in Cognitive-behavioural therapy. A semi-structure interview allows us to understand its use with each case and the more general perception of therapists. Preliminary data suggest that this tool is well accepted by children and adolescents, overcoming some difficulties with homework compliance. Advantages and obstacles of using a computerized tool instead of paper and pencil forms are discussed, from patients and therapist point of view.

Keywords: Anxiety disorders, cognitive-behavioural therapy, youth, mobile devices, homework compliance.

Introduction

A comprehensive review of the available epidemiological data has shown that 8 to 12% of youth suffer from anxiety complaints that are severe enough to interfere with daily life and functioning (Bernstein, Borchardt, & Perwien, 1996; Essau, Conradt, & Petermann, 2000; Ezpeleta, Keeler, Erkanli, Costello, & Angold, 2001; Grover, Golda, & Ialongo, 2007).

Cognitive Behavioural Therapy (CBT) has been shown to help families and children suffering from anxiety disorders (Barrett, Duffy, Dads, & Rapee, 2001; Kendall, 1994; Kendall & Southam-Gerow, 1996; Kendall et al., 1997; Silverman et al., 1999; Siqueland & Diamond, 2005) with maintenance of gains suggesting its long term benefits (Barret et al, 2001; Kendall, 1994; Kendall et al, 1996).

Using different strategies, CBT assists the process of building skills needed to cope in a functional way with anxiety (Silva, Gallagher, & Minami, 2006). Homework is a technique where therapist assigns tasks to the patient that should be completed outside the therapy room. This provides continuity between sessions and offers the opportunity to gather information and to practice what has been developed and discussed in session (Freeman, 2007), so it seems important to explore ways in which adherence to homework can be improved and translated into easier processes and better outcomes to the patient.

One of the possible allies in this quest is Technology. CBT seems easily adapted to a computerised system given its highly structured procedures and formats. Besides that, it's easily learned and less time intensive than more free form methods (Coyle, Doherty, Matthews, & Sharry, 2007).

Children and adolescents are perhaps the clients who are more familiar with, and competent at using computers. Additionally, it has been suggested that computerised interventions, ease patient's engagement more than other self-help interventions, such as

books and manuals (Klein, Richards & Austin, 2006). However research in this area is only emerging and the studies are insufficient to draw any substantive conclusion about its effectiveness in treatment or prevention of anxiety disorders with youngsters (Richardson, Stallard, & Vellemon, 2010).

That doesn't mean that synergies between technology and psychotherapy with young people suffering from anxiety should be placed in a second plan. As Newman, Kenardi, Herman and Taylor (1997) point out computerised interventions may provide a useful adjunct to face to face therapy, especially on extending therapy beyond its time and place. Used between sessions, technology can reiterate and reinforce specific cognitive-behavioural techniques and skills taught in sessions, helping to transfer these skills into participants' real life situations and to generalize the impact of therapy.

Our aim was the development of a tool to support self-monitoring in young patients with anxiety and related disorders, we believe that the use of mobile devices in therapy can enhance homework's compliance because they are more appealing to manipulate, may remove the stigma of filling a paper block with personal information in social context, like school or peer groups, and can be made interactive and more attractive for children to use. This tool allows children to keep records of situations, feelings and thoughts that worry them, directly on Smartphone. Our goal is to understand its utility for psychotherapy in a real life context.

Methods

Software Design

Two research teams created a software design solution for young therapy (InSiThe), to replace traditional homework sheets used in anxiety disorders by a mobile devices application. This multimedia program presents three screens to children that, as can be seen on Figure 1, allow them to easily record the situations where they feel anxious, the intensity of the anxiety and the associated thoughts (for more complete details see Sá, Carriço, Fariam, & Sá, 2010).



Figure 1. Example of the InSiThe content.

Participants

To explore the value and difficulties of this tool in naturalist settings, we recruited participants and collected data between July 2010 and November 2012. During that period, four clinical therapists agreed to integrate the InSiThe tool into their intervention with anxiety disorders. The only inclusion criterion was to present a

diagnosis of anxiety disorders, leading to a broad range of clinical situations, as can be seen in Table 1.

Table 1. Cases and Diagnosis.

<i>Case</i>	<i>Principal Diagnosis</i>	<i>Co-morbidity</i>
Case 1, F, 13y	Social Anxiety Disorder	Specific phobia (test)
Case 2, M, 9y	Social Anxiety Disorder	
Case 3, F, 11y	Generalized Anxiety Disorder	Specific phobia (test)
Case 4, F, 14y	Borderline personality	
Case 5, F, 14y	Specific phobia (performance)	
Case 6, M, 18y	Specific phobia (test)	Depression
Case 7, M, 8y	Social Anxiety Disorder	
Case 8, M, 17y	Obsessive Compulsive Disorder	
Case 9, F, 11y	Obsessive Compulsive Disorder	
Case 10, M, 7y	Generalized Anxiety Disorder	
Case 11, F, 10y	Personality disorder	Specific phobia (dark)

Measures

To assess therapist's perception about the use of InSiThe in their practice we created a structured interview with two questions focused on benefits and difficulties with each case and three more general questions about the tool (see Table 2).

Table 2. Therapist Interview.

1. Do you consider this tool useful in this case? If yes, in what ways?	Individual case questions
2. What were the main difficulties in the use of this tool?	
3. What are the concerns / limitations that you associated with the use of this tool?	InSiThe general questions
4. Would you integrate this tool in your daily practice? Why?	
5. Comparing it with the traditional paper and pencil self-monitoring forms what is your opinion about this tool?	

Procedure

Several therapists were contacted but only four therapists were available and had clinical cases suitable for study inclusion. After consent forms and terms of responsibility were signed by child/adolescent and a parent,, Smartphones with the InSiThe software were delivered to each therapist, according to the number of cases followed.

We requested self-monitoring data about three months later and asked the therapist to answer the questions about their cases and the InSiThe in a more general way. The collected data are presented and discussed in the next section.

Results

Participant 1 was a 13 years old female with Separation Anxiety Disorder. The lack of interest on paper and pencil records carry out to situations slightly trustworthy like the ones that her mother described: "she completed the homework sheet in the car, during the way to the session". Through records on Smartphone, the therapist could

have access to more reliable information about the situations and thoughts during the anxiety episodes. The patient seems more motivated to homework and express the advantages that she perceived: "With the Smartphone it's more interesting because I can see the image growing; besides, it's much easier to lose paper and pencil records". Concordant data comes from another situation of separation anxiety disorder. Participant 2, a 9 year old male that revealed attention difficulties and low compliance with paper and pencil records that were seen as monotonous and unattractive, benefited from InSiThe use, were the records appeared more frequently. This record increase also happens with Participant 3, an 11 years old Female with generalized anxiety disorder, in which the problem was related to the selection of information to be recorded, since the child wanted to record all the experienced situations, even without clinical significance. An even more obvious situation comes from a 14 years old female with Borderline Personality and Social Anxiety Disorders (Participant 4) that, until the InSiThe use, never complied with homework. The therapist stated that "the records made the content of sessions to become much richer - that was the way she found to talk about her stuff". Participant 5, a 14 year old female with Phobia, also used this self-monitoring tool in a more immediate way because "my friends' don't ask me much what I'm writing on a Smartphone like they do on pencil and paper records, it's just a regular mobile phone". This gain wasn't perceived by all: Participant 6, an 18 year old male with Social Anxiety Disorder revealed more difficulties, especially in doing the registers in school or near friends. Nevertheless, according to the therapist working with this youngster, the InSiThe allowed to understand the situations that are more difficult and what kind of thoughts contribute to the high intensity of anxiety experienced in this case (8 or 9 in a 10 points scale, where 10 is the highest level of anxiety).

To Participant 7, an 8 year old male with separation anxiety disorder that showed signs of difficulties in social interaction, the InSiThe helped, not only with records, but also in beginning the discussion of anxiety situations in each session, an issue that was very hard for him to talk about. According to the therapist, the possibility that the InSiThe gives of a more live record had also a therapeutic function, withdrawing the focus on the stressful situation and helping the children to cope with.

With a 17 year old boy with Obsessive-compulsive Disorder (Participant 8), the smartphone was initially used to self-monitor his rituals and in a second phase to register *in vivo* exposure where, according to the therapist, the use of the Smartphone worked as a motivation to avoid the rituals. In another situation with Obsessive-compulsive disorder, the participant 9, a female of 11 years old, had a hard time talking about their ritualized behaviours, fearing what others might think about her. Registration on InSiThe was a way to get her to face the rituals in a more "relaxed" way, helping her to become aware of thoughts associated with rituals.

Participant 10 and Participant 11 were the only ones that didn't seem to benefit from this tool. In the first case, a 7 year old boy with generalized anxiety disorder prefers to do paper and pencil records, according to his therapist, the children anxiety also manifested in the fear of damaging the Smartphone conducting to avoidance. In the second case, a 10 year old female with dark phobia, the girl show less investment in InSiThe records, with much more situation details when using paper and pencil, however the reasons for this were not explored by the therapist

In fact, some InSiThe barriers were identified by participants, namely a) the difficulty to go back and correct a register; b) some school rules that forbid the use of

Smartphones (this was particularly important to case number two, since the phobic stimulus were test situations), c) the distraction produced by games in the smartphone and d) fears of being robbed or losing the Smartphone. This last obstacle was also pointed by therapists, who believed that the increased responsibility about an expensive object prevented the children/adolescents from taking the device anywhere, anytime, and thus making difficult instant monitoring. Two of the therapists also referred the need of a development adaptation to the “graphic appearance” of the presented images. In fact, two research teams had already discussed this issue and a set of alternative images was initially created to respond to this need.

All four therapists admit to integrate InSiThe in their daily practice, considering that its use a) allows to access more realistic records, b) increases motivation of children/adolescents for records and c) the subject can do the register in a more discrete way, therefore is less disruptive in social situations. When comparing it with traditional paper and pencil self-monitoring forms (in Case 6, paper and pencil form weren't used) the therapists considered it more suited to the reality of youth and more exciting, believing that its qualities conduct to a better adherence to the task and an increase in the reliability of self-monitoring data. Other aspects referred by therapists were the safety of data (considering Smartphone records more safe), the direct relation between the anxiety intensity registered by the participant and the size of the picture presented (which provides a more accurate quantification and an externalization of anxiety) and the tool's double function (working as a record instrument and also as intervention, distracting and helping to relax or focus on cope with situations).

Discussion

Therapy does not end when the patient leaves the therapy session and the consultation room. Therapy must become part of the patient's life. The CBT tasks of monitoring automatic thoughts, identifying and examining schema, and behavioural change are essential ingredients that must be on going. Homework cannot be an addendum to therapy; it offers continuance between sessions and brings therapy into the “real” world (Freeman, 2007).

This study seeks to understand how and with what benefits a computerized self-monitoring tool can be integrated in face to face therapy in a realistic setting. With that purpose, we described four case studies that illustrate the experience of children/adolescents and their therapists with InSiThe. These data seems to indicate that the use of this kind of tools is not just a matter of easier editing process, quickly information and enthusiasm. It seems that questions like data accuracy, stigma of being in therapy or of registering our most secret thoughts in interpersonal environments and the importance of reactivity of the tool to the therapeutic process (like in case 10, where the use of a Smartphone seems to function as a coping strategy to anxiety) may also be in the game.

Some of the referred problems seem to be easily resolved, like the cost of this kind of device that should dissipate as technology evolves or the school rules that can be out dated with a close collaboration between therapists, family and school. A more difficult question may be related with the quest of having realistic field studies without losing the conceptual and methodological rigor (that's necessary to the generalization of data). This is the challenge for the future.

Acknowledgments

We acknowledge the Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), Portugal, for funding the project “InSiThe – Suporte a Terapias In-Situ” with reference PTDC/EIA-EIA/103676/2008.

References

- Barrett, P.M., Duffy, A.L., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141.
- Bernstein, G.A., Borchardt, C.M., & Perwien, A.R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1110-1119.
- Coyle, D., Doherty, G., Matthews, M., & Sharry, J. (2007). Computers in talk-based mental health interventions. *Interacting with Computers*, 19, 545-562.
- Essau, C.A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 221-231.
- Ezpeleta, L., Keeler, G., Erkanli, A., Costello, E. J., & Angold, A. (2001). Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 901-914.
- Freeman, A. (2007). The use of homework in cognitive behavior therapy: Working with complex anxiety and insomnia. *Cognitive and Behavioural Practice*, 14, 261-267.
- Grover, R.L., Ginsburg, G.S., & Ialongo, N. (2007). Psychosocial outcomes of anxious first graders: a seven-year follow-up. *Depression and Anxiety*, 24, 410-420.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P.C., & Southam-Gerow, M.A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730.
- Klein, B., Richards, J.C., & Austin, D.W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-238.
- Newman, M.G., Kenardi, J., Herman, S., & Taylor, B. (1997). Comparison of palmtop-computer assisted brief cognitive-behavioral treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 178-183.
- Richardson, T., Stallard, P., & Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 275-290.
- Silva, R.R., Gallagher, R., & Minami, H. (2006). Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Primary Psychiatry*, 13, 68-76.
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Rabian, B., & Serafini, L.T. (1999). Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobic disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 675-687.
- Siqueland, L., Rynn, M., & Diamond, G.S. (2005). Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 361-381.

IMPULSIVENESS, AGGRESSIVE BEHAVIOUR, PERSONALITY AND CONTROL OF RESPONSE DISTORTION

**Isidro Pérez-Martín, Enrique Armas-Vargas, Pablo García-Medina,
Juan Manuel Bethencourt-Pérez and Leticia Padilla-González**

Universidad de La Laguna, Spain

Abstract

In the last few decades, there has been much research on impulsivity. Its multi-dimensional nature, we think, has provided the motivation for this variable to be investigated, as well as its relationship with response distortion. In fact, in this domain, a variety of constructs have gained importance, such as personality traits and aggression. In this work, we analyse the relationship that exists between the scale factors of Impulsiveness BIS-11, the L Scale-BDHI questionnaire and the Personality EPQ-R questionnaire. We designed this study in order to try to recognise better the cognitive and emotional biases capable of distorting the responses to different questionnaires. It is necessary for psychometric tests to have scales that monitor such effects. In order to improve objectivity in psychological evaluation and, therefore, contribute to avoid this type of contamination, we applied the MMPI-II L Scale (included in the BDHI) and the ATRAMIC Social Desirability to a sample of volunteers. The sample with which we worked comprised 160 adults. All were informed of the objectives and methodology of the study, and anonymity of the data was assured. Correlations were found between impulsiveness, aggression, and personality characteristics, in keeping with the pattern of results found by other authors. The ATRAMIC Social Desirability scale and the L Scale (BDHI) correlate negatively with impulsiveness. A high score in these scales is associated with an image of adjustment or a “tendency” to project a “perfect personality”. Those obtaining high scores for impulsiveness do not tend to give a better impression of themselves.

Keywords: Impulsiveness, aggression, personality, response distortion, social desirability.

Introduction

The large number of research studies undertaken during the last few decades in relation to impulsiveness is due to its multi-dimensional nature. These studies have related especially to personality characteristics and aggression. Some authors have found a relationship between impulsiveness and personality factors such as neuroticism, extroversion and psychoticism (Eysenck and Eysenck, 1977; Evenden, 1999; McCown, Johnson and Shure, 1993; Webster and Jackson, 1997; Zuckerman, 1979), whilst others have established this with borderline personality disorder and bipolar disorder (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, Swann, 2001).

A link has also been sought between impulsiveness and aggression or with pathologies that imply a lack of control over impulses (pathological gambling, kleptomania, substance abuse, etc.), (Barratt and Slaughter, 1998; McMurren, Blair and Egan, 2002; Vigil-Colet, Morales-Vives and Tous, 2008). Similarly, also with suicide (Mann, Waternaux, Haas and Malone, 1999). A correlation is also known between those constructs and substance abuse and pathological gambling (Petry, 2001; McMurren et al., 2002).

In this welter of relationships, a particular phenomenon that requires more attention revolves around the phenomenon of distortions. Impulsiveness and aggression are at least suspected of producing modulation of questionnaire responses given by certain population groups.

Psychology is not oblivious to the existence of distortions caused by various motives, particularly of those who are being assessed (Baer, Rinando and Berry, 2003). One way to determine bias in the responses of people undergoing psychological tests is based on the introduction of certain scales of measurement and control of cognitive and emotional biases. One of the measurements to register is social desirability ("trying to show a pattern of personal behaviour consistent with social approval") (Paulhus, 1984). On the other hand, it is necessary to have information about the tendency of people to cognitively and emotionally self-deprecate, that is, how the person "*has the intention to influence responses to the tests, trying to show a devalued or exaggerated image of themselves, for a particular motive or purpose*" (Armas-Vargas, 2012b).

There is very little research that incorporates control of response distortion, and still less that assesses impulsiveness and aggressive behaviour. In our work, to monitor response bias, we use the MMPI-2 L Scale included in the BDHI test (Armas-Vargas and García-Medina, 2012) and the ATRAMIC Social Desirability scale (Armas-Vargas, 2008, 2012a, 2012b; Armas-Vargas and García-Medina, 2009; Pérez-Martín, Armas-Vargas, García-Medina, Martín-Caballero and Bethencourt-Pérez, 2012).

Method

Participants

The sample was formed of 160 people from the Canary Islands: of whom 71 were men and 89 women, from a normal population. The average age was 35 years ($SD = 7.6$). The age range was between 25 and 50 years. In terms of marital status, 49.4% were single and 50.6% married.

Procedure

The sample was obtained using the "snowball" technique with the voluntary participation of students on a master's course. All the participants were informed of the objectives and methodology of the study that they were voluntarily participating in. The results were kept anonymous to prevent the identification of the subjects taking part.

Instruments

For the development of this research we used four instruments:

- ATRAMIC (Armas-Vargas, 2008, 2012a, 2012b; Armas-Vargas and García-Medina, 2009). ATRAMIC is a multi-factorial test of personality measurements, initially created for the evaluation of self-deception and lying behaviour. The test comprises two parts, A and B. Form A consists of 193 items and Form B of 30 items. The explained variance and internal consistency (Cronbach's Alpha) for each factor are cited in Armas-Vargas and García-Medina (2009). Form A evaluates 21 factors: 5 factors of Predisposition to Lying (*Self-Deception, Self-Regulation when Lying, Failure to Make Adjustments when Lying, Not Confessing a Lie and Social Desirability*); 13 orectic personality variables (*Fear of Rejection and Criticism, Assertiveness, Hyper-control, Control, Extreme*

Caution, Selective Privacy, Insecurity, Distrust, Guilt, Self-Criticism, Empathy, Lack of Sensitivity and Consequential Thinking); 3 scales of response bias control (*Sincerity, Emotional Self-Devaluation and Cognitive Self-Devaluation*). Total reliability for Form A, $\alpha = 0.91$. Form B evaluates 3 attitudinal scales for the use of deception and lying (*Concealment, Rejection and Acceptance*), explained variance 39% and total reliability $\alpha = 0.75$.

- The Hostility Inventory, BDHI (Buss and Durkee, 1957), was factorised by Armas-Vargas and García-Medina (2012) with a heterogeneous sample of 850 adults (clinical, normal, criminal and prison population). These authors included the MMPI-2 L Scale as a means to monitor response bias in the test. The Spanish version of this inventory already included some of the items corresponding to the MMPI sub-scale (1967 version) evaluating the degree of sincerity of the individual, related to social desirability (Castillo-San Martín et al., 2005). The first sub-questionnaire (BDHI-A) covers 4 factors: Hostility (distrust and resentment; 12%, $\alpha = 0.82$), L Scale (9.5%, $\alpha = 0.72$), Verbal Aggression (6.1%, $\alpha = 0.5$), Containment of Verbal Aggression (5%, $\alpha = 0.50$). The explained variance was 32.6%. The total reliability was of the BDHI-A sub-questionnaire was $\alpha = 0.80$. The second sub-questionnaire (BDHI-B): Physical Aggression (14%, $\alpha = 0.82$), Anger (8.5%, $\alpha = 0.70$), L Scale (8.3%, $\alpha = 0.72$), Avoidance of Physical Aggression (6.2%, $\alpha = 0.58$). The explained variance was 37%. The total reliability of the BDHI-B sub-questionnaire was $\alpha = 0.78$. The total reliability of the BDHI (A-B) test was $\alpha = 0.86$.
- The EPQ-R, Eysenck Personality Questionnaire-Revised (Eysenck and Eysenck, 1991) comprises 83 items that are scored on a dichotomous Yes/No scale. Spanish Version (Ibáñez, 1996). The test measures three basic personality dimensions: Extroversion (men $\alpha = 0.82$ - women $\alpha = 0.80$); Emotionality (Neuroticism Scale, men $\alpha = 0.86$ - women $\alpha = 0.86$); Hardness (Psychoticism Scale, men $\alpha = 0.73$ - women $\alpha = 0.71$); and a Dissimulation/Conformity Scale (L Scale, men $\alpha = 0.76$ - women $\alpha = 0.77$).
- The Impulsiveness Scale (BIS-11), by Barratt (Patton, Stanford and Barratt, 1995) one of the most used instruments in the evaluation of impulsiveness, was translated and adapted for Spanish use by Oquendo et al. (2001). The test consists of 30 items that are scored 0 to 4 and evaluate three sub-scales: 1) motor impulsiveness, 2) cognitive impulsiveness, and 3) improvisation and absence of planning. The Cronbach Alpha ranges between 0.79 and 0.83.

Results

Hostility and Impulsiveness

As we can see in Table 1, the correlations support the convergent validity between factors of both tests (BIS-11 and BDHI-L Scale). Significant correlations are found between cognitive impulsiveness and hostility and physical aggression (BDHI), as well as motor impulsiveness and unplanned impulsiveness with anger and physical aggression (BDHI). In this regard, Vigil-Colet et al. (2008) found similar results between impulsiveness and aggression, physical as well as verbal, and with more emotional components such as anger.

Table 1. Correlations of Hostility factors of the BDHI-L Scale and Impulsiveness factors of the BIS-11 ($N = 148$).

		BDHI-L Scale						
BIS-11		L Scale	Verbal Aggression	Containment Verbal Aggression	Hostility	Anger	Avoidance Physical Aggression	Physical Aggression
Impulsiveness	Cognitive	-0.13*	-0.12	-0.15*	0.24**	0.09	-0.13*	0.21**
	Motor	0.08	-0.02	-0.18*	0.03	0.17*	-0.05	0.13*
	Unplanned	0.07	-0.06	-0.06	0.10	0.25***	-0.13*	0.19**

Note. Level of Significance $p < 0.05=*$; $p < 0.01=**$; $p < 0.001=***$

It is difficult to make comparisons with other studies or research on this subject, where they do not make use of scales to monitor response distortion.

In Table 1, we find significant and negative correlations between the L Scale and the cognitive impulsiveness variable. People who tended to score highly for impulsiveness did not try to conceal negative aspects of their normal social or civil behaviour. That is, people who tended to score highly for defensiveness (L Scale), meaning “that they deliberately try to show a defensive pattern in their responses, who responded to the test trying to give an image of being well adjusted or having a perfect personality” this also generally tended to affect their responses to the items in the other scales measured (Armas-Vargas and García-Medina, 2012). Other authors state that these persons show profiles that underestimate the number and degree of the problems that a subject may have (Butcher and Williams, 1992).

We saw other negative relationships between Containment of Verbal Aggression and Avoidance of Physical Aggression with Cognitive, Motor and Unplanned Impulsiveness.

Dimensions of Personality and Impulsiveness

In Table 2, we find similar relationships to those found by other authors in relation to impulsiveness and personality factors such as neuroticism, extroversion and psychoticism, (Eysenck and Eysenck, 1977; Evenden, 1999; McCown et al., 1993; Webster and Jackson, 1997; Zuckerman, 1979).

Table 2. Correlations in EPQ-R Factors and BIS-11 Impulsiveness Factors ($N = 148$).

		EPQ-R			
BIS-11		Extroversion	Neuroticism	Psychoticism	Dissimulation
Impulsiveness	Cognitive	- 0.06	0.16*	0.36***	-0.15*
	Motor	0.10	0.13*	0.40***	- 0.06
	Unplanned	- 0.13*	0.01	0.20**	0.00

Note. Level of Significance $p < 0.05=*$; $p < 0.01=**$; $p < 0.001=***$

According to Eysenck and Eysenck (1991) the Dissimulation scale is oriented to the measurement of the subject's tendency to respond with dissimulation in order to give a better impression of themselves. People who score highly for cognitive impulsiveness do tend to give a better image of themselves. Armas-Vargas (2013), with a heterogeneous adult population ($N = 560$) undertook a study making use of the Social Desirability test (SDS) of Crowne and Marlowe (1960) and the EPQ-R. This author found significant and positive correlations between the scale he called “Negation/Pro-

Image” and the Dissimulation scale EPQ-R ($r = 0.70$; $p \leq 0.000$), and between this factor for Pro-Image and Extroversion ($r = 0.10$; $p \leq 0.05$). It is probable that certain personality variables may influence results in psychometric tests, insofar as an attempt to appear better to the evaluator is concerned.

ATRAMIC Impulsiveness and Social Desirability

In Table 3, we see that the unplanned impulsiveness factor does not correlate negatively with Social Desirability (SD) in ATRAMIC. That is, those that score highly for SD tend to have lower scores for unplanned impulsiveness. Those people who do tend to appear better, those who portray a positive and idealised image of themselves, tend to have a defensive profile in their responses, in other words, they tend to score highly in the L Scale (BDHI) and SD in ATRAMIC (Armas-Vargas, 2012a, 2012b; Armas-Vargas and García-Medina, 2012).

Table 3. Correlations of the Impulsiveness factor in BIS-11 and the Social Desirability factor in ATRAMIC ($N = 148$).

		ATRAMIC
BIS-11		Social Desirability in ATRAMIC
Impulsiveness	Cognitive	-0.09
	Motor	0.11
	Unplanned	-0.21**

Note. Level of Significance $p < 0.05=*$; $p < 0.01=**$; $p < 0.001=***$

Conclusions

The results obtained are broadly similar to those found in other research. There are authors who have found results similar to those in our study, particularly relating to impulsiveness and psychoticism (Eysenck and Eysenck, 1977), between impulsiveness and aggression (Vigil-Colet et al., 2008) and response distortions and how they influence the rest of the variables measured (Armas-Vargas, 2012a, 2012b; Armas-Vargas and García-Medina, 2012; Pérez-Martín et al., 2012).

Of the results obtained, we wish to highlight the importance of monitoring response distortion and how this can influence the final results of tests (Armas-Vargas, 2012a, 2012b). In psychological evaluation, we must monitor response bias in those completing a psychometric test in order to avoid contamination of the results, as there are different personal, social and legal motives and pressures that influence the results of tests.

In future studies, we must consider augmenting the sample and its heterogeneousness (clinical, criminal and prison), with the object of confirming the results found and deepen other variables related to personality.

References

- Armas-Vargas, E. (2008, October). ATRAMIC: The Informed Lie. Report presented at the *International Criminology and Delinquency Symposium*. La Laguna, Tenerife.
- Armas-Vargas, E. (2012a). ATRAMIC Questionnaire: Evaluation of Personality and Lying Behaviour. In Quevedo-Blasco and V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *5th International Congress and 10th National Congress of Clinical Psychology. Advances in Clinical Psychology* (pp.658-662). Santander. Spanish Association of Behavioural Psychology (AEPC).

- Armas-Vargas, E. (2012b). Criminal Psychological Evaluation of Women Who Report Their Partners for Maltreatment: Depression, Self-Esteem and Response Bias Control. In P. García-Medina, J.M. Bethencourt-Pérez, A.R. Martín-Caballero and E. Armas-Vargas (Eds.), *Anxiety and Depression: Research and Intervention* (pp. 245-267). Granada: Comares.
- Armas-Vargas, E. (2013). Social Desirability Scale by Marlowe and Crowne: Criminal Contrast Study. In M. Vilariño, M. J. Vázquez, R. Monteserín, B. González-Amado and E. Arias. (Eds.), *7th (Inter)national Legal and Criminal Psychology Congress* (pp.104-105). Madrid: Spanish Society for Legal and Criminal Psychology.
- Armas-Vargas, E. and García-Medina, P. (2009). ATRAMIC: The Informed Lie. *Annual Review of Legal Psychology. Monograph of Legal Psychology in Iberoamerica*, 19, 125-133.
- Armas-Vargas, E. and García-Medina, P. (2012). Inventory of Hostility and L Scale: Factor Structure. In R. Quevedo-Blasco and V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *5th International Congress and 10th National Congress of Clinical Psychology. Advances in Clinical Psychology* (pp.407-411). Santander: Spanish Association of Behavioural Psychology (AEPC).
- Baer, R.A., Rinaldo, J.C. y Berry, D.T.R. (2003). Self-report distortions (including faking, lying, malingering, social desirability). En R. Fernández-Ballesteros (Ed.) *Encyclopedia of Psychological Assessment*. (Vol.2, pp.861-866). London: SAGE.
- Barratt, E.S., and Slaughter, L. (1998). Defining, Measuring and Predicting Impulsive Aggression: A Heuristic Model. *Behavioural Sciences and the Law*, 16, 285-302.
- Buss, A.H. and Durkee, A. (1957). An Inventory for Assessing Different Kinds of Hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.
- Butcher, J. N. and Williams, C. L. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation*. Minneapolis. MN: University of Minnesota Press.
- Castillo-San Martín, T., Estepa-Carmona, Z., Guerrero-Guacho, J., Rivera-González, G., Ruiz Alvarado, A. and Sánchez-Hernández, C. (2005). *Prison Treatment Programme for Aggressors in a Family Setting. Domestic Violence Work Group*, Madrid: Directorate of Penitentiary Institutions. Ministry of the Interior.
- Crowne, D.P. and Marlowe, D. (1960). A New Scale of Social Desirability Independent of Psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Evenden J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
- Eysenck, S.B.G. and Eysenck, H.J. (1977). The Place of Impulsiveness in a Dimensional System of Personality Description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 57-68.
- Eysenck, H.J. and Eysenck, S.B.G. (1991). *Manual of the Eysenck Personality Scales (EPS adult)*. London: Hodder & Stoughton.
- Ibáñez, M.I. (1996). *Spanish Adaptation of the Revised Eysenck Personality Questionnaire: Full Version (EPQ-R) and Abbreviated (EPQ-RS)*. Degree Thesis. Castelló de la Plana: Jaume I University, Valencia.
- Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L., and Malone, K.M. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- McCown, W.G., Johnson, J.L., and Shure, M.B. (1993). *The Impulsive Client: Theory, Research, and Treatment*. Washington: American Psychological Association.
- McMurran, M., Blair, M., and Egan, V. (2002). An Investigation of the Correlations between Aggression, Impulsiveness, Social Problem-Solving, and Alcohol Use. *Aggressive Behaviour*, 28, 439-445.
- Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., and Swann, A.C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *The American Journal of Psychiatry*, 15, 1783-1793.

- Oquendo, M.A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalván, V. and Mann, J.J. (2001). Spanish Adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.
- Patton J.H., Stanford M.S. and Barratt, E.S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Paulhus, D.L., (1984). Two-Component Models of Socially Desirable Responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 598-609.
- Pérez-Martín, I., Armas-Vargas, E., García-Medina, P., Martín-Caballero, A.R. and Bethencourt-Pérez, J.M. (2012). Personality, Lying and Aggressive Behaviour. In R. Quevedo-Blasco and V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *5th International Congress and 10th National Congress of Clinical Psychology. Advances in Clinical Psychology* (pp.663-667). Santander: Spanish Association of Behavioural Psychology (AEPC).
- Petry, N. M. (2001). Substance Abuse, Pathological Gambling, and Impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 29-38.
- Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F., and Tous, J. (2008). The Relationships Between Functional and Dysfunctional Impulsivity and Aggression Across Different Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 480-487.
- Webster, C.D. and Jackson, M.A. (1997). *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Hillsdale: Erlbaum.

PERFIL CLÍNICO DE LOS MENORES DENUNCIADOS POR VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

Izaskun Ibabe, Ainara Arnoso y Edurne Elgorriaga

Universidad del País Vasco, España

Resumen

El número de denuncias presentadas por los padres contra sus hijos¹ a nivel nacional se ha incrementado de forma alarmante sobre todo a partir del año 2005. El objetivo de este estudio era comprobar si los menores infractores denunciados por maltrato a sus progenitores presentan un perfil psicológico diferente a los infractores por otros delitos y a los adolescentes no infractores. Para ello se analizaron los datos de 230 adolescentes entre 14 y 18 años del País Vasco de ambos sexos. De los cuales 106 eran infractores y el resto procedía de la población general. Algunos de los infractores tenían delitos por violencia filio-parental ($n = 59$) mientras que el resto tenía delitos de otro tipo ($n = 47$). Los resultados confirman que los adolescentes denunciados por violencia filio-parental presentan más problemas emocionales y conductuales que los infractores por delitos comunes y los no infractores. Determinados problemas psicológicos de los hijos adolescentes podrían precipitar situaciones de conflicto en el seno familiar y los progenitores verse incapaces de controlarlos.

Palabras clave: Violencia doméstica, violencia filio-parental, menor infractor, adolescencia.

THE CLINICAL PROFILE OF ADOLESCENT OFFENDERS OF CHILD-TO-PARENT VIOLENCE

Abstract

The number of complaints presented by parents against their children¹ nationwide has increased dramatically especially after 2005. The aim was to examine whether juvenile offenders who had charges by parent abuse had different clinical profile from juveniles with charges of other type or not offenders. The authors analyzed data from 230 adolescents, between 14 and 18 years in the Basque Country of both sexes. Whose 106 were juvenile offenders and the rest of adolescents were from community sample. Some of offenders had charges by parent abuse ($n = 59$) while other participants had no charge by parent abuse ($n = 47$). Juvenile offenders who were violent toward a parent showed more behaviour and emotional problems than offenders of other type or non offenders. Certain psychological problems of adolescents could precipitate family conflict situations and parents find themselves unable to control them.

Key words: Domestic violence, child-to-parent violence, young offender, adolescence.

Introducción

En los últimos años la violencia ejercida por los adolescentes hacia sus progenitores (violencia filio-parental -VFP) ha generado un interés creciente a nivel científico y clínico. Uno de los motivos es el alarmante incremento del número de denuncias presentadas por los padres contra sus hijos a nivel del Estado español, según

¹ En este texto por simplicidad, se utiliza el masculino plural para hacer referencia a los colectivos de padres e hijos, pero en realidad engloba a ambos sexos.

los datos aportados por la Fiscalía General del Estado (Matey, 2011). Resulta sorprendente que las víctimas (los padres) sean social y económicamente (en algunos casos, incluso también físicamente) más poderosas que sus hijos, pero aún así son los hijos quienes tienen el control y el poder sobre sus padres (Paterson, Luntz, Perlesz y Cotton, 2002). Las investigaciones realizadas hasta el momento acerca de la violencia filio-parental no han llegado a resultados concluyentes sobre un perfil psicológico/psicopatológico específico de los menores que agreden a sus padres. Sin embargo, hay ciertas evidencias de que los menores que tienen infracciones por VFP presentan más trastornos psicológicos de diverso tipo que los infractores de delitos comunes (p.e., Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2009), mayores tasas de hospitalizaciones psiquiátricas y consumo de medicación psicotrópica (Kennedy, Edmonds, Dann y Burnett, 2010).

En cuanto a los problemas de conducta, se ha comprobado que los menores infractores por VFP presentan también problemas de conducta fuera del hogar. La categoría diagnóstica más frecuente en este colectivo, según la clasificación del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000), es el grupo de *Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador* (González-Álvarez, Gesteira, Fernández-Arias y García-Vera, 2010; Ibabe y Jaureguizar, 2012). En el estudio de Ibabe y Jaureguizar (2012) el 77% de los trastornos psicológicos de los menores infractores correspondían al citado grupo diagnóstico. Atendiendo al contexto socio-educativo, los estudios previos indican que los hijos que presentan conductas violentas hacia sus padres, se caracterizan por tener problemas de adaptación escolar (Ibabe et al., 2009). Además, estos jóvenes tienden a relacionarse con grupos de iguales que también ejercen conductas violentas dentro y fuera de sus hogares (Agnew y Huguley, 1989). Este perfil violento no sólo se ha hallado en estudios con muestras clínicas o judiciales; las investigaciones que han analizado la violencia filio-parental en la población general también han encontrado que los jóvenes que agreden a sus padres se caracterizan por presentar más conductas antisociales y otras conductas agresivas (hacia el profesorado o entre iguales) que los adolescentes que no agreden a sus progenitores (Calvete, Orue y Sampedro, 2011; Jaureguizar e Ibabe, 2012). El consumo de sustancias requiere un estudio en profundidad, pero hay evidencias empíricas de la relación entre el consumo de alcohol y/o drogas y la violencia filio-parental (Calvete, Orue y Gámez-Guadix, 2013; Ibabe y Jaureguizar, 2011, 2012). A la larga es posible que el consumo de sustancias de los hijos adolescentes provoque situaciones de conflicto familiar por las consecuencias derivadas del consumo (p.e., bajo rendimiento académico, problemas de dinero o salidas nocturnas). Sin embargo, se ha comprobado que las agresiones habitualmente no se producen bajo los efectos del alcohol o alguna droga (Walsh y Krienert, 2007).

Entre los escasos estudios que comprueben la existencia de problemas emocionales entre los adolescentes que agreden a sus padres, cabe indicar que en el perfil de estos adolescentes se ha encontrado sintomatología depresiva (Calvete et al. 2011; Calvete et al., 2013; Paulson, Coombs, y Landsverk, 1990), baja autoestima y baja capacidad de empatía (Ibabe y Jaureguizar, 2012). Coherente con dichos hallazgos, en una investigación realizada en EE.UU. los menores con infracciones por VFP presentaban mayores tasas de intentos de suicidio y estrés psicológico que los menores infractores con otro tipo de delitos (Kennedy et al., 2010).

Teniendo en cuenta que las investigaciones sobre violencia filio-parental apenas se han centrados en el estudio del perfil psicológico/psicopatológico de los menores infractores, el objetivo de este estudio era comprobar hasta qué punto los menores infractores denunciados por maltrato a sus progenitores presentan más problemas conductuales y emocionales de diverso tipo que los infractores de delitos comunes o los adolescentes de la población general.

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 230 adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 18 años del País Vasco (España) de ambos sexos. De los cuales, 106 eran infractores (59 habían sido denunciados por sus padres por maltrato hacia ellos mientras que 47 tenían denuncias por delitos fuera del hogar), y el resto ($n = 124$) eran adolescentes no infractores. Para obtener un grupo de control de los infractores de una muestra más amplia ($n = 485$) se seleccionaron 124 adolescentes teniendo cuenta el sexo y la edad del grupo de infractores².

Instrumentos

- Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI; Hernández, 2004). Se trata de una prueba autoaplicada de forma individual y/o colectiva para niños y adolescentes entre 8 y 18 años. Este instrumento evalúa la inadaptación personal (p.e., somatización, depresión, cognipunción³ o intrapunción⁴), la inadaptación escolar (p.e., indisciplina escolar, aversión a la instrucción, hipomotivación o hipolaboriosidad) y la inadaptación social (autodesajuste social, agresividad social o disnomia⁵). También cuenta con dos subescalas referidas a las relaciones familiares (insatisfacción familiar e insatisfacción entre hermanos). Para todas las dimensiones mencionadas dispone de 115 proposiciones del tipo Sí/No. Un ejemplo de ítem sobre inadaptación escolar sería “Me porto muy mal en clase”. El coeficiente alfa de Cronbach de las subescalas oscilaba entre 0,70 y 0,92 (Hernández, 2004).
- Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC; Reynolds y Kamphaus, 1992; adaptación española de González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004). Este instrumento contiene 14 subescalas que evalúan tanto conductas adaptativas como indaptativas. En este estudio se aplicaron las siguientes subescalas: estrés social, búsqueda de sensaciones, ansiedad, autoestima y locus de control (externo) con un total de 64 ítems. Un ejemplo de ítem sobre estrés social sería “Me siento fuera de lugar cuando estoy con gente”. Los coeficientes alfa de las escalas utilizadas estaban entre 0,73 y 0,83.

² El grupo de no infractores es algo superior a los otros dos grupos para evitar problemas en los análisis estadísticos, debido al bajo número de participantes agudizado en ocasiones por la presencia de valores perdidos. No obstante, se comprobó que no había diferencias significativas entre los tres grupos en función del sexo [$\chi^2(2, N = 230 = 4,99, p = 0,08)$] o de la edad [$\chi^2(8, N = 230 = 10,68, p = 0,22)$].

³ *Cognipunción*: Malestar, sufrimiento o tensión.

⁴ *Intrapunción*: Autocensura, autorrechazo, agresividad hacia dentro.

⁵ *Disnomia*: Tendencia al descuido o rebeldía contra las normas.

- Tendencia al abuso de sustancias. Se evaluó a través del Inventario Clínico de Millon (2004) para adolescentes. Es un instrumento diseñado para evaluar características de personalidad y síndromes clínicos en adolescentes y consta de 27 subescalas. En el presente estudio sólo se utilizó la subescala Tendencia al abuso de sustancias que consta de 10 ítems del tipo verdadero/falso, 9 de ellos eran positivos por lo que se le adjudicaba un punto en el caso de que aceptasen el ítem como verdadero (p.e., “Yo acostumbraba a probar drogas duras para ver el efecto que hacían”). Sin embargo, el décimo ítem era negativo (p.e., “Nunca tomaría drogas, pasase lo que pasase”), y en este caso las respuestas señaladas como verdaderas recibían un punto negativo. El coeficiente alfa de Cronbach de la escala para este estudio fue de 0,73.
- Escala Magallanes de Identificación de Déficit de Atención en Adolescentes (ESMIDA-J; García-Pérez y Magaz, 2006). Se trata de una prueba autoaplicada para adolescentes entre 14 y 18 años, y sirve para identificar la existencia de indicadores conductuales correspondientes al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y al Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad (TDA). Esta escala consta de 20 ítems en total (p.e., “Siento intranquilidad, nerviosismo o desasosiego, cuando estoy sin hacer nada”) y el formato de respuesta es tipo Likert de 4 puntos (1 = Nunca o casi nunca y 4 = Muy frecuentemente). La subescala asociada al TDAH presentaba 0,78 mientras que la asociada al TDA era de 0,63.

Procedimiento

Una vez obtenidas las autorizaciones pertinentes de las instituciones, los infractores fueron evaluados de forma individual, tanto en los Juzgados de Menores (por el equipo psicosocial) como en los Centros de Reforma (por el educador social responsable) siguiendo el protocolo de recogida de datos. La muestra de los adolescentes no infractores se obtuvo a través de los centros escolares y la administración de las pruebas se realizó de forma colectiva. El alumnado participante entregó el consentimiento firmado por sus progenitores a sus respectivos maestros tutores. La aplicación de los cuestionarios e instrumentos de evaluación duraba entre 45 y 90 minutos dependiendo del nivel de estudios de los participantes.

Resultados

En primer lugar, se realizaron los análisis de varianza unifactoriales referidos a las variables categorizadas como problemas emocionales, conductuales o problemas de otro tipo. Posteriormente, se efectuaron los análisis post-hoc de Tukey para las comparaciones múltiples. Los adolescentes del grupo VFP presentan puntuaciones más elevadas en variables relacionadas con los problemas emocionales (inadaptación personal, hipolaboriosidad escolar, cognipunción, intrapunción y depresión) que los otros dos grupos. Por otro lado, el grupo VFP comparte con el grupo de otros infractores determinadas características emocionales (baja autoestima, locus de control externo, hipomotivación y somatización) a diferencia del grupo de no infractores.

En cuanto a los problemas conductuales, el grupo VFP muestra mayores niveles de inadaptación escolar (aversión a la instrucción e indisciplina escolar) e inadaptación social (agresividad social) que los otros dos grupos. Por último, los dos grupos de

infractores muestran más hiperactividad, disnomia y consumo de drogas que el grupo de no infractores.

Tabla 1. Comparación de medias de variables relacionadas con problemas emocionales, conductuales y de otro tipo en función del grupo.

	VFP (n = 59)	No VFP (n = 47)	No INF (n = 124)	F	p
PROBLEMAS EMOCIONALES					
<i>Inadaptación personal</i>	4,97 ^{ab}	4,11 ^a	4,02 ^b	8,45	0,000
Autoestima	45,03 ^a	49,47	49,52 ^a	3,94	0,021
Locus control externo	59,29 ^a	54,51	49,84 ^a	13,72	0,000
Somatización	3,27 ^a	2,27	2,16 ^a	3,73	0,025
Hipomotivación escolar	4,44 ^a	3,71	3,52 ^a	4,42	0,013
Hipolaboriosidad escolar	3,53 ^{ab}	2,22 ^a	2,35 ^b	4,20	0,016
Cognipunción	4,28 ^{ab}	2,27 ^a	2,81 ^b	8,62	0,000
Intrapunción	4,61 ^{ab}	3,07 ^a	3,28 ^b	5,48	0,005
Depresión	4,07 ^{ab}	2,18 ^a	1,73 ^b	14,42	0,000
PROBLEMAS CONDUCTUALES					
<i>Inadaptación escolar</i>	5,29 ^{ab}	4,44 ^a	4,22 ^b	9,24	0,000
Hiperactividad	7,08 ^a	7,06 ^b	4,64 ^{ab}	11,24	0,000
Déficit atencional	1,86 ^a	1,34	1,22 ^a	3,57	0,003
Aversión a la instrucción	4,08 ^{ab}	2,69 ^a	2,67 ^b	5,90	0,007
Indisciplina escolar	4,34 ^{ab}	2,91 ^a	2,77 ^b	6,23	0,002
<i>Inadaptación social</i>	5,07 ^{ab}	4,18 ^a	3,91 ^b	11,42	0,000
Agresividad social	3,88 ^{ab}	2,62 ^{ac}	1,38 ^{bc}	18,14	0,000
Autodesajuste social	4,75 ^a	3,44	2,41 ^a	13,90	0,000
Disnomia	3,98 ^a	3,40 ^b	2,15 ^{ab}	8,86	0,000
Consumo drogas	3,54 ^a	3,50 ^b	1,06 ^{ab}	25,38	0,000
OTRO TIPO DE PROBLEMAS					
Insatisfacción familiar	3,25 ^{ab}	1,09 ^a	1,38 ^b	13,35	0,000

VFP: menores con infracciones VFP; No VFP: menores con infracciones de otro tipo; No INF: menores no infractores

En cursiva se presentan las dimensiones globales del TAMAI.

^{a, b, c}: Cuando las comparaciones múltiples post-hoc de Tukey son significativas $p < 0,05$.

Discusión

El presente estudio compara muestras de diferentes contextos (judicial y población general) tratando de obtener el perfil clínico de los menores que agreden a sus padres. Los infractores por violencia filio-parental presentan un perfil clínico diferenciado de los menores por delitos comunes o no infractores, mostrando los primeros más problemas conductuales y emocionales. En lo que se refiere a los problemas de conducta, el grupo VFP se distingue por tener mayores tasas de indisciplina escolar, aversión a la instrucción y agresividad social. Estos resultados estarían en la línea de lo hallado en estudios previos, ya que el perfil de los adolescentes que agreden a sus padres incluye problemas de inadaptación escolar (Ibabe et al., 2009)

y conductas violentas fuera del entorno familiar (Jauregizar e Ibabe, 2012). Por otra parte, como era predecible los infractores de ambos grupos compartían elevadas puntuaciones en una diversidad de problemas conductuales (tendencia al abuso de sustancias, hiperactividad, déficit atencional, disnomia y autodesajuste social).

La novedad de los hallazgos del presente estudio reside, sin embargo, en el mayor nivel de algunos síntomas emocionales (depresión, intrapunción, hipolaboriosidad escolar, cognipunción e inadaptación personal) en los menores denunciados por violencia hacia sus padres en comparación con infractores de otro tipo y con adolescentes no infractores. Además, son muy escasos los estudios que se han centrado en el estudio de los problemas emocionales. Aún así cabe indicar que ya se había encontrado en el perfil de estos adolescentes más estrés psicológico, una autoestima más baja y más sintomatología depresiva en comparación con los adolescentes que no eran violentos hacia sus progenitores (p.e., Calvete et al., 2013; Ibabe y Jauregizar, 2012; Kennedy et al., 2010).

El hecho de que los adolescentes infractores por VPF presenten mayores problemas conductuales y emocionales que los infractores de delitos comunes y no infractores, hace pensar que determinados problemas psicológicos de los hijos adolescentes precipiten situaciones de conflicto en el contexto familiar o viceversa. En el primer caso, quizás por no estar tratados adecuadamente y/o por la dificultad de los padres para controlar sus comportamientos inadecuados (p.e., TDAH o sintomatología depresiva). En cualquier caso, las conductas violentas de los hijos hacia sus progenitores suponen un fracaso en el aprendizaje de habilidades sociales y emocionales de los adolescentes de alto riesgo para regular adecuadamente sus comportamientos y emociones (Hong, Kral, Espelage y Allen-Meares, 2012).

Referencias

- Agnew, R. y Huguley, S. (1989). Adolescent violence toward parents. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 699-711.
- American Psychiatric Association, APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Calvete, E., Orue, I. y Gámez-Guadix, M. (2013). Child-to-parent violence: Emotional and behavioral predictors. *Journal of Interpersonal Violence*, 28, 755-772.
- Calvete, E., Orue, I. y Sampedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia: Características ambientales y personales. *Infancia y Aprendizaje*, 34, 349-363.
- García-Pérez, E.M. y Magaz, A. (2006). *Escala Magallanes de identificación de déficit de atención*. Bilbao: Grupo Albor-Cohs.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones.
- González-Álvarez, M., Gesteira, C., Fernández-Arias, I. y García-Vera, M.P. (2010). Adolescentes que agreden a sus padres. Un análisis descriptivo de los menores agresores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 37-53.
- Hernández, P. (2004). *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil: TAMAI*. Madrid: TEA.
- Hong, J., Kral, M. J., Espelage, D. L. y Allen-Meares, P. (2012). The social ecology of adolescent-initiated parent abuse: A review of the literature. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(3), 431-454.
- Ibabe, I. y Jauregizar, J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional? *Anales de Psicología*, 27, 265-277.

- Ibabe, I. y Jaureguizar, J. (2012). Perfil psicológico de los menores denunciados por violencia filio-parental. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 6, 1-19.
- Ibabe, I., Jaureguizar, J. y Díaz, O. (2009). Adolescent violence against parents: is it a consequence of gender inequality? *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1, 3-24.
- Jaureguizar, J. e Ibabe, I. (2012). Conductas violentas de los adolescentes hacia las figuras de autoridad: el papel mediador de las conductas antisociales. *Revista de Psicología Social*, 27, 7-24.
- Kennedy, T. D., Edmonds, W. A., Dann, K. T. J. y Burnett, K. F. (2010). The clinical and adaptive features of young offenders of child-parent violence. *Journal of Family Violence*, 25, 509-520.
- Matey, P. (2011). *Cuando los hijos maltratan a sus padres*. Recuperado el 10 de junio de 2013 de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/10/06/noticias/1317926422.html>
- Millon, T. (2004). MACI. *Inventario Clínico para Adolescentes*. Madrid: TEA.
- Paterson, R., Luntz, H., Perlesz, A. y Cotton, S. (2002). Adolescent violence towards parents: Maintaining family connections when the going gets tough. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 23(2), 90-100.
- Paulson, M. J., Coombs, R. H. y Landsverk, J. (1990). Youth who physically assault their parents. *Journal of Family Violence*, 5, 121-133.
- Reynolds, C.R., y Kamphaus, R.W. (2004). *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Walsh, J.A. y Krienert, J.L. (2007). Child-parent violence: An empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in a national sample of reported incidents. *Journal of Family Violence*, 22, 563-574.

PREDICCIÓN DE DESEMPEÑO COMO INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ANOSOGNOSIA Y METAAPRENDIZAJE EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE – MODERADO

J. Antonio García-Casal, Federico Cardelle,
Nuria Ordóñez-Cambor y Miguel Goñi-Imízcoz

Hospital Universitario de Burgos, España

Resumen

Antecedentes: La anosognosia en pacientes con deterioro cognitivo se asocia a mayor número de conductas de riesgo y menor adherencia farmacológica. Por ello cobra relevancia disponer de instrumentos de cribado rápido. El presente estudio analiza la utilidad de una tarea de lista de palabras modificada para valorar anosognosia y meta aprendizaje. **Método:** Estudio correlacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 40 pacientes con deterioro cognitivo en grado leve a moderado (GDS 2-5). Se realizó una modificación de la sub prueba de lista de palabras preguntando al paciente, antes de cada ensayo, cuántas palabras creía que iba a recordar. Se calculó la diferencia entre cada predicción y el desempeño real y la curva de metaaprendizaje mnésico restando la última diferencia a la primera. Se estudió mediante análisis de correlación la estructura de interrelaciones entre las variables. **Resultados:** Se encontró una diferencia significativa ($p < 0,001$) entre la predicción de desempeño y el desempeño real en la muestra. El grado de deterioro informado correlacionó positivamente con la depresión, mientras que la anosognosia valorada mediante AQ-D correlacionó negativamente con la depresión. El patrón de evolución de la discrepancia entre PD y DR varió de acuerdo al GDS. **Conclusiones:** La discrepancia entre predicción y desempeño sería un buen estimador de deterioro cognitivo global, memoria y el componente ejecutivo de la anosognosia, pero no de su componente declarativo. Se propone para estudios posteriores valorar la técnica en una muestra más amplia que permita realizar contraste de medias según GDS en las variables estudiadas.

Palabras clave: Anosognosia, memoria, neuropsicología, depresión, demencia.

PERFORMANCE PREDICTION AS AN ASSESSMENT INSTRUMENT FOR ANOSOGNOSIA AND META-LEARNING IN PATIENTS WITH MILD TO MODERATE COGNITIVE IMPAIRMENT

Abstract

Introduction: Anosognosia in patients with cognitive impairment is linked to risk behavior, low treatment compliance and legal issues. Thus, it's important to have a quick screening instrument to include in neuropsychological assessment of dementia. The objective of this study was to analyze the capacity of a modified word list task in assessing anosognosia and meta learning. **Method:** After-the-fact research with one time data collection. The study involved forty subjects diagnosed with cognitive impairment (GDS 2-5). A modified version of a word list task was added to the neuropsychological assessment protocol, aiming to evaluate memory-monitoring abilities, subjects were requested four times to predict their memory performance in recalling words from a list of twelve. Then they had to recall the words. Prediction accuracy was computed by subtracting the predicted performance from the actual performance, and a meta learning curve was calculated subtracting the last discordance to the first one. A correlation analysis was carried out with all relevant variables. **Results:** A significant difference was found

($p < .001$) between predicted and actual performance. Patient self-informed cognitive impairment correlated positively with depression; on the contrary, anosognosia assessed with AQ-D correlated negatively. The pattern of discordance between predicted performance and actual performance varied according to level of GDS. **Conclusions:** The discordance between predicted and actual performance seems to be a good measure of global cognitive impairment, memory and the executive component of anosognosia. On the other hand, it doesn't seem to be a good estimator of the declarative component of anosognosia. Future research directions are discussed; including the necessity to test this screening method with a larger sample.

Key words: Anosognosia, memory, neuropsychology, depression, dementia.

Introducción

La anosognosia se puede definir como la ausencia de consciencia de trastorno, del grado y de sus implicaciones (Turró-Garriga, López-Pousa, Vilalta-Franch y Garre-Olmo, 2012). También se ha denominado “negación de déficits”, “falta de consciencia de déficits”, “insight disminuido”, “Disfunción en la Auto Conciencia” (Prigatano, 2009), o “conciencia disminuida de enfermedad” (Orfei, 2012).

Esta falta de consciencia de las limitaciones y de los déficits neuropsicológicos, en particular de memoria, lleva a que los pacientes tiendan a no utilizar estrategias compensatorias y se vean a sí mismos iguales a cómo eran antes de la aparición de la enfermedad, pudiendo adoptar conductas que suponen un riesgo para ellos o para los demás (Starkstein, Brockman, Bruce y Petracca, 2010).

Se han utilizado tres tipos de métodos para evaluar la anosognosia: el juicio clínico del evaluador, la discrepancia entre el paciente y un informador en la respuesta a un mismo cuestionario y la discrepancia entre la estimación de resultado y desempeño en pruebas cognitivas por parte del propio paciente. Galeone y cols. (2011) sugieren que cada técnica valora aspectos diferentes de la anosognosia (ejecutivos y mnésicos) y propone una valoración que integre los tres tipos de instrumentos.

El objetivo de este estudio fue analizar la validez de la tarea de recuerdo de lista de palabras del WMS-III (Wechsler y Pereña, 2004) modificada para valorar anosognosia y meta-aprendizaje en pacientes con deterioro cognitivo.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 40 pacientes con deterioro cognitivo en grado leve a moderado (GDS 2-5). La distribución por sexos fue de un 44% de mujeres y un 56% de varones. La edad media de los participantes fue de 77,19 años (DT = 4,69). El 10% fue diagnosticado con un GDS 2, el 60% con un GDS 3, el 20% con un GDS 4 y el 10% con un GDS 5.

Los criterios de inclusión fueron ser mayores de 64 años, capaces de comprender las instrucciones y que acudieran a la valoración con un cuidador próximo. Los criterios de exclusión fueron tener historia psiquiátrica, daño cerebral, o dificultades en la comprensión y expresión verbal.

Procedimiento

Se realizó una valoración neuropsicológica llevada a cabo por psicólogos clínicos entrenados. La valoración de cada paciente duró entre 75 y 90 minutos.

Variables e instrumentos de medida

Las variables estudiadas fueron anosognosia medida mediante AQ-D y ERS; predicción de desempeño (PD); desempeño real (DR); discrepancia PD/DR (Δ); pendiente de meta aprendizaje (PMA); y las variables asociadas al resultado de las pruebas de funcionamiento cognitivo. Se registraron de forma estandarizada los datos sociodemográficos de pacientes y acompañantes.

La capacidad cognitiva se valoró a través del *Cambridge Cognitive Examination-Revised* (CAMCOG-R, Roth, 1988), que permite la valoración del funcionamiento cognitivo global. Tiene una puntuación general de 0 a 105 puntos, siendo el punto de corte para considerar el deterioro cognitivo global 69 puntos.

Se valoró el estado de ánimo mediante la escala *Geriatric Depression Scale* (Yesavage, Brink y Rose, 1986). Esta escala cuenta con una versión breve de 15 ítems verdadero/falso. Ha sido adaptada para población española, proponiendo un punto de corte ≥ 5 (Martínez de la Iglesia et al., 2002).

La anosognosia se evaluó mediante 3 instrumentos: el *Anosognosia Questionnaire-Dementia* (AQ-D), la *Experimenter Rating Scale* (ERS) y la discrepancia entre la predicción de desempeño y el desempeño en la prueba de Lista de Palabras del WMS-III. La escala ERS (Hannesdottir y Morris, 2007) consiste en que el clínico asigne al paciente una puntuación de 1 a 4 dependiendo del grado de anosognosia que presente: 1) el déficit de memoria es reconocido espontáneamente por el paciente; 2) el déficit es reconocido si se realiza una pregunta específica; 3) el paciente reconoce problemas de memoria tras la valoración, pero los minimiza; 4) el paciente no reconoce ningún tipo de déficit cognitivo.

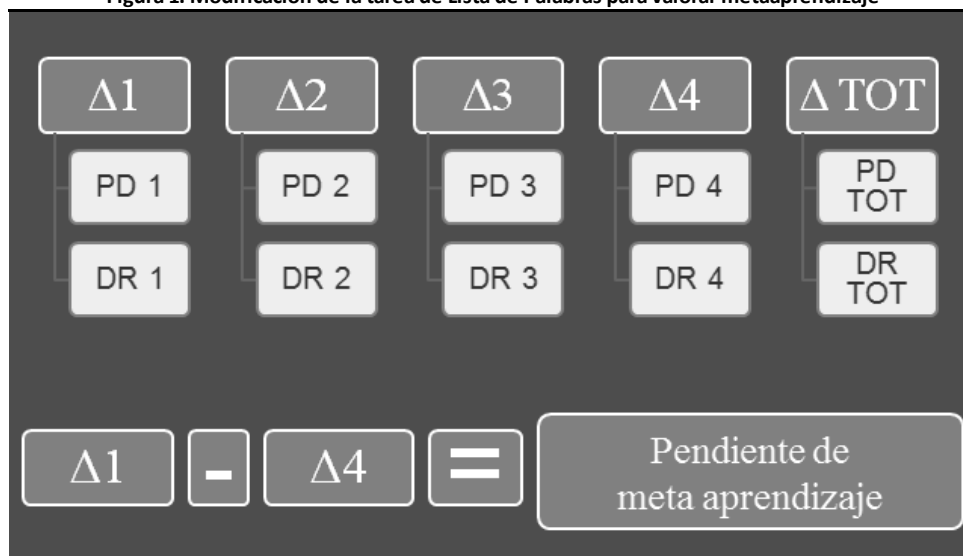
El AQ-D está formado por 30 ítems de respuesta tipo Likert que se puntúan nunca (0 puntos), a veces (1 punto), bastante (2 puntos) y siempre (3 puntos) con un rango de puntuación de 0 a 90 puntos. Consta de una forma A para el paciente, que es cumplimentada por el evaluador, y una forma B autoadministrada para el acompañante. Se resta la puntuación del paciente a la del acompañante (B-A), por lo que una puntuación positiva indicará que el paciente se ve mejor de lo que le ve el acompañante. En el estudio original (Migliorelli, Tesón, Sabe y Petracca, 1995) se propone una puntuación ≤ 32 para considerar al paciente como anosognósico, y ≤ 14 para considerarlo no anosognósico.

Se modificó la subprueba de lista de palabras con la siguiente consigna: “Voy a leerle una lista de 12 palabras. Cuando termine voy a pedirle que repita todas las palabras que recuerde, sin importar el orden, sólo trate de recordar el mayor número de palabras posible; ¿cuántas cree que va a ser capaz de recordar?, ¿está preparado/a?”. Se repitió la misma consigna para cada ensayo. No se le dio información al paciente sobre su desempeño para que su predicción dependiera de su capacidad de supervisión. Esta modificación permite obtener tres grupos de puntuaciones, como se ilustra en la Figura 1. La puntuación directa y escalar de primer recuerdo, recuerdo total y pendiente de aprendizaje.

La diferencia Δ de PD y DR. Cuanto menor sea Δ mayor será la capacidad del paciente de juzgar cuál es su capacidad de desempeño mnésico.

$\Delta 1 - \Delta 4$ permite obtener la PMA. Una diferencia positiva implica que el paciente ha podido mejorar su PD.

Figura 1. Modificación de la tarea de Lista de Palabras para valorar metaaprendizaje



Nota: PD=predicción de desempeño; DR= desempeño real; Δ =Diferencia

Se asignó un nivel de deterioro cognitivo al paciente según la Escala de Deterioro Global (Reisberg, Ferris, de Leon y Crook, 1988), que permite cuantificar el grado de deterioro en valores que van de GDS 1 (normal) a GDS 7 (muy grave).

También se administraron las pruebas de fluidez verbal semántica y fonológica, dígitos directos e inversos, claves en 60 seg., el *Trail Making Test A*, el test del dibujo del reloj y el test de Boston abreviado.

Resultados

Se comprobó la normalidad de los datos mediante la prueba de *Shapiro Wilk*. Se realizó un análisis estadístico descriptivo en el que se incluyó media ($\pm$ SD) y frecuencia (%). Se aplicó la prueba T de Student para muestras relacionadas para comparar PD y DR. Se estudió mediante análisis de correlaciones las variables recogidas en el estudio.

Análisis correlacional

El análisis de las interrelaciones existentes entre las distintas variables consideradas en el estudio (Tabla 1) pone de manifiesto: (a) la anosognosia valorada por el evaluador (ERS) correlaciona negativamente con el grado de deterioro informado por el paciente ($-0,42, p < 0,05$). (b) La diferencia total entre PD y DR correlaciona positivamente con el GDS ($0,41, p < 0,05$); por otra parte, correlaciona negativamente ($p < 0,01$) con el test del dibujo del reloj. (c) La PMA correlaciona positivamente ($p < 0,05$) con la memoria, la percepción y la denominación visuo-verbal. (d) el grado de deterioro informado por el paciente (ANGNP) correlaciona positivamente con el nivel de depresión ($0,64, p < 0,01$). (e) Finalmente, la anosognosia total (AQ-D) correlaciona positivamente con la anosognosia valorada por el clínico (ERS) ($0,36, p < 0,05$), y negativamente con el grado de depresión ($-0,35, p < 0,05$).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos (Media y D.T.) e intercorrelación entre las variables del estudio

		ERS	ΔTOT	Δ1-Δ4	ANGNP	ANGNA	ANGNTOT	Media	D.T.
P U C N A T M U C A O C G I - Ó R N	GDS	0,21	0,41*	0,15	0,00	0,09	0,08	-	-
	ERS	1	0,09	0,09	-0,42*	0,06	0,36*	2,58	1,27
	ORIENTACIÓN	-0,04	-0,43**	-0,31	-0,09	-,450**	-0,30	7,58	2,21
	LENGUAJE	-0,01	-0,39*	-0,06	-0,01	-0,27	-0,21	22,78	3,48
	MEMORIA	-0,04	-0,49**	-0,33*	0,01	-0,24	-0,20	12,00	5,23
	ATENCIÓN	-0,36*	-0,23	0,11	-0,02	-0,19	-0,14	4,28	2,21
	PRAXIAS	-0,32	-0,30	0,04	0,10	-0,13	-0,18	8,19	2,12
	P. ABSTRACTO	-0,19	-0,28	-0,20	-0,01	-0,36*	-0,29	4,50	1,87
	PERCEPCIÓN	-0,07	-0,23	-0,35*	-0,14	-0,39*	-0,22	5,28	1,23
	TOTAL	-0,17	-0,54**	-0,23	-0,02	-0,38*	-0,30	64,72	12,66
	MEC 30	-0,20	-0,55**	-0,30	-0,09	-0,38*	-0,24	22,31	4,01
	ΔTOT	0,09	1	-0,05	-0,16	0,06	0,16	6,33	7,16
	Δ1-Δ4	0,09	-0,05	1	0,14	0,27	0,12	2,86	3,03
	DEPRESIÓN	-0,26	-0,24	0,01	0,64**	0,14	-0,35*	4,58	3,60
	ANGNP	-0,42*	-0,16	0,14	1	0,17	-0,59**	15,64	11,26
	ANGNA	0,06	0,06	0,27	0,17	1	0,70**	28,61	12,68
	ANGNTOT	0,36*	0,16	0,12	-0,59**	0,70**	1	12,97	15,49
	TMTAE	-0,06	-0,17	-0,19	-0,01	-0,35*	-0,28	4,36	3,06
	FSE	0,14	-0,20	-0,08	-0,06	-0,37*	-0,26	5,22	2,88
	CD	-0,02	-0,37*	-0,12	-0,10	-0,10	-0,01	5,94	4,68
	TR	-0,01	-0,47**	-0,07	0,00	-0,29	-0,24	4,80	3,47
	BA	-0,04	-0,12	-0,36*	0,05	-0,18	-0,18	10,06	2,80

Nota: N=40; **p<0,01 (bilateral); *p<0,05 (bilateral); **GDS**= Escala de Deterioro Global; **ERS**=Experimenter Rating Scale; **CAMCOG-R**= Cambridge Cognitive Examination-Revised; **MEC 30**= Mini Examen Cognoscitivo; **DTOT**= Diferencia total entre predicción de desempeño y desempeño real; **Δ1-Δ4**= Pendiente de metaaprendizaje; **DEPRESIÓN**= Geriatric Depression Scale; **ANGNP**= Escala anosognosia paciente; **ANGNA**= Escala Anosognosia Acompañante; **ANGNTOT**= anosognosia total; **TMTAE**= Trail Making Test escalar; **FSE**= Animales en 60 seg. puntuación escalar; **CD**= Claves puntuación directa; **TR**= Test del Reloj; **BA**= Boston Abreviado.

Predicción de desempeño vs. Desempeño real.

Como se puede ver en la Tabla 2, la media de la cantidad de palabras que los pacientes pensaron que iban a recordar (PD) fue 18,56 (*DT*= 1,81), mientras que la media de su DR fue de 12,22 (*DT*= 5,30), siendo la diferencia media entre PD y DR (Δ) 7,16 (*DT*= 4,79). La diferencia entre PD y DR fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$) para un intervalo de confianza de 99,9%, tanto para las puntuaciones directas como para las puntuaciones escalares.

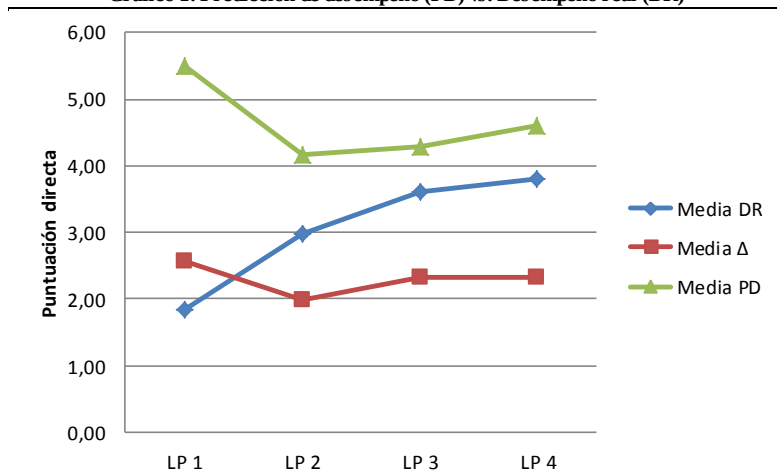
Tabla 2. Predicción de desempeño y Desempeño real

	<i>Media DR</i>	<i>DT</i>	<i>Media Δ</i>	<i>DT</i>	<i>Media PD</i>	<i>DT</i>
LP 1	1,83	1,59	2,56	1,80	5,50	1,81
LP 2	2,97	1,40	2,00	1,67	4,17	1,61
LP 3	3,61	1,57	2,32	1,42	4,28	1,70
LP 4	3,81	1,39	2,33	1,66	4,61	2,03
TOT	12,22	5,30	7,16	4,79	18,56	5,13

Nota: N=40; DR= Desempeño real; PD= Predicción de desempeño; Δ= Diferencia PD-DR.

En el Gráfico 1 podemos apreciar la evolución media de los pacientes a lo largo de los cuatro ensayos. En el primero (LP1) la discrepancia es mayor, cae rápidamente en el segundo y luego vuelve a subir levemente estabilizándose hacia los ensayos 3 y 4.

Gráfico 1. Predicción de desempeño (PD) vs. Desempeño real (DR)



Nota: N= 40; LP= Lista de Palabras WMS III

Discrepancia entre Predicción de desempeño y Desempeño real según GDS

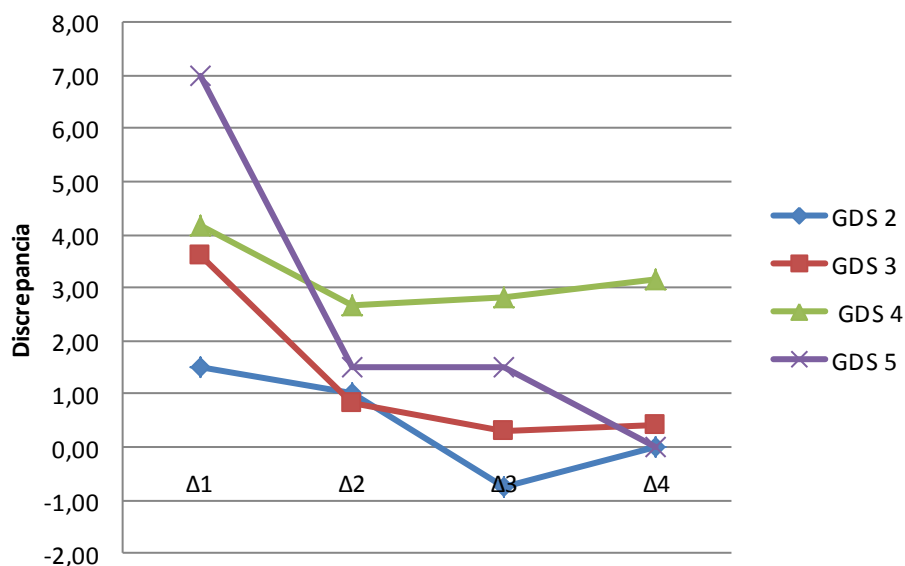
El patrón de evolución de la discrepancia entre PD y DR varía de acuerdo al GDS (Tabla 3). Los pacientes con GDS 2 realizan una predicción bastante precisa desde el primer ensayo, corrigiéndola luego hasta hacer coincidir predicción y desempeño. Los pacientes con GDS 3, si bien comienzan con una predicción algo por encima de su desempeño, también logran ajustar la misma al cabo de los cuatro ensayos. Los pacientes con GDS 4, comienzan con una Δ mayor que los grupos anteriores, y mantienen la diferencia atenuada en los ensayos 2 y 3 empeorando en la predicción en el ensayo 4. Los pacientes con GDS 5, finalmente, si bien comienzan con una gran Δ en el primer ensayo, logran corregir su predicción hasta hacerla perfecta.

Tabla 3. Discrepancia entre predicción y desempeño según GDS

	GDS 2	GDS 3	GDS 4	GDS 5
$\Delta 1$	1,50	3,63	4,17	7,00
$\Delta 2$	1,00	0,83	2,67	1,50
$\Delta 3$	-0,75	0,29	2,83	1,50
$\Delta 4$	0,00	0,42	3,17	0,00
<i>n</i>	4	24	8	4

Nota: Δ = discrepancia entre predicción de rendimiento y rendimiento real;
GDS= Escala de Deterioro Global.

Esta evolución se puede ver con más claridad en el Gráfico 2, en el cual se muestra como si bien los tres grupos comienzan con diversos grados de Δ , tienden a igualarse a lo largo de los ensayos, siendo el grupo de pacientes con GDS 4 el que mantiene una mayor Δ entre PD y DR.

Gráfico 2. Discrepancia entre predicción y desempeño según GDS


Nota: Δ = discrepancia entre predicción de rendimiento y rendimiento real; GDS= Escala de Deterioro Global.

Discusión

El 35% de los pacientes presentaron algún grado de anosognosia medido mediante el AQ-D (>14) y el 36% cuando fue medida mediante el ERS (ERS = 4). En este sentido, el punto de corte del AQ-D para anosognosia propuesto en el estudio original de Migliorelli et al. (1995) sería demasiado elevado ya que deja un amplio rango de puntuaciones (de 15 a 31) sin definir, siendo más consistente con el ERS el punto de corte de 14 puntos. Estos resultados son contradictorios con los encontrados por Turró-Garriga y cols. (2012).

Los resultados del análisis de correlación señalan que la diferencia entre PD y DR correlaciona positivamente con el GDS y negativamente con la memoria y el test del reloj. Esto puede indicar que la capacidad de predecir de forma adecuada el desempeño en una tarea de memoria puede ser explicada por fallos mnésicos y por un

déficit en la capacidad de planificación (función ejecutiva). Δ sería un buen estimador de deterioro global, de memoria y del componente ejecutivo de la anosognosia, pero no de su componente declarativo. Estos resultados son consistentes con los encontrados por Tabert (2002) y Petersen (2001), en relación a que la anosognosia es un síntoma temprano de déficit de memoria.

Por otra parte, se han encontrado resultados consistentes con los encontrados por Starkstein y cols. (2010) en relación a que a mayor deterioro percibido por el paciente, mayor probabilidad de que experimente depresión. En consecuencia, a medida que aumenta la anosognosia disminuye el nivel de depresión.

La diferencia entre PD y DR ha sido significativa, por lo que parece haber una dificultad en estos pacientes para ajustar su predicción. Por otra parte, se aprecia una PMA positiva en todos los grados de deterioro, lo que señala que todos los pacientes son capaces de corregir su estimación en función de la experiencia previa, y que esta capacidad no estaría relacionada con la anosognosia. Parece existir un patrón específico de meta aprendizaje para cada nivel de deterioro, pero sería necesario realizar un estudio con una muestra más amplia para poder afirmarlo.

En síntesis los resultados han sido prometedores en relación a la presencia de una diferencia significativa entre PD y DR en esta población y a patrones específicos de evolución de la PMA que parecen estar relacionados con el nivel de deterioro global.

Somos conscientes de que este estudio adolece de ciertas limitaciones, en primer lugar, se trata de un estudio correlacional, por lo que no se pueden establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas. Por otra parte, se ha trabajado con una muestra reducida de solo 40 sujetos. Finalmente, no se ha contado con un grupo control que permita afirmar que los resultados son exclusivos de la muestra clínica.

De cara a estudios posteriores, sería interesante valorar la técnica en una muestra más amplia que permita realizar contrastes de medias paramétricos según GDS y compararlos con un grupo control pareado por edad y nivel educativo.

Referencias

- Galeone, F., Pappalardo, S., Chieffi, S., Iavarone, A. y Carlomagno, S. (2011) Anosognosia for memory deficit in amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 695-701.
- Hannesdottir, K., & Morris, R. G. (2007). Primary and secondary anosognosia for memory impairment in patients with alzheimer's disease. *Cortex*, 43, 1020-1030.
- Martínez de la Iglesia, J, Onís Vilches, M. C., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C. y Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam*, 12, 26-40.
- Migliorelli, R., Tesón, A., Sabe, L., & Petracca, G. (1995). Anosognosia in Alzheimer's disease: A study of associated factors. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 7, 338-344.
- Orfei, M. D., Varsi, A. E., Blundo, C., Celia, E., Casini, A. R., Caltagirone, G. y Spalletta, G. (2010). Anosognosia in Mild Cognitive Impairment and Mild Alzheimer's Disease: Frequency and Neuropsychological correlates. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1133-1140.
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., Ritchie, K., Rossor, M., Thal, L. y Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58, 1985.

- Prigatano, G.P. (2009) Anosognosia: clinical and ethical considerations. *Current Opinion in Neurology*, 22, 606–611.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J. y Crook, T. (1988). Global deterioration scale (GDS). *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 661-663.
- Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C.Q., Huppert, F.A., Hendrie, H., Verma, S. y Goddard, R. (1986). CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 698-709.
- Starkstein, S., Brockman, S., Bruce, D., Petracca, G. (2010) Anosognosia Is a Significant Predictor of Apathy in Alzheimer's Disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 22, 4.
- Tabert, M. H., Albert, S. M., Borukhova-Milov, L., Camacho, Y., Pelton, G., Liu, X., Stern, Y., Devanand, D.P. (2002). Functional deficits in patients with mild cognitive impairment prediction of AD. *Neurology*, 58, 758-764.
- Turró-Garriga, O, López-Pousa, S, Vilalta-Franch, J. y Garre-Olmo, J. (2012) Evaluación de la anosognosia en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 54, 193-198.
- Vilalta Franch, J., Llinàs Reglà, J., López Pousa, S., Amiel, J. y Vidal, C. (1990) CAMDEX, validación de la adaptación española. *Neurología*, 5, 117-120.
- Wechsler, D. y Pereña, J. (2004). *WMS-III: Escala de memoria de wechsler-III*. Madrid: TEA.
- Yesavage, J., Brink, T. y Rose, T. (2000). Geriatric depression scale (GDS). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington DC: APA.

**DIMENSIONALIZACIÓN COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS
ESQUIZOAFECTIVO Y BIPOLAR: DIFERENCIAS CUANTITATIVAS
MEDIATIZADAS POR LA GRAVEDAD CLÍNICA**

**Javier Prado-Abril^{*}, Carmen Caballero-Peláez^{**}, Sergio Sánchez-Reales^{***},
María Burillo-Gonzalvo^{*} y Javier García-Campayo^{*/****/*****}**

^{*}Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^{**}Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

^{***} Hospital General de Elche, Alicante, España

^{****}Universidad de Zaragoza, España

*^{*****}Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud
(REDIAPP), España*

Resumen

Antecedentes: No existe consenso acerca de si el Trastorno Esquizoafectivo (TEA) es una manifestación de la Esquizofrenia (ESQ), del Trastorno Bipolar (TB), una condición independiente o el punto medio en un continuo entre ESQ y TB. Los hallazgos derivados de la neuropsicología, neuroimagen, biología molecular y estudios genéticos no son concluyentes en un sentido u otro. Una aproximación de esquemas puede orientar y sistematizar la investigación sobre la dimensión cognitivo-afectiva. **Método:** Se utiliza una muestra compuesta por 24 pacientes con diagnósticos de TEA ($n = 12$), TB ($n = 12$) y 10 sujetos controles. Se comparan las puntuaciones medias de los tres grupos en el Cuestionario de Esquemas de Young mediante ANOVA de un factor y prueba post-hoc HSD Tukey. **Resultados:** El ANOVA muestra diferencias significativas entre grupos en Privación Emocional ($F_{(2,31)} = 9$; $p < 0,01$), Abandono ($F_{(2,31)} = 3,72$; $p < 0,05$), Desconfianza ($F_{(2,31)} = 5,49$; $p < 0,01$), Dependencia ($F_{(2,31)} = 8,26$; $p < 0,01$), Vulnerabilidad ($F_{(2,31)} = 6,19$; $p < 0,01$), Apoyo-Yo Inmaduro ($F_{(2,31)} = 7,84$; $p < 0,01$), Subyugación ($F_{(2,31)} = 5,26$; $p < 0,05$), Grandiosidad ($F_{(2,31)} = 4,54$; $p < 0,05$), Autocontrol ($F_{(2,31)} = 6,56$; $p < 0,01$), Búsqueda de aprobación ($F_{(2,31)} = 4,53$; $p < 0,05$) y Negatividad ($F_{(2,31)} = 4,33$; $p < 0,05$). Los pacientes con TEA superan a los pacientes con TB en los 18 esquemas. Aunque las diferencias post-hoc no son estadísticamente significativas apuntan una diferencia clínicamente significativa sobre la mayor gravedad del TEA, un trastorno mixto entre las esferas psicótica y afectiva. En cambio, si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con TEA y el grupo control en el 61% de los esquemas propuestos. **Conclusiones:** Los resultados apuntan hacia una mayor penetrancia e intensidad de esquemas cognitivos disfuncionales en el grupo con TEA. Las diferencias que se producen entre ambas condiciones clínicas son de grado y cuantitativas. Lo cual sugiere que, a nivel de esquemas cognitivos, podría existir una manifestación dimensional mediatizada por la gravedad clínica.

Palabras clave: Trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, esquemas cognitivos, aproximación dimensional.

COGNITIVE CONTINUUM OF SCHIZOAFFECTIVE AND BIPOLAR DISORDERS: QUANTITATIVE DIFFERENCES MEDIATED BY CLINICAL SEVERITY

Abstract

Background: There is no consensus about whether Schizoaffective Disorder (SAD) is a form of Schizophrenia (SCZ), a form of Bipolar Disorder (BD), a completely separate condition, or the mid-point of a continuum between SCZ and BD. Findings are not clearly demarcated by genetic, neuropsychological, brain imaging and molecular neurobiology. A schemata approach can provide insights into the research of cognitive dimension involved. **Method:** We used a sample of 24 patients (SAD: $n = 12$; BD: $n = 12$) and 10 control subjects. We compared the mean scores of the three groups in the Young Schemata Questionnaire using ANOVA and Tukey post-hoc HSD test. **Results:** ANOVA shows significant differences between groups in Emotional Deprivation ($F_{(2,31)} = 9$; $p < 0,01$), Abandonment ($F_{(2,31)} = 3,72$; $p < 0,05$), Mistrust ($F_{(2,31)} = 5,49$; $p < 0,01$), Dependence ($F_{(2,31)} = 8,26$; $p < 0,01$), Vulnerability ($F_{(2,31)} = 6,19$; $p < 0,01$), Enmeshment ($F_{(2,31)} = 7,84$; $p < 0,01$), Subjugation ($F_{(2,31)} = 5,26$; $p < 0,05$), Grandiosity ($F_{(2,31)} = 4,54$; $p < 0,05$), Insufficient Self-Control ($F_{(2,31)} = 6,56$; $p < 0,01$), Approval Seeking ($F_{(2,31)} = 4,53$; $p < 0,05$), and Negativity ($F_{(2,31)} = 4,33$; $p < 0,05$). SAD patients obtain higher scores than BD patients in the 18 schemes. Although post-hoc differences are not statistically significant, if they are from a clinical perspective. Support point about the greater severity of SAD, a mixed disorder between severe affective and psychotic symptoms. In other hand, post-hoc test shows significant differences between SAD and control groups in 61% of the schemata proposed. Conclusions: Data suggests that schemata in SAD group tend to higher more penetrance and dysfunctional intensity. The differences that occur between both clinical conditions, SAD and BD, are gradual and quantitative differences. This suggests that at the level of cognitive schemata there may be a dimensional manifestation mediated by clinical severity.

Keywords: Schizoaffective disorder, bipolar disorder, cognitive schemata, dimensional approach.

Introducción

Un problema de larga evolución que arrastran las clasificaciones nosológicas existentes en la actualidad es la variedad de trastornos que presentan de manera entrelazada y comórbida síntomas afectivos y psicóticos. La “dicotomía Kraepeliana” propuesta como solución, es decir, asignar a los pacientes a dos grandes categorías diagnósticas discretas: Esquizofrenia (ESQ) o Demencia Precoz y Trastorno Bipolar (TB) o Trastorno Maníaco-Depresivo; no ha sido satisfactoria en la práctica en contextos clínicos (Maier, 2006).

Por otro lado, en 1933 fue definido el concepto de Trastorno Esquizoafectivo (TEA) como “psicosis esquizoafectiva aguda” (Kasanin, 1933). Este trastorno se introdujo para describir a pacientes que presentaban concomitantemente síntomas severos de la esfera psicótica y afectiva. Siendo una entidad nosológica conflictiva, desde sus orígenes, siempre atrajo el interés de los clínicos y, en la actualidad, continúa el debate acerca de si el TEA es una manifestación de la ESQ, del TB, una condición independiente o el punto medio en un continuo entre ESQ y TB (Mahli, Green, Fagliolini, Peselow y Kumari, 2008; Paris, 2012). Diversas investigaciones señalan que estas distinciones no están claramente delimitadas por los hallazgos derivados de la neuropsicología, neuroimagen, biología molecular y estudios genéticos (Mahli et al.,

2008; Paris, 2009), por lo que la ubicación del TEA sigue siendo problemática. Llegados a este punto, puede postularse que el TEA, entendido desde una perspectiva taxonómica categorial, es un buen ejemplo de lo que Widiger, Costa y McCrae (2002) denominan entidad nosológica arbitraria, a menudo poco fiable, incompleta o solapada con otras entidades y lo más importante, en nuestra opinión, de escasa utilidad para la planificación y selección de los objetivos del tratamiento.

En cambio, una aproximación dimensional y centrada en esquemas puede orientar y sistematizar la investigación y el tratamiento de la dimensión cognitivo-afectiva implicada en los trastornos que cursan con riesgo de presentar síntomas psicóticos (Addington y Tran, 2009), la ESQ (Moorhead, Samarasekera y Turkington, 2005) y el TB (Goldberg, Gerstein, Wenze, Welker y Beck, 2008). Por ello, aquí abordamos de una manera preliminar las creencias nucleares del self en una muestra formada por tres grupos, dos grupos de pacientes con TEA y TB y un grupo control, con el objetivo de elucidar las virtudes que una mirada cognitiva nos puede aportar para la comprensión de estos fenómenos y el diseño de las intervenciones psicológicas para los mismos.

Método

Participantes

Se seleccionaron de forma intencional no probabilística 24 pacientes con diagnósticos DSM-IV-TR de TEA ($n = 12$; 9 varones y 3 mujeres; Edad $M = 38,33$, $DT = 9,92$) y TB ($n = 12$; 5 varones y 7 mujeres; Edad $M = 37,42$, $DT = 7,68$) de un total de 32 candidatos. A su vez se reclutaron por accesibilidad 10 sujetos controles: 3 varones y 7 mujeres; Edad $M = 29,9$, $DT = 5$.

Instrumentos

- Cuestionario de Esquemas de Young-Revisado (CEY-R; Cid, Tejero y Torrubia, 1997). El CEY-R es un autoinforme que consta de 90 reactivos que evalúan 18 esquemas disfuncionales que representan tanto creencias nucleares sobre uno mismo (e.g., “soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea”) como creencias intermedias o condicionales (e.g., “pienso que si hago lo que quiero, sólo me encontraré problemas”). Los reactivos se evalúan mediante escala Likert de 6 puntos desde *totalmente falso* (1) hasta *me describe perfectamente* (6). Los 18 esquemas que constituyen el cuestionario son los siguientes: Privación Emocional (PE), Abandono (AB), Desconfianza (DE), Aislamiento (A), Imperfección (IP), Fracaso (F), Dependencia (D), Vulnerabilidad (V), Apoyo-Yo Inmaduro (AY), Subyugación (S), Autosacrificio (AS), Inhibición Emocional (IE), Metas Inalcanzables (MI), Grandiosidad (G), Autocontrol (AC), Búsqueda de Aprobación (BA), Negatividad (N) y Castigo (C). Presenta una adecuada fiabilidad por consistencia interna, arrojando coeficientes alfa de Cronbach que oscilan entre 0,67 (Subyugación) y 0,89 (Inhibición Emocional).

Procedimiento

Se reclutaron 24 pacientes de un total de 32 candidatos. Tras el consentimiento informado, 8 pacientes desestimaron su participación en el proyecto, obteniéndose una

tasa de respuesta del 75%. El grupo control fue reclutado por accesibilidad. Los 24 pacientes y los 10 sujetos control cumplieron el CEY-R para posteriormente comparar las puntuaciones medias de los grupos mediante ANOVA de un factor y prueba post-hoc HSD Tukey. Los análisis estadísticos fueron realizados con el programa SPSS 19.

Diseño

Se utilizó un diseño transversal donde la totalidad de pacientes con diagnóstico de TEA y TB ingresados durante los meses de enero a marzo de 2013 en las Unidades de Corta Estancia del Hospital Universitario Miguel Servet, del Hospital General de Elche y el Hospital Universitario Morales Meseguer fueron solicitados para cumplimentar el CEY-R al alta de su ingreso.

Resultados

El ANOVA muestra diferencias significativas entre grupos en Privación Emocional ($F_{(2,31)} = 9$; $p < 0,01$), Abandono ($F_{(2,31)} = 3,72$; $p < 0,05$), Desconfianza ($F_{(2,31)} = 5,49$; $p < 0,01$), Dependencia ($F_{(2,31)} = 8,26$; $p < 0,01$), Vulnerabilidad ($F_{(2,31)} = 6,19$; $p < 0,01$), Apoyo-Yo Inmaduro ($F_{(2,31)} = 7,84$; $p < 0,01$), Subyugación ($F_{(2,31)} = 5,26$; $p < 0,05$), Grandiosidad ($F_{(2,31)} = 4,54$; $p < 0,05$), Autocontrol ($F_{(2,31)} = 6,56$; $p < 0,01$), Búsqueda de aprobación ($F_{(2,31)} = 4,53$; $p < 0,05$) y Negatividad ($F_{(2,31)} = 4,33$; $p < 0,05$). La Figura 1 muestra las puntuaciones medias obtenidas por los tres grupos en los 18 esquemas evaluados por el CEY-R. Las diferencias post-hoc (HSD de Tukey) se señalan en el gráfico.

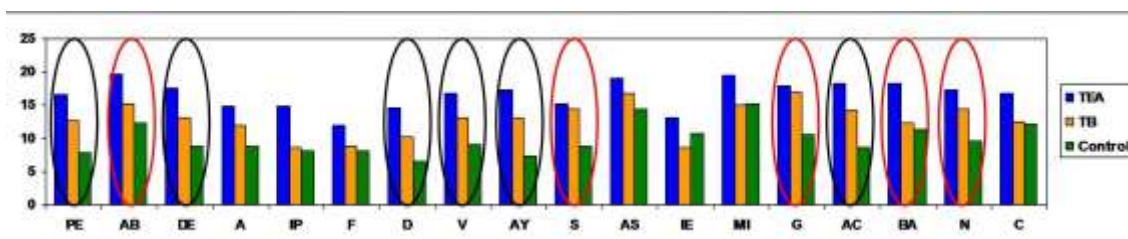


Figura 1. Puntuaciones medias obtenidas en el CEY-R. Se señalan diferencias HSD de Tukey entre TEA y Control para $p < 0,01$ (negro) y $p < 0,05$ (rojo).

Si bien los pacientes con TEA superan a los pacientes con TB en los 18 esquemas estas diferencias no son estadísticamente significativas. Por otro lado, sí existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con TEA y el grupo control en 11 de los 18 esquemas propuestos (61%). Las diferencias que se producen entre ambas condiciones clínicas son de grado y cuantitativas.

Discusión

En la literatura dedicada al estudio cognitivo de las creencias nucleares del yo, los esquemas y el procesamiento activo de la información proliferan estudios destinados a señalar la vulnerabilidad que subyace en los pacientes del espectro psicótico en el momento de responder y procesar activamente ciertos contenidos cognitivo-emocionales (Bentall y Kaney, 1996; Garety y Freeman, 1999; Moorhead et al., 2005). Estos estudios señalan que ciertas creencias nucleares vinculadas estrechamente con diversos esquemas cognitivos presentan mayores puntuaciones en estos pacientes

cuando son comparados con grupos control. En este sentido, como señalan Sheppard y Teasdale (2000) las actitudes disfuncionales se vinculan con los esquemas que guían selectivamente el procesamiento de la información circundante. Una conceptualización en términos de esquemas, más que de actitudes y creencias periféricas disfuncionales, puede ser de mayor utilidad para conseguir mejoras más consistentes en el tiempo si las intervenciones se dirigen específicamente a la modificación y flexibilización de los mismos.

Nuestros resultados apoyan este cuerpo de evidencia, a la vez que añaden una comparativa diferencial entre dos categorías nosológicas muy cercanas entre sí, el TEA y el TB. En los 18 esquemas estudiados no existen diferencias estadísticamente significativas, pero el grupo con TEA obtiene puntuaciones medias superiores a las del grupo con TB en los 18 esquemas. Ello ilustra una observación clínica frecuente: la de la mayor complejidad clínica del TEA, un trastorno mixto entre las esferas psicótica y afectiva, respecto al TB, teóricamente perteneciente fundamentalmente a la esfera afectiva. Esta observación se apoya, además, en la diferencia significativa entre el grupo TEA respecto al control, hasta en un 61% de los esquemas propuestos.

No obstante, los datos aquí presentados deben ser considerados y analizados con humildad y de un modo tentativo, dada la naturaleza exploratoria del estudio. Aunque pueden estar sugiriendo que, a efectos de esquemas cognitivos, no existen diferencias fenomenológicas entre ambos cuadros diagnósticos. Es decir, tanto en el TEA como en el TB podríamos estar delante del mismo fenómeno aunque con una mayor presencia, penetrancia e intensidad de contenidos esquemáticos disfuncionales en el TEA, quizá mediatizada por la mayor complejidad y severidad de este síndrome.

El estudio cuenta con importantes limitaciones metodológicas que constriñen el poder explicativo de las conclusiones. Cabe destacar el proceso de muestreo: la selección por accesibilidad y su pequeño tamaño muestral. Por otro lado, no existe un protocolo unificado de los criterios clínicos que guían la decisión de alta en las tres unidades de corta estancia que han participado en este estudio. Finalmente, el uso de una única medida de evaluación no permite contrastar los datos ni minimizar los sesgos habituales a la hora de cumplimentar cuestionarios, como la deseabilidad social y la aquiescencia.

Entre las virtudes cabe considerar el corte transversal y la utilidad de evaluar a los pacientes en el contexto de máxima expresión sintomática de los cuadros clínicos referidos. Entendemos, a falta de una mayor recopilación de datos y aumento del tamaño muestral, que nos permite plantear hipótesis clínicas tales como que el TEA y el TB pueden constituir dos puntos de un mismo continuo (Mahli et al., 2008) y que a nivel de esquemas, la intervención psicológica, siempre después de la estabilización del adecuado tratamiento farmacológico necesario en estos casos, debe ser similar, tanto a nivel cognitivo como metacognitivo, aunque con una mayor carga o intensidad en los pacientes con TEA.

Referencias

- Addington, J. y Tran, L. (2009). Using the brief core schema scales with individuals at clinical high risk of psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 227-231.
- Bentall, R. P. y Kaney, S. (1996). Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: a test of a cognitive model of paranoia. *Psychological Medicine*, 26, 1231-1237.

- Cid, J., Tejero, A. y Torrubia, R. (1997). *Adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young*. Manuscrito no publicado.
- Garety, P. A. y Freeman, D. (1999). Clinical approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- Goldberg, J. F., Gerstein, R. K., Wenze, S. J., Welker, T. M. y Beck, A. T. (2008). Dysfunctional attitudes and cognitive schemas in bipolar manic and unipolar depressed outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(3), 207-210.
- Kasanin, K. (1933). The acute schizoaffective psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 90, 97-126.
- Mahli, G. S., Green, M., Fagliolini, A., Peselow, E. D. y Kumari, V. (2008). Schizoaffective disorder: diagnostic issues and future recommendations. *Bipolar Disorders*, 10, 215-230.
- Maier, W. (2006). Do schizoaffective disorders exist at all? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 369-371.
- Moorhead, S., Samarasekera, N. y Turkington, D. (2005). Schemas, psychotic themes and depression: a preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 115-117.
- Paris, J. (2009). The bipolar spectrum: a critical perspective. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 206-212.
- Paris, J. (2012). *The bipolar spectrum: diagnosis or fad?*. New York: Taylor & Francis.
- Sheppard, L. C. y Teasdale, J. D. (2000). Dysfunctional thinking in major depressive disorder: a deficit in metacognitive monitoring? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 768-776.
- Widiger, T., Costa, P. y McCrae, R. (2002). A proposal for Axis II: diagnosing personality disorders using the five factor model. En P.T. Costa y T.A. Widiger (Eds.), *Personality Disorders and the Five Factor Model of Personality* (pp. 435-456). Washington, D. C.: American Psychological Association.

ACTUACION INMEDIATA TRAS INUNDACIONES EN PUERTO LUMBRERAS Y LORCA 2012. EXPERIENCIA GRUPAL EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM) DE LORCA

Jesús Valera*, Ascensión Albacete*, Antonia Sánchez* y Julio C. Martín**

**Centro de Salud Mental de Lorca, España*

***Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud, España*

Resumen

Antecedentes: El presente trabajo recoge la experiencia clínica realizada en el CSM de Lorca con la población afectada y tratada en formato grupal; la importancia de tener constituido un Equipo de Intervención en Crisis (EIC), así como seguir un protocolo de intervención consistente, facilita el poder dar respuesta ágil, rápida y efectiva a la población afectada. **Método:** Se llevó a cabo 1 grupo de psicoterapia con 8 pacientes, en formato de 5 sesiones semanales. Para su constitución, la enfermera del EIC realizó el cribado de pacientes procedentes de Atención Primaria con demanda por reacciones tras inundaciones; posteriormente, mediante entrevista individual, un psicólogo clínico del EIC llevó a cabo valoración diagnóstica siguiendo criterios CIE-10, así como pertinencia de inclusión en grupo, siendo excluidos los diagnósticos no relacionados con la clínica traumática. Antes de iniciar la intervención grupal se administraron las pruebas psicométricas DTS, STAI y BDI, volviendo a administrarlas al finalizar dicha intervención. **Resultados:** Es fundamental destacar que el 100% de los pacientes tratados en grupo de psicoterapia completó el tratamiento programado, resolviendo de forma positiva el cuadro clínico, cumpliéndose los objetivos perseguidos y obteniéndose resultados favorables tras el análisis de las pruebas administradas. **Conclusiones:** El ser testigo directo, así como residir en la localidad afectada son factores determinantes para la aparición de reacciones de índole postraumática. La rapidez en la intervención se concluye como decisiva en la resolución adecuada del cuadro clínico postraumático. La formación y consolidación de un EIC teniendo en cuenta la experiencia previa en los seísmos de mayo de 2011 se muestra eficaz para dicha resolución.

Palabras clave: Trastorno de estrés post-traumático, trastornos de adaptación, psicoterapia grupal.

IMMEDIATE ACTION AFTER FLOODS IN PUERTO LUMBRERAS AND LORCA 2012. EXPERIENCE GROUP AT LORCA MENTAL HEALTH CENTER (MHC).

Abstract

Background: This paper presents clinical experience conducted at Lorca MHC with the affected population and treated in group format, the importance of having been an Intervention Team Crisis (ITC) and follow a protocol consistent intervention, enables one to give quick response, fast delivery to the affected population. **Method:** One was conducted psychotherapy group with 8 patients, 5 sessions per week format. For its constitution, TCI nurse performed the screening of patients from primary care with demand reactions after flooding; subsequently by individual interview, a clinical psychologist conducted TCI diagnostic evaluation following ICD-10 criteria and relevance of inclusion in the group, being excluded diagnoses unrelated to traumatic clinic. Before starting the intervention group were administered psychometric tests DTS, STAI and BDI, returning to manage them at the end of the intervention. **Results:** It is

essential to note that 100% of patients in group psychotherapy completed the scheduled treatment, positively resolving the clinical picture fulfilling the objectives pursued and obtained favorable results after the analysis of the tests administered. **Conclusions:** The direct witness and reside in the affected locality are determining factors for the emergence of such traumatic reactions. The speed is concluded as decisive intervention in the appropriate resolution of the clinical disorder. The formation and consolidation of a given ITC previous experience in the earthquakes of May 2011 is shown effective in the resolution.

Keywords: Disorder PTSD, adjustment disorders, group psychotherapy.

Introducción

Tras la experiencia desarrollada en el CSM de Lorca tras los seísmos acaecidos en dicha ciudad en Mayo de 2011, en los que se constituyó un EIC formado por una enfermera y dos psicólogos clínicos, con el objetivo de dar una respuesta rápida y ágil a las personas afectadas por los mismos y teniendo en cuenta la eficacia en los resultados obtenidos con dicha experiencia (Valera, Albacete, Sánchez y Martín, 2012), se consideró adecuado reactivar dicho dispositivo después de las inundaciones de septiembre de 2012 en las que se vieron afectadas las poblaciones murcianas de Puerto Lumbreras y Lorca. Los objetivos perseguidos han sido los siguientes:

- Dar una respuesta rápida y ágil a los usuarios afectados por las inundaciones.
- Generar estrategias de afrontamiento adaptativas.
- Prevenir o paliar la aparición del Trastorno por Estrés Post-traumático.
- Expresar y contextualizar las reacciones comunes que pueden presentarse ante una situación de crisis.
- Afianzar la normalización, incluyéndose técnicas reductoras de ansiedad para facilitar la introducción de estrategias de afrontamiento.
- Resaltar y rescatar fortalezas individuales para ponerlas en funcionamiento en el presente.
- Quitarle al propio recuerdo el significado traumático.

El presente trabajo recoge la experiencia clínica realizada en el CSM de Lorca con la población afectada y tratada en formato grupal; la importancia de tener constituido un EIC así como seguir un protocolo de intervención consistente, facilita dar una respuesta ágil, rápida y efectiva a la población afectada.

Método

Procedimiento

Para la constitución grupal, la enfermera del EIC realizó el cribado de pacientes procedentes de Atención Primaria con demanda por presentar reacciones emocionales tras haber sufrido las inundaciones.

Posteriormente, mediante entrevista clínica individual, un psicólogo clínico del EIC realizó valoración diagnóstica siguiendo criterios CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), así como pertinencia de inclusión en grupo, siendo excluidos los diagnósticos no relacionados con la clínica traumática.

Para la evaluación de la eficacia del tratamiento grupal aplicado, se administró a los pacientes asignados, una batería de pruebas psicométricas tanto al inicio como al final de la intervención.

Instrumentos utilizados

- *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994) que comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, “Ansiedad Rasgo” (R) y “Ansiedad Estado” (E); cada uno de ellos consta de 20 ítems que miden, por un lado el estado de ansiedad caracterológico (R) y, por otro, el situacional (E) a partir de un puntaje que varía entre 0 y 4. En la versión española la puntuación oscila de 0 a 60 puntos para cada escala, que se traslada a baremos en percentiles o decatipos. Su fiabilidad es de 0,94 en A/E y de 0,86 en A/R, oscilando su consistencia interna entre 0,83 y 0,92 (α de Cronbach)(Egea, Sainz, Garriga y Martín, 2012).
- Escala de Trauma de Davidson (DTS; Davidson et al., 1997) y su versión validada en España por Bobes et al., (2000) diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en sujetos que han sufrido un evento estresante. Se trata de una escala de autoinforme en la que el examinado debe puntuar dos aspectos de cada ítem, por un lado la frecuencia de presentación y por otro la gravedad utilizando una escala Likert de 5 puntos (entre 0, “*nunca o gravedad nula*”, y 4 “*a diario o gravedad extrema*”). La puntuación total oscila entre 0 y 136 puntos, recomendando los autores utilizar como punto de corte una puntuación total de 40. Tiene una consistencia interna de Cronbach para la escala total de 0,99 y una fiabilidad test-retest de 0,86; su sensibilidad es de 0,69, su especificidad de 0,95; con un valor predictivo positivo de 0,92, un valor predictivo negativo de 0,79 y una eficiencia de 0,83. Actualmente es el instrumento más fiable y válido para ser empleado como medida evaluativa del efecto de un determinado tratamiento (Bobes et al., 2000).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) que consta de 21 ítems que indagan acerca de los síntomas de tipo cognitivo, fisiológico y conductual de la depresión. Escala de autoinforme en la que el examinado valora cada ítem de acuerdo al malestar que le produce, dicha escala es de tipo Lickert en la que los valores oscilan entre 0 y 3; permite clasificar la intensidad de la depresión en mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y alta (>30). El BDI es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. La fiabilidad test-retest es de 0,72. Tiene una razonable validez de contenido. (Egea et al., 2012).

Participantes

El grupo de Psicoterapia estuvo constituido por ocho pacientes, de edades comprendidas entre los 24 y los 55 años, con una edad media de 45 años; en relación a la variable sexo, seis eran mujeres y dos hombres, siendo todos españoles. Con respecto a la procedencia, tres eran de Puerto Lumbreras y cinco de Lorca.

Todos los afectados habían sido testigos directos de las inundaciones, y todos residían en los municipios afectados. Con respecto al estado civil, seis estaban casados/as, uno soltero/a y uno viudo/a.

Se realizó Diagnóstico Clínico siguiendo criterios CIE-10 (OMS, 1992), constatando que el 50% presentaba TEPT y el otro 50% Trastorno Adaptativo.

Diseño

En cuanto al diseño de la intervención realizada, hemos de indicar que consistió en cinco sesiones grupales, con las que se pretendió básicamente normalizar lo antes posible las reacciones comunes que pueden presentarse ante una situación de crisis, tanto físicas, como cognitivas, emocionales y conductuales, así como generar estrategias de afrontamiento adaptativas. El contenido y los objetivos específicos de cada sesión fueron:

1ª) Primera Sesión: Tras la presentación de los miembros del grupo, explicar las normas grupales y objetivos perseguidos, así como generar la pertinente cohesión grupal, se procedió a la reconstrucción de lo ocurrido la tarde de las inundaciones, llevando a cabo cada miembro la descripción de la escena recordada de lo acaecido incidiendo en las áreas cognitivas, emocionales y conductuales involucradas en dichos recuerdos. El objetivo fundamental perseguido fue expresar y contextualizar las reacciones comunes que pueden presentarse ante una situación de crisis, para ayudarles con ello a normalizar dichas reacciones.

2ª) Segunda Sesión: Se trabajó lo sucedido desde el inicio del acontecimiento traumático hasta su finalización, teniendo en cuenta el relato de la escena descrita en la primera sesión, prestando especial atención a lo que hacían, pensaban y sentían en ese momento. Así mismo, se prestó atención a todos aquellos estímulos y reacciones asociadas al acontecimiento y fijadas a él, ayudando a los pacientes a que detectaran y vieran cómo se generan asociaciones entre dicha experiencia y estímulos que anteriormente eran neutros y no conllevaban la carga emocional que desde dicha experiencia adquirieron. El objetivo prioritario fue afianzar la normalización, generar estrategias de afrontamiento adaptativas, incluyéndose a partir de esta sesión la técnica de relajación de Jacobson, como estrategia de afrontamiento ante la aparición de reacciones de ansiedad cargadas de un fuerte componente traumático, contribuyendo con ello a descartar cuadros evitativos que tenderían a enquistar la vivencia traumática, intentando así cumplir el objetivo de prevenir o paliar la aparición de TEPT.

3ª) Tercera Sesión: Se rastreó la existencia de estrategias previas de afrontamiento que les hubieran resultado efectivas ante alguna dificultad vital importante. Se pretendió resaltar y rescatar fortalezas individuales adquiridas para ponerlas en funcionamiento en el presente. La importancia de percibirse competente y con recursos de afrontamiento ante situaciones complejas en la vida es un aspecto a resaltar. En este sentido, en esta sesión se tiene en cuenta la existencia de dicho recurso personal, la experiencia traumática como un hecho acaecido con un principio y un final acotado en el tiempo, la vivencia de dicha experiencia como algo ocurrido en el pasado y la importancia de generar estrategias de afrontamiento que activen dichos recursos personales junto con la comprensión de la experiencia traumática, ayudando con ello a restar significado traumático al propio recuerdo. El resto de la sesión continuó con relajación, recomendando practicarla en casa.

4ª) Cuarta Sesión: Se trabajó con los recuerdos e imágenes relacionadas con las inundaciones, incidiendo en el significado que tienen en el presente para cada; se trató de contribuir a redefinir el objeto traumático propio del recuerdo, incidiendo en la integración de sus competencias personales y la vivencia traumática, el objetivo perseguido fue restarle al propio recuerdo significado traumático. Se terminó con otra sesión práctica de relajación.

5ª) Quinta Sesión: Sesión de cierre en la que se analizaron posibles salidas a la crisis; el objetivo fue la normalización de sus vidas poniendo en práctica tanto las estrategias de afrontamiento aprendidas como las rescatadas, así como la reestructuración cognitiva que permitiese la mejor adaptación. Se terminó con otra sesión práctica de relajación y con una evaluación de la mejoría, donde el psicólogo clínico valoró el alta o bien la derivación a tratamiento psicológico individual en el propio CSM.

Resultados

Con la implantación del conjunto de las sesiones descritas se dio una respuesta rápida y ágil a los usuarios afectados por las inundaciones mediante formato grupal, completando el 100% de los pacientes el tratamiento programado.

Se constata de nuevo que el hecho de ser testigo directo del acontecimiento, así como residir en la localidad afectada son factores determinantes para la aparición de reacciones de índole postraumática (Valera et al, 2012).

Después de la realización del grupo de intervención con afectados por las inundaciones, en el análisis de las pruebas administradas se obtuvieron resultados significativos de mejoría.

En relación a las puntuaciones obtenidas en la Escala DTS (Davidson et al., 1997) tras la intervención realizada se observa un descenso significativo pasando de una puntuación media en el Pretest de 95,25 a una en el Postest de 48,75 acercándose dicha puntuación al punto de corte de 40 recomendando por los autores de esta escala. (DTS; $p < 0,000$; ver Tabla 1).

Con respecto a las puntuaciones obtenidas en el BDI (Beck et al., 1961) también se observa un descenso, pasando de una puntuación media en el Pretest de 19,88 a una en el Postest de 10,50 (BDI; $p < 0,058$) (ver Tabla 1).

Y, por último, en la comparativa de las puntuaciones obtenidas en la Escala STAI (Spielberger *et al.*, 1994), se observa un descenso significativo pasando, por un lado de una puntuación media en el Pretest STAI-E de 42,75 a una puntuación de 28,13 en el Postest (STAI-E; $p < 0,012$); y por otro, de una puntuación media en el Pretest STAI-R de 46,13 a una puntuación de 35,25 en el Postest (STAI-R; $p < 0,012$) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Resultados comparativos Prete/Postest.

Resultados	Media	N	Desviación Típica	Error típico de la media
DTS/PRE	95,25	8	18,821	6,654
DTS/POST	48,75	8	17,540	6,201
BDI /PRE	19,88	8	8,442	2,985
BDI /POST	10,50	8	8,586	3,036
STAI-E/PRE	42,75	8	10,620	3,755
STAI-E/POST	28,13	8	7,699	2,722
STAI-R/PRE	46,13	8	6,813	2,409
STAI-R/POST	35,25	8	10,740	3,797

Nota. DTS $p < 0,000$; BDI $p < 0,058$; STAI-E $p < 0,012$; STAI-R $p < 0,012$

Todos los componentes del grupo resolvieron el cuadro clínico abordado tras las cinco sesiones de tratamiento grupal, cumpliéndose los objetivos perseguidos.

Conclusiones

Se constata la importancia de mantener implantado en un CSM un EIC para dar respuesta rápida ante situaciones de catástrofe generadoras de gran impacto, no solo emocional, sino social. La protección de la Salud Mental ante la vivencia de experiencias traumáticas es un aspecto a tener en cuenta desde las instituciones públicas, por lo que las experiencias ocurridas en Lorca en mayo de 2011 constituyeron un germen para la formación y mantenimiento de estructuras consistentes de respuesta ágil y eficaz desde los propios servicios de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud, incorporando a las intervenciones programadas no emergentes un aspecto reseñable como es el de agilizar dentro de la propia dinámica programada del CSM un encuadre novedoso sin que se altere el funcionamiento del propio CSM.

Se refrenda y confirman las conclusiones del trabajo desarrollado en mayo de 2011 tras los seísmos, constatando que el hecho de residir en los municipios afectados, así como ser testigo directo, en esta ocasión de las inundaciones, son factores determinantes en la aparición de cuadros de índole traumática (Valera et al., 2012).

Se sigue evidenciando en la práctica clínica la efectividad y eficiencia de la intervención psicológica grupal aplicada, ya que la mayoría de los pacientes resolvieron el cuadro clínico.

La rapidez en la intervención se concluye como decisiva en la resolución adecuada del cuadro clínico postraumático.

La formación de un EIC teniendo en cuenta la experiencia previa realizada por el mismo en los seísmos de mayo de 2011 se muestra eficaz para dicha resolución.

Referencias

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, E., González, M.P., Bascarán, M.T., Bousoño, M. y Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 207-218.
- Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J.C., Smith, R.D., Davison, R.M., Katz, R. y Feldman, M.E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Egea, C., Sainz, C., Garriga, A., Martín, J.C. (2012). Lorca: historia de una vida. Intervención psicológica en el barrio de la viña tras los seísmos del 11 de mayo. Intervención individual en un caso de estrés postraumático. En R. Quevedo y V.J. Quevedo (Dirs.), *Avances en psicología Clínica* (pp. 333-337). Santander: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). *Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico, CIE 10* (10ª Revisión). Madrid. Meditor.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1994). *STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.
- Valera, J., Albacete, M.A., Sánchez, A., Martín, J.C. (2012). Intervención psicológica grupal en un centro de salud mental con afectados por los seísmos de Lorca (Murcia). En R.

Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comp.), *Avances en psicología Clínica* (pp. 947-950). Santander: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

CAUSAS DE LA TRANSEXUALIDAD: EL MITO DEL TRAUMA INFANTIL

**José-Miguel Rodríguez-Molina^{*/**}, Nuria Asenjo-Araque^{**},
Antonio Becerra-Fernández^{**/**} y María Jesús Lucio-Pérez^{**}**

**Universidad Autónoma de Madrid, España*

***Hospital Ramón y Cajal de Madrid, España*

****Universidad de Alcalá de Madrid, España*

Resumen

Antecedentes: Como fenómeno emergente que es, se sabe poco de las causas de la transexualidad. Distintas explicaciones han sido propuestas, tanto biomédicas ya sean genéticas, endocrinológicas o neurológicas, cuanto psicológicas. Las principales teorías psicológicas se centran en la historia de aprendizaje previo. Pero hay otras que afirman que la transexualidad es el resultado de algún trauma infantil. Sin embargo nuestra experiencia clínica en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG) indica lo contrario. El objetivo de este estudio es poner a prueba las hipótesis de que todas o la mayor parte de las personas transexuales han sufrido traumas infantiles y de que las personas transexuales han sufrido traumas infantiles en mayor medida que la población general. **Método:** Se aplicó el instrumento EEPPT a una muestra de 140 personas transexuales, pacientes de la UTIG. En este instrumento 13 ítems relativos a sucesos en su infancia. Así mismo, se utilizó un grupo control compuesto por estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). **Resultados:** Los análisis realizados mostraron por un lado que la gran mayoría de las personas transexuales no presentaban ningún trauma ni suceso vital estresante en su infancia. Por otro lado, no hubo diferencias significativas entre el grupo de pacientes y el grupo control. **Conclusiones:** No se encuentra apoyo a la hipótesis de que las personas transexuales hayan sufrido en su mayoría traumas infantiles. Tampoco se verifica la hipótesis de que las personas transexuales hayan sufrido más traumas que la población general. Se concluye que esta no puede ser la causa de la transexualidad.

Palabras clave: Transexualidad, transgenerismo, trauma, infancia.

CAUSES OF TRANSEXUALITY: THE MYTH OF CHILDHOOD TRAUMA**Abstract**

Background: As an emerging phenomenon, it is known little about the causes of transgenderism. Different explanations have been proposed, for example biomedical, as genetic, endocrine and neurological, or psychological. The main psychological theories state that the most important variable is learning story. But stating that transgenderism is the result of some childhood trauma is a commonplace that. However, our clinical experience in the Gender Identity Disorders Unit in Madrid (GIDU) indicates otherwise. The aim of this study is to test two hypotheses. Firstly that all or the majority of transgender people have suffered childhood trauma. And secondly that transgender people have suffered childhood trauma to a greater extent than the general population. **Method:** We applied the EEPPT to a sample of 140 transgender people UTIG patients. In this instrument validated and included 13 items relating to events in his childhood as well as family composition and living during childhood. Likewise for the second hypothesis, we used a control group of college students from the Universidad Autonoma de Madrid (UAM). **Results:** Analyses showed on one hand that the vast majority of

transsexuals showed no trauma or stressful life event in childhood. On the other hand, there were no significant differences between the patient group and the control group. **Conclusions:** Support for the hypothesis that most transgender people have suffered childhood trauma was not found. The hypothesis about the differences between transsexual and non-transsexual groups had not support. Therefore, childhood trauma cannot be the cause of transgenderism.

Keywords: Transsexuality, transgenderism, trauma, childhood.

Introducción

Se han documentado casos de transexualidad hace mucho tiempo, incluso se pueden encontrar algunas citas en la Grecia Clásica (Gómez Gil, Cobo Gómez y Gastó Ferrer, 2006, Goiar, Sannier, y Toulet, 2005) mucho antes de que Harry Benjamin utilizase el término por primera vez en 1953 en la Real Academia de Medicina de Nueva York (Benjamin, 1953).

Friedreich en 1830 y Esquirol en 1845 ya hablaban de hombre con la “ilusión” de que eran mujeres y Marcusse en 1916 mencionaba de inversión psicosexual caracterizada por buscar el cambio de sexo (citados en García Ruiz y De Dios Del Valle, 2000).

En realidad el término transexual aparece por vez primera en 1923 usado por Hirschfeld (citado en García Ruiz y De Dios Del Valle, 2000) pero refiriéndose tanto a travestismo, homosexualidad femenina y transexualismo.

Sin embargo, la transexualidad es un fenómeno emergente y como resultado de ello se sabe poco de las causas de la misma. Se han propuesto distintas explicaciones, tanto biomédicas como psicológicas y psicosociales.

El propio Benjamin (1966) hipotetizó que ninguna explicación psicológica era insuficiente y que la transexualidad debía ser constitucional, esto es genética u hormonal. La mayoría de estas hipótesis biológicas se basan en la existencia de diversas estructuras cerebrales que parecen ser diferentes en mamíferos machos y hembras (Gómez Gil, Esteva de Antonio y Fernández-Tresguerres, 2006). Esto es lo que se denomina dimorfismo sexual del cerebro. En las personas transexuales este dimorfismo está cruzado, esto es, el cerebro parece asemejarse más al sexo sentido que al cromosómico. La causa de este dimorfismo cruzado estaría en una alteración de los niveles de testosterona durante el embarazo (Swaab, 2007).

Hay otras teorías biológicas que se centran en otros aspectos del dimorfismo cerebral, como el número total de sinapsis o de neuronas, su conectividad y otros, pero sería demasiado prolijo y poco relevante para este trabajo detallarlas.

Por su parte, Landen, Wallinder y Lundstrom (1996) y Green y Kaverne (2000), entre otros, están trabajando en el origen genético de la transexualidad, aunque sin resultados concluyentes por el momento. En todo caso las hipótesis genéticas vendrían a completar las teorías morfológicas, no a sustituirlas, es decir, apoyarían la tesis de que existe una predisposición genética para desarrollar ciertos núcleos cerebrales de forma diferente.

Pero estas teorías biológicas de la transexualidad no son universalmente aceptadas. Burke (1996) sostiene que es muy aventurado inferir que la causa de diferencias conductuales y actitudinales tenga carácter neuroendocrino. Fausto-Sterling (1993, 2006) afirma que la manifestación “atípica” de género obedece a la interacción compleja entre el individuo y su entorno y no a meros factores constitucionales.

Otros autores que se han centrado más en explicaciones psicológicas o psicosociales (Berguero Miguel et al., 2004). Entienden estos autores que los aspectos psicológicos o psicosociales deben ser tenidos en cuenta para explicar la transexualidad.

Para empezar tomemos a Lacan (1974), un autor muy relevante dentro del psicoanálisis. Lacan estudió este tema, incluyéndolo dentro de las psicosis y definiéndolo como *“el que quiere liberarse de los criterios fálicos del discurso sexual a través de la cirugía”* concluyendo que la relación de la madre con el niño se reducía a una relación dual, en que el niño se identifica con el falo que le falta a la madre y dada la necesidad de llegar a tener un falo y no tenerlo ahora, (lo que también le pasa a la madre) el niño se consagra a volverse mujer.

Desde un abordaje psicológico pero más científico, las hipótesis más conocidas son las de Money (1985), que postula que la transexualidad es un proceso de aprendizaje, que resulta de la influencia de factores del entorno. En realidad, se trataría de un proceso de adquisición de la identidad sexual, es decir de aprendizaje, sea esta identidad cual sea, incluida la transexual.

Este proceso de aprendizaje empezaría generalmente, siguiendo el modelo de Money (1987), con la asignación de un sexo, la transmisión de una identidad (*“eres un niño”* o *“eres una niña”*), el reforzamiento de la identidad *“correcta”* y de los roles de género asociados a ella y la imitación de modelos a los largo de la infancia y la adolescencia, primero paternos y luego en el grupo de pares. En las personas transexuales el proceso sería similar, pero se produciría algún fallo en él, asignando una identidad incongruente con los cromosomas, o bien, dando modelos conductuales ambiguos o incongruentes o no dando modelos en absoluto, reforzando la identidad incongruente o ambigua u otros procesos de aprendizaje similares. Money basó sus teorías en estudios realizados con niños intersexuales o que habían recibido una asignación sexual errónea (desde el punto de vista cromosómico) y que sin embargo, desarrollaban una identidad congruente con la asignada y no con la cromosómica.

La crianza también ha recibido la atención de dos autores básicos en el campo general de la transexualidad como Cohen y Gooren y según ellos (1999) las características de emotividad, afectividad y el carácter sobreprotector de los padres pueden influir en el desarrollo de una identidad transexual.

Por último, con cierta frecuencia suele escucharse que las personas transexuales han sufrido diversos traumas en su infancia que han provocado dicha transexualidad. Así, Israel (2000) sostiene que existe una relación entre transexualidad y experiencia sexuales forzada, aunque no aporta datos empíricos especialmente de la relación causal al respecto.

Howell (2002) sostiene que el trauma está a menudo presente en la asunción de estilos de personalidad culturalmente aceptados como masculinos y femeninos y es esto lo que crea un patrón de identidad, orientación y conducta sexuales sanos o patológicos. Igualmente no aporta datos empíricos.

Gehring y Knudson (2005), que sí realizan un estudio empírico, encontraron que el 55% de las personas transexuales habían tenido alguna experiencia sexual no deseada. En este sentido Mizok y Lewis (2007) afirman que es habitual encontrar una historia de abusos en las personas transexuales, *“pero posterior a su transexualidad y como consecuencia de esta, no como causa de la misma”*.

La presencia de traumas en la infancia de las personas transexuales es a veces aceptada de forma acrítica y sin embargo hay pocos estudios que lo avalen. Y aquellos

que sí encuentran dichos traumas, lo hacen cuando la identidad transexual ya está conformada, luego no podrían ser la causa de esta.

En conclusión, existen varias líneas explicativas de la transexualidad, tanto biológicas, como psicosociales y basadas en traumas infantiles, pero la afirmación de que las personas transexuales han sufrido diversos traumas en su infancia que han provocado su transexualidad es controvertida. Por ello nos proponemos evaluarla poniendo a prueba tres hipótesis. La primera es que la mayoría de las personas transexuales han sufrido experiencias potencialmente traumatizantes en su infancia. La segunda, que existe una correlación entre haber estado expuesto a situaciones potencialmente traumáticas y ser o no transexual. Y la tercera, que hay una diferencia significativa entre personas transexuales y no transexuales en cuanto a los traumas infantiles sufridos.

Método

Participantes

Intervinieron 50 personas transexuales, pacientes de la Unidad de Transexualidad (UTIG) de Madrid, de ellos 33 mujeres (de hombre a mujer) y 17 hombres. Se utilizó un grupo control compuesto por 54 estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid (36 mujeres y 18 hombres). En ambos grupos el rango de edad estuvo comprendido entre 18 y 30 años.

Materiales

La encuesta se creó ad hoc y constó de ocho preguntas que pueden verse en la Tabla 1. No es un instrumento psicométrico sino una encuesta, por lo que no se calcularon índices psicométricos.

Tabla 1. Preguntas de la encuesta realizada a los participantes en el estudio sobre eventos potencialmente causantes de trauma.

Problemas de drogas o alcohol en los padres
Problemas en el embarazo, la gestación o el parto
Catástrofes durante la infancia
Fallecimiento del padre o la madre (antes de los 14 años del participante)
Abandono físico o emocional
Abusos sexuales
Malos tratos físicos o psicológicos en el hogar
Acoso escolar

Diseño

Descriptivo de tipo transversal.

Procedimiento

Se aplicó a una muestra consecutiva de pacientes.

Resultados

En primer lugar se realizó una prueba t para una muestra, en la que se comparó la proporción teórica que debía tener cada evento (al menos 0,5) con la empírica. Los resultados pueden verse en la Tabla 2. Como puede observarse todas las proporciones

fueron mucho menores que 0,5 y el resultado de la prueba t para todos los eventos fue significativo, esto es los sujetos estaban significativamente por debajo de la proporción teórica.

Tabla 2. Comparación entre número esperado de sujetos que sufrieron eventos y número empírico encontrado. Prueba t para una muestra.

<i>Variable</i>	<i>P teórica</i>	<i>Empírica.</i>	<i>t</i>	<i>g. l.</i>	<i>p <</i>
Abuso drogas o alcohol padres	0,5	0,01	-48,257	139	0,000
Problemas en el embarazo, parto o puerperio	0,5	0,17	-10,279	139	0,000
Catástrofes durante la infancia	0,5	0,00	-52,520	139	0,000
Fallecimiento de los padres	0,5	0,00	-14,635	139	0,000
Abandono físico o emocional	0,5	0,08	-20,778	138	0,000
Abusos sexuales	0,5	0,06	-17,448	139	0,000
Malos tratos físicos o psicológicos	0,5	0,09	-11,107	139	0,000
Acoso escolar	0,5	0,16	-6,302	139	0,000

En segundo lugar se calcularon las correlaciones entre la variable dependiente (ser o no transexual) y cada una de las demás variables. Los resultados pueden verse en la Tabla 3. Puede observarse que no hay ninguna correlación significativa entre ser o no transexual y las demás variables del estudio, recogidas en la encuesta.

Tabla 3. Correlación de Pearson entre Transexualidad y los eventos.

<i>Variable</i>	<i>Correlación</i>	<i>Significación</i>
Abuso drogas o alcohol padres	0,035	$p < 0,71$
Problemas en el embarazo, parto o puerperio	-0,093	$p < 0,34$
Catástrofes durante la infancia	0,135	$p < 0,17$
Fallecimiento de los padres	-0,179	$p < 0,07$
Abandono físico o emocional	-0,156	$p < 0,12$
Abusos sexuales	-0,140	$p < 0,15$
Malos tratos físicos o psicológicos	-0,140	$p < 0,15$
Acoso escolar	-0,110	$p < 0,26$

En tercer lugar se realizó una prueba t, para muestras independientes, tomando como variable de clasificación la transexualidad y como dependientes las demás. Puede verse en la Tabla 4 cómo en ningún caso hay diferencias significativas entre las personas transexuales y las que no en ninguna de las variables del estudio. Así pues, se rechazan las tres hipótesis propuestas.

Tabla 4. Prueba t de diferencia de medias para muestras independientes
Diferencias entre transexuales y no transexuales en los eventos.

<i>Variable</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>Signif.</i>
Abuso drogas o alcohol padres	-1,410	171	$p < 0,160$
Problemas en el embarazo, parto o puerperio	0,460	171	$p < 0,646$
Catástrofes durante la infancia	-2,127	171	$p < 0,113$
Fallecimiento de los padres	1,593	170	$p < 0,427$
Abandono físico o emocional	0,797	171	$p < 0,441$
Abusos sexuales	1,640	171	$p < 0,161$
Malos tratos físicos o psicológicos	2,032	171	$p < 0,440$
Acoso escolar	1,407	171	$p < 0,161$

Discusión

Los resultados expuestos son incompatibles con la hipótesis de que existe una relación causal entre la aparición de transexualidad y la ocurrencia previa de eventos potencialmente traumáticos en la infancia. Son incompatibles también con los puntos de vista de Howell (2002) y Gehring y Knudson (2005) expuestos en la introducción.

Es cierto que muchas personas transexuales sufren diferentes formas de opresión. Sin embargo podemos afirmar con Mizok y Lewis (2007), que esto es más el resultado de una sociedad transfóbica, que la causa de la transexualidad.

En conclusión sigue abierta la búsqueda de las variables que elevan la probabilidad de aparición del fenómeno transexual. Estas variables explicativas deberían buscarse en lo biológico o en la historia temprana de aprendizaje (Money, 1987).

Referencias

- Benjamin, H. (1953). Travestism and transsexualism. *International Journal of Sexology*, 7, 12-44.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press.
- Berguero Miguel, T., Cano Oncala, G., Giraldo Asensio, F., Esteva de Antonio, I., Ortega Aguilar, M. V., Gómez Banovio, M. y Gorneman Schaffer, I. (2004). La transexualidad, asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Revista de la Asociación española de neuropsiquiatría*, 89, 9-20.
- Burke, P. (1996). *Gender Shock*. New York: Doubleday.
- Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes, Why male and female are not enough. *The sciences*, 261, 20-25.
- Fausto-Sterling, A. (2006). *El cuerpo sexuado*. Madrid: Melusina.
- García Ruiz, M. y De Dios Del Valle, R. (2000). Transexualidad, Una revisión del estado actual del tema. *Anuario de Sexología*, 6, 127-141.
- Gehring, D. y Knudson, G. (2005). Prevalence of childhood trauma in a clinical population of transsexual people. *International Journal of Transgenderism*, 8, 23-30.
- Gojar, Ch., Sannier, V. y Toulet, M. (2005). *La historia del transexualismo*. Recuperado el 30 de octubre de 2008 de, <http://www.shbinfo.org/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/shbhistory.pdf>
- Gómez Gil, E., Cobo Gómez, V. y Gastó Ferrer, C. (2006). Aspectos históricos de la transexualidad. En E. Gómez Gil e I. Esteva de Antonio (Eds.), *Ser transexual* (pp. 73-102). Barcelona: Glosa.
- Gómez Gil, E., Esteva de Antonio, I. y Fernández-Tresguerres J. A. (2006). Causas o fundamentos fisiológicos. En E. Gómez Gil e I. Esteva de Antonio (Eds.), *Ser transexual* (pp. 113-132). Barcelona: Glosa.
- Green, R. y Kaverne, E. B. (2000). The disparate aunt-uncle ratio in male transsexuals, an explanation invoking genomic imprinting. *Journal of Theoretical Biology*, 202, 55-63.
- Howell, H. (2002). "Good Girls", sexy "Bad Girls" and Warriors, The role of the trauma and dissociation in the creation and reproduction of gender. En James A Chu y Elizabeth S. Bowman (Eds). *Trauma and sexuality; the effects of childhood sexual, physical and emotional abuse on sexual identity and behavior*. New York: The Hatworth Medical Press.
- Israel, G. E. (2000). *Does childhood trauma cause gender issues?* Recuperado el 27 de junio de 2013 de, <http://www.firelily.com/gender/gianna/childhood.trauma.html>
- Lacán, J. (1974). *Les noms du père*. En Carmen Lafuente. *Actualidad del transexualismo*. Recuperado el 3 de julio de 2013 de,

<http://www.psicoanalisisysociedad.org/Textos/Actualidad%20del%20transexualismo-%20C.Lafuente.pdf>.

- Landen, M., Wallinder, J. y Lundstrom, B. (1996). Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 221-223.
- Mizok, L. y Lewis, T. K. (2007). Trauma in Transgender Populations, Risk, Resilience, and Clinical Care. *International Journal of Transgenderism*, 8, 335-354.
- Money, J. (1985). Gender, history, theory and usage of the term in sexology and its relationship to nature/nurture. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 71-79.
- Money, J. (1987). Sin, sickness, or status? Homosexual gender identity and psychoneuroendocrinology. *American Psychologist*, 42, 384-99.
- Swaab, D. F. (2007). Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21, 431-444.

MINDFULNESS Y TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN: ESTUDIO DE CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS

Luis Carlos Delgado-Pastor* y João Salgado**

**Universidad de Zaragoza, España*

*** Instituto Superior da Maia (ISMAI), Portugal*

Resumen

Antecedentes: La terapia focalizada en la emoción –TFE- y las terapias basadas en *mindfulness* –TBM- son dos aproximaciones experienciales que han despertado un notable interés en la psicología clínica actual. Ambos enfoques han sido formulados como planteamientos alternativos a la terapia cognitivo conductual clásica para el tratamiento de diversas disfunciones emocionales, contando con el respaldo de evidencia empírica en el tratamiento de la depresión, entre otras aplicaciones. **Método:** El objetivo de nuestro trabajo es comparar los elementos comunes y diferenciadores de ambas terapias, y explorar la conveniencia de una posible integración que redundara en un efecto terapéutico sinérgico derivado de sus complementariedades. **Resultados:** En el proceso terapéutico de EFT se procura una concienciación, aceptación y transformación de la experiencia emocional disfuncional. Del otro lado, en la esencia de las habilidades *mindfulness* encontramos la capacidad de relacionarnos amistosamente con nuestra propia experiencia sensorial, emocional y cognitiva, de un modo deliberadamente consciente, en el que se cultiva una actitud receptiva, de apertura, aceptación, curiosidad, ecuanimidad y amor incondicional. Además, ambas aproximaciones coinciden en utilizar algunas estrategias caracterizadas por estar más centradas en procesos *bottom-up* que en procesos *top-down*. Por ejemplo, promueven la atención consciente hacia el sentimiento, para poder nombrarlo y comprenderlo experiencial y holísticamente, más que razonando sobre ello. Sin embargo, también existen diferencias relevantes. **Conclusión:** Aunque la TFE presenta estrategias terapéuticas singulares y elementos claramente diferenciados de las TBM, estimamos que en determinados contextos podría resultar productiva la integración de algunos aspectos de ambas aproximaciones para favorecer el proceso efectivo del cambio terapéutico.

Palabras Clave: *Mindfulness*, terapia focalizada en la emoción, terapias experienciales, proceso de cambio, aceptación.

MINDFULNESS AND EMOTION FOCUSED THERAPY: STUDY OF CONVERGENCES AND DIVERGENCES

Abstract

Background: Emotion Focused Therapy – EFT – and Mindfulness Based Therapies - MBT – are two experiential approaches, which have created high interest in the contemporary clinical psychology. Both approaches have been formulated as alternative plans to the classical cognitive-behavioral therapy for the treatment of diversified emotional disorders, with empirical support in the treatment of depression, and other applications. **Method:** The purpose of our study is to compare the common elements, as well as the differences between these two therapies, and to explore the convenience of a possible integration which aims to obtain a synergic therapeutic effect derived of their complementarities. **Results:** The therapeutic process of EFT aims the conscience, acceptance, and transformation of the maladaptive emotional experience. In its turn, the essential mindfulness skills are the ability of friendly relating with one's own sensorial, emotional, and cognitive experience, in a deliberately conscious way,

while cultivating an attitude of acceptance, openness, acceptance, curiosity, equanimity, and unconditional love. Moreover, both approaches make use of strategies more focused on bottom-up processes than in top-down processes. For example, both promote the conscious attention of feelings, in order to holistically and experientially label and understand them, more than to reason about them. However, also there are relevant differences. **Conclusion:** Although EFT has singular therapeutic strategies and differentiating elements from MBT, we estimate that the integration of some aspects of each approach could be productive in some contexts in order to promote the effective therapeutic change.

Key Words: Mindfulness, emotion focused therapy, experiential therapy, process of change, acceptance.

Introducción

La terapia focalizada en la emoción –TFE- (Greenberg, 2010) y las terapias basadas en *mindfulness* –TBM- (Allen et al., 2006) son dos aproximaciones experienciales que han despertado un notable interés en la psicología clínica en las dos últimas décadas. Este interés se ha manifestado en una doble vertiente, por un lado, sus aportaciones han supuesto un importante estímulo para muchos psicoterapeutas y psicólogos clínicos que anhelaban disponer de nuevos planteamientos que les ayudaran a innovar y mejorar su práctica terapéutica. Y por otro lado, ambas terapias, han originado fértiles áreas de investigación asociadas a sus modelos, aplicaciones, y mecanismos subyacentes, que han supuesto un impulso relevante para el avance del conocimiento científico experiencial del proceso psicoterapéutico. Ambos enfoques han sido formulados como planteamientos alternativos a la terapia cognitivo conductual clásica y cuentan con el apoyo de una considerable evidencia empírica para diversas problemáticas, particularmente en el tratamiento de la depresión (en TFE, Greenberg y Watson, 1998; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos y Steckley, 2003; En TBM, Segal, Teasdale y Wiliams, 2002).

El objetivo del presente capítulo es cotejar sus elementos comunes y diferenciadores, valorando la conveniencia de una posible integración que pudiera redundar en un efecto terapéutico sinérgico derivado de sus potenciales complementariedades. Para ello, primero, describiremos sus aspectos nucleares de intervención, prestando especial atención al proceso de cambio psicoterapéutico, y después, discutiremos sus aspectos convergentes y divergentes.

Principios de Intervención en EFT y TBM

EFT

La TFE tiene sus raíces en la tradición psicoterapéutica existencial, la terapia centrada en el cliente y la Gestalt. Integrando sus fundamentos pone el énfasis en situar la emoción como el núcleo fundamental de construcción del *self*, considerándola una fuente productiva de significado, dirección y crecimiento para la experiencia humana (Greenberg, 2010). En EFT hay dos principios terapéuticos centrales: (1) el principio de la relación, que implica una sintonización empática, la creación de un lazo terapéutico, y el acuerdo de colaboración en las tareas terapéuticas; (2) y el principio de trabajo o tareas terapéuticas, que supone facilitar el procesamiento experiencial profundo, establecer focos de tratamiento y completar las respectivas tareas, y promover el

autodesarrollo (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2003). Los problemas clínicos son concebidos como el resultado de dificultades de procesamiento emocional creadas al largo de la vida que impiden acceder a emociones más adaptativas promotoras de un óptimo auto-desarrollo. Lo más típico en los casos clínicos es que experiencias pasadas, particularmente dolorosas, hayan creado daños emocionales y pautas de procesamiento disfuncionales, y por tanto, en terapia se intenta acceder a las experiencias dolorosas más nucleares que pueden estar alimentando los problemas actuales. Para tal propósito, la exploración empática y el vínculo terapéutico son esenciales. Asimismo, se promueve el cambio terapéutico a través de la experienciación emocional profunda asociada a los procesos de *concienciación*, *regulación*, *reflexión*, *transformación* y *ambiente relacional* (Greenberg, 2010). Sin embargo, el terapeuta necesita tanto distinguir diferentes categorías de emoción –primarias, secundarias e instrumentales–, como reconocer y detectar marcadores específicos de dificultades de procesamiento cuya función es guiar el proceso terapéutico de intervención.

Detectando Marcadores

En el proceso del cliente se pueden observar estados específicos de procesamiento emocional problemático que señalan determinados problemas afectivos subyacentes, y que a su vez indican oportunidades que demandan un modo óptimo de trabajarlos con tipos particulares de intervenciones afectivas. Por tanto, en EFT la intervención del terapeuta es guiada a través de una correspondencia entre marcadores y tareas terapéuticas específicas. Se distinguen los siguientes pares principales de marcadores/tareas (Greenberg, 2010): reacciones problemáticas/evocación; sensación sentida confusa/focalización; partes en conflicto/trabajo en dos sillas; auto-interrupción/actuación en dos sillas; asuntos inacabados/silla vacía; vulnerabilidad/validación empática.

Procesos terapéuticos

Los principios de cambio han sido formulados por Greenberg (2010) al largo del desarrollo del modelo como siendo los siguientes: conciencia, regulación, reflexión, cambio y ambiente relacional. La toma de conciencia de la emoción es el principio central (Pos y Greenberg, 2007), ya que la idea esencial de la terapia es reconectar a la persona con sus necesidades, señalizadas a través de las emociones primarias adaptativas. De este modo se genera la motivación necesaria para actuar de un modo distinto. Esta *concienciación* requiere tolerar y aceptar su experiencia, en lugar de evitarla, e implica que nombremos lo que sentimos, simbolizando la experiencia nuclear de nuestra emoción, pero haciéndolo más desde el “sentir del sentimiento” que limitándose a hablar sobre ello. Implica también la expresión de la emoción, que no se refiere a un mero ventilar de las emociones secundarias, sino más bien, a superar la dificultad para experimentar y expresar las emociones primarias previamente constreñidas, promoviendo el contacto con la experiencia corporal de la emoción, de forma similar a una exposición. La *regulación* se hace necesaria cuando la activación origina un distrés desadaptativo. Se procura brindando *soothing* a través de la transmisión de seguridad, validación y empatía, de forma que el cliente adquiera la habilidad de *self-soothing*. Además, se pueden enseñar habilidades de auto-regulación, como técnicas de respiración, creación de “lugares de seguridad”, o promoviendo la auto-compasión. La *reflexión* sobre la experiencia emocional supone comprender las

situaciones de nuevas maneras, alcanzando significados nuevos a través de la narrativa, de forma que se favorezca la asimilación de emociones no procesadas y se profundice en el auto- conocimiento experiencial. La *transformación*, que implica más que un proceso de catarsis, exposición, habituación o extinción, supone la transmutación de una emoción a través de otra emoción. El objetivo es transformar las emociones primarias desadaptativas que hayan aflorado en el proceso terapéutico, como el miedo, la culpa o la tristeza de ser abandonado, a través de la experiencia de emociones adaptativas. Se trata de activar experiencias adaptativas, tales como el empoderamiento, la autocompasión o la ira adaptativa, incompatibles con las emociones desadaptativas, y que favorezcan un proceso de reestructuración o reconsolidación que impida que la vieja respuesta se repita o que domine las alternativas. El *ambiente relacional* se refiere a las condiciones básicas para la terapia y establece que el cambio es favorecido por un terapeuta presente, empático y genuino (Watson y Greenberg, 2006).

TBM

Mindfulness se ha formulado como un constructo psicológico en base a dos componentes fundamentales, regulación de la atención con el propósito de mantener su foco en la experiencia presente inmediata y una actitud de curiosidad, apertura y aceptación ecuánime de esa experiencia (Bishop et al., 2004). Su práctica implica la conciencia no discursiva de pensamientos, sentimientos y sensaciones, con el fin de lograr mayor comprensión sobre su naturaleza, origen e interacción, acompañada de una actitud que promueva la auto-compasión y el no-enjuiciamiento. Podríamos decir que se trata de la auto-observación de la propia experiencia mediante una atención adjetivada como “amiga y amorosa”. En esencia *mindfulness* puede considerarse un ejercicio *meta*, en el sentido de meta-cognición –darnos cuenta de nuestra cognición-, meta-interocepción –darnos cuenta de nuestras sensaciones-, -meta-emoción –darnos cuenta de nuestros sentimientos y emociones-, e incluso de meta-conciencia –darnos cuenta de nuestro “darnos cuenta”.

Mecanismos de actuación

En psicoterapia *mindfulness* se enseña como una habilidad de auto-regulación emocional que ayuda a des-identificarse de los procesos mentales y a ser menos reactivo al propio flujo experiencial, de forma que disminuyen las conductas asociadas a los polos de evitación o sobre-implicación emocional. Implícitos en la práctica de *mindfulness*, se han descrito diversos mecanismos psicoterapéuticos de actuación (Hözel et al, 2011), entre los que destacamos: la exposición, la extinción, el *reappraisal*, la conciencia corporal, la relajación, el cambio cognitivo, el funcionamiento cuerpo mente mejorado, el desapego, la aceptación y la auto-compasión. Con respecto al cambio cognitivo, varios autores se han referido a él de diversos modos, tales como descentramiento o *insight cognitivo*, *defusión cognitiva* o cambio en la perspectiva del *self*, apuntando todos estos términos a una nueva manera de relacionarse con la propia experiencia cognitiva, que se llega a percibir como un encadenamiento de eventos transitorios, mudables y relativos, y en todo caso como algo distinto de la realidad y de la experiencia íntima de la propia conciencia. En este sentido, algunos autores, contraponen un funcionamiento automático y reactivo, asociado a un *modo de hacer* o modo *mindless* a un funcionamiento consciente y no reactivo, asociado a un *modo de ser* o modo *mindful*.

Intervenciones basadas en mindfulness

Existe una gran diversidad de programas terapéuticos basados en *mindfulness*, en algunos de ellos se realizan prácticas formales de meditación, mientras que otros solo ejercicios breves o principios asociados *mindfulness* (ver Delgado 2009). Además de la meditación formal sentada, existen diversas prácticas asociadas a ejercicios de focalización de la atención en aspectos como el estado y contenido de la mente, la respiración, la percepción sensorial, propioceptiva e interoceptiva, el movimiento corporal o determinadas acciones inmersas en la cotidianidad. También, se contemplan ejercicios de reconocimiento y etiquetado de experiencias, uso de metáforas, cultivo de la compasión y amor incondicional, toma de conciencia y aceptación de las emociones, realce del estado de presencia, práctica *mindful* en las relaciones interpersonales o discriminación entre dolor físico y sufrimiento psicológico. Particularmente, se han diseñado ejercicios a modo de regulación emocional que utilizan acrónimos para recordar un esquema *mindful* básico de actuación para afrontar situaciones difíciles asociadas a posibles recaídas o situaciones emocionales adversas. En algunas aplicaciones, como complemento a la aceptación, se hace énfasis en la libre elección de la acción *mindful* en el momento presente, existiendo ejercicios de clarificación de valores o prioridades personales que supongan direcciones valiosas para guiar la conducta en el momento presente de un modo deliberado.

Análisis Comparativo TFE y TBM

Convergencias TFE y TBM

En el análisis de ambos enfoques encontramos elementos convergentes y divergentes. Podemos destacar los siguientes aspectos convergentes: ambos planteamientos desarrollan una práctica experiencial, cultivan el darse cuenta, se orientan al momento presente, y promueven la focalización en las sensaciones corporales, lo que supone enfatizar el procesamiento abajo-arriba de la experiencia. Además, en ambas terapias se promueve una actitud de investigación en la propia experiencia, con aceptación y curiosidad hacia los procesos emocionales y mentales en curso.

Divergencias TFE y TBM

Entre los elementos que cuentan con una mayor o menor divergencia entre ambos enfoques, apreciamos un proceso terapéutico más estructurado y definido en EFT, el cual conlleva una distinción particular entre emociones y un proceso de detección de marcadores que indican cuáles serán las tareas terapéuticas específicas adecuadas a desarrollar en la terapia. Además, en EFT en determinados momentos de la sesiones se promueve, deliberadamente, la activación y expresión emocional, que se consideran elementos convenientes en el proceso terapéutico. También, se procura la transformación de emociones desadaptativas a través de la experiencia de emociones adaptativas congruentes para desarrollo personal. Precisamente, en este sentido, en EFT se hace menos énfasis en procurar la aceptación de las emociones desadaptativas. Por el contrario, en EFT se pretende más la simbolización y verbalización de la experiencia corporal sentida. Por el otro lado, las TBM pondrían más énfasis en objetivos como la

de-fusión cognitiva, la auto-compasión y la ecuanimidad. Y a diferencia de la EFT son, habituales los ejercicios de conciencia interoceptiva y meta-cognición.

Complementariedades y sinergia

En nuestro análisis, nos ceñimos a la posible incorporación de técnicas *mindfulness* en el proceso terapéutico de EFT. En este sentido encontramos que la práctica de *mindfulness*, por parte del terapeuta y del cliente en EFT, podría mejorar la presencia de ambos y mejorar la relación terapéutica, ayudando a aspectos de sintonización empática, apertura, aceptación, autenticidad. Además, la práctica de determinados ejercicios de habilidades *mindfulness* podrían ayudar a lograr determinados objetivos terapéuticos en EFT, como por ejemplo, los ejercicios de autocompasión en relación a aspectos desadaptativos derivados del “yo crítico” o con respecto a determinados procesos desadaptativos asociados a la culpa. Los ejercicios meta-interoceptivos y de conciencia emocional podrían ayudar a vencer dificultades del cliente en la focalización de sensaciones o para lograr el reconocimiento de la sensación sentida. Los ejercicios de atención sostenida y cambio atencional podrían mejorar los recursos de disponibilidad del cliente, y los ejercicios de de-fusión cognitiva o de meta-cognición podrían servir para favorecer la des-identificación y el cambio de esquemas cognitivo-emocionales desadaptativos. Además, la práctica de habilidades *mindfulness*, podría ser un buen soporte como fuente de regulación emocional en todo el proceso terapéutico.

Conclusión

Consideramos que, como terapias experienciales que son, EFT y las TBM comparten una raíz común anclada en la conciencia y la atención hacia la propia experiencia del ser humano, como fuente de acción terapéutica. Simultáneamente, entre ambos enfoques existen claras divergencias, que no obstante, no impiden, que se pueda establecer una enriquecedora complementariedad entre ellos. Incluso sería factible contemplar un posible efecto sinérgico derivado de la integración de algunos de sus aspectos en contextos terapéuticos específicos. Sin embargo, para poder obtener conclusiones firmes sería preciso diseñar estudios de investigación que permitieran dilucidar estas cuestiones, cosa que entendemos podría ser de provecho.

Agradecimientos

Este capítulo ha sido apoyado por el Programa de movilidad Jose Castillejo del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España. (CAS12/00392) y por la Fundación para la Ciencia y Tecnología (Portugal), PTDC/PSI-PCL/103432/2008 (Proyecto “Decentering and Change in Psychotherapy”).

Referencias

- Allen, N. B., Chambers, R., Knight, W., Blashki, G., Ciechomski, L., Hased, C., Gullone, E., McNab, C. y Meadows, G. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285-294.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, V.Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.

- Delgado, L. C. (2009). *Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness*. Granada: Universidad de Granada.
- Elliott R., Watson, J., Goldman, R. y Greenberg, L. (2003). *Emotion Focused Therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: APA.
- Greenberg, L. S. (2010). *Emotion Focused Therapy*. Washington, DC: APA.
- Greenberg, L. S. (2011). Emotion-Focused Therapy: A clinical synthesis. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 1, 32-42.
- Greenberg, L. y Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210-224.
- Hözel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D.R. y Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work. Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559.
- Pos, A. y Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused Therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25-31.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depresión*. Nueva York: Guilford Press.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F. y Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 773-781.
- Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2006). *Emotion-Focused Therapy for depression*. Washington, DC: APA.

LESÃO VERTEBRO MEDULAR TRAUMÁTICA: AS ESTRATÉGIAS DE COPING DO CUIDADOR INFORMAL

José Bruno Alves*, Ana Ribas Teixeira*, António Santos** e Juan Gestal-Otero*

**Universidade de Santiago de Compostela, Espanha*

*** Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, IPSN-CESPU,CRL, Vila Nova de Famalicão, Portugal*

Resumen

Introducción: La lesión traumática de la médula espinal (LM) es una de las condiciones más restrictivas y devastadoras que pueden ocurrir en la vida de una persona. Surgen bruscamente y de forma inesperada, los cuidadores informales (CI) ellos también sufren un torbellino de emociones y un proceso de adaptación complejo y dinámico en el que las estrategias de afrontamiento juegan un papel mediador de extrema importancia. Entender mejor la expresividad de cuidar a una persona con LM, y, en particular, identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores informales (CI) son los principales objetivos de este trabajo. **Método:** La muestra fue recogida a nivel nacional y en el año 2012. Participaron en el estudio 160 cuidadores informales de personas con lesión de la médula espinal, de las cuales 83,1% son mujeres y 16,9% son hombres. Se aplicó un cuestionario socio - demográficos y clínico. El instrumento utilizado para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los CI fue el Brief-COPE. **Resultados:** Los CI utilizan preferentemente las siguientes estrategias de afrontamiento: la aceptación (4,46), el afrontamiento activo (4,26) y el planificar de (4,19). El desenganche comportamental (1,51) y el consumo de sustancias (0,83) son los menos usados. Los CI con 60 o más años recurren mas a estrategia de negación en comparación con los menores de 40 años de edad. Teniendo en cuenta la formación, se observa que a medida que aumenta la cualificación también se reduce el uso de la estrategia de la negación. **Conclusiones:** Los resultados sugieren la necesidad de intervenir sobre todo junto con los CI de más de 60 años, así como aquellos con menos educación, debido a que utilizan más estrategias de negación cuya literatura nos indica ser una estrategia disfuncional. La escasez de estudios en esta área hace que este estudio se a pertinente y promueva la necesidad de realizar más estudios, especialmente la naturaleza longitudinal.

Palabras clave: lesion traumática de la médula espinal, cuidador informal, afrontamiento.

TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY: COPING STRATEGIES OF THE INFORMAL CAREGIVER

Abstract

Introduction: Traumatic spinal cord injury (LVM) is one of the most restrictive and devastating conditions that can occur in a person's life. Emerging abruptly and unexpectedly, informal caregivers (IC) they also, experience a whirlwind of emotions and a complex and dynamic adjustment process in which coping strategies play a mediating role of extreme importance. To better understand the expressiveness of caring of subjects with SCI, and in particular, identify the coping strategies used by informal caregivers (IC) are the main objectives of this study. **Method:** The sample was collected nationwide and during the year 2012. 160 Informal caregivers of individuals with traumatic spinal cord injury participated in this study of which 83.1% are female and 16.9% are male. A socio - demographic and clinical

questionnaire was applied. The instrument used to assess coping strategies used by the CI was the Brief-cope. **Results:** The IC preferably used the following coping strategies: acceptance (4.46), active coping (4.26) and planning (4.19). Already behavior disinvestment (1.51) and substance use (0.83) were the least used. IC with 60 or more years resort more to a strategy of denial compared to those under 40 years of age. Considering the IC's education, it was observed that an increase of the IC's qualifications there was also a reduction of the use of denial strategy. **Conclusions:** The results suggest the need to intervene especially along the IC over 60 years as well as those with less education, because they use more the denial strategy which literature indicates to be a dysfunctional strategy. The scarcity of studies in this area makes this study relevant and fosters the need to conduct more research, especially longitudinal ones.

Keywords: Spinal cord injury, informal caregiver, coping.

Introdução

A LVM dada as suas repercussões físicas, psicológicas, sociais e económicas afirma-se como uma das condições mais graves que podem afetar a vida de uma pessoa, já que a medula espinal é a estrutura responsável pelas funções respiratória, circulatória, excretora, sexual e térmica (Baker e Cardenas, 1996), podendo advir deficits das funções motoras e/ou sensitivas de maior ou menor gravidade e paralisia, dependendo do tipo e nível da lesão. (Hagen, Rekand, Gilhus e Grønning, 2012).

A grande maioria dos serviços de cuidado e suporte que as pessoas portadoras de algum tipo de deficiência recebem são prestados por cuidadores informais não remunerados. O valor económico do seu trabalho é considerável e constituem-se como o pilar da rede dos cuidados continuados (AARP Public Policy Institute, 2006).

Cuidar de uma pessoa com algum nível de dependência exige por vezes deslocar as suas necessidades e desejos para segundo plano (Kalra, Kamath, Trivedi e Janca, 2008). Os cuidadores tendem muitas vezes a subestimar a duração e a magnitude do seu trabalho (Davis, Gliss e Harper, 2011). Cuidar pode exigir lidar com uma diversidade de exigências que com frequência superam as reais possibilidades do cuidador, com reflexos a nível físico, psicológico, económico, laboral e social (American Psychological Association [APA], 2012; Carers UK, 2009; Davis et al., 2011, Life After Care, 2010; Keck e Saraceno, 2009). Tal impacto pode comprometer a qualidade de vida do CI, por em causa a continuidade da prestação do cuidado e a qualidade de vida da pessoa foco dos seus cuidados, podendo mesmo culminar na institucionalização do mesmo.

Quando confrontados com um acontecimento de vida gerador de stress, as pessoas recorrem a um conjunto de estratégias para modificar o seu impacto (Cousson-Gélie et al., 2010). Lazarus e Folkman (1984) definem coping como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais (em mudança constante) e utilizadas pelo indivíduo com o objetivo de gerir as exigências internas ou externas e avaliadas como excedendo os seus recursos pessoais.

Para Carver, Scheier e Weintraub (1989) existe uma tendência (referindo-se a esta como *a disposicion*) – tipo traço – para as pessoas utilizarem determinadas estratégias de coping, que se mantêm relativamente estáveis através do tempo e das circunstâncias. Carver propõe a divisão das escalas de coping que apresenta e define no instrumento brief-COPE, nas seguintes categorias: coping focado no problema, coping focado na emoção e estratégias de coping disfuncionais (Cooper, Katona, Orrell e

Livingston, 2008; Craver, 1997).

No sentido de melhor intervir juntos destas pessoas com LVM e promover uma melhor adaptação das que lhes prestam cuidado emerge a necessidade de se estudarem as estratégias de coping que são mais eficazes e sinalizar os CI que utilizam estratégias disfuncionais.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 160 CI de sujeitos com LMV traumática, com idade média de 51,2 anos ($DP = 14,3$), dos quais 83,1% são do género feminino e apenas 16,9% são do género masculino. A maioria dos cuidadores apresenta idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: (1) o CI ser o principal responsável - não remunerado, familiar ou amigo – pela prestação de cuidados; (2) o CI ter tido necessariamente contacto com o sujeito foco dos seus cuidados nas últimas 4 semanas; (3) deveria existir uma relação de parentesco ou afectiva anterior à LVM entre o CI e o sujeito foco dos seus cuidados; (4) o CI ter prestado cuidado há pelo menos um ano ou mais; (5) o sujeito com LVM não ter sido internado no último ano. São critérios de exclusão: (1) o CI do sujeito que apresente uma lesão medular não traumática, (2) o CI e o sujeito com LVM de idade inferior a 18 anos.

Instrumentos

Para a realização do presente estudo foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico. O instrumento utilizado para avaliar as estratégias de coping foi o Brief COPE (Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004). Para Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), o questionário apresenta uma boa consistência interna e, tornando-o um instrumento válido a ser utilizado em contexto da investigação clínica, e que segue padrões idênticos à versão original, com a maior parte das escalas a apresentar uma consistência interna superior a 0,60 (Carver, 1997; Pais-Ribeiro, 2007).

Procedimento e análise

A colheita de dados procedeu-se com a autorização e em colaboração com instituições hospitalares, associações e centros de reabilitação a nível nacional. A participação no estudo foi voluntária e anónima, seguindo os princípios éticos de investigação. Para a análise estatística dos dados, utilizou-se o *software Statistic Program for Social Sciences* (SPSS, versão 20.0).

Resultados

A amostra é constituída por 160 CI de sujeitos com LMV traumática, com idade média de 51,2 anos ($DP = 14,3$), dos quais 83,1% são do género feminino e apenas 16,9% são do género masculino. A maioria dos cuidadores apresenta idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos.

A maioria dos CI, 69,4% são casados ou vivem em união de facto, 8,1% são divorciados/separados, 10,0% são solteiros, 12,5% são viúvos.

Os CI que possuem o primeiro ciclo de ensino básico são os que se apresentam em maior percentagem (39,4%). Relativamente às restantes habilitações do CI,

verificamos que, 5,0% não têm nenhuma habilitação; 29,4% possuem o 2º e 3º ciclo de ensino básico, 13,1% o ensino secundário e profissional (2,5% têm curso profissional e 10,6% têm o secundário) e 13,1% têm estudos superiores.

Para a situação profissional a situação de empregado é a mais referida (37,1%), seguindo-se os que estão reformados (31,4%), os desempregados (19,5%), os estudantes (1,3%) e outras ocupações (10,7%).

Quanto à ligação do CI ao sujeito a quem presta cuidados, na sua maioria é de natureza conjugal (40,6%), seguindo-se filho(a) (24,4%), progenitor(a) (23,1%), irmão (ã) ($n = 8$, 5%), amigo(a) (1,9%), e outras (5,1%).

Entre as principais razões que o levaram a assumir o papel de cuidador, 159 inquiridos referiram ter sido por: iniciativa própria 59,7%; por obrigação 26,4%; eram os únicos que o podiam fazer 11,3%; por decisão familiar 2,5%; porque ninguém o quis fazer 1,3% e 0,6% porque foi-lhes pedido que assumissem esse papel.

O tempo dedicado por semana a cuidar da pessoa com LVM varia entre 1 hora a mais de 35 horas. Descrevendo em pormenor, dos 153 inquiridos que responderam: 19,0% dispensam entre 1 e 5 horas; 9,8% entre 5 e 10 horas; 7,8% entre 10 e 15 horas; 6,5% entre 15 e 20 horas; 5,9% entre 20 e 25 horas; 7,2% entre 25 e 30 horas; 2,6% entre 30 e 35 horas e por fim, 41,2% dos CI refere prestar mais do que 35 horas.

No seu papel de CI, 45,0% prestam suporte em atividades de vida diárias; 69,4% assistem nas atividades instrumentais, 8,1% prestam apoio emocional ao sujeito com LVM e 1,1% referem prestar todos os cuidados referidos.

No presente estudo a cada CI está associado também um sujeito com LVM, perfazendo assim, respectivamente 160 sujeitos com LVM, dos quais 24,4% são do género feminino e 75,6% do género masculino. Estes têm idades compreendidas entre 19 e 74 anos, e com uma média de idades de 41,18 anos ($DP = 13,51$).

Quanto à etiologia da LVM traumática referem ter sido: 50,3% por acidente de viação, 17,6% por queda, 11,9% acidente de trabalho, 2,5% acidente desportivo, 1,9% por agressão e 15,75% disseram que foi por outras razões. Entre os outros motivos, mencionaram, cirurgia à coluna (4) acidente doméstico (1).

O tempo em que ocorreu o acidente que motivou a LVM varia entre 1 e 39 anos, com tempo médio de 10,44 anos ($DP = 8,75$).

No que respeita ao nível de lesão, 45,6% referem ter uma lesão a nível cervical (52,8% com lesão completa e 47,2% incompleta) e 54,4% a nível lombar ou dorsal (61,4% tem lesão completa e 38,6% tem lesão incompleta).

Procedendo a análise da Tabela 1 referente às medidas de localização e de dispersão das escalas de coping utilizadas pelos CI e avaliadas pelo instrumento Brief COPE - a dimensão aceitação é a que apresenta média mais elevada (4,46) enquanto a dimensão: uso de substâncias é a que apresenta média mais baixa (0,83). Da observação dos resultados pode-se ainda constatar que o coping ativo (4,26) e o planear (4,19) são juntamente com a aceitação as estratégias de coping mais utilizados pelos CI e o uso de substâncias a menos utilizada.

Tabela1. Medidas de localização e de dispersão das dimensões de coping utilizadas pelos CI.

	Dimensão do Coping	Média	Desvio padrão
1	Coping activo	4,26	1,22
2	Planejar	4,19	1,39
3	Utilizar suporte instrumental	2,22	1,55
4	Utilizar suporte emocional	2,82	1,64
5	Religião	2,83	2,03
6	Reinterpretação positiva	4,10	1,31
7	Auto culpabilização	1,74	1,37
8	Aceitação	4,46	1,18
9	Expressão de sentimentos	2,25	1,44
10	Negação	2,28	1,86
11	Auto distração	2,28	1,56
12	Desinvestimento comportamental	1,51	1,61
13	Uso de substâncias	0,83	1,20
14	Humor	2,89	1,70

No sentido de estudar as diferenças estatisticamente significativas entre as estratégias de coping e as variáveis sócio-demográficas e clínicas, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para a comparação de dois grupos, e para a comparação de três ou mais grupos ao teste de *Kruskal-Wallis*.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas no uso da estratégia religião ($Z = -3,18$; $p = 0,00$) e auto-distração ($Z = -2,07$; $p = 0,04$), sendo estas mais utilizadas pelo género feminino.

Para a variável idade, verificam-se diferenças estatisticamente significativas para a estratégia negação ($X^2 = 9,06$; $p = 0,01$). Os CI que têm mais de 60 anos de idade recorrem mais à estratégia da negação ($X^2 = 9,06$; $p = 0,01$) comparativamente com os que têm menos de 40 anos de idade (com média igual a 1,63). Considerando a escolaridade do CI, observa-se que à medida que aumentam as habilitações diminui também o uso desta mesma estratégia.

Considerando a escolaridade do CI, verificam diferenças estatisticamente significativas nas estratégias: utilizar suporte social emocional ($X^2 = 11,92$; $p = 0,02$) e negação ($X^2 = 22,16$; $p = 0,00$). No caso do recurso ao suporte social emocional, esta estratégia é mais utilizada por CI sem habilitações, seguindo-se os que possuem o primeiro ciclo do ensino básico. Relativamente à negação, observa-se que à medida que aumenta o nível de habilitações do CI diminui a utilização desta estratégia.

Discussão/conclusão

Cuidar de um sujeito com LVM é assumido na sua maioria pelo sexo feminino, indo de encontro com a ideia de que o papel da mulher na sociedade continua a associar-se ao de cuidadora (Flórez, 2002) e como aliás, é observado noutros estudos (AARP, 2009).

Mais de 40% dos CI referem prestar mais do que 35 horas semanais, refletindo as altas exigências inerentes à LVM. Apesar da maioria dos cuidadores apresentarem idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos e se encontrarem numa idade ativa é expressivo que apenas 37,1% se encontrem empregados. Os dados sugerem a dificuldade destes em conciliar as exigências do cuidar, com a atividade profissional e a

possível antecipação da idade de reforma para assumir o papel de principal responsável pelo cuidar. A situação de reformado atinge na nossa amostra o valor de 31,4%.

Tendo em conta a categorização das estratégias de coping proposta por Carver (Carver, 1997; Cooper et al., 2008), podemos considerar que na sua maioria os CI deste estudo utilizam estratégias de coping adaptativas. Efetivamente recorrem mais a estratégias de aceitação, coping ativo e planeamento e menos a estratégias disfuncionais, designadamente desinvestimento comportamental e uso de substâncias. Os resultados sugerem também, a necessidade de se intervir especialmente junto dos CI com mais de 60 anos e com menos habilitações, pois utilizam mais a estratégia disfuncional negação.

A escassez de estudos nesta área em Portugal torna relevante o presente estudo. Contudo, para melhor compreender a dinâmica do processo de ajustamento, será pertinente promover mais estudos, especialmente de natureza longitudinal.

Referências

- AARP Public Policy Institute. (2006). *Valuing the Invaluable: A New Look at State Estimates of the Economic Value of Family Caregiving*. Recuperado a 13 de Julho 2013 de <http://www.aarp.org/relationships/caregiving/info-07-2011/valuing-the-invaluable.html>
- American Psychological Association, APA (2011). *Stress in America: Our Health at Risk*. Recuperado a 14 de Março 2012 de <http://www.apa.org/news/press/releases/2012/01/chronic-disease.aspx>
- Baker, E. e Cardenas, D. (1996). Pregnancy in spinal cord injured women. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 501-507.
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes. Making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*, 40, 706-717.
- Carers UK. (2009). *Policy Briefing: Facts about Carers*. Recuperado a 10 Julho 2013 de http://www.carersuk.org/media/k2/attachments/Facts_about_Carers_2009.pdf
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioural Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M. & Livingston G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 929-936.
- Cousson-Gélie, F. Cosnefroy, O., Christophe, V., Segrestan-Crouzet, C., et al. (2010). The Ways of Coping Checklist (WCC). Validation in French-speaking Cancer Patients. *Journal of Health Psychology*, 15, 1246-1256.
- Davis, L., Gilliss, C. e Harper, M. (2011). *Family Caregiving: Implications for Rural Practice, Policy, Education, and Research*. En R.C. Talley, K. Chwalisz, e K. Buckwalter (Eds.), *Rural Caregiving in the United States: Research, Practice, Policy* (pp. 19-31). Springer.
- Flórez, J. (2002). El síndrome del cuidador. *Geriátrika*, 18, 22-26.
- Hagen, E. M., Rekand, T., Gilhus, N. E. & Grønning, M. (2012). Traumatic spinal cord injuries-incidence, mechanisms and course. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 132, 831-837.
- Kalra, H., Kamath, P., Trivedi, J. K. e Janca, A. (2008). Caregiver burden in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 70-73.
- Keck, W. e Saraceno, C. (2009). *Balancing elderly care and employment in Germany*. Berlin: Social Science Research Centre.
- Lazarus, R. e Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Nova York: Springer.
- Life After Care. (2010). *Overview Report – Caring and Post Caring in Europe*. Recuperado a 15 de Março 2012 de <http://www.lifeaftercare.eu/docs/OverviewReportFinalSept2010.pdf>

Pais-Ribeiro, J. (2007). *Introdução a Psicologia da Saúde*. (2a. ed.). Lisboa: Quarteto.

Pais-Ribeiro, J. e Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 3-15.

RIESGOS PSICOSOCIALES EN PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA. UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA A LOS PLANTEAMIENTOS NORMATIVOS, CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

Esteban Agulló-Tomás, José Antonio Llosa-Fernández y Miguel Erja González-Solís

Universidad de Oviedo, España

Resumen

El ámbito de los profesionales implicados en los servicios de emergencia posee un interés esencial para el estudio de los riesgos psicosociales por la propia actividad desarrollada: las situaciones de emergencia. Unas situaciones que vienen caracterizadas por requerir de los profesionales un conjunto específico de competencias, aptitudes, destrezas y, sobre todo, un número significativo de estrategias de afrontamiento para enfrentarse a diversos estresores y momentos de riesgo considerable. El proceso metodológico llevado a cabo en el estudio parte de la revisión normativa, conceptual, teórica y de los instrumentos metodológicos utilizados hasta la fecha para abordar este sector profesional y los riesgos psicosociales con los que se enfrentan en el desempeño de su labor. Los resultados muestran los problemas que supone la diversidad normativa que rodea al sector. Se constata la no existencia de una terminología consensuada sobre el uso adecuado de conceptos como emergencia, catástrofe, desastre o crisis. La tipología de riesgos psicosociales coincidente en el diverso campo profesional de los servicios de emergencia se centra especialmente en: *burnout*, estrés postraumático y estrés laboral. Desde el estudio se destaca la necesidad de dar protagonismo en los programas formativos al manejo de estrategias de afrontamiento, como una de las principales acciones preventivas para salvaguardar la salud psicosocial de los profesionales implicados.

Palabras clave: sector emergencias, riesgo psicosocial, psicólogo de emergencias, prevención riesgos laborales sector emergencias.

PSYCHOSOCIAL RISKS IN EMERGENCY SERVICES WORKERS. A CRITICAL APPROACH TO LEGAL, CONCEPTUAL AND METHODOLOGICAL SITUATION

Abstract

The field of the professionals implicated in emergency services owns an essential interest for the study of the psychosocial risks by the developed activity: the emergency situations. Situations which are characterized by the requirement of a specific group of competences, aptitudes, skills, and, above all, a significant number of coping strategies to confront several stressors and considerable risk moments. The methodological process executed in the study starts in the regulatory, conceptual and theoretical review, and of the methodological instruments used to date to tackle this professional sector and the psychosocial risks which they face in the performance of their work. The results show the problems which the normative diversity that surrounds the sector entails. It is stated the absence of an agreed terminology about the proper use of the concepts such as emergency, catastrophe, disaster or crisis. The psychosocial risks typology coincident in the diverse emergency services professional field is focused especially on: *burnout*, post-traumatic stress and job stress. The study emphasizes the need of giving

priority to the management of coping strategies in the training programs, as one of the main preventive actions to save the psychosocial health of the implicated professionals.

Keywords: Emergency sector, psychosocial risk, emergency psychologist, occupational safety and health emergency sector.

Introducción

A modo de conceptualización crítica del sector de las emergencias con el fin de dar contexto al estudio, nos encontramos con variedad terminológica importante que puede llevar a equívoco, así como la completa ausencia de consenso. Es particularmente confusa la delimitación entre “situación de emergencia”, “desastre” y “catástrofe”. Para hacer una distinción terminológica de estos tres componentes partiremos desde una perspectiva social, según la cual, estos términos se agrupan en un continuo que implica diferenciaciones cuantitativas y cualitativas entre cada uno de ellos.

Habría que diferenciar entre el concepto “emergencia” y la “situación de emergencia”. La emergencia es de manera genérica cualquier “situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata” (RAE, 22ª Ed.). En cambio, si hablamos de una situación de emergencia en términos prácticos, nos estaríamos ciñendo a situaciones que emergen de manera inesperada y precisan acción inmediata, a las que se puede dar respuesta efectiva con medios locales (Fernández, 2013). Emergencia y urgencia serán tratados como sinónimos, estando el término urgencia más vinculado con el ámbito sanitario.

El fenómeno natural hace referencia a cualquier tipo de eventualidad natural que puede surgir en una localización geográfica, tal como movimientos sísmicos o lluvias torrenciales. Un fenómeno natural no implica la presencia de un desastre (Macías, 1999). El desastre y la catástrofe poseen características cualitativas que lo alejan del mero fenómeno natural.

El desastre puede ser un fenómeno natural, pero también puede estar fundamentalmente causado por la acción humana. La idiosincrasia del desastre viene marcada porque junto al desastre sobreviene una alarma social entre la comunidad afectada (Fernández, 2013).

La catástrofe supone frente al desastre un incremento cuantitativo, pero también un salto cualitativo, al implicar un cambio profundo en el tejido social de la población afectada (Figura 1).

La emergencia es accidental, y puede tener efectos desastrosos sobre la víctima, además de grandes implicaciones sobre sus tejidos familiares y círculos cercanos. Una situación de desastre crea alarma sobre una comunidad y es un efecto de mayor magnitud. Por último, los efectos de una catástrofe, además de todo esto, acarrearán modificaciones sociales en la comunidad afectada (Maskery, 1991).

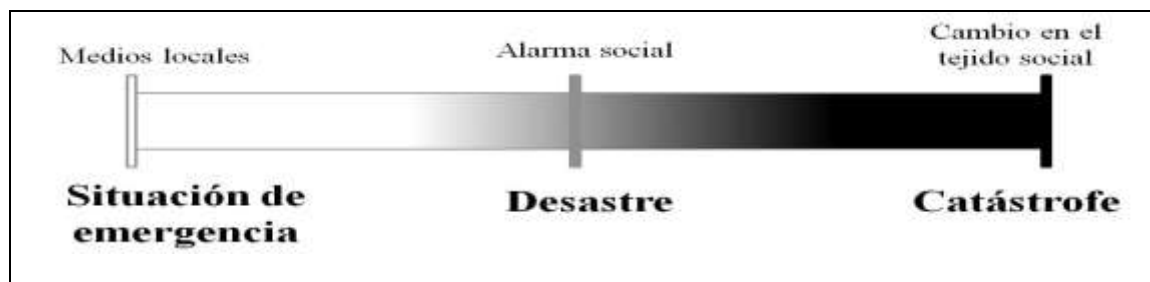


Figura 1. Dimensión cualitativa y cuantitativa de la relación entre los conceptos situación de emergencia, desastre y catástrofe (figura de creación propia).

Para conocer el impacto social de una situación de emergencia se alude al término vulnerabilidad social. La vulnerabilidad social sería la capacidad técnica, humana, logística y de infraestructura de una comunidad para afrontar un riesgo, determinando la probabilidad de que se desencadene y la magnitud del impacto contingente. Con esta conceptualización estamos en situación proceder al análisis de la compleja situación normativa que rodea al sector, así como a poner sobre la mesa tres de los riesgos psicosociales más relevantes al que sus practicantes se ven expuestos.

Método

El proceso metodológico llevado a cabo en el estudio parte de la revisión normativa, conceptual, teórica y de los instrumentos metodológicos utilizados hasta la fecha para abordar este sector profesional y los riesgos psicosociales con los que se enfrentan en el desempeño de su labor. El estudio pone énfasis en las aportaciones realizadas desde la psicología, centrándose en el análisis crítico de la conceptualización y naturaleza de los riesgos psicosociales manifestados en el campo de las emergencias.

Resultados

A nivel normativo en España nos topamos un panorama legal articulado en torno a tres niveles: Unión Europea, Ministerio del Interior del Gobierno de España y Planes Territoriales de cada comunidad autónoma, estas últimas, principales instrumentos para la gestión de las emergencias.

La Unión Europea tendría asignadas competencias de apoyo, coordinación y complementación de la acción de los estados miembros en materia de Protección Civil (Artículo 6 del Tratado de Lisboa) con el fin de mejorar el apoyo entre países ante catástrofes así como mejorar la coordinación de la actuación conjunta y unificar servicios de Protección Civil comunes como el establecimiento del 112 como número de emergencias en todo el territorio comunitario. La legislación que se desarrolle en este ámbito dentro de los organismos de la Unión nunca podrá forzar cambios directos en la legislación vigente en cada país miembro (Artículo 196.2 del Tratado de Lisboa).

La legislación estatal se articula en torno a la Ley de Protección Civil 2/1985 del 21 de enero donde se establecen las líneas generales de organización a nivel estatal.

Los instrumentos principales de los que dispone el Estado para la gestión de las Protección Civil es el Plan Nacional de Protección Civil, un guión maestro de la orientación y contenidos mínimos que deben incluir todos los Planes Regionales, y la Comisión Nacional de Protección Civil, encargada de coordinar la acción de los gobiernos autonómicos y la Secretaría de Protección Civil.

Las Comunidades Autónomas tienen transferidas el grueso de las competencias en Protección Civil que se gestionan desde la Entidad 112 de cada región. Cada comunidad debe elaborar un Plan de Protección Civil Regional, que habrá de ser presentado ante la Comisión Nacional de Protección Civil para su evaluación y homologación. Este plan responderá a las necesidades generales de la región y en él se plasma el organigrama de Protección Civil compuesto de una unidad de estructura dirección y coordinación, y otra operativa y de intervención.

A esta complejidad normativa se suma que cada grupo profesional implicado en la atención a emergencias tiene su propia normativa y reglamentación, la cual también podemos encontrar a nivel estatal, autonómico, incluso reglamentos locales, como puede ser el caso de los cuerpos de bomberos. La taxonomía de grupos profesionales se detalla en la Tabla 1.

Tabla 1. Grupos implicados en la atención a emergencias.

<i>Grupos Implicados</i>	<i>Actores principales</i>
Sanitario	Médicos, enfermeros, conductores y ayudantes de ambulancia.
Fuerzas de seguridad	Policía Nacional, Guardia Civil, Policía Local y Unidad Militar de Emergencias (UME).
Servicios sociales de urgencia y emergencia	Pertenecientes a los Servicios Sociales Municipales.
Voluntarios de Protección Civil	Agrupación local de voluntarios
Bomberos	Urbanos y forestales.
Logístico	Jefes de área, técnicos de coordinación de emergencia y teleoperadores.
Atención psicológica de emergencia	Psicólogos de emergencia de los Colegios Oficiales de Psicología y UME.

Para conceptualizar y detectar los riesgos psicosociales a los que se expone el heterogéneo sector de la atención a la emergencia, se plantea este conjunto de características que comparten todos los perfiles implicados y justifica un acercamiento global a la investigación de los riesgos psicosociales en el sector:

- Trabajo bajo una gran responsabilidad
- Trabajo bajo presión. Sus actos pueden tener grandes consecuencias materiales y humanas para la población afectada.
- Contacto con personas, que además suelen hallarse en situaciones gran tensión o estado de shock.
- Ritmos de trabajo alto, particularmente bajo circunstancias de grave crisis, donde se registrar jornadas maratónicas. Fuente clara de fatiga en los implicados.
- Presencian situaciones límite que pueden dejar huellas importantes en la salud psicológica de quien es partícipe.

Las situaciones de emergencia también conllevan un contacto intrínseco con la amenaza de muerte y/o sufrimiento, propio o ajeno.

Con este dibujo del sector profesional, tenemos la posibilidad de presentar los tres riesgos psicosociales principalmente detectados: estrés laboral; burnout (SQT) y trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Como propuesta para afrontar el estrés laboral, formar en estrategias de afrontamiento desde una perspectiva grupal y a grupos libera de sentimientos de incompetencia a los miembros individuales, y genera a su vez sentimientos de homogeneidad y confianza a la unidad de trabajo (Peiró, 2001).

Al hablar de *burnout*, la circunscripción del síndrome al campo asistencial ha sido fuente de controversia casi desde su origen, asentándose con el paso de los años como un cuadro considerado válido para todo tipo de profesiones. En cualquier caso, el campo asistencial, en concreto el de las emergencias, se ve de manera inequívoca afectado por el síndrome, siendo dos de los grupos profesionales con mayor prevalencia, el sanitario y el policial (Laboratorio Observatorio Riesgos Psicosociales de Andalucía, 2005).

Sobre el trastorno de estrés postraumático, entre los seis criterios diagnósticos del DSM IV, el primero de ellos hace referencia al contacto con la muerte o la amenaza de muerte propia o de terceros, como origen desencadenante del trastorno.

Pocos sectores a parte de el de emergencias, están conformados por profesionales en contacto con peligro para la vida de terceros, o la suya propia, como elementos sustancial de las funciones laborales. Esto caracteriza al trastorno de estrés postraumático como un riesgo muy específico de este sector.

Conclusiones y recomendaciones

De primera mano, cabe resaltar la confusión conceptual a la que nos enfrentamos en el estudio del sector de las emergencias. La ausencia de consenso en torno a términos clave como situación de emergencia, catástrofe o desastre se presenta como un problema para conceptualizar el sector profesional.

De otra parte, la investigación realizada evidencia que se trata de un sector con un terreno legal árido y complejo. Como legislación básica para el sector de las emergencias nos encontramos con la Ley de Protección Civil, pero a partir de ahí la diversidad legislativa se hace casi inabarcable.

La gestión de los diferentes grupos profesionales, exceptuando cuerpos de policía de ámbito nacional y militares, se regula de manera autonómica. Esto tiene 2 efectos claros. Por un lado, crea una cantidad de normativa diferente muy amplia. Por otro, promueve diferenciaciones territoriales. Al no contar muchos de los grupos con una norma legal básica a nivel estatal, hay sectores que se difuminan según las autonomías en las cuales realicemos el acercamiento. De otra parte, se echa en falta una formación reglada y oficial para algunos sectores. Determinados grupos como los teleoperadores, coordinadores del 112 o los bomberos forestales, pertenecen a subcontratas de las diferentes autonomías, lo cual pone sobre la mesa el riesgo de que estos profesionales no tengan la formación adecuada para puestos de una peligrosidad importante, como el que desempeñan.

De igual forma, el perfil del psicólogo está poco contemplado, tanto a nivel legal, donde cae en la anécdota, como a nivel formativo. Desde la psicología hemos de entonar el *mea culpa*, ya que no existen estudios oficiales en nuestro país como vía para la especialización en el sector de las emergencias.

La figura del psicólogo de emergencias, a día de hoy está poco profesionalizada. La inmensa mayoría de psicólogos involucrados en el sector trabajan en base al voluntarismo prestado a través de los Colegios Oficiales de Psicólogos (COP). Siendo estos mismos colegios los encargados de la formación continua de los profesionales.

El desamparo legal de la figura del psicólogo lleva a que la presencia o ausencia de un equipo de psicólogos intervinientes en el Plan Regional de Emergencias, queda a merced de la voluntad del gobierno autonómico y el COP de la comunidad de firmar un convenio de colaboración. Esto lleva al profesional de la intervención psicológica en emergencias a un plano muy secundario.

En general, dentro del sector de emergencias se presenta la imperiosa la necesidad de formación continua para los implicados, así como se detecta la necesidad de proporcionar estrategias de afrontamiento para las situaciones límite a las que se enfrentan día a día. Sin ser este un trabajo empírico, encontramos en la mera descripción de los grupos profesionales fuentes claras de riesgo psicosocial.

El contacto con el riesgo para la vida de propios y terceros, el contacto con la muerte en el ámbito profesional, o los niveles de responsabilidad a los que se exponen con sus acciones, hace que el sector de las emergencias sea uno de riesgo psicosocial muy grave para los implicados. A la vista de esto, se muestra como necesidad de primer orden la acción preventiva en estrategias de afrontamiento y salud psicosocial, tanto a nivel individual como grupal.

Se detecta a la familia y contexto social de los trabajadores, como alto determinante en la manifestación, o no, de estos riesgos psicosociales, antojándose como necesario que la acción preventiva trascienda los muros de los profesionales implicados y tome un carácter comunitario.

De otra parte, la vigilancia de la salud psicosocial habría de ser una de las herramientas preventivas principales para los riesgos psicosociales, no solo en el sector de las emergencias, sino en el conjunto del mundo laboral. Sin embargo, ninguno de los protocolos contemplados por el Ministerio de Sanidad para abordar la vigilancia de la salud en el trabajo contempla ningún componente psicosocial.

Como nota positiva, se ha de demarcar la creación del número de atención a emergencias universal 112, que ha generado un sistema de acción coordinado, multidisciplinar e integral, que da en consecuencia una atención de calidad y efectividad por parte del sector tratado.

Recomendaciones

Crear una guía oficial que sirva de análisis al sector de las emergencias para generar una foto realista de la realidad del panorama de la atención a emergencias.

Fomentar la formación continua en los profesionales implicados, tanto para progreso técnico del desempeño de su trabajo, pero sobre todo, para favorecer la salud psicosocial de los implicados.

Fomentar la formación reglada de manera oficial como camino para profesionalizar a los trabajadores en este complejo sector.

Regular legalmente el perfil del psicólogo de las emergencias, e incluirlo como miembro activo en todos los Planes de Protección Civil.

Promover una prevención de riesgos psicosociales que trascienda la organización y llegue a círculos sociales y familiares de los implicados en el sector. Promover una perspectiva comunitaria de la prevención de riesgos.

Crear protocolos de vigilancia de la salud psicosocial con el amparo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Salud del Gobierno de España.

Incluir al sector de emergencias como uno de los de Riesgo Especial en el Anexo I del Reglamento de los servicios de PRL (RD. 39/1997), por ser un sector de riesgo crítico para la salud psicológica, emocional y física de quien lo practica.

Referencias

- Erikson, K.T. (1976). *Everything in its Path: Destruction of Community in the Buffalo Creek Flood*. Nueva York: Simon y Shuster.
- Fernández, J.M. (2013). *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Laboratorio Observatorio de Riesgos Psicosociales de Andalucía. (2007). *El estrés laboral como riesgo psicosocial: actividad preventiva y correctora*. Sevilla: Laboratorio Observatorio de riesgos psicosociales de Andalucía.
- Ley de Protección Civil 2/1985 del 21 de enero donde se establecen las líneas generales de organización a nivel estatal (BOE n. 22 de 25 de enero de 1985).
- Macías, J.M. (1999). *Desastres y protección civil: problemas sociales, políticos y organizacionales*. México: CIESAS.
- Maskery, A. (1998). La aplicación de los SIG al análisis de los riesgos. En A. Maskrey (Ed.), *Navegando entre brumas. La aplicación de los sistemas de información geográfica al análisis de riesgo en américa latina* (pp. 4-12). Perú: Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory* (2a. ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Peiró, J.M. (2001). El Estrés Laboral: Una perspectiva individual y colectiva. *Revista INSHT*, 13, 18-38.

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LAS SESIONES EN ESTUDIOS CON GRUPOS DE HABILIDADES SOCIALES DE NIÑOS AFECTADOS DE T.E.A. DE ALTO FUNCIONAMIENTO

José María Martín-Jiménez*, Ana María García-Sánchez*,
Rubén Aníbal García-Oliva* y Roberto Guillermo Matías-Suárez**

* *Servicio Canario de Salud, España*

** *Centro de Protección de Menores (Cabildo de Gran Canaria), España*

Resumen

Dentro del amplio espectro que abarca el grupo de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) están el Síndrome de Asperger (SA) y el Autismo de Alto Funcionamiento (AAF), que comparten alteraciones cualitativas en áreas tan fundamentales como son la comunicación y la interacción social. Es frecuente que presenten alguna conciencia de sus peculiaridades y déficits, así como motivación para relacionarse con sus iguales, aunque con grandes dificultades para su implementación y mantenimiento. El entrenamiento en Habilidades Sociales (HHSS) se viene considerando como un elemento fundamental que debe ser integrado como parte del abordaje de sujetos con SA/AAF, puesto que la simple exposición al grupo de iguales y a situaciones de interacción social no parece resultar suficiente para fomentar el desarrollo de HHSS apropiadas para su edad. De entre las diferentes intervenciones llevadas a cabo, destacan los Grupos de Habilidades Sociales (GHS), los cuales constituyen uno de los tratamientos más utilizados y recomendados para mejorar este aspecto de los individuos con SA/AAF, reportando beneficios en diferentes áreas. La literatura cuenta con revisiones que analizan diferentes aspectos de los estudios realizados, pero se echa en falta un aspecto capital a la hora de diseñar un GHS, como es la estructura de las sesiones de tratamiento. No sólo no existen revisiones acerca de tal aspecto, sino que éste es omitido en muchos de los artículos que recogen experiencias con GHS, lo que hace estas experiencias irreproducibles. El objetivo de este trabajo es presentar la estructura de las sesiones que componen el programa PROHASTEIA de intervención grupal en habilidades sociales para niños y adolescentes con AAF/SA que se viene realizando en una Unidad de Salud Mental de Gran Canaria, en comparación con la utilizada según aparece en distintos estudios que han desarrollado en otros GHS similares, fundamentando nuestra elección terapéutica.

Palabras clave: habilidades sociales; síndrome de asperger, autismo de alto funcionamiento, grupo, intervención.

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF THE SESSIONS IN STUDIES WITH GROUPS OF SOCIAL ABILITIES OF CHILDREN AFFECTED ASD OF HIGH FUNCTIONING

Abstract

Asperger Syndrome (AS) and High Functioning Autism (HFA) are two of the disorders included in the broad spectrum representing the Autism Spectrum Disorders (ASD), which share qualitative changes in fundamental areas such as communication and social interaction. They are often aware of their peculiarities and deficits, and show an important motivation to interact with peers as well, although with great difficulties in its execution and maintenance. Social Skills (SS) Training has been considered as a key element which must be integrated as part of a comprehensive approach to patients with AS / HFA, since mere exposure to peer group

and social interaction situations seem not to be enough to encourage the development of age-appropriate SS. Among the different interventions carried out, Social Skills Groups (SSG), constitute one of the most widely used and recommended intervention to improve this aspect, bringing benefits in different areas. Scientific literature has reviews which analyze different aspects of the studies, but are missing a vital aspect when designing SSG interventions, as the structure of the treatment sessions is. Not only there are no reviews about this aspect, but this is omitted in many of the papers on experiences with SSG, which makes these experiences irreplicable. The aim of this paper is to show the structure of our social skills group training for children and adolescents with AS / HFA (PROHASTEIA) which is performed in a Mental Health Unit of Gran Canaria, compared with various studies which have been developed in other SSG.

Keywords: Social skills, asperger's disorder, high functioning autism, group, intervention.

Introducción

El Autismo de Alto Funcionamiento (AAF) -entidad ampliamente reconocida a pesar de no ser una categoría diagnóstica oficial- y el Síndrome de Asperger (SA) son dos trastornos englobados bajo el amplio manto que supone el grupo de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), que se caracterizan fundamentalmente por compartir alteraciones cualitativas en áreas tan vitales como son la comunicación y la interacción social, lo cual contrasta con su adecuada capacidad cognitiva y nivel de lenguaje (American Psychiatric Association [APA], 2000). A pesar de ello, es frecuente que los sujetos afectos tengan conciencia de sus peculiaridades y déficits, así como que exhiban motivación para relacionarse con sus iguales, pero con importantes dificultades a la hora de su implementación y/o mantenimiento (Myles y Simpson, 2002).

La amistad constituye una de las relaciones más comunes e importantes que las personas poseen a lo largo de la vida, la cual reporta beneficios para sus integrantes a distintos y muy variados niveles. Esta importancia es capital en la edad escolar para un desarrollo sano de los niños, pero como consecuencia de sus peculiaridades y déficits, los niños y jóvenes con SA/AAF presentan menos amistades, relaciones menos satisfactorias y mayores sentimientos de soledad que sus iguales neurotípicos, así como rechazo, acoso y burlas por parte de éstos (Cappadocia, Weiss y Pepler, 2012; Sofronoff, Dark y Stone, 2011). Pero las consecuencias no quedan en la infancia y la adolescencia, sino que las repercusión negativa en las diferentes áreas del sujeto persisten en la edad adulta (Rao, Beidel y Murray, 2008).

La simple exposición al grupo de iguales y a situaciones de interacción social no parecen ser suficientes para fomentar en estos niños el desarrollo de Habilidades Sociales (HHSS) apropiadas para su edad (Chung et al., 2007), lo cual ha llevado a considerar la necesidad de integrar el entrenamiento en HHSS como parte de una intervención integral para este grupo de pacientes, y particularmente, su trabajo en el formato grupal. Así, tal ha sido la evolución que los Grupos de Habilidades Sociales (GHS) han pasado a constituir uno de los tratamientos más utilizados y recomendados para mejorar el desempeño social de los individuos con SA/AAF, reportándose beneficios en competencia social, presentar mejores amistades, y experimentar menor soledad (Reichow, Steiner y Volkmar, 2012).

El cuerpo de la literatura cuenta con varias revisiones que analizan diferentes aspectos de los estudios realizados: muestra, evaluación psicodiagnóstica, resultados...,

pero encontramos que hay un elemento no tratado en tales revisiones, vital a la hora de diseñar un grupo de estas características y su contenido: la estructura de las sesiones de tratamiento. No sólo no existen revisiones acerca de tal aspecto, sino que éste es omitido en muchos de los artículos que recogen experiencias con este tipo de grupos, hecho que convierte a estas en experiencias irreproducibles, al no contar con información acerca de en qué partes y con qué contenidos se divide el desarrollo de la sesión.

El objetivo de este trabajo es presentar la estructura de las sesiones que componen el programa de intervención grupal en habilidades sociales (PROHASTEIA) para niños y adolescentes con AAF/SA que se viene realizando en una Unidad de Salud Mental de la isla de Gran Canaria, comparando este tipo de organización con la utilizada según aparece en distintos estudios que han desarrollado programas de habilidades sociales para el mismo tipo de trastornos.

Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica utilizando la base de datos de *Pubmed*, con los términos “autism”, “autistic disorder”, “Asperger Syndrome”, “High Functioning Autism”, “social skills”, “group” y “training”, entre los años 1970 y 2012, seleccionándose aquellos donde se trabajen las habilidades sociales para niños y adolescentes con diagnóstico de TEA en formato grupal, para escoger de entre éstos aquellos en los que se especificase la estructura estable de las sesiones que formaban el currículo del grupo que desarrollaban. Además de los artículos hallados por esta vía, se incluyó en la revisión 5 artículos que a pesar de no figurar en la base de datos utilizada, aparecían en alguno de los artículos revisados y cumplían los criterios de búsqueda.

De todos los artículos hallados, tan sólo 9 incluían una descripción detallada de la estructuración de las sesiones del GHS que habían realizado. Posteriormente compararemos dicha organización con la configuración de las sesiones elegida para nuestro Programa PROHASTEIA.

Resultados

Aunque existe una mención anterior, donde se plantea lo que podría considerarse un germen del trabajo en grupo con pacientes TEA para el fomento de HHSS (Gaylord-Ross, Haring, Breen y Pitts-Conway, 1984), el primer artículo en el que se especifica la intervención grupal desarrollada es el de Mesibov (Mesibov, 1984). Para ello seleccionaron 15 sujetos que cumplían los criterios diagnósticos DSM-III para “Autismo Infantil, Estado Residual” y desarrollaron un programa que tenía como objetivos el proporcionar un ambiente de apoyo donde se fraguasen relaciones positivas entre pares, desarrollar una cohesión grupal, mejorar las habilidades sociales específicas, y por último, tener una repercusión positiva en la autoestima de sus participantes. Se llevó a cabo en reuniones semanales donde se combinaban el abordaje individual (en el que presentaban la habilidad) con el grupal (trabajando su puesta en práctica en el ambiente grupal), con una duración de entre 10-12 semanas y en el que los participantes continuaban de forma indefinida. En el trabajo grupal, la sesión se dividía en una *recepción* y *merienda*, seguido luego de una *puesta en práctica* de diferentes habilidades de conversación y escucha por parejas, para continuar con *role-playing* donde trabajaban aquella habilidad que se había introducido en el trabajo individual, y se terminaba con el trabajo de la *comprensión de las bromas y el sentido del humor*, apartado muy valorado por los participantes.

Del resto de artículos que incluyen el diseño del grupo, salvo algunos cuyas características son demasiado diferentes (en cuanto a duración, por ejemplo el descrito por Lopata, Thomeer, Volker, Nida y Lee, 2008), cuyos grupos de verano son de 6 horas al día), se podría sintetizar un esquema general de organización de las sesiones en el que se quedarían incluidas la mayoría de propuestas, aunque todas presentan elementos diferenciadores. No se ha encontrado una estructura completamente idéntica en la forma de organizar la sesión de grupo entre las diferentes experiencias.

La mayoría de artículos revisados incluyen, dentro de la duración de la sesión (que no siempre es especificada, no obstante suele oscilar entre los 60 y 120 minutos, con periodicidad normalmente semanal), estos componentes: (a) Saludo, (b) revisión de la habilidad previa-tarea para casa, (c) introducción de la nueva habilidad, (d) actividades relacionadas con la habilidad introducida, (e) cierre (con o sin tarea para casa).

Las más importantes variaciones o las diferentes propuestas dentro de estos componentes serían: (a) el tipo de introducción elegida: una canción de bienvenida (Solomon, Goodlin-Jones y Anders, 2004) o una actividad de “calentamiento” (Barry et al., 2003; Herbrecht et al., 2009), (b) la no revisión de la habilidad trabajada en la sesión anterior, como hacen Cotugno (Cotugno, 2009) o Barry (Barry et al., 2003) en sus grupos, (c) el proceso de introducción de la nueva habilidad (incluyendo diferentes estrategias -cuyo desarrollo no es objeto de este artículo-, a través de *role-playings*, moldeamiento, práctica verbal...), (d) el tipo de actividades y/o la práctica de otras actividades relacionadas con la habilidad, como es por ejemplo en distintos programas la inclusión de una merienda o snack durante el grupo (Barry et al., 2003; Cotugno, 2009; Mesibov, 1984; Solomon et al., 2004; Tse, Strulovitch, Tagalakakis, Meng y Fombonne, 2007) (e) el cierre elegido para la sesión, que varía desde el anticipo de la próxima sesión (Cotugno, 2009) a una broma o trabajo del humor (Mesibov, 1984; Solomon et al., 2004) o la entrega de una tarea para casa (Barry et al., 2003; Herbrecht et al., 2009; Webb, Miller, Pierce, Strawser y Jones, 2004).

Grupo PROHASTEIA

El tipo de grupo que proponemos se desarrolla con una periodicidad semanal, sesiones de 90 minutos de duración, durante todo un curso escolar, es decir, de Septiembre a Junio (aproximadamente en unas 35-40 sesiones) y en horario de tarde, tras la jornada escolar. Se realiza en un contexto clínico (Unidad de Salud Mental Pública), con niños que satisfacen los criterios diagnósticos de trastorno de espectro autista, en particular SA/AAF, de edades comprendidas entre los 7 y 9 años y los 9 y 12 años.

En nuestro Programa de intervención PROHASTEIA, y acorde a la literatura anteriormente expuesta y analizada, cada una de las HH.SS. se presenta, según su complejidad, entre una o dos sesiones, manteniendo un formato sistemático, con el fin de aumentar la comprensión y minimizar las dificultades. Así, la estructura propuesta consiste en:

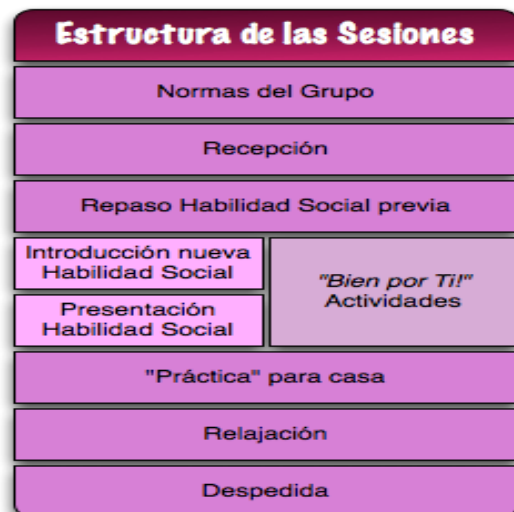


Ilustración 1. Estructura de las sesiones del programa PROHASTEIA.

Incluyendo como elementos diferenciadores del esquema más habitualmente presentado en este tipo de experiencias y que hemos revisado anteriormente, el tipo de actividades realizadas como el "Bien por ti!" (formato especial de role-playing en el que el resto del grupo que no practica la habilidad, funciona como jurado de los "actores" del role-playing, lo que hace que éstos se motiven más y que el resto del grupo maximice su atención en las HHSS desplegadas en el ejercicio), y la práctica de la relajación al finalizar la sesión.

Conclusiones

Las experiencias de tratamiento grupal de habilidades sociales para trastornos de alto funcionamiento autista revisadas presentan importantísimas diferencias entre sí, y además, en muchos artículos dedicados a informar de ellas no se incluye una descripción detallada de la estructura de los componentes del programa desarrollado. Esto hace que sea imposible replicar los resultados que se hayan podido encontrar por lo que resulta tan importante la manualización de los procedimientos seguidos en este tipo de tratamientos.

Resulta curioso que, de entre las experiencias que sí detallan su estructura - aunque manualizadas como tal sólo estén tres de ellas (Herbrecht et al., 2009; Lopata et al., 2008; Stichter et al., 2010) no haya ninguna que la comparta en su totalidad con otra, independientemente de que los contenidos elegidos como currículo del grupo y las estrategias empleadas para trabajarlos difieran según las características del mismo. A pesar de esto, nos parece importante que sea posible extraer de todas ellas unos componentes comunes compartidos por la mayoría, que son también los que rigen la

estructura del tipo de nuestro programa (PROHASTE). Tales componentes siguen un orden lógico desde la perspectiva cognitivo-conductual de intervención.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2000). *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Barry, T. D., Klinger, L. G., Lee, J. M., Palardy, N., Gilmore, T. y Bodin, S. D. (2003). Examining the effectiveness of an outpatient clinic-based social skills group for high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(6), 685-701.
- Cappadocia, M. C., Weiss, J. A. y Pepler, D. (2012). Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(2), 266-277.
- Chung, K. M., Reavis, S., Mosconi, M., Drewry, J., Matthews, T. y Tasse, M. J. (2007). Peer-mediated social skills training program for young children with high-functioning autism. *Research in Developmental Disabilities*, 28(4), 423-436.
- Cotugno, A. J. (2009). Social competence and social skills training and intervention for children with Autism Spectrum Disorders. [Randomized Controlled Trial]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(9), 1268-1277.
- Gaylord-Ross, R. J., Haring, T. G., Breen, C. y Pitts-Conway, V. (1984). The training and generalization of social interaction skills with autistic youth. [Case Reports Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17(2), 229-247.
- Herbrecht, E., Poustka, F., Birnkammer, S., Duketis, E., Schlitt, S., Schmotzer, G., & Bolte, S. (2009). Pilot evaluation of the Frankfurt Social Skills Training for children and adolescents with autism spectrum disorder. [Evaluation Studies]. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18(6), 327-335.
- Lopata, C., Thomeer, M. L., Volker, M. A., Nida, R. E. y Lee, G. K. (2008). Effectiveness of a manualized summer social treatment program for high-functioning children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(5), 890-904.
- Mesibov, G. B. (1984). Social skills training with verbal autistic adolescents and adults: a program model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14(4), 395-404.
- Myles, B. S. y Simpson, R. L. (2002). Asperger Syndrome: An Overview of Characteristics. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(3), 132-137.
- Rao, P. A., Beidel, D. C. y Murray, M. J. (2008). Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: a review and recommendations. [Review]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(2), 353-361.
- Reichow, B., Steiner, A. M. y Volkmar, F. (2012). Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD008511.
- Sofronoff, K., Dark, E. y Stone, V. (2011). Social vulnerability and bullying in children with Asperger syndrome. *Autism*, 15(3), 355-372.
- Solomon, M., Goodlin-Jones, B. L. y Anders, T. F. (2004). A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder NOS. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(6), 649-668.
- Stichter, J. P., Herzog, M. J., Visovsky, K., Schmidt, C., Randolph, J., Schultz, T. y Gage, N. (2010). Social competence intervention for youth with Asperger Syndrome and high-functioning autism: an initial investigation. [Clinical Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1067-1079.

- Tse, J., Strulovitch, J., Tagalakis, V., Meng, L. y Fombonne, E. (2007). Social skills training for adolescents with Asperger syndrome and high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 1960-1968.
- Webb, B. J., Miller, S. P., Pierce, T. B., Strawser, S. y Jones, W. P. (2004). Effects of social skill instruction for High-Functioning adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19, 53-62.

INTERVENCIÓN BREVE BASADA EN ACT EN UNA ADOLESCENTE CON DIFICULTADES EN RELACIONES SOCIALES: ESTUDIO DE CASO

Juan C. López, Adrián Barbero-Rubio y Carmen Luciano

Universidad de Almería, España

Resumen

Este estudio de caso tendría la consideración de subclínico bajo los criterios de clasificación de los sistemas de diagnóstico sindrómicos. Se trata de una adolescente, MD de 11 años de edad con un alto rendimiento académico que cuenta con graves dificultades en las relaciones sociales en su convivencia escolar. El análisis del caso se realiza desde una perspectiva funcional-contextual, conceptuándose la problemática como un patrón de regulación verbal desadaptativo. Bajo este prisma, se examina el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) definido como un patrón inflexible y limitante caracterizado por numerosos modos de respuesta que se instalan en la necesidad de eludir o escapar a la presencia de malestar (en forma de pensamientos, sensaciones u otros eventos privados) como un objetivo para poder llevar la vida. Se observa en MD la persistencia en este patrón lo que conlleva el abandono de acciones cargadas de valor personal en el ámbito de las relaciones sociales. En esta línea, se propone la resolución del caso mediante la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), por la evidencia experimental que la sostiene y su apego a la investigación básica de los procesos involucrados en el cambio clínico desde los posicionamientos de la Teoría del Marco Relacional (TMR). Se destaca la brevedad de la intervención, que constó de 4 sesiones de tratamiento, precedidas de una sesión de evaluación y dos de seguimiento. Se discute la importancia de contextualizar el tratamiento desde el principio y la aplicación de numerosos ejercicios experienciales y metáforas adaptados a la problemática. Los resultados, se suman a los obtenidos en estudios previos y avalan la idoneidad de este abordaje terapéutico en casos subclínicos y/o intervenciones preventivas.

Palabras clave: caso clínico, ACT, intervención breve, adolescente, habilidades sociales.

BRIEF ACT-BASED INTERVENTION WITH AN ADOLESCENT WITH DIFFICULTIES IN SOCIALS RELATIONSHIPS: A CASE STUDY

Abstract

Based on systems of classification of mental disorders, the case presented in this study is a considered subclinical. The intervention was directed to an 11 year-old adolescent with high academic performance who has severe difficulties in her social relationships. The case analysis was conducted from a functional-contextual perspective, conceptualizing the client's problem as a maladaptive pattern of verbal regulation. Thus, the Experiential Avoidance Disorder (TEE) was analyzed, which is an inflexible pattern of regulation characterized by numerous ways of responses attempting to avoid any kind of discomfort presented in form of thoughts, feelings or other private events, in order to be able to functioning. In this case, the pattern involved the abandonment of personally valued actions in the domain of social life. The offered treatment was the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), for its strong empirical evidence and its adherence to basic research of processes involved in the clinical change from the perspective of the Relational Frame Theory (RFT). It is emphasized the briefness of the intervention, which consisted of four treatment sessions, preceded by an evaluation and followed by two follow-up sessions. The study presents the application of numerous experiential exercises y metaphors

adapted to the client's problems. The results are associated with previous studies and support the suitability of this therapeutic approach in subclinical cases and/or preventive interventions.

Key words: Case study, ACT, brief intervention, adolescent, social skills.

Introducción

Este trabajo expone el abordaje de un caso clínico sobre la base de los conocimientos aportados desde la investigación en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) y aporta evidencia de la idoneidad de su aplicación en intervenciones a nivel preventivo. Este estudio de caso tendría la consideración de subclínico bajo los criterios de clasificación al uso. El análisis del caso, llevado a cabo desde una perspectiva funcional-contextual, identificó la problemática como un patrón de regulación desadaptativo -Trastorno de Evitación Experiencial (TEE)- definido como un patrón de regulación verbal inflexible y limitante, caracterizado por numerosos modos de respuesta que persiguen eludir pensamientos, sensaciones y recuerdos, que se experimentan como aversivos (Hayes, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001). Cuando este modo de responder se mantiene en el tiempo produce una gran insatisfacción y sufrimiento personal en tanto que la persona no se ocupa en acciones cargadas de valor personal. En el caso de MD, se observó una historia cronificada en este patrón que conllevaba el abandono de acciones cargadas de valor personal en el ámbito de las relaciones sociales.

Desde otras perspectivas, ante una demanda que alude a dificultades en las relaciones sociales la intervención por referencia hubiera sido el entrenamiento de dichas habilidades. Sin embargo, siguiendo la línea llevada a cabo para la interpretación del caso, se propone la aplicación de ACT por la gran evidencia experimental que la soporta (véase una revisión en Ruiz, 2010) y su apego a la investigación básica de los procesos involucrados en el cambio clínico desde los posicionamientos de la Teoría del Marco Relacional (TMR; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

Método

Datos del paciente

MD es una adolescente de 11 años de edad con alto rendimiento académico, adelantada en su formación académica desde la infancia, que muestra graves dificultades en las relaciones sociales en su convivencia escolar y en su autonomía personal. Acude a consulta por iniciativa de los padres sin estar convencida de la utilidad del apoyo que fuese a recibir.

Contexto de la intervención

La recepción del caso tuvo lugar durante el proceso de formación como terapeutas noveles de los dos primeros autores, bajo la supervisión del tercer autor de este trabajo. Previamente se ofrecieron pautas a la madre para que introdujera en la dinámica familiar dirigida a reducir conductas de sobreprotección y a fomentar la independencia de la adolescente.

Procedimiento

Se trata de una intervención breve de 4 sesiones de tratamiento, precedidas de una sesión de evaluación y seguidas por dos de seguimiento (1 y 4 meses). Las sesiones tuvieron una hora de duración, una periodicidad semanal y contaron con la colaboración de dos terapeutas. Al inicio de cada sesión se retomaban los compromisos establecidos en la sesión anterior, se contextualizaban en la dirección de valor y se ayudaba a MD a detectar las barreras y las consecuencias de dejarse llevar por ellas. Tras ello, se introducía un cuerpo de diferentes ejercicios experienciales adaptados a la problemática mostrada en sesión y conectada a la que mostraba fuera. Los últimos minutos de cada sesión se ocupaban en que MD seleccionase distintas acciones que irían encaminadas a crecer en aquellas facetas que para ella eran importantes como un compromiso consigo misma durante la siguiente semana. Para ver secuencialmente el contenido de cada sesión véase la Figura 1 (la descripción de los ejercicios puede verse en el apartado de su sesión correspondiente).

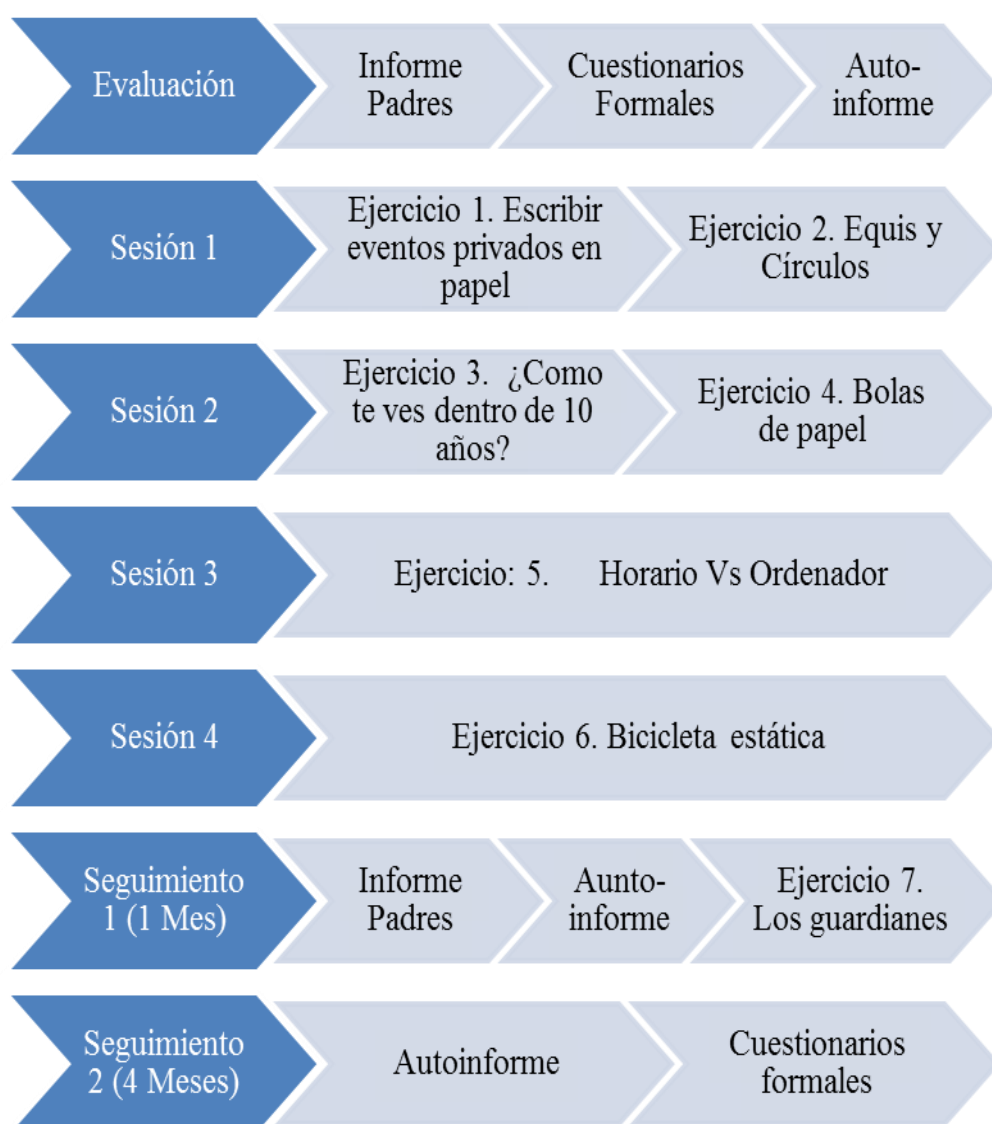


Figura1. Secuencia de la intervención

Evaluación

Estuvo formada por:

Informe de los padres: Acudieron a consulta preocupados por el desarrollo social de su hija adolescente, por el "escaso" nivel de autonomía en el hogar y el manejo con el aburrimiento, que le llevaba a "desconectar" y al abandono de tareas.

Se administraron dos cuestionarios formales:

- *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Bond et al., 2011). Es una medida general de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Está compuesto por 7 ítems con una escala tipo Likert comprendida entre 1 (nunca es cierto) y 7 (siempre es cierto), siendo las puntuaciones altas indicadoras de mayor grado de evitación experiencial. Se utilizó la traducción española del AAQ-II que tiene una buena consistencia interna y una estructura unifactorial (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

- *Cognitive Fusion Questionnaire - 13* (CFQ-13; Gillanders et al., 2010). Es un cuestionario compuesto por 13 ítems que miden fusión cognitiva. Se responde con una escala tipo Likert comprendida entre 1 (nunca es cierto) y 7 (siempre es cierto), siendo las puntuaciones altas indicadoras de mayor grado de fusión cognitiva.

Autoinforme: Realizó una demanda similar a la de sus padres.

Los resultados de los cuestionarios se presentan junto a los obtenidos en el post (Seguimiento 2) en la Figura 2. La valoración de los padres y el propio autoinforme hacen referencia a 3 áreas de la paciente que se encontraban afectadas por su patrón inflexible: Autonomía, académico (en referencia al manejo del aburrimiento) y social, siendo ésta última aquella demanda prioritaria para la adolescente.

Sesión 1

Ejercicio 1. *Escribir eventos privados en papel*: Mientras narraba su experiencia se anotaban en un papel todos los eventos privados (pensamientos y sensaciones) que surgieron durante la semana que cumplían una función discriminativa para la evitación. Una vez expuesta su experiencia se introdujeron claves de jerarquía y perspectiva (éstas aparecen en la totalidad de ejercicios que se realizaron; en línea con el protocolo utilizado en Luciano et al., 2011). Al mismo tiempo se estableció el contexto para que contactara con el costo que, a la larga, supone mantener un patrón inflexible (Ej. *¿Qué haces cuando alguno de estos aparece? Mantenido en el tiempo, a final de curso la relación con tus amigos ¿es mejor o peor? ¿se parece a la que tú querías tener?*).

Ejercicio 2. *Equis y Círculos*: En el contexto del aburrimiento y su manejo, se utilizó una folio cuadrículado y se le solicitó que fuera intercalando "X" y "O" hasta finalizar la cuadrícula, manteniéndose en ello a pesar de lo aburrida o pesada que pudiera resultar la tarea. Los terapeutas al tiempo introdujeron preguntas en relación a los eventos privados generados (conectándolos con otras situaciones de su vida) y a qué cosas solía hacer cuando éstos aparecían. Las preguntas realizadas fueron del tipo: *"¿A qué se parece esta situación? ¿Cómo te sientes ahora mismo al hacer esto? ¿Y qué estás haciendo? ¿Qué sueles hacer? ¿Cómo es de aburrido? ¿Se parece a...? ¿Es similar a cuando...? En esas situaciones ¿Qué pasa? ¿Para qué te puede servir este ejercicio?"*

Se estableció un compromiso con la propia intervención de realizar 4 sesiones tras las cuales se haría una valoración de los objetivos logrados y los que a su juicio quedasen por trabajar.

Sesión 2

Ejercicio 3. *¿Cómo te ves dentro de 10 años?*: Con este ejercicio se perseguía: (1) hacerle discriminar a dónde le llevaba ser poco sistemática en aquellas tareas que pueden resultar aburridas pero que indudablemente iba a encontrar en el camino de convertirse en la persona que deseaba ser y (2) que comprobara que cada oportunidad que tenía al cabo del día de ser sistemática era una oportunidad de fortalecer esa parte de ella. Frente a un espejo se le pidió que tratara de imaginar que la imagen que el espejo devolvía era la suya dentro de 10 años. Se introdujeron claves dirigidas a facilitar y evocar esa imagen. Se le pidió que tratara de figurarse el recorrido hasta llegar a convertirse en esa mujer y que imaginara dos caminos: uno en el que fuese sistemática en diferentes áreas, y otro en el que, al más mínimo ápice de aburrimiento, abandonara cada tarea en la que se involucrase.

Ejercicio 4. *Bolas de papel*. Este ejercicio buscó establecer un nuevo repertorio más flexible transformando la función discriminativa de los eventos privados que estaban funcionando como barreras para conseguir funcionar en dirección a la amistad. Se escribieron éstos mismos en folios de papel para formar con ellos bolas. Un cartel con la palabra "AMISTAD" fue sujetado por uno de los terapeutas en el otro extremo de la sala. Se hicieron equivalencias entre lo escrito en el papel y lo que ella solía sentir o pensar al hacer algo (acciones concretas) en dirección al cartel de la amistad. Se volvió a retomar el significado que para MD tenía la amistad. Le avisamos que, en el ejercicio al igual que en la vida real, en su intento por alcanzar la amistad aparecerían las bolas de papel. En una primera parte del ejercicio, le dimos libertad para hacer aquello que solía hacer con las bolas y que identificó como "Lucha" (por ejemplo, pelear con lo que sentía, entretenerse y darle vueltas, no mirarlas e irse lejos de ellas, etcétera), mientras que, en una segunda parte (como alternativa a la lucha, para fomentar un repertorio defusionado), le pedimos que se diera permiso para notar las bolas de papel, les hiciera un hueco y avanzara hacia lo que le importaba.

Sesión 3

Ejercicio 5. *Horario versus Ordenador*. El objetivo fue practicar dos patrones de regulación, uno fusionado y otro defusionado, y valorar los resultados que se obtienen con cada uno de ellos. Para ello, en una mesa se colocó un portátil y en otra un folio en el que debía confeccionar un horario (siendo esa tarea lo más importante en ese minuto). Durante la primera parte del ejercicio debía hacer caso a su mente (representada por los terapeutas, haciéndola ir y volver del ordenador). Durante la segunda parte, la pauta a seguir era: *nota lo que tu mente te dice que hagas y elige tú sin dejar las riendas a tu mente*. Al finalizar, la adolescente sacó conclusiones basadas en la propia experiencia del ejercicio.

Sesión 4

Ejercicio 6. *Bicicleta estática*. Para trabajar la habilidad de mantenerse en aquellas acciones que pudieran resultarle molestas o complicadas pero que estaban cargadas de significado personal se introdujo este ejercicio. Se trataba de pedalear en una bicicleta estática orientada hacia un cartel que representaba el valor de ser sociable. Las acciones específicas se colocaban con *post-it* verdes en el manillar de la "bici" y eran propuestas por la propia adolescente. Fue ella la encargada de establecer las

equivalencias entre pedalear, el *post-it* verde y el cartel. Según pedaleaba, y sabiendo que la bici mostraba resistencia, se le preguntaba qué sentía y se colocaba lo que decía en *post-it* amarillos en aquellas parte del cuerpo donde decía sentirlo (a modo de *fiscalización*). Cada 3-4 minutos se sustituía el *post-it* verde por una nueva acción en la misma dirección y se continuaba el procedimiento descrito hasta completar 15 minutos aproximadamente. Al finalizar se invitaba a MD a buscar las conexiones entre este ejercicio y situaciones de su vida que pudieran ser similares y en las que pudiera poner lo aprendido en práctica.

Resultados

A continuación se presentan datos finales de seguimiento.

Seguimiento 1 (1 Mes)

Informe de los padres: Detectan pequeños cambios en el repertorio de su hija, expresándolo del siguiente modo: "*está encaminada, es como una semilla que ahora empieza a germinar.*" También nos comunican su temor de que estos cambios no se mantengan "*porque aun no sea lo suficiente fuerte para seguir por sí misma.*" Además, nos informan que su tutor de clase ha notado un cambio en ella advirtiéndole que está mucho más integrada con sus compañeros.

Autoinforme: Reconoce que aún le queda práctica pero considera que puede probar sola por un tiempo para ver qué resultados obtiene.

Ejercicio 7. *Los guardianes:* Se utilizó esta metáfora para representar aquellos eventos privados que pudieran surgirle, como preparación para aquellas situaciones que le eran complicadas de afrontar y valorar que cosas podría hacer, sirviéndole de un nuevo ejemplo con el que poder practicar un *hacer defusionado*.

Sus conclusiones finales fueron: "*¿Te han servido de algo estas sesiones? Si. Para darme cuenta de quién soy yo... Si la que decide soy yo o no, porque cuando elijo yo es dirigido a la persona que quiero ser, en la que me quiero convertir... ¿Te has visto más cerca de lo que tú quieres ser? Sí ¿más que antes? Sí.*"

Seguimiento 2 (4 Meses)

Autoinforme: Considera que ha dado un cambio importante y se encuentra muy satisfecha con aquello que hace para ser quien quiere ser.

Cuestionarios

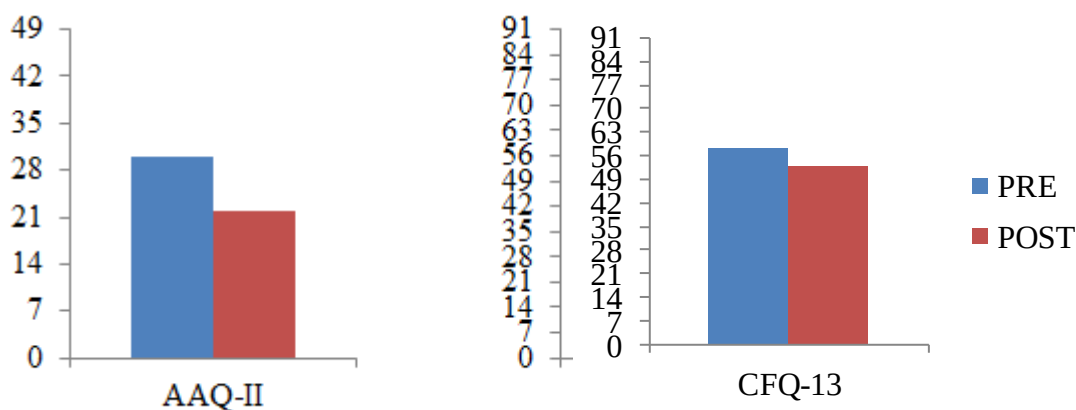


Figura 2. Resultados de los cuestionarios formales.

Cambio reflejado en el AAQ-II:

En el pre obtuvo una puntuación de 30, próxima a la media para la población clínica ($M = 32,64$; $DT = 9,12$). En el post obtuvo una puntuación de 22, acordes a la referidas para población no clínica ($M = 21,22$; $DT = 7,76$).

Cambio reflejado en el CFQ-13:

Aunque el cambio resultó tan sólo de 5 puntos ($pre = 58$; $post = 53$) un análisis por ítem muestra que para los ítems 4, 5, 6, 8 y 10 ofreció puntuaciones inferiores a las que dio en la evaluación inicial. Estos ítems hacen referencia a la lucha (Ej. *Sobreanalizo las situaciones hasta el punto en que esto me obstaculiza o no es de ayuda para mí. Necesito controlar los pensamientos que me vienen a la cabeza*). Sin embargo, la puntuación en el ítem 13 (*Es una gran lucha dejar los pensamientos molestos incluso cuando sé que dejarlos sería de ayuda*) aumentó. Este ítem puede interpretarse como la dificultad que representa dejar de luchar, por lo que el cambio puede ser un indicador de que durante el proceso la adolescente se ha dado la oportunidad de abandonar la lucha en pos de mantenerse en aquello que valoraba, experimentando lo complicado que es no dejarse llevar como solía hacer y generar un repertorio mucho más flexible.

Discusión

Los resultados obtenidos se suman a los ofrecidos en estudios previos y avalan la idoneidad de este abordaje terapéutico en casos subclínicos y/o intervenciones preventivas. Las virtudes de este trabajo son varias. Entre ellas: (1) fue el primer caso llevado a cabo por los terapeutas en su proceso de formación en ACT centrando sus métodos en la RFT; (2) las sesiones fueron grabadas y es posible, en futuros informes, adjuntar información precisa de las interacciones clínicas en sesión entre terapeuta y paciente; (3) las supervisiones fueron útiles para modular las respuestas de los terapeutas a los objetivos a conseguir con la paciente, principalmente, en detectar las conductas clínicas del patrón de evitación experiencial en la paciente (equivalentes a sus conductas fuera de sesión) y detectar las propias barreras de los terapeutas para poder responder de modo que ayudasen a la paciente a construir un repertorio defusionado de sus eventos privados (desde sensaciones molestas a pensamientos y reglas de evitación). A pesar de las limitaciones que un estado de caso tiene, hemos de resaltar la importancia

de dirigir el proceso interactivo sobre el análisis de las funciones que para el paciente tiene la conducta del terapeuta y viceversa.

Referencias

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Clarke, S., Remington, B., Flaxman y P., Deans, G. (2010, junio). *The Cognitive Fusion Questionnaire: Further developments in measuring cognitive fusion*. Conference presentation at the Association for Contextual Behavioral Science, World Congress III, Reno, NV, June 2010.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes D. y Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl K (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Luciano, C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Vizcaíno-Torres, R. M., Sánchez-Martín, V., Gutiérrez-Martínez, O. y López-López, J. C. (2011). A Relational Frame Analysis of Defusion Interactions in Acceptance and Commitment Therapy. A Preliminary and Quasi-Experimental Study with At-Risk Adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 165-182
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological flexibility: the Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire -II. *Psicothema*, 25, 123-129
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

EXPRESIÓN FACIAL INVOLUNTARIA Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN HOMBRES PENADOS POR VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Juan Lázar, Marisol Lila, Mariano Chóliz y Elena Terreros

Universidad de Valencia. España

Resumen

En el área del análisis de la expresión facial, algunos estudios comienzan a explorar las relaciones entre los patrones adquiridos de expresión facial y algunos rasgos de personalidad, lo que podría traducirse en una herramienta para la evaluación e intervención psicológica. El análisis de la expresión facial es de especial relevancia en el ámbito de hombres condenados por violencia contra la mujer, por la alta deseabilidad social en esta población y la tendencia a minimizar y falsear la conducta violenta. El presente trabajo trata sobre la fiabilidad de las técnicas de análisis de la expresión facial en este tipo de población, con el propósito de aportar nuevos datos a los profesionales que trabajan diariamente con colectivos de riesgo. Para ello se ha analizado una muestra de 28 participantes. Se compararon catorce hombres condenados por violencia de género y catorce hombres sin antecedentes policiales por agresión y sin indicios de personalidad agresiva. Para obtener los resultados se utilizó una prueba de contraste de medias entre grupos y un análisis de correlaciones entre las puntuaciones del MCMI-III y la expresión facial frecuente de cada grupo. Adicionalmente, se realizó un análisis de casos. Pudieron observarse ciertas diferencias al comparar las tendencias expresivas con los resultados obtenidos en el MCMI-III. Los resultados mostraron relación entre la expresividad del grupo de hombres no agresivos y la personalidad narcisista y que varios participantes del grupo de agresores obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de agresividad del test de personalidad, mientras que el análisis de su gesticulación mostraba resultados diferentes.

Palabras Clave: expresión facial, maltratadores, MCMI-III, personalidad.

INVOLUNTARY FACIAL EXPRESSION AND PERSONALITY TRAITS IN MEN PUNISHABLE BY VIOLENCE AGAINST WOMEN

Abstract

In the area of facial expression analysis, some studies begin to explore the relationship between facial expression patterns and acquired some personality traits, which could translate into a tool for psychological assessment and intervention. The facial expression analysis is especially relevant in the field of men convicted of violence against women, by high social desirability in this population and the tendency to minimize and distort violent behavior. This paper deals with the reliability of the analysis techniques of facial expression in this population, in order to provide new data to the professionals who work daily with risk groups. For this we have analyzed a sample of 28 participants. We compared fourteen men convicted of violence against women and fourteen men without a criminal record for assault and no evidence of aggressive personality. To get the results we used a contrast of means test between groups and an analysis of correlations between scores on the MCMI-III and frequent facial expression of each group. Additionally, we performed a case analysis. Some differences could be observed when comparing the expressive tendencies with the results of the MCMI-III. The results showed relationship between the expressiveness of the group of men aggressive and narcissistic personality several aggressors group participants scored lower on scales of aggression personality test while his gesture analysis showed different results.

Keywords: Facial expression, batterers, MCMI-III, personality.

Introducción

La investigación en el ámbito de las emociones y su expresión, nos ofrece conocimientos útiles para el trabajo psicoterapéutico (Ekman 2004). Mediante la lectura de la expresión facial se pueden deducir procesos emocionales y de razonamiento, con gran fiabilidad, puesto que son la mayoría de veces procesos subconscientes e involuntarios, que nos pueden revelar información importante y veraz sobre el pensamiento de las personas (Ekman, 2004; Fernández-Abascal, García, Jiménez, Martín y Domínguez, 2011).

En el ámbito de la intervención con maltratadores, además del área emocional, otro aspecto que ha suscitado gran interés a la hora de programar la intervención, han sido los factores de personalidad. Actualmente se están realizando esfuerzos para adaptar las intervenciones a las necesidades terapéuticas de cada agresor en función de su perfil psicológico, su tipología y su procedencia cultural (Echeburúa y Amor, 2010). Por tanto, si se encuentran relaciones claras entre los patrones de gesticulación y los rasgos de personalidad, tendremos una herramienta de screening adicional, rápida y eficaz.

El propósito de este estudio ha sido investigar si existe relación entre los patrones personales de expresión facial y factores clínicos de personalidad en hombres condenados por maltrato. Para ello se ha realizado un diseño experimental, focalizado en la población de hombres adultos. Se han utilizado varios instrumentos para la recogida de datos: Grabaciones en video, entrevistas, plantilla de registro de las acciones faciales y test de factores clínicos de personalidad (Millon-III). La población objeto de estudio, han sido los hombres en cumplimiento de condena por delitos de violencia contra la mujer.

Método

Participantes

La muestra obtenida inicialmente para el estudio, estaba formada por 51 hombres de entre 21 y 56 años, de 7 nacionalidades distintas, residentes en la provincia de Valencia. 30 de estos participantes eran usuarios del programa CONTEXTO de la facultad de psicología de la *Universitat de València*, como cumplimiento de sendas sentencias judiciales por delitos de violencia contra las mujeres. Estos fueron seleccionados aleatoriamente de entre el total de usuarios de dicho programa de intervención. De estos 30 hombres condenados por violencia, tuvieron que descartarse 16 por diferentes motivos (e.g., fallos de sonido en las filmaciones, posturas corporales que impiden el análisis, etc.).

Los 21 participantes restantes, fueron obtenidos de entre los voluntarios que accedieron a participar en el estudio, cumpliendo cuatro requisitos: que fuesen varones, mayores de edad, que hubiesen tenido alguna relación de pareja estable y que no tuviesen denuncias por agresión. Posteriormente, durante la entrevista, fueron sometidos a un segundo screening para descartar a los participantes con rasgos de personalidad agresiva (1 participante fue descartado). De los 20 restantes, se adjudicaron 14 de forma

aleatoria al grupo control, quedando así formados un grupo experimental de 14 participantes y un grupo control de igual tamaño.

Instrumentos

Para el estudio de los factores clínicos de personalidad de los participantes, se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III). Este cuestionario contiene 11 subescalas que miden patrones clínicos de la personalidad, 3 que evalúan patologías, 7 referentes a síndromes clínicos y 3 a síndromes clínicos graves. Los coeficientes alfa varían desde 0,66 a 0,89 según las escalas. Las puntuaciones finales entre 75 y 84, indican la presencia de rasgos, y las mayores de 84, la presencia de un trastorno. En este trabajo se han utilizado las puntuaciones en personalidad dependiente, narcisista, antisocial, agresivo-sádica y agresivo-pasiva. También se han tenido en cuenta las medidas de validez interna de la prueba.

En el caso del grupo control, tras el MCMI-III se pasó a los participantes la adaptación española del Cuestionario de Agresión (AQ; Buss y Perry, 1992), para asegurar que además de no tener demandas por agresión, no mostraban indicios de personalidad agresiva. El test se estructura en 4 sub-escalas (Agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad). Sus índices de fiabilidad varían de 0,68 a 0,86 (Graña, Andreu y Peña, 2002).

El elemento objeto de estudio fue la *entrevista*, en la que se analizó posteriormente la expresión facial de los participantes. Se trató de una entrevista estructurada de preguntas cerradas y abiertas, que constaba de cuatro partes: Preguntas de emocionalidad neutra (datos personales y sociodemográficos), narración del mayor conflicto de pareja vivido (en el caso de los maltratadores, el que los llevó a ser condenados), pregunta sobre culpa/arrepentimiento (poner la pregunta) y pregunta sobre odio/rencor hacia la expareja (poner la pregunta). De la filmación de las entrevistas se transcribieron todas las Unidades de Acción facial que mostraron, para lo que fue necesario un escrutinio de los videos fotograma a fotograma. Tras la obtención de todas las UAs éstas fueron ordenadas para cada participante según su frecuencia de aparición, obteniendo cuatro variables: para la expresión emocionalmente neutra, la expresión de enfado, la expresión facial mostrada tras la pregunta sobre arrepentimiento/culpabilidad y la expresión facial mostrada tras la pregunta de odio/rencor. Posteriormente se realizó la misma operación dos veces más con las observaciones obtenidas por dos evaluadores ciegos.

Procedimiento

Las entrevistas fueron filmadas en formato audiovisual, mediante diferentes equipos de grabación, con el correspondiente consentimiento informado. Cada una de las entrevistas fue grabada en vídeo y posteriormente editada para dividir sus cuatro partes, quedando un clip de video por participante con cuatro cortes bien diferenciados.

Respecto al contenido, la primera parte de la entrevista (corte 1), constaba de una serie de preguntas cerradas sobre gran cantidad de datos personales del sujeto, cuya duración era de un minuto o más. El objetivo de esta parte de la entrevista, era conseguir respuestas de los participantes, en las que no hubiese ninguna implicación emocional, para obtener su gesticulación emocionalmente neutra. En la segunda parte de la entrevista (corte 2), los participantes tenían que narrar detalladamente la discusión de pareja más fuerte que hubiesen tenido en su vida. En el caso del grupo de maltratadores,

el relato debía referirse a la discusión en la que cometieron la agresión. El objetivo de esta parte de la entrevista era buscar sus expresiones relacionadas con el enfado, ya que son similares a las del rencor o el odio (Fernández-Abascal, García, Jiménez, Martín y Domínguez, 2011). En la tercera parte (corte 3), se presentó a los participantes una pregunta de respuesta cerrada, (“Cuando piensas en aquella discusión, ¿Te sientes culpable?” o “Cuando piensas en aquella discusión, ¿Te sientes arrepentido?”). El objetivo de la pregunta era analizar la aparición o ausencia de los signos indicadores de la culpa. El corte 4, contenía la siguiente pregunta de respuesta cerrada: “Cuando piensas en ella, ¿Sientes odio?”. Con esta pregunta se pretende hacer reflexionar al participante y evocar con el recuerdo el vestigio de las emociones que siente sobre la protagonista de su relato cuando la ve. En el mismo instante en que los participantes se detienen a pensar en ella, aparecerán o no, gestos de la familia de expresión de la ira (Ekman, 1991).

El análisis de las filmaciones de las entrevistas, y su transcripción al lenguaje numérico, se realizó utilizando el Sistema de Codificación de la Acción Facial (FACS) (Ekman y Friesen, 1978). Para la comprobación de la fiabilidad *inter jueces*, se realizó la prueba de correlación de Pearson, obteniendo que la correlación entre las tres observaciones es significativa con un nivel de confianza de .99, en cada una de las cuatro partes de la entrevista.

Análisis estadísticos

Para conocer si los maltratadores mienten cuando hablan sobre su culpabilidad y odio a sus exparejas, se crearon dos variables que reflejaban la respuesta verbal ofrecida por los participantes durante la entrevista. Ambas se codificaron en base a si confesaron sentir culpabilidad o no (0 = No; 1 = Sí) y si confesaron sentir odio hacia ellas o no. Posteriormente se crearon dos variables que mostraban si aparecían o no las UAs de culpa y odio en las variables de expresión facial correspondientes. Con esto se obtuvieron dos variables para el odio, al igual que para la culpa, de las cuales una mostraba la aparición o no aparición de signos verbales y la otra mostraba la aparición o no aparición de signos no verbales en dicho lenguaje binario. Posteriormente se crearon dos nuevas variables para representar las coincidencias entre la expresión verbal y la no verbal. Se realizó un análisis de correlación por casos, segmentando el archivo en base a la variable “Maltratador-NoMaltratador”. Las inconsistencias entre las respuestas verbales de los sujetos y las no verbales, son las que según Ekman (1991), se deben interpretar como indicios de falseamiento.

Para responder a la pregunta sobre si hay relación entre la expresión facial y los factores clínicos de personalidad, se correlacionaron las variables de personalidad de cada participante, sin distinción entre maltratadores y no maltratadores, con sus expresiones faciales más frecuentes. Para ello se realizaron correlaciones bilaterales y unilaterales, encontrando algunas correlaciones significativas con un nivel de confianza de 0,99.

Para conocer si existen diferencias significativas en la expresión facial del grupo de Maltratadores y el de No maltratadores, se comprobó si las diferencias entre los datos grupales de ambas condiciones experimentales eran estadísticamente significativas, haciendo comparaciones de porcentajes, para determinar qué Unidades de Acción facial se presentan con una frecuencia significativamente mayor en un grupo que en otro.

Resultados

En relación a las correlaciones entre la expresión facial y los factores de personalidad, se ha encontrado que existen relaciones significativas entre las expresiones faciales frecuentes del corte 1 y las puntuaciones en una de las variables de personalidad, la sub-escala Narcisista ($r = 0,669$; $p < 0,01$), como se puede apreciar en la Tabla 1.

Tabla 1. Correlación entre las puntuaciones de personalidad y la expresión facial.

	<i>AU corte 1</i>	<i>AU corte 2</i>	<i>AU corte 3</i>	<i>AU corte 4</i>
Antisocial	0,361	0,178	0,056	-0,037
Narcisista	0,669**	0,352	0,347	0,381*
Agresivo-Sádica	0,404*	0,177	0,184	0,175
Pasivo-Agresiva	0,355	0,070	-0,044	0,166

* La correlación es significativa al 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al 0,01 (bilateral).

Esta correlación puede deberse a que en el corte 1, correspondiente a la fase de preguntas de emocionalidad reducida, el 50% de los sujetos del grupo control muestran la misma Unidad de Acción, la UA M64 (vistazo hacia abajo) como gesto más frecuente y esto correlaciona con la variable en que hay claras diferencias de medias en sus puntuaciones.

Tabla 2. Prueba *t*. Comparación de medias de la sub-escala “Narcisista” para la variable “Maltratador-NoMaltratador”.

		Valor de prueba = 0					
Maltratador o No		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i> (bilateral)	<i>Diferencia de medias</i>	<i>95% Intervalo de confianza para la diferencia</i>	
						Inferior	Superior
Sí	Millon-III: Narcisista	15,752	3	0,000	14,786	12,76	16,81
No	Millon-III: Narcisista	31,640	3	0,000	73,857	68,81	78,90

Adicionalmente a la obtención de estos resultados, se realizó un análisis de casos con los sujetos de la muestra en busca de inconsistencias entre las expresiones faciales más frecuentes de los sujetos en las cuatro partes de la entrevista y sus puntuaciones en sinceridad, deseabilidad social, personalidad antisocial, personalidad agresivo-sádica y personalidad pasivo-agresiva. Se encontraron inconsistencias en cinco sujetos, todos del grupo de maltratadores (sujetos señalados en rojo. Ver Tabla 3). A pesar de que en las puntuaciones que evalúan la validez de las respuestas (Sinceridad y deseabilidad social), los sujetos obtienen puntuaciones óptimas, las que alcanzan en personalidad antisocial y agresiva son muy bajas, sobre todo los sujetos 8, 9 y 13, como se puede ver en la tabla. Según las puntuaciones del test, estos sujetos no son antisociales ni agresivos. Sin embargo, sus expresiones faciales más frecuentes mostradas en la entrevista son propias de la emoción de ira.

Tabla 3. Análisis de casos. Inconsistencias entre expresión facial y personalidad.

Resúmenes de casos										
	Nombre del participante	Millon-III: Sinceridad	Millon-III: Deseabilidad	Millon-III: Antisocial	Millon-III: Agresivo-sádica	Millon-III: Pasivo-agresiva	AU más frecuente del corte 1	AU más frecuente del corte 2	AU más frecuente del corte 3	AU más frecuente del corte 4
1		130	15	19	16	15	Subir exterior de las cejas	Subir exterior de las cejas	Fruncir ceño	Subir exterior de las cejas
2		69	18	4	4	7	Elevar la comisura de los labios	Elevar la comisura de los labios	Elevar la comisura de los labios	Subir interior de las cejas
3		105	17	11	15	9	Subir exterior de las cejas	Fruncir ceño	Descenso de la comisura de los labios	Descenso de la comisura de los labios
4		177	7	24	25	20	Fruncir ceño	Subir exterior de las cejas	Fruncir ceño	Subir exterior de las cejas
5		85	20	4	8	3	Elevar la comisura de los labios	Subir exterior de las cejas	Ojos miran hacia abajo	Subir exterior de las cejas
6		152	16	16	13	17	Elevar la comisura de los labios	Elevar la comisura de los labios	Subir interior de las cejas	Subir interior de las cejas
7		104	17	16	16	10	Subir interior de las cejas	Subir exterior de las cejas	Elevar la barbilla	Ojos miran a la izquierda
8		49	16	1	1	0	Fruncir ceño	Fruncir ceño	Fruncir ceño	Fruncir ceño
9		56	20	0	0	0	Subir exterior de las cejas	Subir exterior de las cejas	Elevar párpado superior	Fruncir ceño
10		153	15	10	11	16	Ojos miran hacia abajo	Subir exterior de las cejas	Subir exterior de las cejas	Subir exterior de las cejas
11		54	11	4	2	0	Elevar la comisura de los labios	Subir exterior de las cejas	Levantar hombros	Fruncir ceño
12		94	20	4	2	6	Ojos miran hacia abajo	Elevar la comisura de los labios	Ojos miran a la izquierda	Levantar labio superior
13		80	17	6	3	2	Parpadeo	Levantar labio superior	Levantar labio superior	Levantar labio superior
14		91	17	11	5	9	Subir exterior de las cejas	Subir exterior de las cejas	Levantar hombros	Elevar la comisura de los labios

Discusión y conclusiones

Hemos encontrado una marcada relación entre la acción de mirar con frecuencia hacia abajo (vistazo abajo sin bajar la cabeza) o UA M64 y obtener puntuaciones altas en narcisismo. Estos resultados van en la misma línea que los estudios de Lair Ribeiro, según los cuales, cuando la mirada se orienta hacia el lado inferior izquierdo, entra en acción el área del diálogo interno. Este hecho se comprueba cuando una persona está consultándose a sí mismo o está meditando sobre algún hecho personal (Ribeiro, 2001).

Además, se ha observado en este estudio que, a pesar de que algunos participantes del grupo de maltratadores, mostraron un perfil no-agresivo en el cuestionario de personalidad, el análisis de su expresión facial mostró frecuentes indicios de agresividad.

Referencias

- Caballero, A., Carrera, P., Muñoz, M. D., Blanco, A. y Sánchez, F. (2003). La experiencia emocional como predictor de los comportamientos de riesgo. *Psicothema*, 15, 427-432.
- Chóliz, M. y Fernández-Abascal, E.G. (2001). *Expresión facial de la emoción*. Madrid: UNED
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error. Emotion, reason, and the human brain*. Nueva York: Grosset/Putman Book.
- Echeburúa, E. y Amor, P. J. (2010). *Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja*. Madrid: Elsevier España S.L.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y de Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: Una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 199-217.
- Ekman, P. y Friesen, W. V. (1978). *The Facial Action Coding System (FACS): A technique form the measurement of facial movement*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P. (1991). *Cómo detectar mentiras*. Barcelona: Paidós.
- Ekman, P. (2004) *¿Qué dice ese gesto? Descubre las emociones ocultas tras las expresiones faciales*. Barcelona: Integral.
- Fernández-Abascal, E. G. (1995). *Manual de motivación y emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández-Abascal, E. G., García, B., Jiménez, M. P., Martín, M. D., y Domínguez, F. J. (2011). *Psicología de la emoción*. Madrid: Editorial Universitaria Areces.
- Graña, J. L., Andreu, J. M. y Peña, M.E. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del cuestionario de agresión. *Psicothema*, 14, 2476-482.
- Iria, C. y Barbosa, F. (2009). Perception of facial expressions of fear: Comparative research with criminal and non-criminal psychopaths. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 66-73.
- Lila, M., Catalá, A., Conchell, R., García, A., Lorenzo, M. V., Pedrón, V. y Terreros, E. (2010). Una experiencia de investigación, formación e intervención con hombres penados por violencia contra la mujer en la Universidad de Valencia: Programa Contexto. *Intervención Psicosocial*, 19, 167-179.
- Lila, M., García, A. y Lorenzo, M. V. (2010). *Manual de intervención con maltratadores*. Valencia: Servicio Publicaciones Universidad de Valencia.
- Pham, T. H. y Philippot, P. (2010). Decoding of facial expression of emotion in criminal psychopaths. *Journal of Personality Disorders*, 24, 445-459.
- Porter, S. y Brinke, L. T. (2008). Reading between the lies. Identifying concealed and falsified emotions in universal facial expressions. *Psychological Science*, 19, 508-514.
- Ribeiro, L. (2001). *La comunicación eficaz: transforme su vida personal y profesional mejorando su capacidad de comunicación*. Barcelona: Urano.
- Ruiz, S., Negredo, L., Ruiz, A., García-Moreno, C., Herrero, O., Yela, M. y Pérez, M. (2010). *Programa de Intervención para Agresores (PRIA)*. Madrid: Ministerio de Interior.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

**Juan Manuel Gutiérrez-Trigo, Belén Villalba-Segovia e
Isabel Salguero-Andrades**

Psicología Diez. Centro de Psicología y Salud, Cádiz, España

Resumen

Se presenta el caso de J, una paciente de 19 años, que debido a la sintomatología que presenta ha pasado de ser una estudiante brillante a abandonar recientemente sus estudios de grado medio y el sexto curso de piano y solfeo que cursaba en el conservatorio de su ciudad. J. es natural de Madrid y llega a consulta acompañada de sus padres en Junio de 2010. Ha sufrido un ingreso en el hospital por un intento autolítico, después de sufrir durante meses pensamientos intrusivos sobre hacerse daño a sí misma. Consulta por un cuadro de 4 años de evolución, durante los que había recibido tratamiento psiquiátrico y psicológico, presentando informes médicos donde constan distintos diagnósticos: trastorno de ansiedad obsesivo compulsivo, trastorno del control de impulsos con tics motores, trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, trastorno bipolar, episodio depresivo grave y trastorno mixto de la personalidad. Tras una amplia entrevista clínica tanto con la paciente como con sus padres, llevamos a cabo una minuciosa valoración con distintas pruebas, entre ellas MMPI-2 RF, IPDE, HADS, DAS, Test de Figura Compleja de Rey, los Subtests de Dígitos, Claves de números, Cubos e Historietas de la escala de valoración de inteligencia para adultos WAIS y la Escala de Evaluación de la Actividad Global, EEAG. Los resultados indican que la paciente cumple criterios diagnósticos generales para trastorno de personalidad según DSM IV TR, aunque sin embargo, no parece cumplir todos los de ningún trastorno específico de la personalidad. En este texto describimos las dificultades diagnósticas encontradas, la intervención realizada durante más de dos años, así como la evolución de la paciente durante todo este tiempo.

Palabras claves: ansiedad, obsesiones, Trastorno Límite de la Personalidad, tratamiento psicológico.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS ON BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND OTHERS PERSONALITY DISORDERS**Abstract**

We present the case of a patient with a psychological disorder who has gone from being a brilliant student to abandon every activity. She arrives after one admission in the hospital for a suicidal attempt, she was been suffering for months frequently intrusive thoughts about harming herself. She has received psychiatric and psychological treatment for four years Her family present medical reports where different diagnoses are written: anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, impulsiveness control disorder with motors tics, obsessive-compulsive disorder of personality, bipolar disorder, major depressive episode and mixed disorder of the personality. After a wide interview, the patient was assessed with same diagnostic instruments: MMPI-2 RF, IPDE, HADS, DAS, Test of Rey, same scales from WAIS and EEAG. The results indicate that the patient meets diagnostics criterias for a general personality disorder according, although does not seem to meet any specific disorder of the personality. In this article we describe the diagnostic difficulties encountered and the intervention performed for two years.

Key words: anxiety, obsesives thoughts, Bordeline Personality Disorder, psychological treatment.

Introducción

Los Trastornos de Personalidad no son habitualmente objeto de consulta en los centros de tratamiento psicológico. Generalmente el motivo de consulta se traslada a los problemas con las relaciones sociales, los problemas de autoestima o los síntomas de ansiedad o depresión que presenta el paciente cuando no consigue adaptarse a las circunstancias cotidianas. Por definición, el trastorno de personalidad tiene su inicio en la adolescencia o principio de la vida adulta, por lo que la alteración de la personalidad generalmente llega a ser considerada normal.

Según los principales manuales y clasificaciones diagnósticas un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto en diferentes ámbitos de su vida como el familiar, personal y social.

La personalidad normal y la patológica se diferencian principalmente en tres aspectos (Millon, 1998). En la personalidad patológica es característico el uso repetido de estrategias poco adaptativas. El paciente persiste en estrategias de adaptación inútiles una y otra vez. Éste primer aspecto conduce al segundo aspecto importante en la personalidad patológica, la rigidez y poca flexibilidad, la incapacidad para considerar alternativas distintas. Por último, la repetición de los patrones de comportamiento desadaptativos es patogénica, deriva en la génesis de otras alteraciones que, como se ha mencionado con anterioridad, son las que suelen ser objeto de consulta.

Por tanto, no se debe diagnosticar un trastorno de la personalidad cuando las características definitorias aparecen exclusivamente durante un episodio de un trastorno del Eje I. o en momentos muy concretos de la vida del paciente. Tampoco debe ser confundida la presencia de algunos rasgos de personalidad que no son suficientemente desadaptativos con la presencia de un trastorno de personalidad. Los rasgos de la personalidad sólo se diagnostican como trastornos de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan un deterioro funcional o un malestar subjetivo significativo.

El presente texto pretende mostrar las dificultades diagnósticas que se presentan habitualmente en torno a los trastornos de personalidad, principalmente por lo poco frecuente que es encontrar un trastorno de personalidad bien definido. En el caso que presentamos a continuación la demanda de tratamiento es para un trastorno de ansiedad obsesivo compulsivo (TOC) con ideación suicida y varios intentos autolíticos en la historia clínica.

Método

Identificación del paciente

La paciente es una chica joven que acude a consulta en Psicología Diez por vez primera cuando tiene 19 años de edad. Vive con sus padres, su madre es médico de profesión y su padre abogado. Sólo tiene un hermano que en la actualidad vive fuera de la ciudad con su pareja.

Análisis del Motivo de consulta

J. acude a consulta con sus padres, tras presentar varios intentos de suicidio por los que ha sido hospitalizada en varias ocasiones y también por presentar trastorno obsesivo compulsivo. Ha estado recibiendo tratamiento psicológico y psiquiátrico durante cuatro años.

Historia del problema

La paciente era una chica brillante hasta tercer curso de educación secundaria, había realizado estudios de solfeo y piano, llegando a dar algún concierto. Al cumplir los 15 años comienza a sufrir pensamientos intrusivos e involuntarios que le generan un importante grado de ansiedad e interferencia en su vida diaria. Le diagnostican un trastorno obsesivo compulsivo, a pesar del cual consigue terminar sus estudios de secundaria e incluso un grado medio, pero a partir de entonces se aísla en su casa y no ha conseguido retomar los estudios para matricularse en un grado superior. El tratamiento psiquiátrico que sigue en la actualidad se puede ver en la Tabla 1.

Tabla 1. Tratamiento psiquiátrico prescrito al paciente.

<i>Medicamento</i>	<i>Dosificación</i>	<i>Efecto</i>	<i>Principio activo</i>
Anafranil 75mg	0-0-1+1/2	Antidepresivo	Clomipramina.
Risperdal 1 mg	0-0-1	Antipsicótico	Risperidona.
Topamax 150 mg	1-0-1	Antiepiléptico	Topiramato
Sinogan 100mg	0-0- 1+1/2	Antipsicótico	Levomepromazina
Orfidal 1mg	0-0-1	Ansiolítico	Lorazepam.

Análisis y descripción de las conductas problemáticas

J. presenta a diario pensamientos obsesivos cuyo contenido se relaciona siempre con hacerse daño con cuchillos y cortarse, o tomar pastillas, actos ambos, que ha llegado a realizar en varias ocasiones y le genera un alto nivel de ansiedad.

Aunque ha seguido dietas alimenticias en varias ocasiones, en la actualidad tiene una obesidad considerable, ha ganado más de 35 kilos de peso desde que se le diagnostica el trastorno y sufre de frecuentes episodios de sobreingesta alimenticia compulsiva.

Tiene problemas para dormir, pesadillas con mucha frecuencia, miedo a estar sola y a la oscuridad, entre otros, que le llevan a ser muy dependiente de sus padres y a tener una autoestima muy deteriorada.

Presenta un importante nivel de inseguridad, le cuesta mucho tomar decisiones, pero cuando le apetece algo, quiere conseguirlo inmediatamente y utiliza cualquier recurso a su alcance para conseguirlo.

En la actualidad no consigue ser constante o disciplinada en ninguno de los objetivos que se propone, según manifiestan durante la entrevista sus padres. Presenta también problemas en las relaciones interpersonales, incluso se ha distanciado de sus compañeras, porque parece que éstas no la entienden y en el momento de la evaluación su vida social es prácticamente nula. Ella se describe como una persona muy sensible. No fuma, ni bebe, ni tampoco ha consumido nunca drogas.

Establecimiento de las metas de tratamiento

El primero de los objetivos terapéuticos es reducir la sintomatología depresiva que presenta la paciente para preservar su integridad física y evitar cualquier posible intención autolítica, para luego trabajar con las ideas obsesivas y reducir la ansiedad que éstas generan.

Una vez conseguidos estos objetivos se plantea el tratamiento de los problemas de autonomía, alimenticios, de sueño y de relaciones interpersonales.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos son consensuados con J. y su familia, en función de la sintomatología de la paciente. Es sólo a lo largo del tratamiento y de una evaluación continuada durante el mismo cuando se considera la posibilidad de un diagnóstico de trastorno de personalidad.

Selección de los tratamientos más adecuados

El tratamiento se selecciona siguiendo los criterios recogidos en las principales guías de práctica clínica (American Psychiatric Association [APA], 2004, Dixon et al 2010, National Institute for Health and Clinical Excellence [NIHCE], 2008) donde se recomienda el uso de tratamientos psicológicos cognitivo conductuales como tratamiento de primera elección para los pensamientos obsesivos.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase

Para la evaluación de la paciente se han usado los instrumentos diagnósticos que se describen a continuación, siguiendo las recomendaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de realizar los diagnósticos de forma multiaxial:

Entrevista Inicial

Cuestionario autobiográfico de Cautela (Fernández Ballesteros, 1983). Es una entrevista en la que se recoge información sobre las principales áreas vitales de la persona, educación, familia, relaciones de pareja, amistades, salud y el área laboral entre las más importantes.

Valoración de Sintomatología Clínica: Eje I.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond y Snaith, 1983). Se trata de una escala utilizada para determinar los niveles de ansiedad y depresión que el paciente está experimentando. Consta de catorce ítems, siete de ellos para valorar la ansiedad y siete para valorar los síntomas de depresión. Las puntuaciones de cada escala oscilan entre 0 y 21, considerándose puntuaciones significativas a partir de 9.

Escala de actitudes disfuncionales. DAS (Weisman y Beck 1978. Versión de Burns, adaptación al castellano de Andrés, Bas y Gil, 1984). Este test mide cómo valora una persona los procesos de interacción social, qué espera de ellos, qué está dispuesto a dar a cambio, etc. Determina en qué grado una persona es o no vulnerable al fracaso o a la frustración ante la adversidad

Valoración de alteraciones de la Personalidad: Eje II.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2- RF (MMPI-2, RF; Starke, Hathaway y McKinley, 1943). Este inventario es uno de los instrumentos más importantes utilizados en la evaluación de psicopatología en adultos en los contextos clínicos. El MMPI-2-RF aporta una gran riqueza de información sobre la estructura de la personalidad y sus posibles trastornos, proporcionando hasta 3 escalas de validez, 10 escalas básicas, 15 escalas de contenido, 18 escalas suplementarias y 31 subescalas.

Examen internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE; Loranger, 1995, versión española de López-Ibor, Pérez-Urdániz y Rubio 1996). Es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar los 11 trastornos de la personalidad que figuran en el DSM-IV. El IPDE consta de un cuestionario de cribado (*screening*) de 59 ítems, que sirve para identificar los posibles trastornos de la personalidad. Con el objetivo de establecer diagnósticos fiables, la conducta problemática debe estar presente durante al menos 5 años y debe haber comenzado antes de los 25 años. La fiabilidad entre observadores del IPDE generalmente es buena (el coeficiente *kappa* medio es de 0,73), así como la fiabilidad test-retest (0,87).

Valoración de Inteligencia. Eje II.

Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS; Wechsler, 1997). El WAIS es un test construido para evaluar la inteligencia global de individuos de entre 16 y 64 años. Es individual y consta de 2 escalas: una escala verbal compuesta de seis subtest y una escala manipulativas, compuesta igualmente de seis subtests.

Valoración de la actividad global: social, familiar, laboral o académica. Eje V.

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG. DSM-IV- TR, American Psychiatric Association [APA], 2000). La escala de Evaluación de la Actividad Global es un instrumento para la valoración del funcionamiento global o general en sujetos, durante un periodo específico de tiempo. Existe una buena descripción de la escala en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2000).

Aplicación de los tratamientos

Dividimos el tratamiento según el triple sistema de respuesta, en niveles psicofisiológico, cognitivo y conductual. Aunque a lo largo del tratamiento se van realizando intervenciones en todos los sistemas de respuesta, para facilitar su comprensión, hacemos una descripción independiente de cada una de ellas.

A nivel psicofisiológico

Pretendemos en este nivel la disminución de la hiperactivación fisiológica que presenta con técnicas de relajación muscular progresiva y biofeedback electrodermal. Junto con la técnica de relajación muscular se le entregó a la paciente una hoja de registro, que le serviría para controlar la evolución del entrenamiento y mejorar así su motivación para realizarlo en casa.

A nivel cognitivo

Seguimos las técnicas de Reestructuración Cognitivas propias del modelo de intervención de Beck (1995). Principalmente trabajamos la magnificación o valoración excesiva que hace de algunas circunstancias vitales. Añadimos también como parte

fundamental del tratamiento, el entrenamiento cognitivo de los procesos atencionales (Wells, 2008) como estrategia para ignorar pensamientos intrusivos u obsesivos y minimizar los efectos secundarios de la cantidad de medicación que toma diariamente.

A nivel conductual

Registro y refuerzo de objetivos diarios que fueron: asistencia a clase, mantenimiento de grupos de relaciones sociales, asistencia a talleres de ocio, mejora de la comunicación con la familia, hacer ejercicio diario y mantenimiento de dieta equilibrada prescrita por su endocrino.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

Durante los dos años de tratamiento, hemos mantenido numerosas dudas sobre cual sería la etiqueta diagnóstica más apropiada para J. y debemos decir que, aunque se comprueban signos claros de Trastorno Obsesivo Compulsivo, es evidente la presencia de alguna alteración de personalidad. De hecho, los resultados del MMPI-2 muestran una sintomatología muy variada, la paciente puntuó alto en alteraciones emocionales, alteraciones del pensamiento, despersonalización, quejas somáticas, ideas persecutorias, emociones negativas disfuncionales, experiencias anormales, malestar general, quejas gastrointestinales, quejas cognitivas, ideación suicida, inseguridad, ansiedad y evitación social. En el cuestionario IPDE, obtiene puntuaciones significativas para los trastornos de personalidad Paranoide, Narcisista, Límite, Dependencia y Evitación.

Por tanto, parece lógico el diagnóstico de Trastorno No Especificado de la Personalidad. Sin embargo, dado lo poco que aporta de cara al tratamiento este diagnóstico y la alta correlación que presentan las alteraciones de la alimentación, los comportamientos autolesivos, la inestabilidad emocional y la baja tolerancia a la frustración en las relaciones interpersonales, con el Trastorno Límite de la Personalidad, nos inclinamos por este diagnóstico.

Durante los dos años de tratamiento se han conseguido los objetivos terapéuticos de forma moderada, las puntuaciones de los instrumentos para valorar sintomatología depresiva y sintomatología de ansiedad se han reducido por debajo de los puntos de corte. La paciente consigue cierta estabilidad, pero pasado este tiempo y encontrándose con terapia de mantenimiento cada 15 días, sufre una crisis que le lleva a la ingesta excesiva de medicamentos y a un ingreso urgente. A partir de ese momento sufre un aumento drástico de medicación y empieza a formar parte de un programa de tratamiento diario de la administración pública.

Observaciones

El presente trabajo pretende ser una muestra de las dificultades diagnósticas que puede encontrar el psicólogo en la práctica clínica. Las etiquetas diagnósticas, aunque en la actualidad siguen siendo muy amplias o poco específicas, pueden ayudar a la elección de los tratamientos más adecuados. Por ello, creemos que el proceso de valoración y reevaluación debe ser un proceso continuo a lo largo de todo el tratamiento.

Referencias

American Psychiatric Association, APA (2000). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: APA.

- Beck A. T. y Freeman A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Caballo V. (2009): *Manual de Trastornos de Personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (2a. ed.). Madrid: Síntesis.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. En L. A. Pervin y O. P. John (Eds.), *Handbook of personality Theory and research* (pp. 525-552). New York, NY: Guilford Press.
- Hathaway S.R. / Mckinley J.C. (2002): *MMPI-2 Manual*. Madrid: TEA Ediciones S. A.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE. (2009). *Borderline Personality Disorder Clinical Guideline*. Recuperado de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf>
- Linehan M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- López-Ibor, J., Pérez Urdaniz, A. y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad; módulo DSM-IV. Versión Española*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Loranger, A. W. (1995). *Internacional Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: World Health Organization.
- Millon T. (1998). *Más Allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Wechsler, D. (1997). *Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos* (3a. ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Wells A. (2008). Attention Training Techniques. En A. Wells (Ed.), *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* (pp. 56-70). London: The Guilford Press.

CAPACITACIÓN SOCIAL EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD GRAVES. DIFERENCIAS PRE-POST TRATAMIENTO EN MEDIDAS DE AUTOINFORME

Juan Manuel Ramos-Martín

Unidad de Trastornos de Personalidad. Hospital Dr. R. Lafora, Madrid, España

Resumen

Introducción: Diferentes programas de intervención han mejorado el pronóstico de los trastornos de personalidad. Pero los prometedores resultados no son homogéneos: los aspectos considerados nucleares no mejoran tanto como la sintomatología asociada, ni se obtiene una adaptación socio-laboral satisfactoria. Promover la capacitación social no sólo favorece la adaptación socio-laboral, sino también la regulación emocional, uno de esos aspectos nucleares. **Objetivos:** Verificar si un tratamiento basado en el modelo de comunidad terapéutica hospitalaria promueve la capacitación social, si ésta se asocia con mejora sintomatológica y si la dificultad para el cambio en capacitación se relaciona con rasgos de personalidad o niveles sintomatológicos. **Método:** Pacientes con TP grave derivados a la UTP del hospital Dr. R. Lafora (Madrid) que completaron el programa integrado de intervención de 6 meses ($N = 70$). Instrumentos de medida pre-post: *Escala de Habilidades Sociales (EHS)*; *Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R)*; *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*; *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)*. **Resultados:** El grupo de baja habilidad social pretratamiento presenta más somatización, obsesión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y malestar global, así como mayores rasgos esquizoides, fóbicos, dependientes, autodestructivos y esquizotípicos. Tras la intervención se incrementa la habilidad social ($t_{(69)} = -4,922$; $p = 0,000$) y este cambio está relacionado con la mejoría sintomática ($r = 0,377$; $p = 0,001$). La dificultad para el cambio en habilidad social autoinformada postratamiento está asociada al nivel de depresión ($t_{(32)} = 2,669$; $p = 0,012$). **Conclusiones:** La potenciación de habilidades sociales aparece como un mecanismo de cambio relacionado con mejora sintomatológica en un entorno terapéutico. Sería preciso ampliar el uso adaptativo de las habilidades a los entornos cotidianos para aumentar la normalización funcional y socio-laboral de las personas con TP. Identificar mecanismos comunes de cambio es el actual reto de la investigación en psicoterapia, con el consecuente abordaje transdiagnóstico.

Palabras clave: trastorno de personalidad, habilidades sociales, capacitación, mecanismos de cambio.

SOCIAL EMPOWERMENT IN SEVERE PERSONALITY DISORDERS. PRE- POST TREATMENT DIFFERENCES IN SELF-REPORT MEASURES

Abstract

Introduction: Different intervention programs have improved the prognosis of personality disorders (PD). But the promising results are not homogeneous: nuclear aspects do not improve as much as the associated symptoms and it is not easily reached a satisfactory social and labor adaptation. Promoting social skills not only promotes social and labor adaptation, but also emotional regulation, one of those nuclear aspects of PD. **Objectives:** To verify whether an inpatient treatment based on the therapeutic community model promotes social skills, if it is associated with symptoms improvement, and if the difficulty of change in empowerment is

related to personality traits or associated symptoms levels. **Method:** Patients with severe PD ($N = 70$) referred to the PD Unit of the hospital Dr. R. Lafora (Madrid) completed the six months' integrated therapeutic program. Pre-post measuring instruments: Social Skills Scale (EHS), Symptoms Checklist (SCL90-R), Beck Depression Inventory (BDI), Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II). **Results:** The group with pretreatment low social skills features more somatization, obsession, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, and global severity, and also higher schizoid, phobic, dependent, self-defeating, and schizotypal traits. Social skills increases after intervention ($t_{(69)} = -4.922, p = .000$) and this change is related to symptomatic improvement ($r = 0.377, p = .001$). The difficulty of change in self-reported social skills is associated with the level of depression ($t_{(32)} = 2.669, p = .012$). **Conclusions:** The enhancement of social skills appears as a mechanism of change related to symptomatic improvement in a therapeutic setting. It would be necessary to extend the adaptive use of the skills to everyday environments to increase socio-functional normalization and employment of people with PD. Identify common mechanisms of change is a current research challenge in psychotherapy, with the consequent transdiagnostic approach.

Keywords: Personality disorder, social skills, empowerment, mechanisms of change.

Introducción

Se ha avanzado mucho en las últimas décadas en el diagnóstico, comprensión y abordaje de los trastornos de personalidad (TP), en particular del trastorno límite (TLP). El pronóstico ha ido mejorando con el tiempo, gracias a los programas específicos de intervención puestos en marcha en los últimos años (Hadjipavlou y Ogrodniczuk, 2010). Los resultados conseguidos son prometedores (Stoffers et al., 2012). Pero, si bien se consiguen mejoras de la sintomatología asociada, la modificación de lo considerado nuclear no avanza tanto (Clarkin, 2013; Zanarini y Frankenburg, 2007); si bien se consigue reducir patología, la adaptación socio-laboral aún permanece insatisfactoria (Comtois, Kerbrat, Atkins, Harned y Elwood, 2010; Levy, 2008).

Así lo demuestran diversos estudios de ensayos clínicos aleatorizados: por ejemplo, Davidson, Tyrer, Norrie, Palmer y Tyrer (2010) con 1 año de tratamiento cognitivo conductual ($n = 76$), obtienen una remisión de TLP del 54%, pero la calidad de vida permanecía baja. Bateman y Fonagy (2008) con 3 años de tratamiento basado en la mentalización ($n = 41$), consiguen una remisión del 87%, pero sólo el 46% tiene funcionalidad adecuada ($GAF > 60$). McMain, Guimond, Streiner, Cardish y Links (2012) con 1 año de tratamiento cognitivo dialéctico ($n = 180$) refieren remisión del 60%, pero el 53% continúa desempleado y el 39% recibe subsidios por discapacidad. También los estudios naturalísticos longitudinales (Gunderson et al., 2011; Zanarini, Frankenburg, Reich y Fitzmaurice, 2012) evidencian el mismo fenómeno: el proyecto CLPS ($n=111$; seguimiento de 10 años), obtiene una remisión del 85%, pero sólo el 21% tiene funcionalidad adecuada ($GAF > 70$); el proyecto MSAD ($n = 290$; seguimiento de 16 años) obtiene una remisión del 80%, pero sólo el 40-60% de los pacientes tienen adecuado funcionamiento socio-laboral.

La discapacidad funcional que aún permanece tras las diferentes intervenciones sugiere, como afirma Bateman (2012), que nuestra comprensión teórica actual del trastorno y los paquetes de tratamiento especializados aún son inadecuados. Ante este estado de la situación, conseguir una mejor capacitación en habilidades sociales es un reto relevante en un doble aspecto: por una parte, se trata de uno de los ámbitos nucleares y más resistentes al cambio de la patología de los TP y, por otra parte, se trata

de un proceso transdiagnóstico cuya correcta identificación puede potenciar la efectividad de la labor clínica, lo que corresponde con la búsqueda de los mecanismos favorecedores del cambio que ha sido señalado como el reto actual de investigación en psicoterapia.

Los objetivos de este trabajo son: (1) verificar si un tratamiento basado en el modelo de comunidad terapéutica hospitalaria promueve la capacitación social en un grupo de personas con TP grave; (2) comprobar si la competencia social se relaciona con la sintomatología general y de personalidad, y si su incremento se asocia a una mejora sintomatológica y (3) explorar si determinados rasgos de personalidad o niveles de severidad sintomatológica se relacionan con la dificultad para el cambio en capacitación social tras la intervención.

Método

Participantes

De todos los pacientes derivados a la UTP entre los años 2008 y 2013 con diagnóstico de Trastorno de Personalidad por parte de los facultativos de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, son incluidos en este estudio aquellos que terminaron el programa de intervención y que completaron adecuadamente los cuestionarios de autoinforme antes y después del tratamiento ($N = 70$, el 44 % del total de los derivados).

Instrumentos

- Escala de Habilidades Sociales (EHS; Gismero, 2000). Cuestionario de 33 ítems, con 4 alternativas de respuesta, que evalúa asertividad y habilidades sociales. Ofrece una puntuación global, además de 6 puntuaciones en cada uno de los factores que lo integran. Su fiabilidad es adecuada (α de Cronbach de 0,88), así como su validez de constructo, convergente y divergente con listas de adjetivos, autodescripciones y rasgos de personalidad del NEO-FFI.
- Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R; Derogatis, 2002, versión española). Evalúa una amplia gama de características psicopatológicas. El individuo puntúa, en una escala tipo Likert de 0 a 4, hasta qué punto se siente molesto por cada uno de los 90 síntomas incluidos. Cuenta con 10 escalas y tres índices globales de malestar, entre los que se encuentra el GSI (*Global Severity Index*). Su fiabilidad es aceptable, con coeficientes de consistencia interna elevados ($\alpha > 0,81$) y test-retest superiores a 0,78.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; versión española de Sanz y Vázquez, 1998). Evalúa la presencia de síntomas de depresión mediante la elección de una de cuatro alternativas, de entre 21 ítems. Tiene una consistencia interna de 0,90, validez convergente con otras medidas de depresión superiores a 0,50 y adecuada validez discriminante. En nuestro estudio el coeficiente α fue de 0,94.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II; Millon, 1999). Extensamente utilizado, consta de 175 ítems con respuesta dicotómica y aporta un perfil de 13 escalas de personalidad más 9 escalas de síndromes clínicos.

Procedimiento

Todos los pacientes participan voluntariamente en un programa de intervención de 6 meses basado en el modelo de comunidad terapéutica en entorno hospitalario, donde se fomenta la participación y la asunción de responsabilidades. El programa incluye intervenciones psicoterapéuticas individuales, actividades grupales y sesiones familiares, en una labor integrada multiprofesional (facultativos, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social) a partir de un plan terapéutico individual diseñado en equipo y desarrollado mediante una evaluación continuada.

Completan una batería de cuestionarios al inicio y al final del ingreso, entre los que se encuentran los anteriormente descritos. A partir de la puntuación centil obtenida en el EHS (pre), dividimos la muestra en dos grupos: ACS (alta competencia social, $EHS > 15$) y BCS (baja competencia social, $EHS \leq 15$), lo que permite estudiar un perfil diferencial en las medidas de síntomas y de rasgos (SCL90-R, BDI y MCMI-II) mediante comparación con la prueba t-Student. Definimos la variable capacitación social como el incremento de la competencia social tras la intervención ($M_{(EHS \text{ post})} - M_{(EHS \text{ pre})}$); y la variable mejora sintomática como decremento del malestar global ($M_{(GSI \text{ pre})} - M_{(GSI \text{ post})}$) y comprobamos su asociación mediante el coeficiente r de Pearson. Por otra parte, cruzando las variables competencia (alta, baja) y tratamiento (pre, post) se obtienen cuatro grupos (ver Tabla 2); las diferencias entre el grupo de los que mejoran en competencia social (capacitación) y los que no (resistencia) son examinadas mediante análisis bivalente utilizando el test t-Student.

Resultados

Rango de edad: 19-52 años ($M = 36,41$; $DT = 7,39$). El 83% son mujeres. Distribución por diagnóstico de derivación: 57,1% TLP; 30% TP Mixto; 8,6% TP Sin Especificar; 2,9% TP Histriónico; 1,4% TP por Dependencia. Todos tienen historial autolítico, con polimedicación y sin actividad laboral.

El grupo de baja competencia social pretratamiento (BCS) presenta más somatización, obsesión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y malestar global, así como mayores rasgos esquizoides, fóbicos, dependientes, autodestructivos y esquizotípicos (Tabla 1). Tras la intervención se incrementa la competencia social ($t_{(69)} = -4,922$; $p = 0,000$) (Figura 1) y tal capacitación está relacionada con la mejora sintomática ($r = 0,377$; $p = 0,001$). También cambia la proporción de pacientes con alta y baja competencia social ($\chi^2_{(69)} = 21,089$; $p = 0,000$; ver Figura 2).

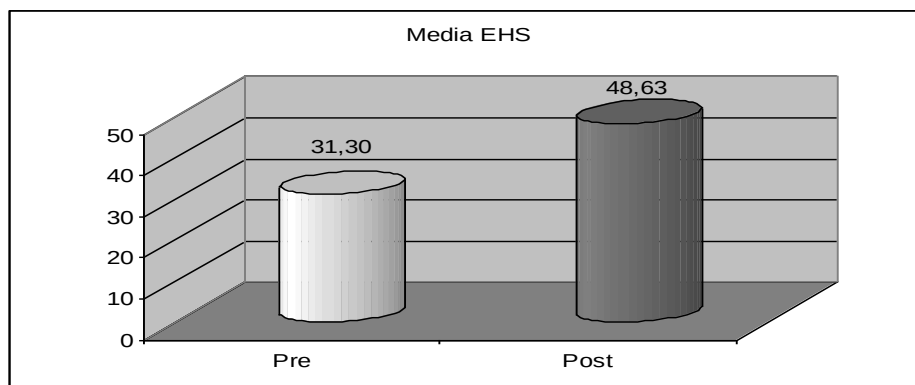
Tabla 1. Diferencias entre los grupos de baja (BCS) y alta (ACS) competencia social en las escalas del SCL90-R y MCMI-II. Sólo se incluyen las escalas con diferencias significativas ($p < 0,05$).

Escala	Diferencia de medias	t	p	Intervalo de confianza 95 %		d
				Inferior	Superior	
Somatización*	0,684	3,206	0,002	0,258	1,110	0,732
Obsesión-Compulsión*	0,558	3,006	0,004	0,187	0,928	0,711
Sensibilidad Interpersonal*	0,834	4,537	0,000	,466	1,200	0,952

Depresión*	0,367	2,571	0,012	0,082	0,652	0,552
Ansiedad*	0,557	2,427	0,018	0,107	1,007	0,487
Ansiedad Fóbica*	0,946	3,816	0,000	0,451	1,440	0,936
Ansiedad**	17,473	3,719	0,000	8,040	26,905	0,731
Hipomanía**	-12,555	3,338	0,001	-20,077	-5,032	0,903
Distimia**	14,124	2,737	0,008	3,801	24,447	0,602
Abuso Drogas**	-11,723	2,640	0,011	-20,604	-2,841	0,790
Pensamiento Psicótico**	10,742	4,130	0,000	5,539	15,944	1,175
Depresión Mayor**	16,248	3,794	0,000	7,638	24,858	1,179
Esquizoide**	19,445	4,327	0,000	10,457	28,434	1,160
Fóbica**	18,036	5,646	0,000	11,646	24,425	1,270
Dependiente**	17,172	2,858	0,006	5,153	29,191	0,634
Histriónica**	-22,071	4,261	0,000	-32,164	-11,978	1,287
Narcisista**	-27,330	4,919	0,000	-38,511	-16,149	1,588
Antisocial**	-14,666	2,828	0,006	-25,039	-4,293	0,877
Agresivo/Sádica**	-14,845	3,053	0,003	-24,569	-5,120	0,932
Autodestructiva**	10,139	2,726	0,008	2,701	17,576	0,591
Esquizotípica**	20,221	4,004	0,000	10,074	30,367	1,215

Nota. *Escala del SCL90-R.

**Escala del MCMI-II.



Diferencia de medias = 17,329 (DT = 29,457); $t_{(69)} = 4,922$; $p = 0,000$; I.C. 95 % : [10,30, 24,35]; tamaño del efecto: $d = 0,537$.

Figura 1. Análisis de la diferencia pre-posttest en la medida de competencia social (media EHS). Comparación de medias mediante el test t de Student.

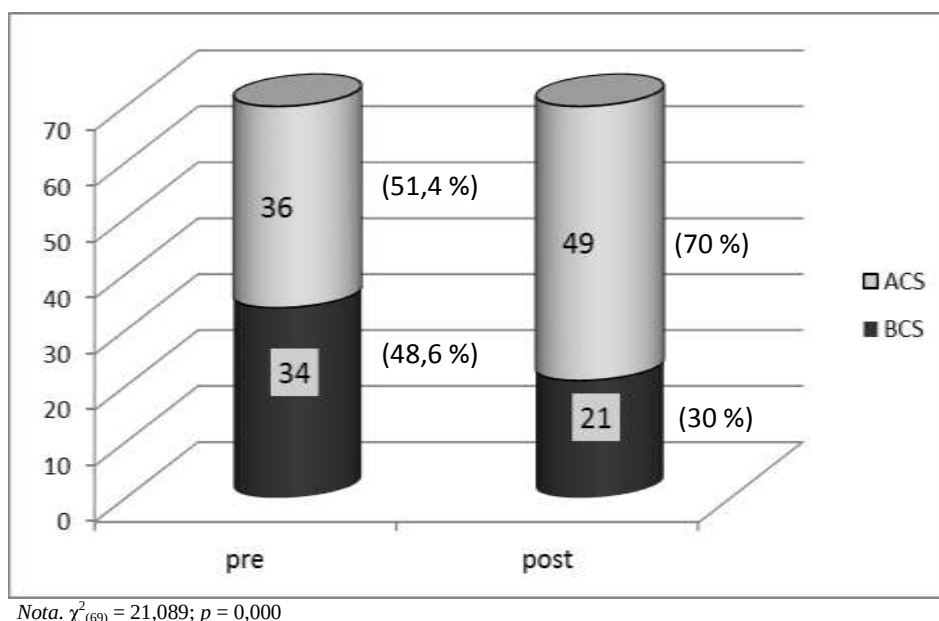


Figura 2. Distribución de la muestra según alta (ACS) y baja competencia social (BCS) antes y después del tratamiento. Comparación de proporciones mediante test de χ^2 .

En la Tabla 2 se especifica la frecuencia de pacientes en cada subgrupo generado según la evolución en competencia social. Sólo la puntuación en la escala BDI arroja resultados significativos en el análisis bivalente de comparación de medias entre el subgrupo de capacitados y el de resistentes: $t_{(32)} = 2,669$; $p = 0,012$; I.C. 95%: [2,02, 15,01]; tamaño del efecto: $d = 0,917$.

Tabla 2. Distribución de la muestra según pertenencia a los grupos de alta (ACS) o baja competencia social (BCS) en las medidas de pre y posttest.

Pre	Post	Grupo	n	%
BCS	BCS	Resistencia	19	27,1
BCS	ACS	Capacitación	15	21,4
ACS	ACS	Mantenimiento	34	48,6
ACS	BCS	Empeoramiento	2	2,9

Conclusiones

Se ha obtenido un incremento medio de la competencia social tras la intervención, y ésta aparece asociada a la mejora sintomática. El hallazgo es relevante porque la perturbación de la personalidad conduce a la disfunción social más que otras patologías (Newton-Howes, Tyrer y Weaver, 2008). Además, la psicopatología predice disfunción, pero la mejora sintomática no predice funcionalidad (Gunderson et al., 2011), por lo que se sugiere que la promoción de la función social habría de ser objetivo terapéutico directo (Comtois et al., 2010). Por otra parte, el incremento de la competencia social ayuda a la regulación del estado afectivo (McMurrin et al., 2011), uno de los procesos clave en TP.

La constatación de similar eficacia terapéutica obtenida con los diferentes tratamientos estructurados para TP ha llevado a diversos autores a promover la

identificación de los mecanismos comunes de cambio, el actual reto de la investigación en psicoterapia con TP (Clarkin y Levy, 2006; Levy, 2008). Nosotros, comparando el grupo de resistentes al cambio con el de los capacitados, hemos hallado que estos últimos tenían una sintomatología depresiva menor al inicio de la intervención. Es posible que los procesos motivacionales expliquen el hallazgo. También es posible que el sesgo cognitivo depresivo aumente la percepción de incompetencia social.

Limitaciones en la selección muestral, la falta de grupo de control, el reducido número de sujetos, la identificación de competencia social con puntuación en la escala EHS, la falta de seguimiento a largo plazo, los sesgos propios de las medidas de autoinforme y el análisis sólo bivalente exigen cautela en la interpretación y generalización de este trabajo.

Nuevos esfuerzos se precisan para identificar mecanismos comunes que facilitan la normalización funcional en personas con TP como plataforma transdiagnóstica (Links y Eynan, 2012) sobre la que entender mejor la personalidad e intervenir más eficazmente en su equilibrio adaptativo.

Referencias

- Bateman, A.W. (2012). Treating borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 169, 560-563. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12030341
- Bateman, A.W. y Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for BPD: Mentalization-Based Treatment versus TAU. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guildford.
- Clarkin, J.F. (2013). Review: some evidence of benefit for psychotherapies in borderline personality disorder. Commentary. *Evidence Based Mental Health*, 16, 17. doi:10.1136/eb-2012-101035
- Clarkin, J.F. y Levy, K.N. (2006). Psychotherapy for patients with Borderline Personality Disorder: focusing on the mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 405-410. doi: 10.1002/jclp.20238
- Comtois, K.A., Kerbrat, A.H., Atkins, D.C., Harned, M.S. y Elwood, L. (2010). Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: a feasibility trial of DBT-ACES. *Psychiatric Services*, 61, 1106-1111.
- Davidson, K.M., Tyrer, P., Norrie, J., Palmer S.J. y Tyrer, H. (2010). Cognitive therapy v. usual treatment for BPD: prospective 6-year follow up. *British Journal of Psychiatry*, 197, 456-462.
- Derogatis, L.R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R)*. Madrid: Tea Ediciones (Adaptación española de J.L. González y cols.)
- Gismero, E. (2000). *EHS. Escala de habilidades sociales*. Madrid: Tea Ediciones.
- Gunderson, J.G., Stout, R.L., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Morey, L.C., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., Yen, S., Markowitz, J.C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A. y Skodol, A.E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827-837.
- Hadjipavlou G. y Ogrodniczuk J.S. (2010). Promising Psychotherapies for Personality Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 202-210.
- Levy, K.N. (2008). Psychotherapies and lasting change. *American Journal of Psychiatry*, 165, 556-559.

- Links, P. S. y Eynan, R. (2012). The Relationship between personality disorders and axis I psychopathology: deconstructing comorbidity. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 529-554.
- McMain, S.F., Guimond, T., Streiner, D.L., Cardish, R.J. y Links, P.S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for BPD: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 169, 650-661.
- McMurran, M., Crawford, M.J., Reilly, J.G., McCrone, P., Moran, P., Williams, H., Adams, C.E., Duggan, C., Delpert, J., Whitham, D. y Day, F. (2011). Psycho-education with problem solving (PEPS) therapy for adults with personality disorder: A pragmatic multi-site community-based randomised clinical trial. *Trials*, 12, 198. doi:10.1186/1745-6215-12-198
- Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P. y Weaver, T. (2008). Social functioning of patients with personality disorder in secondary care. *Psychiatric Services*, 59, 1033-1037.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Stoffers, J.M., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CS005652. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Zanarini, M.C. y Frankenburg, F.R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21, 518-535.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B. y Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal Psychiatry*, 169, 476-483.

CARACTERÍSTICAS DEL TEPT Y OTROS TRASTRONOS DEMORADOS O CRONIFICADOS TRAS LOS SEISMOS DE LORCA

Julio C. Martín García-Sancho*, **Jesús Valera Bernal****, **M. Ascensión Albacete Belmonte**** y **Antonia Sánchez López**** y **Carmen Egea Durán*****

**Subdirección General de Salud Mental, España*

***Centro de Salud Mental de Lorca, España*

****Centro de Salud La Viña de Lorca, España*

Resumen

Los desastres naturales aumentan la demanda de servicios de salud mental. Para atender precozmente a los afectados tras los seísmos de Lorca de mayo de 2011 se estableció un protocolo de intervención psicológica en atención primaria integrando dos psicólogas clínicas en los equipos de los tres centros de salud de la localidad. Los médicos de familia derivaron a este servicio 328 personas durante los seis primeros meses y ninguna persona fue derivada a salud mental por psicopatología directamente relacionada con el desastre. Sin embargo, era esperable la aparición de trastornos demorados y crónicos, entre los que destacaría el trastorno por estrés postraumático (TEPT), pero también otro tipo de trastornos de ansiedad y afectivos. Setenta y tres personas fueron derivadas al centro de salud mental (CSM) desde noviembre de 2011 a febrero del 2013. En este estudio se comparan las características sociodemográficas y clínicas de las personas que sufren trastornos demorados o crónicos, derivados al CSM al menos seis meses después de los seísmos, respecto a las del TEPT y otros trastornos agudos derivados a psicología clínica en el centro de salud durante los seis primeros meses. En ambos casos, se aplicó el mismo protocolo de evaluación y tratamiento, lo que permite extraer características diferenciales tanto en variables sociodemográficas como sexo, edad, nivel educativo, estado civil, convivencia o situación laboral; como en variables clínicas como el diagnóstico, gravedad del trauma, ansiedad y depresión y otros indicadores de gravedad, como uso de medicación y derivaciones a psiquiatría. Por último se hacen algunas consideraciones sobre la atención a estos trastornos basándonos en los resultados obtenidos.

Palabras clave: desastres naturales, TEPT, TEPT demorado, salud mental.

CHARACTERISTICS OF PTSD AND OTHER DELAYED OR CHRONIFIED DISORDERS AFTER THE LORCA EARTHQUAKE

Abstract

Natural disasters increase the demand for mental health services. To assist early those affected by earthquakes in Lorca May 2011, we established a protocol of psychological intervention in primary care, integrating two clinical psychologists at the three health centers teams in the town. Family doctors referred to this service 328 people during the first six months and no person was referred to mental health by psychopathology directly related to disaster. However, it was expected the appearance of delayed and chronic disorders, including posttraumatic stress disorder (PTSD), but also other anxiety and affective disorders. Seventy-three people were referred to mental health center (MHC) from November 2011 to February 2013. This study compared the sociodemographic and clinical characteristics of people who suffer delayed or chronic disorders, referred to the MHC, at least six months after the earthquake, with respect to PTSD and other acute disorders referred to clinical psychology at the health centers during the

first six months. In both cases, the same evaluation and treatment protocol was applied, which allow to extract distinctive features both sociodemographic variables such as sex, age, educational level, marital status, living or employment situation, as clinical variables such as diagnosis, trauma severity, anxiety and depression and other indicators of severity, such as medication use and psychiatric referrals. Finally, some considerations about the care of these disorders based on the results obtained.

Keywords: Natural disasters, PTSD, delayed PTSD, mental health.

Introducción

El DSM IV-TR distingue entre TEPT agudo o crónico en función de que los síntomas duren menos de tres meses o más de tres meses. Cuando entre el acontecimiento traumático y la aparición de los síntomas pasan más de seis meses el TEPT sería de inicio demorado (American Psychiatric Association y American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV, 2000). La aparición demorada sería mayor cuando se han sufrido traumas militares, pero en los traumas civiles el TEPT puede alcanzar el 15% según algunas revisiones (Andrews, Brewin, Philpott y Stewart, 2007).

Tras los desastres naturales es esperable la aparición demorada tanto de TEPT como de otros trastornos, así como la cronificación. Para algunos autores el TEPT crónico dura un año o más y lo desarrollarían en mayor proporción las mujeres que los hombres (22% frente al 6%) (Norris y Sloane, 2007). El TEPT demorado es mucho más probable entre quienes presentan TEPT sub-umbral (26,2%) -presentan síntomas notables en dos categorías: re-experimentación, evitación o aumento de activación - que entre los que cumplen menos de dos criterios (4,1%). También es más probable en nuestra cultura, que en la oriental. Aún así hubo un 8,7% de TEPT demorado tras el terremoto de Taiwán (Smid, Mooren, van der Mast, Gersons y Kleber, 2009).

Tras desastres naturales como fuegos, seísmos o erupciones volcánicas, la prevalencia vida del TEPT está entre el 3,5% y el 16% (Yehuda, Marshall y Giller). En estudios longitudinales también se observa la aparición de otros trastornos ansiosos y depresivos. Zlotnic en un estudio prospectivo a 7 años aprecia un 9% de TEPT demorado hasta siete años después del evento (Zlotnick, Bruce, Shea y Keller, 2001). Tras el terremoto de Armenia, se encontraron como factores protectores un mayor nivel de estudios y estar con otra persona en el momento del seísmo. Por el contrario, la muerte de un familiar o estar en las áreas de máxima destrucción, eran factores de riesgo (Armenian et al., 2000).

En función de lo publicado en la literatura, era esperable que tras los seísmos de Lorca de mayo del 2011, poco a poco fueran llegando nuevos casos de TEPT y otros trastornos al CSM. Haciendo un breve repaso, los seísmos provocaron 9 muertos y más de trescientos heridos. Hubo que demoler más de mil viviendas y 45 naves. Por tanto, además de los muertos y heridos, bastantes personas perdieron su vivienda, su medio de vida o ambas cosas. Inicialmente el CSM trató a 27 afectados, que ya eran atendidos en salud mental por psicopatología previa. Pero ante el previsible aumento de la demanda se contrató a dos psicólogas clínicas que trabajaron en tres centros de salud (Martín, Garriga, Egea y Sainz, 2012). Estas dos profesionales, atendieron todos los casos de afectados por los seísmos hasta un total de 328 personas derivadas por el médico de familia en los cinco primeros meses, de las cuales 224 eran mayores de 16 años. Seis

meses después del seísmo apenas llegaban casos nuevos, por lo que desde febrero de 2012, sólo quedó una psicóloga en el centro de salud “La Viña”, reconvirtiendo su labor en atención a la demanda de trastornos ansiosos y depresivos en general. Sin embargo, desde noviembre de 2011 a febrero del 2013 se derivaron desde atención primaria al CSM 73 casos. De ellos, algo más de un tercio presentan diagnóstico de TEPT demorado o crónico (Figura 1).

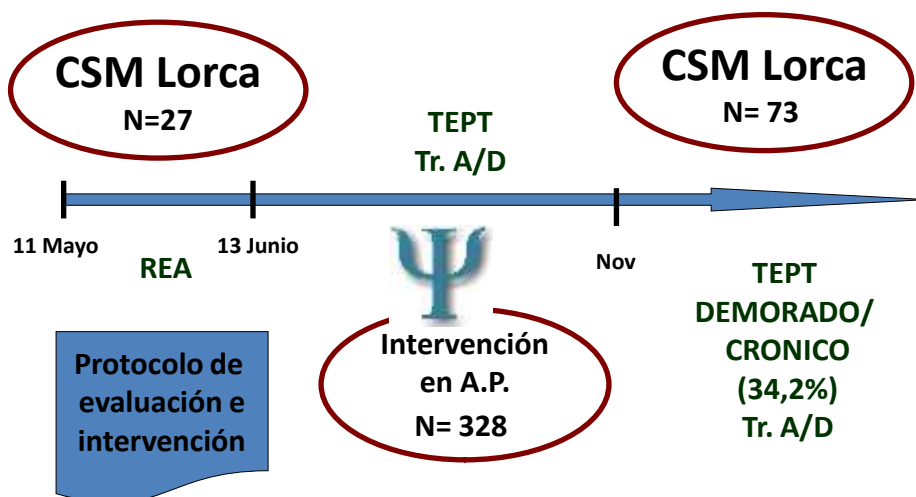


Figura 1. Secuencia temporal de la intervención tras los seísmos.

Vamos a comparar los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes atendidos durante ambos periodos, con el fin de analizar las características diferenciales de los trastornos iniciales (< 6 meses) respecto a los demorados o crónicos. Nuestras hipótesis de partida son que en el grupo demorado o crónico habrá un mayor nivel educativo, mayor presencia de factores de riesgo y más gravedad (definida operativamente como mayor derivación a psiquiatría y uso de medicación y puntuaciones más altas en el DTS y escalas de ansiedad y depresión).

Método

Tanto las psicólogas clínicas de los centros de salud (La Viña, Lorca-Centro y San Diego) como el quipo de intervención en crisis del CSM (dos psicólogos clínicos y un enfermera) utilizaron el mismo protocolo de evaluación y tratamiento. Así podemos comparar las dos muestras de TEPT inicial y TEPT crónico o demorado tanto en las variables sociodemográficas y clínicas como en algunos indicadores de gravedad para determinar si existen diferentes perfiles entre ambos grupos. Las variables sociodemográficas recogidas fueron sexo, nacionalidad, edad, estado civil, convivencia, nivel de estudios y situación laboral. Los factores de riesgo evaluados fueron: haber sufrido heridas durante los seísmos, pérdida temporal de la casa, pérdida definitiva de la casa, pérdida de la empresa y haber tenido relación con víctima mortal.

Las variables clínicas consideradas fueron por un lado los diagnósticos y por otro el trauma (síntomas de TEPT), la ansiedad y la depresión, medidas con las siguientes escalas:

- Escala de trauma de Davidson. (Davidson Trauma Scale – DTS) de 1997 (Davidson, Tharwani y Connor, 2002) validada en España por Bobes y colaboradores (Bobes et al., 2000). Valora la frecuencia y severidad de los síntomas de TEPT, siendo 40 el punto de corte.
- STAI. Escala de ansiedad estado / rasgo de Spielberger (Seisdedos Cubero y Spielberger, 1997; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Clasifica la intensidad de la depresión en: mínima (0-9); leve (10-16); moderada (17-29) y alta (>30).

Además se registraba si el paciente tomaba medicación y las dosis y si había sido derivado a psiquiatría.

Por último se deseaba saber si los casos que tratados inicialmente en atención primaria (AP) habían precisado atención en salud mental por desarrollar TEPT demorado o crónico, o cualquier otro trastorno, en los 15 meses siguientes.

Resultados

Las principales características sociodemográficas de ambas muestras se resumen en la Tabla 1. Sexo y nacionalidad están muy igualados, siendo destacable que en ambos grupos el número de mujeres cuadriplica al de hombres. Existe una clara diferencia de edad media (menor en la muestra del CSM) así como del porcentaje de solteros y separados. En este grupo, también es mayor el porcentaje de personas que conviven con su familia de origen y con otros familiares y amigos. Siendo menor el porcentaje de personas sin estudios en AP, es significativamente mayor el de grado medio en el grupo del CSM.

Tabla1. Variables socio-demográficas de los pacientes tratados en CSM o AP.

		AP	CSM
Sexo	M	82,6	80,8
	V	17,4	19,2
Nacionalidad	Española	95,5	94,5
	Extranjera	4,5	5,5
Estado civil	Soltero	13,8	24,7
	Casado	67,9	52,1
	Viudo	8,9	9,6
	Divorciado	4,5	4,1
	Separado	2,7	6,8
	Unión Consensuada	2,2	2,7
Convivencia	Solo	9,4	8,2
	Con familia propia	73,2	63,0
	con familia de origen	7,1	16,4
	Solo con hijos	7,1	5,5
	Con otros familiares o amigos	0,4	5,5
	Familia monoparental	0,4	0
	Otros	2,2	1,4
Nivel educativo	Analfabeto	5,5	2,8
	Sin estudios	19,6	15,5
	Primer y Segundo Grado	36,5	33,8

	Segundo Grado	23,3	16,9
	Tercer Grado(Títulos medios)	9,1	25,4
	Títulos Superior	5,9	4,2
Situación laboral	Contrato Indefinido	24,2	21,9
	Eventual	9,9	16,4
	Autónomo	15,7	15,1
	En paro (primer empleo)	,4	2,7
	En paro (no primer empleo)	7,2	12,3
	Pensionista por invalidez	2,7	2,7
	Pensionista por jubilación	12,1	11
	Prejubilación	,4	1,4
	Rentista	,4	0
	Estudiante	2,7	8,3
	Labores domésticas	15,7	2,7
	Incapacidad transitoria	7,2	5,6
	Incapacidad permanente	1,3	1,4

Nota. CSM = Centro de Salud Mental; AP = Atención Primaria.

Tabla 2. Edad media de los pacientes de AP y CSM.

	<i>n</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
AP	224	17	89	50,43	14,883
CSM	73	16	82	44,03	15,140

Nota. CSM = Centro de Salud Mental; AP = Atención Primaria.

La exposición a factores de riesgo, es mayor en todos los casos en el grupo del CSM y alcanza significación estadística en pérdida de casa temporal y pérdida de empresa (ver Figura 2).

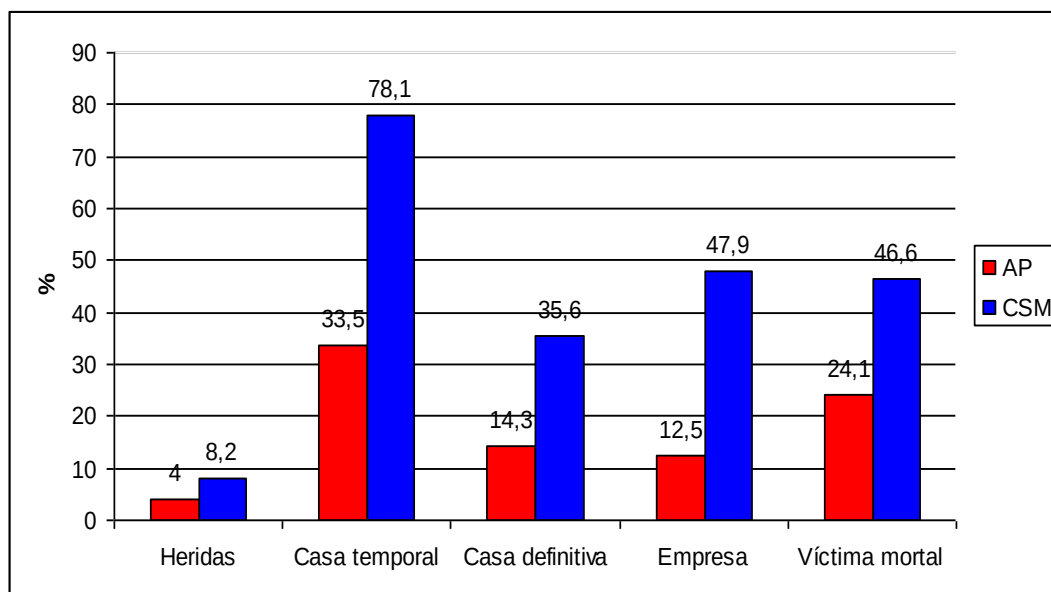


Figura 2. Exposición a factores de riesgo.

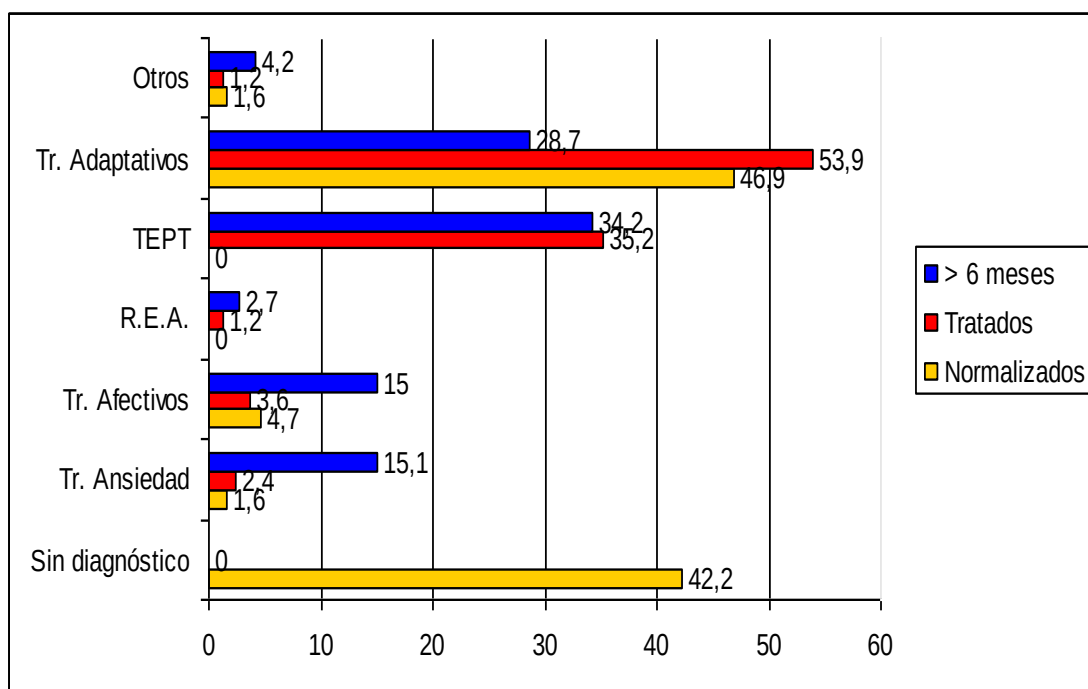
También es mayor el porcentaje de personas con medicación al inicio en el grupo demorado así como el de personas derivadas a psiquiatría (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de pacientes con medicación y derivaciones a psiquiatría.

	AP	CSM
% con medicación	60,3%	76,7%
% derivados a psiquiatra	0	46,6%

Nota. CSM = Centro de Salud Mental; AP = Atención Primaria.

En los diagnósticos iniciales se distinguió entre “normalizados” y tratados. A los primeros se les daba el alta en la primera sesión tras comprobar que su reacción era normal ante lo sucedido. Con una explicación normalizadora se esperaba que los síntomas desaparecieran con el paso del tiempo, como así sucedió. A los tratados se les aplicó el protocolo de tratamiento establecido (Martín et al., 2012). En los “normalizados” casi el 90% de los diagnósticos se reparten a partes iguales entre trastornos adaptativos leves (46,8%), y el no diagnóstico psiquiátrico (42,2%). Entre los tratados el diagnóstico más frecuente es trastorno adaptativo (53,9%), seguido de TEPT (35,2%). Entre los trastornos de aparición demorada o crónicos predomina el TEPT (34,2%), destacando también el incremento de trastornos afectivos y de ansiedad (30% repartidos a partes iguales) respecto a los tratados en los centros de salud. (Figura 3).

**Figura 3.** Diagnósticos en el grupo inicial (normalizados y tratados) y demorado.

En las escalas clínicas son mayores las puntuaciones medias en la escala de trauma, y ansiedad-rasgo en el grupo de CSM, siendo estadísticamente significativas en DTS y STAI-R. No hay diferencias en ansiedad estado. Por contra, la puntuación media en depresión es menor en el grupo del centro de salud mental (Tabla 4). Sin embargo si comparamos sólo los casos de TEPT agudo (AP) con el TEPT demorado o crónico (CSM), las puntuaciones medias en DTS, BDI y STAI-E son más altas en el grupo de AP y ligeramente menores en STAI-R, siendo significativas sólo en el Beck (Tabla 5).

Tabla 4. Prueba t de diferencia de medias en las escalas clínicas (AP-CSM).

	Media		T	(gl)	Sig. (bilateral)
	AP	CSM			
DTS	67,26	76,21	-2,252	190	0,031
BDI	21,23	12,79	6,480	187	0,000
STAIE	38,28	38,39	-,067	187	0,943
STAIR	34,42	38,83	-2,920	187	0,004

Nota. CSM = Centro de Salud Mental; AP = Atención Primaria.

Tabla 5. Puntuaciones medias en TEPT agudo y demorado.

	Agudo (AP)	Demorado o crónico (CSM)
DTS	87,35	80,08
BDI	26,84	11,96*
STAIE	44,13	37,08
STAIR	37,63	38,21

Nota. CSM = Centro de Salud Mental; AP = Atención Primaria.

*Dif estadísticamente significativa ($p < 0,000$).

Discusión/conclusiones

La frecuencia de primeras visitas se desacelera progresivamente: en los centros de salud 44,8 casos por mes durante los seis primeros meses frente a 4,9 casos por mes en el CSM (del séptimo al vigésimo segundo mes). Ningún paciente tratado en AP en el primer semestre fue derivado al CSM en los quince meses siguientes. Esto indica que tanto el tratamiento propuesto como el modo de estructurarlo fueron eficaces para contener la demanda en AP.

Tal como hipotetizamos el nivel educativo parece haber sido factor protector frente al TEPT agudo y otros trastornos, sobre todo en grados medios universitarios. El caso clínico presentado en el simposio ilustra esta tendencia (Albacete, Valera, Sánchez, y Martín, en prensa). En el mismo sentido apunta la edad (menor en el grupo de trastornos demorados o crónicos). Las diferencias en otras variables sociodemográficas como mayor porcentaje de solteros y separados y de personas que conviven con su familia de origen y con otros familiares y amigos puede deberse a la necesidad de refugiarse con otros familiares, dadas las dificultades a la hora de recuperar su casa o, en algunos casos, por estar todavía hoy a la espera de una solución.

La exposición a factores de riesgo es sistemáticamente mayor en el grupo de trastornos demorados o crónicos. Los dos factores que alcanzan significación estadística son pérdida de casa temporal y pérdida de empresa, situaciones que afectan al modo y al medio de vida de las personas. Pensamos que las situaciones iniciales más graves, sobre todo las relacionadas con familiares muertos o heridos, produjeron casos de TEPT agudo y fueron atendidas inicialmente en los centros de salud. La lenta demolición de edificios que en principio parecían habitables, el seguir a la espera de una solución definitiva sobre la vivienda habitual y la reactivación de síntomas tras nuevos eventos traumáticos como las riadas de Puerto Lumbreras, pueden haber desencadenado tanto TEPT demorado como haber cronificado estos trastornos (Valera, Albacete, Sánchez y Martín, en prensa).

En el grupo de aparición demorada, ha sido frecuente la derivación a psiquiatría. Aunque en algún caso haya sido filtrada en al acogida al grupo de apoyo en crisis, casi

la mitad de los pacientes (46,6%) requirieron atención psiquiátrica, frente a ninguno del grupo inicial. El porcentaje de pacientes con medicación en el CSM es mayor (77%) que el de pacientes tratados en el centro de salud (60%) y se acerca al porcentaje de pacientes con medicación derivados a los CSM por trastorno de pánico (Martín, J.C. et al., 2009). Esto, unido a las mayores puntuaciones en sintomatología traumática (DTS), ansiedad estado y ansiedad rasgo (STAI) confirman nuestra hipótesis de una mayor gravedad que, sin embargo, se incumple totalmente en el caso de la depresión. Esta mayor severidad proviene del alto porcentaje de trastornos adaptativos en la muestra de AP (54%), ya que las puntuaciones medias en trauma, ansiedad estado y depresión son más altas en el TEPT agudo que en el demorado o crónico, aunque sólo alcanzan significación estadística en el BDI.

Tras desastres naturales como los seísmos de Lorca es conveniente mantener los dispositivos de atención a los afectados tanto en atención primaria como en atención especializada durante un periodo prolongado de tiempo, ya que los cuadros clínicos siguen apareciendo con demora, especialmente si sucede algún nuevo acontecimiento que rememore el suceso traumático.

Sería deseable comparar estos estudios de ámbito clínico con estudios poblacionales para determinar el número de casos que permanecen todavía sin tratar por no haber acudido a los servicios sanitarios.

Referencias

- Albacete, A., Valera, C., Sánchez, A. y Martín, J.C. (en prensa). Intervención en un caso de TEPT grave demorado, en el CSM de Lorca, tras los seísmos de mayo 2011. En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comp.), *Avances en Psicología Clínica*. 2013. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- American Psychiatric Association y American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armenian, H. K., Morikawa, M., Melkonian, A. K., Hovanesian, A. P., Haroutunian, N., Saigh, P. A. y Akiskal, H. S. (2000). Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(1), 58–64.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., ... Bousoño, M. (2000). Evaluation of the psychometric properties of the Spanish version of 5 questionnaires for the evaluation of post-traumatic stress syndrome. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Davidson, J. R. T., Tharwani, H. M., y Connor, K. M. (2002). Davidson Trauma Scale (DTS): Normative scores in the general population and effect sizes in placebo-controlled SSRI trials. *Depression and Anxiety*, 15(2), 75-78.
- Martín, J.C., Garriga, A., Egea, C., y Sainz, C. (2012, febrero). Psychological intervention for survivors of the Lorca earthquakes: an experience of integration in primary care. Comunicación presentada en el *WPA Thematic Conference "Mental health and Family Medicine working together"* (pp. 37-42). Granada, España.
- Martín, J.C., Garriga, A., Pujalte, ML, Balanza, P, San Llorente, C, Guijarro, A y Martínez-Moya, A. (2009). Generalización y efectividad de la aplicación del modelo de control de pánico en centros de salud mental. Una estrategia de benchmarking. *Psicología.com*, 13(2).

- Seisdedos Cubero, N. y Spielberger, C. D. (1997). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.
- Smid, G. E., Mooren, T. T. M., van der Mast, R. C., Gersons, B. P. R., y Kleber, R. J. (2009). Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(11), 1572–1582.
- Valera, C., Albacete, A., Sánchez, A. y Martín, J.C. (2013). Intervención en un caso de TEPT cronificado y reactivado, en el CSM de Lorca. En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comp.), *Avances en Psicología Clínica*. 2013. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- Yehuda, R., Marshall, R. y Giller, E. (1998). Psychopharmacological treatment of post-traumatic stress disorder. En Nathan, P. E. y Gorman J. M. (Eds.), *A guide to treatments that works* (pp. 377-397). Oxford: Oxford University Press
- Zlotnick, C., Bruce, S. E., Shea, M. T., y Keller, M. B. (2001). Delayed posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of first onset of PTSD in patients with anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(6), 404-406.

TRABAJAR EN TIEMPOS REVUELTOS: DISCURSOS EN TORNO A LA CRISIS Y EL DESEMPLEO EN LOS JÓVENES

Julio Rodríguez-Suárez*, Esteban Agulló-Tomás*, Miguel Arenas-Martínez* y Joan Boada-i Grau**

** Universidad de Oviedo, España*

*** Universidad Rovira i Virgili (Tarragona), España*

Resumen

No cabe duda de que el desempleo juvenil constituye uno de los mayores problemas que ha traído consigo la crisis económica. Los procesos de precarización estructurales se convierten en procesos de subjetivación de la precariedad que generan trayectorias inseguras, fragmentadas, azarosas, desprotegidas, vulnerables. Para analizar los costes psicosociales y las repercusiones psicopatológicas del desempleo y la precarización laboral juvenil se ha puesto en marcha una investigación multidisciplinar y multimetodológica que combina las técnicas cuantitativas con las cualitativas. En la presente comunicación se exponen los resultados del análisis cualitativo, cuya finalidad ha consistido en conocer las nuevas consecuencias psicosociales, estrategias de afrontamiento, procesos y mecanismos de inserción socio-laboral y riesgo de exclusión social que padece dicho colectivo como consecuencia de la nueva configuración de la precariedad laboral y el desempleo impuesta por la crisis económica. A través de la realización de Grupos de Discusión con jóvenes parados de entre 16 y 25 años, diferenciados por la variable sociodemográfica nivel de estudios, se analizan los discursos en torno a la nueva configuración del capitalismo tecnoglobal y sus efectos en el trabajo y las relaciones laborales, la naturaleza actual de los fenómenos de la precariedad laboral y el desempleo juvenil y sus consecuencias psicopatológicas y disfunciones psicosociales, las estrategias de afrontamiento empleadas por los jóvenes para hacer frente a esta compleja situación vital, así como el efecto de todas estas transformaciones en los procesos y mecanismos de inserción laboral y social. De este modo, se obtiene una visión global del objeto de estudio que permite analizar de qué formas viven los jóvenes el desempleo, cómo se enfrentan a esa situación, así como los riesgos de vulnerabilidad y exclusión social a los que están sometidos.

Palabras clave: Desempleo juvenil, precariedad, inseguridad laboral, exclusión social.

WORK IN TROUBLED TIMES: DISCOURSES CENTERED AROUND THE CRISIS AND YOUTH UNEMPLOYMENT

Abstract

There is no doubt that youth unemployment is one of the major problems that the economic crisis has entailed. Structural precariousness processes are becoming subjective processes of precariousness that generate unsafe, fragmented, random, unprotected and vulnerable trajectories. In order to analyze the psychosocial costs and psychopathological impact of unemployment and youth job insecurity, we have launched a multi-disciplinary and multi-methodological research project that combines quantitative with qualitative techniques. This communication presents the results of the qualitative analysis, whose purpose has been to find out the new psychosocial consequences, coping strategies, processes and mechanisms of socio-labor integration and the risk of social exclusion that this group is suffering as a result of the new configuration of job insecurity and unemployment brought on by the economic crisis. By

conducting discussion groups with young people who are unemployed, differentiated by socio-demographic variables such as educational level or gender, we analyze the discourses surrounding the new configuration of techno-global capitalism and its effects on labor and industrial relations, the current nature of the phenomena of job insecurity and youth unemployment and its psychopathological consequences and psychosocial dysfunctions, the strategies for coping used by young people to deal with this complex life situation, as well as the effect of all these changes in the processes and mechanisms of labor and social integration. In this way, you have an overview of the goal of the study which allows us to analyze how young people's lives are being shaped by unemployment, how they deal with this situation, as well as the risks of vulnerability and social exclusion that they are subject to.

Keywords: Youth unemployment, precarious work, job insecurity, social exclusion.

Introducción

La transformación de la naturaleza del trabajo ha llegado a conformar un nuevo y complejo escenario económico, laboral y social en el que destacan de manera sustantiva dos fenómenos/tendencias altamente relacionados: el desempleo y la precarización del trabajo; un escenario que se define principalmente por la aplicación de altas dosis de desregulación y flexibilidad laboral que, como señala Blanch (2011), ha conducido a “una doble crisis laboral” que presenta “dos frentes interrelacionados”: la cantidad y la calidad del empleo.

La precariedad laboral se ha convertido en uno de los ejes fundamentales del modo de regulación capitalista actual, un elemento central de la organización del trabajo, un factor esencial y decisivo para el funcionamiento óptimo del sistema (Alonso y Fernández, 2009), que propicia dinámicas sociales desestabilizadoras que instauran un orden de incertidumbre, un contexto de vulnerabilidad y, en definitiva, una generalización de la ya denominada “cultura/paradigma de la precariedad” (Agulló, 2001; Laparra, 2007), tildada por Subirats (2006) de “nueva epidemia de nuestro siglo”. Tal y como afirma Cano (2004), no se trata de que exista el empleo precario frente al empleo no precario, sino de que la precariedad, en diferentes grados y modalidades, está presente en todas las formas de empleo. En palabras de Bourdieu: “Actualmente la precariedad está en todas partes” (Bourdieu, 2000, p. 120).

A este proceso de flexibilización y precarización laboral vivido en los últimos años (avanzado, entre otros, por los trabajos clarividentes de autores como Bauman, 2005; Beck 1999; Mingione, 1991; Sennet, 2000) ha venido a unirse el nuevo contexto económico perfilado por la crisis mundial, que ha tenido especial incidencia en España. Según los datos de Eurostat (2013), la tasa de desempleo ascendió en marzo de 2013 al 26,8 por ciento (la segunda más alta de la eurozona por detrás de Grecia).

A pesar de que el aumento del desempleo como consecuencia de la crisis económica ha sido generalizado en todos los grupos de edad, los jóvenes encuentran mayores dificultades a la hora de incorporarse al mercado laboral. En concreto, y siguiendo de nuevo a Eurostat, en abril de 2013 un total de 964.000 jóvenes españoles carecían de empleo, lo que representa el 26,6 por ciento del total del desempleo juvenil registrado en la zona euro, mientras que, en términos relativos, la tasa española de desempleo juvenil superó el 55,7 por ciento, al tiempo que el 95 por ciento del empleo destruido corresponde a personas menores de 35 años (Fernández Marugán, 2013).

Esta *instalación* en la precariedad y en el desempleo, su deriva de uno proceso al otro, los factores acumulativos de inseguridad y disfuncionalidad que suponen, coloca a los jóvenes españoles en la antesala de la pobreza y la exclusión social, esa posición de “irrelevancia estructural” de la que ya hablaba Castells (1998). Estamos, pues, como señalan varios autores, con “la juventud más castigada por la crisis de toda Europa” (Gil Calvo, 2011).

Se hace necesario, por tanto, un profundo análisis de las consecuencias del desempleo en el bienestar psicológico y social en los jóvenes, así como de las repercusiones psicopatológicas que provoca en aquellos a los que su frágil situación socio-laboral coloca y/o aboca a zonas de vulnerabilidad y exclusión.

En este sentido, el presente estudio se enmarca dentro del proyecto de investigación: “¿Generación tecnológica, generación excluida? Nueva configuración de la precariedad laboral y el desempleo de los jóvenes en tiempos de crisis y recesión económica” (Ref. SV-PA-13-ECOEMP-50), cuyos objetivos generales, en una primera etapa investigadora, son los siguientes:

Generar conocimiento completo, sistemático y actualizado sobre la última transformación del trabajo y sus condiciones, articulando para ello la precarización del empleo y el desempleo.

Analizar, de manera articulada y a través de un abordaje multidisciplinar y multimetodológico el principal problema de España y del entorno europeo, centrado en una población, la juvenil.

Confeccionar el instrumento «T-Pslab», que contempla, por primera vez y de una manera integral y sistemática, las nuevas consecuencias y disfunciones psicosociales de estos dos fenómenos en una muestra representativa de jóvenes, abordando las características y efectividad de sus actuales estrategias de afrontamiento y sus procesos y mecanismos de inserción laboral y social.

Para llevar a cabo estos objetivos generales se establecieron en concreto los siguientes objetivos específicos de la fase cuantitativa que aquí se presenta:

- Obtener una visión global del objeto de estudio que permita conocer y analizar: qué opinan los jóvenes sobre la actual situación laboral; de qué formas viven y perciben el desempleo; cómo se enfrentan a esa situación; los riesgos de vulnerabilidad y exclusión social a los que están sometidos.
- Asentar las bases para la confección del instrumento «T-Pslab».

Método

El proyecto de investigación presenta un enfoque multidisciplinar y multimetodológico que combina las técnicas cuantitativas con las cualitativas con el fin de ir más allá de los estudios meramente descriptivos y numéricos, tal y como es criticado por los expertos en esta materia (Álvaro, 1992; Blanch, 2006; Garrido, 2006), aunque en este capítulo se presentan únicamente los resultados de la parte cualitativa, llevada a cabo a través de la realización de diferentes Grupos de Discusión cuyo análisis ha permitido elaborar y concretar los aspectos más significativos (categorías, indicadores, ítems) a tratar en la fase cuantitativa, con la finalidad de desarrollar el instrumento «T-PSlab» citado anteriormente.

Los Grupos de Discusión tienen una enorme capacidad para hacer aflorar discursos, visualizar tendencias, mostrar estrategias y dinámicas no siempre emergentes, permitiéndonos comprender de una forma más profunda la complejidad y

transversalidad del objeto de estudio propuesto (Canales y Peinado, 1994; Ibáñez, 1979), incorporando la perspectiva del propio sujeto al ofrecer su visión sobre sus valores, consecuencias, actitudes y estrategias ante el tema abordado (en este caso, el desempleo y la precariedad).

Participantes

La fase cualitativa del estudio se centró en la realización de diferentes Grupos de Discusión integrados por jóvenes de entre 16 y 25 años residentes en el Principado de Asturias (distribuidos conforme a la Tabla 1), por tratarse de la franja de edad con mayores índices de desempleo, a pesar de que el instrumento final se aplicará a jóvenes de entre 16 y 29 años (INE, Eurostat) de todo el territorio español.

Tabla 1. Distribución final de los Grupos de Discusión.

<i>GRUPOS DE DISCUSIÓN</i>
8 GD con jóvenes de 16 a 25 años para analizar su visión de la situación actual
2 GD con jóvenes de 18 a 25 años con estudios superiores para analizar sus experiencias personales
2 GD con jóvenes entre 16 y 25 años con estudios básicos para analizar sus experiencias personales
<i>Todos los GD contaron con una distribución igualitaria por sexos</i>

Procedimiento

La estrategia metodológica diseñada para la presente investigación se llevó a cabo en las siguientes fases:

- Revisión teórica y conceptual.
- Elaboración de guiones mínimos de los Grupos de Discusión.
- Selección, contacto y realización de los Grupos de Discusión.
- Transcripciones de los Grupos de Discusión.
- Preparación de las categorías temáticas y claves interpretativas de los análisis de los discursos surgidos en los Grupos de Discusión.
- Análisis e interpretación de los Grupos de Discusión: realizado mediante un análisis temático (Braun y Clarke, 2006) dentro de un enfoque general inductivo (Thomas, 2006), que se conforma como una forma rigurosa y sistemática de analizar textos y de seleccionar temas específicos y extractos de texto adecuados.

Resultados

En los Grupos de Discusión formados por estudiantes universitarios se trató la valoración general de los jóvenes sobre el desempleo y la precariedad, mientras que en los Grupos disgregados por el nivel de estudios se analizaron los discursos sobre las experiencias personales de desempleo y precariedad. A continuación se exponen, de manera sintética y sistemática, a partir de los principales temas abordados, algunas de sus líneas argumentales más sugerentes; por cuestión tanto de espacio como de relevancia investigadora, nos centraremos en los resultados obtenidos en los Grupos de Discusión sobre experiencias personales.

Significado del trabajo: se pone de manifiesto que el trabajo conserva su carga ontológica e identitaria, asociándose a la felicidad, el mundo ideal o la realización personal. Trabajar conlleva sacrificios (en especial en las actuales condiciones de precariedad), pero no hacerlo genera una sensación de vacuidad mucho más difícil de sobrellevar. Surge la paradoja de que se aspira con frecuencia a trabajar en una empresa multinacional, cuando “la gran empresa” simboliza la fuente de las perversiones que contaminan el mundo del trabajo, la economía y la política.

Situación general: se hace constante referencia a un nuevo escenario laboral, con nuevas condiciones laborales, distintas a las que vivieron sus padres y abuelos. Existe la percepción generalizada de que son el sector poblacional más perjudicado por la crisis, a pesar de convivir en muchos casos con familiares mayores en su misma situación. En este sentido, la mayor inestabilidad de los ingresos familiares se traduce en frecuentes entradas y salidas de la exclusión.

Bienestar psicológico y social: el conjunto de sentimientos de impotencia, rabia, desánimo, fracaso, frustración, inutilidad, angustia... inducido por la incertidumbre con respecto al futuro, genera una sensación de inferioridad, al tiempo que deteriora la autoestima, provocando en muchas ocasiones sentimientos de culpabilidad. Todo ello cristaliza en introversión, aislamiento social o pérdida de relaciones interpersonales y conlleva, en ocasiones, el consumo de alcohol o drogas u otras conductas adictivas.

Apoyo social: se produce un sentimiento de soledad a la hora de afrontar la situación de desempleo que contrasta con un considerable apoyo social y familiar percibido, debido en buena medida a la “democratización del paro”, que fomenta la empatía y estrecha los vínculos afectivos, lo que no impide que se experimente, en muchos casos, un fuerte sentimiento de vergüenza ante la propia familia.

Estrategias de afrontamiento: sale a relucir constantemente la oposición entre una actitud activa y otra dominada por la apatía (indefensión). La naturalización de las nuevas condiciones laborales (“es lo que hay”; “son las reglas del juego”) implica resignación, sumisión, adaptación a las normas del mundo del trabajo... Y, en consecuencia, la naturalización de las nuevas formas de afrontamiento (“habrá que emigrar”; “No hay nada que hacer”...).

Discusión/conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, ha sido posible establecer una serie de variables mediadoras que se espera que expliquen el impacto diferencial del desempleo en la población estudiada (predictores) y que se han incluido como ítems dentro del apartado demográfico o de alguno de los test que componen la versión final del instrumento «*T-PSlab*»: estatus familiar; nivel de estudios; experiencia laboral previa; duración de la situación de desempleo; número de veces que se ha estado desempleado con anterioridad; aparición de eventos estresante aparte de la pérdida de trabajo; apoyo social; personalidad; edad; sexo.

Así mismo, las principales conclusiones obtenidas tras la revisión teórica y el análisis cualitativo pueden resumirse en los siguientes puntos:

La actual etapa de crisis y recesión económica está deteriorando notablemente la salud mental y el bienestar psicológico de los jóvenes desempleados y precarios.

Se ha observado que la precarización de las condiciones y relaciones de trabajo de los jóvenes, así como la carencia del mismo, genera procesos de precarización psicosocial (existencial).

La instalación de manera cuasi permanente en una cultura y procesos de precarización laboral genera “trayectorias erráticas”, dinámicas aleatorias, nómadas y frágiles, creando comportamientos conflictivos, disfuncionales o escasamente adaptados (o adaptaciones específicas a la nueva rutina de precariedad vital).

Las estrategias de afrontamiento a la situación personal de desempleo y precariedad varía de unos jóvenes a otros. Se constatan estrategias normalizadas y estrategias que derivan en alteraciones de la conducta y disfunciones significativas (abuso de alcohol, drogas, evasión...).

Estas dinámicas les alejan de la plena integración social, de la participación, de la vinculación, de la cohesión, de la afirmación, de la identidad y el desarrollo/madurez psicosocial; esta instalación «ya naturalizada» en la precariedad y el desempleo coloca a los jóvenes que experimentan estas situaciones de fragilidad e incertidumbre en la antesala de la vulnerabilidad y la exclusión social.

Referencias

- Agulló, E. (2001). Entre la precariedad laboral y la exclusión social: los otros trabajos, los otros trabajadores. En E. Agulló y A. Ovejero (Coords.), *Trabajo, individuo y sociedad* (pp. 95-144). Madrid: Pirámide.
- Alonso, L.E. y Fernández, C.J. (2009). Usos del trabajo y formas de gobernabilidad: la precariedad como herramienta disciplinaria. En E. Crespo, C. Prieto y A. Serrano, A. (Coord.), *Trabajo, subjetividad y ciudadanía. Paradojas del empleo en una sociedad en transformación* (pp. 229-258). Madrid: CIS y Ed. Complutense.
- Álvaro, J.L. (1992). *Desempleo y bienestar psicológico*. Madrid: Siglo XXI.
- Beck, U. (1999). *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona: Paidós.
- Blanch, J.M. (2006). El trabajo como valor en las sociedades humanas. En A. Garrido (Coord.), *Sociología del trabajo* (pp. 57-98). Barcelona: UOC.
- Blanch, J.M. (2011). La Psicología del Trabajo ante la crisis del empleo. *Infocop*, 55, 7-11.
- Bourdieu, P. (2000). *Contrafuegos: reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*. Barcelona: Anagrama.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Canales, M. y Peinado, A. (1999). Grupos de discusión. en J.M. Delgado y J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 287-316). Madrid: Síntesis.
- Cano, E. (2004). Formas, percepciones y consecuencias de la precariedad. *Mientras Tanto*, 93, 67-81.
- Castells, M. (1998). *La era de la información: economía, sociedad y cultura, vol. 2. El poder de la identidad*. Madrid: Alianza.
- Eurostat (2013). *New release euroindicators, abril 2013*. Recuperado de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/release_calendars/news_releases
- Fernández Marugán, F. (2013, junio). Crisis, desigualdad, pobreza y exclusión. Comunicación presentada en las *Jornadas de Trabajo del Comité Europeo de Coordinación de Instituciones Nacionales de Derechos Humanos*, Berlín, Bruselas.
- Garrido, A. (Ed.) (2006). *Sociopsicología del trabajo*. Barcelona: UOC.
- Gil Calvo, E. (2011). Sin autonomía. *El País*, 17/04/2011.
- Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la Sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- Laparra, M. (2007). *La construcción del empleo precario. Dimensiones, causas y tendencias de la precariedad laboral*. Madrid: Fundación FOESSA.

- Mingione, E. (1991). *Fragmented societies: A Sociology of economic life beyond the market paradigm*. Oxford: Blackwell.
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Subirats, J. (Dir.)(2006). *Fragilidades vecinas. Narraciones biográficas de exclusión social urbana*. Barcelona: Icaria.
- Thomas, D. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27, 237-246.

**LAS EXPECTATIVAS HACIA LAS RELACIONES DE PAREJA EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: EL PAPEL DEL CONFLICTO
INTERPARENTAL Y DE LAS REPRESENTACIONES MENTALES DEL
APEGO**

Klara Smith-Etxeberria, María José Ortiz-Barón y Pedro Apodaca-Urquijo

Universidad del País Vasco, España

Resumen

Hay abundante literatura sobre el apego y las relaciones de pareja. No obstante, hay menor evidencia empírica que permite comparar la influencia relativa del apego y el conflicto entre los padres sobre las expectativas hacia las relaciones de pareja en adultos jóvenes. Por ello, el objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre la historia de apego, el modelo interno de apego actual y el conflicto interparental en las expectativas sobre las relaciones de pareja de los hijos adultos jóvenes. Participaron 241 estudiantes de la Universidad del País Vasco, con una media de edad de 21,68 años. Rellenaron cuestionarios relacionados con el apego, el conflicto entre los padres y las expectativas hacia las relaciones de pareja. Se encontraron correlaciones significativas entre todas las variables objeto de estudio. Los resultados revelaron que tanto el apego histórico como el modelo interno positivo de los demás son predictoras significativas de las expectativas de pareja, siendo la confianza en los demás la más significativa. Respecto al conflicto interparental, los participantes del grupo de conflicto interparental bajo mostraron expectativas más altas que los grupos alto y moderado. Sin embargo, cuando la historia de apego era insegura, las expectativas eran bajas independientemente del nivel de conflicto. El análisis de diferencias entre los estilos de apego actuales y los grupos de conflicto mostró que los participantes miedosos tenían las menores puntuaciones en expectativas, mientras que los seguros presentaban las mayores puntuaciones, independientemente del nivel de conflicto entre los padres. No obstante, en los ausentes el nivel de conflicto interparental marcaba diferencias en las expectativas. En este trabajo se destaca la importancia del apego y de los conflictos interparentales en la formación de expectativas hacia las relaciones de pareja en jóvenes.

Palabras clave: Conflicto interparental, apego, expectativas, estudiantes universitarios.

**EXPECTATIONS TOWARDS COUPLE RELATIONSHIPS IN UNIVERSITY
STUDENTS: THE ROLE OF INTERPARENTAL CONFLICT AND
ATTACHMENT MENTAL REPRESENTATIONS**

Abstract

There is a great body of literature about attachment and couple relationships. However, there is less empirical evidence with regard to the relative influence of attachment and interparental conflict in young adults' expectations towards couple relationships. Thus, the aim of this study was to analyse the relationship between history of attachment, current internal working models of attachment and the level of conflicts between parents in young adult offspring's expectations towards couple relationships. Participants were 241 university students from different colleges of the University of the Basque Country. The mean age of these participants was 21.68 years. They filled out questionnaires related to attachment, interparental conflict and expectations of couple relationships. Significant correlations were found among all the study variables. Results

showed that expectations were significantly predicted by history of attachment and positive internal working models of others. Nevertheless, confidence in others was the most significant variable. Regarding conflict between parents, results indicated that individuals from low-conflict families scored higher in expectations than those from low- and moderate-conflict families. However, when history of attachment was insecure, expectations were low regardless of the conflict level between parents. The analysis of differences made between current attachment styles and conflict groups showed that individuals with a fearful attachment style were the ones with lowest scores in expectations. On the other hand, securely attached individuals obtained the highest scores, irrespective of the level of parental conflict. Nonetheless, differences between levels of interparental conflict in expectations were found among individuals with a dismissing attachment style. This study emphasizes the importance of attachment and interparental conflicts in the formation of expectations towards couple relationships in young adults.

Keywords: Interparental conflict, attachment, expectations, university students.

Introducción

Las representaciones mentales que se forman en torno a las relaciones de pareja y, por tanto, las expectativas sobre la relación han sido asociadas a la historia afectiva a través de los modelos internos (Zeifman y Hazan, 2008), además de a la observación de las pautas de interacción entre los progenitores (Bartell, 2006). No obstante, cabe señalar que, a pesar de que las experiencias de la primera infancia y de la familia de origen influyen en las relaciones actuales de los jóvenes, a medida que las experiencias en las relaciones íntimas aumentan, la influencia directa de las vivencias en la familia de origen disminuye, demostrando las actuales mayor importancia (Dinero, Conger, Shaver, Widaman y Larsen-Rife, 2008). Pero, dado que las experiencias tempranas en las relaciones parento-filiales forman la base de todas las representaciones cognitivas de las relaciones íntimas, es esperable que éstas sigan ejerciendo influencia en las relaciones posteriores y en las expectativas que se forman en torno a ellas, ya que a menudo se escogen parejas, relaciones y situaciones coherentes con las expectativas previas (Conger, Cui, Bryant y Elder, 2000).

Así, en este estudio nos proponemos analizar la relación entre la historia afectiva, las representaciones mentales del apego actual y el nivel de conflicto interparental percibido por los hijos con las expectativas sobre las relaciones de pareja en una población de estudiantes universitarios. Como hipótesis, en el presente trabajo se espera hallar asociaciones significativas entre el apego histórico, el nivel de conflicto parental experimentado en el marco familiar, la seguridad del apego actual, y las expectativas sobre la relación de pareja. Asimismo, se espera que el modelo interno actual de los hijos adultos sea la variable con mayor poder predictor sobre las expectativas hacia las relaciones de pareja. Se predicen también diferencias significativas entre los tres niveles de conflicto interparental, entre la historia de seguridad vs inseguridad afectiva, y entre los cuatro estilos de apego sobre las expectativas hacia las relaciones de pareja.

Método

Participantes

241 estudiantes universitarios con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años de edad, con una media de 21,68 años. De estos, el 72,6% ($n = 175$) eran mujeres, y el 27,4% ($n = 66$) varones. El 51,4% tenía una relación de pareja frente al 48,5% que no la tenía.

Instrumentos de medida

- Cuestionario sociodemográfico: se analizaron variables demográficas tales como el género, la edad, el nivel de estudios académicos alcanzados, el estado civil de los participantes, y la ocupación de la madre y del padre.
- Historia de apego: se evaluó a través de la dimensión Cuidado/Afecto del *Parental Bonding Instrument* (PBI; Parker, Tupling, y Brown, 1979) y adaptado al castellano por Ballus-Creus (1991). Se incluyeron 5 ítems de la dimensión Base Segura del *Attachment History Questionnaire* (Pottharst, 1990). El valor del α de Cronbach era 0,92.
- Conflicto interparental percibido por los hijos: se empleó la escala *The Children's Perception of Interparental Conflict Scale* (CPIPC; Grych, Seid y Fincham, 1992), y adaptada al castellano por Iraurgi, et al. (2008). En este estudio, se emplearon las sub-escalas Frecuencia, ($\alpha = 0,86$), Intensidad ($\alpha = 0,71$), y Resolución ($\alpha = 0,84$) de la dimensión Propiedades del conflicto.
- Apego adulto actual: Se empleó el *Attachment Style Questionnaire* (ASQ; de Feeney, Noller y Hanrahan, 1994). Los análisis factoriales exploratorios (AFE) y confirmatorios (AFC) llevaron a la reestructuración factorial de la escala: Confianza en los demás ($\alpha = 0,64$), Confianza en uno mismo ($\alpha = 0,86$), Preocupación por las relaciones ($\alpha = 0,75$), Relaciones como algo secundario ($\alpha = 0,69$) e Incomodidad con la intimidad ($\alpha = 0,58$).
- Cuestionario de Expectativas sobre las relaciones de pareja: Este cuestionario fue creado “ad hoc”. Los AFE y AFC realizados llevaron a una solución de tres factores: Estabilidad/Durabilidad ($\alpha = 0,86$); Satisfacción/Éxito ($\alpha = 0,90$) y Afrontamiento/Resistencia ($\alpha = 0,75$).

Procedimiento

La muestra se obtuvo en diversas aulas de diferentes facultades de la Universidad del País Vasco a lo largo del año 2012. Antes de rellenar el protocolo de evaluación, todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

Diseño:

Se trata de un estudio “ex post facto”.

Resultados

Análisis de correlación

En cuanto a la relación entre las variables predictoras, tal y como se observa en la Tabla 1, la historia de apego correlacionó de forma significativa con las sub-escalas frecuencia, intensidad y resolución del conflicto interparental y con los factores del

apego actual, excepto con el factor preocupación por las relaciones. Los tres factores del conflicto se asociaron significativamente con el factor del apego confianza en uno mismo. La frecuencia y la resolución del conflicto correlacionaron además con el factor confianza en los demás. En lo referente a las relaciones entre las variables predictoras y criterio, la mayoría de ellas fueron significativas, tanto con cada uno de los factores de las expectativas como con su puntuación global (Tabla 1).

Tabla1. Análisis de correlación entre variables.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1.H.A.	1	0,28**	-0,20**	0,36**	0,41**	0,44**	-0,04	0,38**	0,21**	0,28**	0,32**	0,29**	0,31**
2. Frec.		1	0,79**	-0,67**	-0,25**	-0,20**	0,12	0,08	0,11	0,17**	0,24**	-0,14*	-0,19**
3. Intens.			1	-0,57**	-0,18**	-0,13	0,09	0,01	0,05	-0,14*	-0,16*	-0,12	-0,15**
4. Resol.				1	0,28**	0,23**	-0,05	-0,12	-0,08	0,18**	0,25**	0,19**	0,22**
5.ConfSelf					1	0,59**	0,49**	0,50**	0,34**	0,26**	0,32**	0,33**	0,32**
6.ConfOtros						1	0,12	0,48**	0,44**	0,38**	0,43**	0,38**	0,42**
7. PreocRel.							1	0,08	-0,06	0,02	-0,001	-0,03	-0,002
8.RelSec								1	0,24**	0,18**	0,21**	-0,24**	0,22**
9.IncInt									1	-0,15*	0,21**	-0,24**	-0,21**
10. Estab.										1	0,85**	0,88**	0,97**
11. Satis.											1	0,77**	0,93**
12.Resist												1	0,94**
13. Expect.													1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Nota. H.A.= Historia de apego; Frec.= Frecuencia del conflicto; Inten.= Intensidad del conflicto; Resol.= Resolución del conflicto; ConfSelf; Confianza en uno mismo; ConfOtros= Confianza en los demás; PreocRel.=Preocupación por las Relaciones; RelSec.=Relaciones como algo secundario; IncInt.=Incomodidad con la Intimidad; Estab.= Expectativas de estabilidad/durabilidad; Satis.= Expectativas de Satisfacción/éxito; Resist.=Expectativas de resistencia/afrontamiento; Expect.=Expectativas puntuación global.

Análisis de regresión

Para analizar la explicación conjunta de las variables predictoras sobre las expectativas, se realizó un análisis de regresión. Como variables predictoras se incluyeron: historia de apego, frecuencia, intensidad y resolución del conflicto, y los factores del apego actual adulto (confianza en los demás, confianza en uno mismo, preocupación por las relaciones, relaciones como algo secundario e incomodidad con la intimidad). Solamente la historia de apego y la confianza en los demás predicen de forma significativa las expectativas sobre la relación de pareja, siendo la confianza actual en los demás la variable con mayor poder predictor (Tabla 2).

Tabla 2. Poder predictor de las variables consideradas en el estudio sobre las expectativas.

Expectativas	B	Error tip.	Beta	t	Sig.
(Constante)	-0,01	0,06		-0,23	0,82
Historia de apego	0,15	0,06	0,15	2,35	0,02
Confianza en los demás	0,34	0,06	0,36	5,43	0,001

R cuadrado = 0,20 $F_{(2,231)} = 28,12$ sig.= 0,000

Análisis de conglomerados (K-medias)

Para obtener grupos de conflicto interparental, se hizo un análisis de conglomerados K-medias, con una solución de tres grupos: (1) alto (frecuentes, intensos

y no resueltos), (2) moderado (frecuentes, intensos, pero resueltos) y (3) bajo (no frecuentes, no intensos y resueltos). En el caso de la historia de apego, también se realizó un análisis de conglomerados del cual se obtuvieron dos grupos: historia segura vs insegura. Las cuatro categorías del apego también se obtuvieron a partir del mismo análisis (Tabla 3): evitativo-miedoso (1), preocupado (2), seguro (3), y evitativo-ausente (4).

Tabla 3. Conglomerados-estilos de apego.

	1	2	3	4
Confianza en uno mismo	-1,40	-0,41	0,92	0,46
Confianza en los demás	-1,27	0,06	1,03	-0,17
Preocupación por las Relaciones	0,47	0,65	-0,03	-0,97
Relaciones como Secundarias	1,32	-0,07	-0,78	-0,05
Incomodidad con la Intimidad	0,89	-0,21	-0,82	0,42

Análisis de Varianza

En el análisis de las diferencias entre los grupos de conflicto (Tabla 4), se halló que el grupo de conflicto bajo mostró puntuaciones significativamente superiores en expectativas sobre las relaciones de pareja que los grupos de conflicto moderado y alto, no hallándose diferencias suficientemente significativas entre el grupo de conflicto alto y moderado.

Tabla4. Diferencias entre niveles de conflicto.

	<i>Conflicto grave</i>	<i>Conflicto moderado</i>	<i>Conflicto bajo</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Eta</i>
	Media	Media	Media				
Expectativas	-0,18	-0,20	0,23	2	5,88	0,003	0,05
Post hoc (Scheffe): Moderado/Bajo $p < 0,01$ / $g = 0,19$; Moderado/Grave $p < 0,99$ / $g = 0,009$; Bajo/Grave $p < 0,03$ / $g = 0,18$							

Por otra parte, se hallaron diferencias significativas entre los estilos de apego en las expectativas (Tabla 5), encontrándose las mayores diferencias entre el seguro y el miedoso.

Tabla5. Diferencias entre estilos de apego.

	Seguro	Preocupado	Evitativo-ausente	Evitativo-miedoso	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Eta</i>
	Media	Media	Media	Media				
Expectativas	0,46	0,03	-0,11	-0,49	3	9,28	0,001	0,11
Post hoc (Scheffe): Miedoso/Preocupado $p < 0,04$ / $g = 0,19$; Miedoso/Seguro $p < 0,001$ / $g = 0,38$; Miedoso/Ausente $p < 0,22$ / $g = 0,13$; Preocupado/Seguro $p < 0,06$ / $g = 0,16$; Preocupado/Ausente $p < 0,84$ / $g = 0,05$; Seguro /Ausente $p < 0,006$ / $g = 0,21$								

Las expectativas sobre la relaciones fueron también significativamente superiores en el grupo de historia afectiva familiar segura (Tabla 6).

Tabla 6. Diferencias Historia de apego segura vs insegura.

	<i>Historia apego segura</i>	<i>Historia apego insegura</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Eta</i>	<i>G de Hedges</i>
	Media	Media					
Expectativas	0,10	-0,46	1	13,04	0,000	0,05	0,17

Para analizar la interacción entre los niveles de conflicto y la historia de apego sobre las expectativas se llevó a cabo un ANOVA, en el cual se hallaron diferencias significativas de la historia ($F_{(1,232)} = 9,582$; $p < 0,002$), pero no del conflicto ($F_{(2,232)} =$

0,782; $p < 0,459$) ni de la interacción historia*conflicto ($F_{(2,232)} = 0,756$; $p < 0,471$). Así, en los tres grupos de conflicto las expectativas son bajas cuando la historia es insegura, pero, cuando la historia de apego es segura, el grupo de conflicto bajo presenta las mayores expectativas (Figura 1).

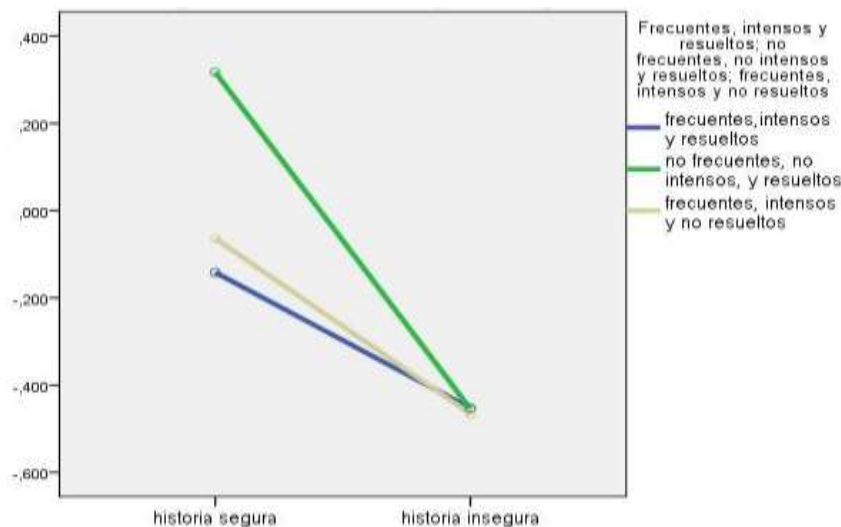


Figura 1. Conflicto interparental X Historia de apego.

Por otra parte, se encontraron diferencias significativas tanto de los estilos ($F_{(3,232)} = 9,004$; $p < 0,001$) como del conflicto ($F_{(2,232)} = 4,131$; $p < 0,017$), pero no de la interacción estilos*conflicto ($F_{(6,232)} = 0,552$; $p < 0,768$). Así, los seguros tienen altas expectativas y los miedosos bajas, independientemente de los niveles de conflictividad interparental (Figura 2). No obstante, se observan diferencias significativas entre el grupo de conflicto alto y bajo ($p = 0,044$) en las expectativas de los ausentes (Figura 2).

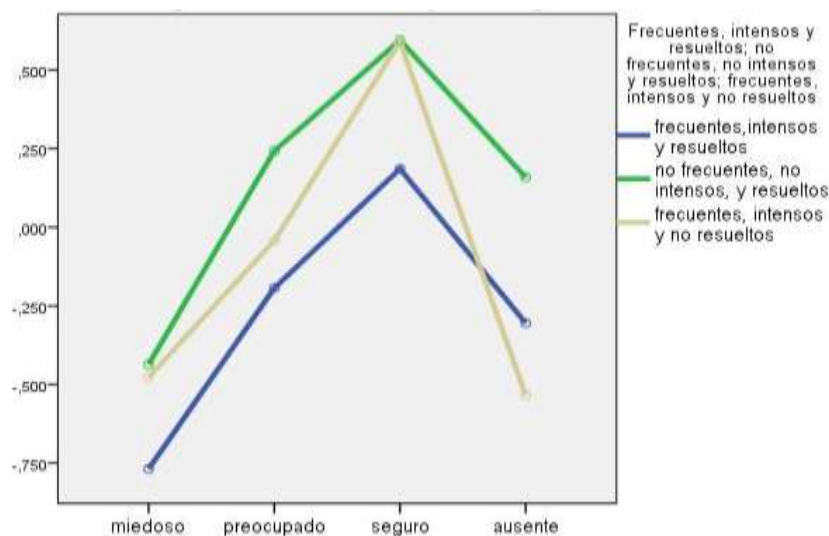


Figura 2. Conflicto interparental X Estilos de apego.

Discusión

En este estudio se ha analizado en qué medida los niveles de conflicto interparental y las representaciones mentales del apego (históricas y actuales) influyen en las expectativas de los jóvenes sobre las relaciones de pareja. Los resultados de este trabajo destacan la importancia de todas las variables, aunque es el modelo interno actual la variable que muestra mayor poder predictor sobre las mismas. Además, según los resultados obtenidos, son las expectativas de los miedosos las que se ven más afectadas, mientras que las puntuaciones en las expectativas son las más altas en aquellos con un estilo de apego seguro. Asimismo, aquellos pertenecientes a los grupos de conflicto alto tenían las puntuaciones más bajas en las expectativas frente a los pertenecientes al grupo de conflicto bajo, sobre todo en aquellos con un estilo de apego evitativo-ausente.

Determinados estudios han encontrado que los niveles elevados de conflicto entre los padres afectan de forma negativa a las relaciones románticas de los hijos (ej.: Cui y Fincham, 2010). Igualmente, varios trabajos han asociado las representaciones mentales del apego a la satisfacción y a la estabilidad en las relaciones de pareja, aunque escasos con respecto a las expectativas.

Finalmente, cabe decir que pocos estudios han comparado la influencia relativa del conflicto interparental con la de las representaciones mentales del apego, y todavía menos en relación a las expectativas sobre la relación de pareja. Es, por lo tanto, esencial que en futuros estudios se analicen variables relacionadas con el apego a la hora de determinar los efectos del conflicto interparental en las relaciones de los hijos adultos jóvenes, y se profundice en el estudio de las expectativas sobre las relaciones de pareja.

Agradecimientos

Al departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco por la concesión de una beca predoctoral (BFI-2011-74) a la primera autora.

Referencias

- Ballus-Creus, C. (1991). *Adaptación del Parental Bonding Instrument*. Barcelona: Escola Professional de Psicología Clínica.
- Bartell, D. S. (2006). Influence of parental divorce on romantic relationships in young adulthood: A cognitive-developmental perspective. En M. A. Fine y J. H. Harvey (Eds.), *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution* (pp. 339-369). Nueva York: Taylor & Francis Group, LLC.
- Conger, R. D., Cui, M., Bryant, C. M. y Elder, G. H. (2000). Competence in early adult romantic relationships: A developmental perspective on family influences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 224-237.
- Cui, M. y Fincham, F. D. (2010). The differential effects of parental divorce and marital conflict on young adult romantic relationships. *Personal Relationships*, 17, 331-343.
- Dinero, R. E., Conger, R. D., Shaver, P. R., Widaman, K. F. y Larsen-Rife, D. (2008). Influence of family of origin and adult romantic partners on romantic attachment security. *Journal of Family Psychology*, 22, 622-632.
- Feeney, J. A., Noller, P. y Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. En W. Berman y M. Sperling (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 218-154). Nueva York: Guilford Press.

- Grych, J. H., Seid, M. y Fincham, F. D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective: The Children's Perception of Interparental Conflict Scale. *Child Development*, 63, 558-572.
- Iraurgi, I., Martínez-Pampliega, A., Sanz, M., Cosgaya, L., Galíndez, E. y Muñoz, A. (2008). Escala de Conflicto Interparental de los Hijos (CPIC): Estudio de validación de una versión abreviada de 36 ítems. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 25, 9-34.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pottharst, K. (1990). *Research explorations in adult attachment*. Nueva York: Peter Lang.
- Zeifman, D. y Hazan, C. (2008). Pair Bonds as Attachments. Reevaluating the Evidence. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 436-455). Nueva York: Guilford Press.

INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS VITALES EN LA DEPRESIÓN

Laura Bafaluy-Franch*, Sofía Torres-Pousa**,
Laura Barbadillo-Izquierdo* e Imanol Querejeta-Ayerdi*

* UDSP Hospital Donostia, San Sebastián (Gipuzkoa), España

** Psicóloga Clínica, San Sebastián (Gipuzkoa), España

Resumen

Según la literatura los sucesos vitales y el apoyo social son dos factores relevantes para el bienestar psicológico. El objetivo de este estudio es determinar cuál es la influencia que tienen los sucesos vitales y el apoyo social sobre la depresión, así como averiguar qué modelo explica mejor los resultados en depresión en una muestra de 20 pacientes que acuden a centros de salud mental diagnosticados de Trastorno Adaptativo (F43.2, CIE-10). Para la recogida de datos se administró: un protocolo “ad hoc” de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Sucesos Vitales de Holmes y Rahe, el Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Gracia y Musitu y el Inventario para la Depresión de Beck. Se realizó un análisis estadístico descriptivo univariante por medio del programa de tratamiento de datos SPSS versión 19.0. Los sucesos vitales correlacionaron positivamente con la depresión ($r^2 = 0,436$, $p = 0,050$), si bien no explicaron la variación encontrada en dicha variable por sí solos ($r^2 = 0,19$, $p = 0,055$). No se observó correlación entre depresión y apoyo social ($r^2 = 0,048$, $p = 0,354$). Las variables: edad, sucesos vitales, apoyo funcional, reciprocidad total, situación laboral, estudios y tratamiento previo explicaron el 76,4% de la puntuación en depresión (Cp 8,96 R2Adj 0,764). Por tanto, podemos concluir que el aumento de los sucesos vitales se relaciona con mayores niveles de depresión, aunque dichos sucesos no la explican por sí solos. No concluimos que exista relación entre apoyo social y depresión. De acuerdo con las variables estudiadas, el modelo que mejor explica la depresión incluye las siguientes variables: edad, sucesos vitales, apoyo funcional, reciprocidad del apoyo, situación laboral, nivel de estudios, tratamiento previo.

Palabras clave: sucesos vitales estresantes, apoyo social, depresión, trastornos adaptativos.

INFLUENCE OF SOCIAL SUPPORT AND LIFE EVENTS IN DEPRESSION

Abstract

According to the literature, life events and social support are two important factors to psychological well-being. The focus of this study is to determine the influence of life events and social support in depression, as well as find out the best model to explain the results in depression in a sample of 20 patients attending to mental health center diagnosed with adjustment disorder (F43.2, CIE-10). For data collection was administered “ad hoc” protocol sociodemographic data, the Life Events Questionnaire of Holmes and Rahe, the Perceived Social Support Questionnaire of Gracia and Musitu, and the Beck Depression Inventory. The univariate descriptive statistical analysis was performed using the data processing program SPSS 19.0. Life events correlated with depression positively ($r^2 = 0.19$, $p = 0.05$), although life events alone not explain all the variation in depression ($r^2 = 0.19$, $p = 0.055$). No correlation was observed between social support and depression ($r^2 = 0.048$, $p = 0.354$). The variables: age, life events, functional support, support reciprocity, labor situation, education level and previously treatment explain 76.4% of results in depression (Cp 8.96 R2Adj 0.764). Therefore, we

conclude that the increase in life events is related with higher depression level, although life events alone don't explain depression. Moreover, there is no relationship between social support and depression. According to the variables studied, the best model to explain depression includes age, life events, functional support, support reciprocity, labor activity, education level and previously treatment.

Keywords: life stressors events, social support, depression, adjustment disorder.

Introducción

Son numerosos los estudios realizados a lo largo del siglo XX, especialmente la segunda mitad, acerca de la influencia que factores extrínsecos como el apoyo social y los sucesos vitales tienen sobre el bienestar psicológico.

Lin (1986) define el apoyo social como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, reales o percibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza. Como concepto adquiere relevancia a partir de las investigaciones de Cassel y Cobb a mediados de los años 70. Ambos concluyeron que la percepción de apoyo social disponible amortigua las consecuencias nocivas que las situaciones estresantes tienen sobre la salud mental y física. Por su parte, Caplan (1974) propone que el apoyo social actúa como un factor protector frente a la enfermedad, incluida la enfermedad mental. También se ha encontrado que la sola percepción de apoyo social, sin que éste sea necesariamente real, ayuda a enfrentar de forma ventajosa las situaciones difíciles (Barrón, 1992).

La idea de estrés como factor inductor de enfermedad se remonta a los años 50 cuando Selye propone el síndrome general de adaptación como un mecanismo fisiológico a través del cual el organismo se enfrenta al estresor ambiental, que si se mantiene en el tiempo puede derivar en perjuicios para la salud. En cuanto a la función que el apoyo social puede ejercer ante los estresores ambientales, Hinkle y Wolff (1956) concluyeron que las características objetivas y subjetivas del entorno social eran dos de los factores (junto con las características psicológicas y conductuales de la persona) que influían en la vulnerabilidad al estrés. El clásico modelo valorativo del estrés de Lazarus (1966) sitúa el apoyo social como uno de los factores contextuales que condicionan la valoración secundaria que la persona realiza sobre la situación estresante.

Los trastornos adaptativos constituyen el 10% de los diagnósticos psiquiátricos (Kaplan y Sadock, 2004). Su diagnóstico requiere la presencia de un malestar reactivo a la presencia de un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. Las manifestaciones clínicas del trastorno son muy variadas pero en gran medida incluyen síntomas de la esfera depresiva (sentimientos de incapacidad, ánimo depresivo, pérdida de apetito etc.). Nos parece importante conocer el papel de los sucesos vitales y del apoyo social en este trastorno de manera que podamos comprenderlo mejor y poner en marcha medidas de prevención y tratamiento más eficaces.

Nuestra hipótesis es que la vivencia de sucesos vitales aumenta la depresión mientras que el apoyo social percibido la disminuye. Los objetivos del estudio son: a) determinar si existe una correlación entre sucesos vitales y depresión por un lado y apoyo social y depresión por otro; b) determinar en qué medida los resultados en depresión son explicados por el apoyo social y los sucesos vitales; y c) determinar qué modelo explica mejor los resultados en depresión.

Método

Participantes

La muestra se extrajo de los usuarios de dos centros de salud mental de Gipuzkoa (Eibar y Rentería) diagnosticados en la primera entrevista de evaluación de trastorno adaptativo según criterios de la CIE-10 (F43.2).

Instrumentos

- Entrevista protocolizada elaborada “ad hoc” donde se recogieron los siguientes datos sociodemográficos: género, edad, estado civil, convivencia, nivel de estudios, situación laboral y presencia o ausencia de tratamiento psicológico previo.
- Cuestionario de Sucesos Vitales (Holmes y Rahe, 1967) adaptado a población española por González de Rivera y Morera (1983) con modificaciones e inclusiones relevantes para nuestro medio cultural. Los sujetos tuvieron que seleccionar de una lista de 61 sucesos vitales aquellos que habían sufrido en los últimos 6 meses y valorar en una escala de 1 a 100 su intensidad. Por último se les preguntaba si había algún otro estresor que hubieran vivido y que no estuviera presente en la lista.
- Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Gracia, Herrero y Musitu, 2002) que cuenta con una fiabilidad de 0,991. En este cuestionario los sujetos enumeran a las personas significativas de su entorno y responden a una serie de preguntas sobre ellas que permiten conocer el tipo e intensidad del apoyo que dan y reciben de ellas. Permite obtener información sobre distintas dimensiones que componen el apoyo social: red de apoyo: número de relaciones relevantes para el sujeto, apoyo funcional: que incluye apoyo emocional, consejo y apoyo material, y reciprocidad: que refleja el equilibrio o desequilibrio en el intercambio producido en la relación entre dos personas.
- Inventario de Depresión de Beck en su versión revisada (Beck, 1978) adaptado a población española (Vázquez y Sanz, 1998) con una fiabilidad de 0,86.

Procedimiento

Tras la primera entrevista de evaluación y confirmado el diagnóstico de trastorno adaptativo, previa firma del consentimiento informado se procedió a administrar los instrumentos descritos anteriormente.

Diseño

Utilizamos un diseño observacional transversal. Se realizó un análisis estadístico descriptivo univariante por medio del programa de tratamiento de datos SPSS versión 19.0. Para establecer correlación entre variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación Pearson. Para seleccionar las variables que mejor explican la variabilidad en las puntuaciones de depresión se elaboró un modelo de regresión múltiple con menor varianza residual y mayor cuadrado del coeficiente de correlación múltiple ajustado.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 20 pacientes (14 mujeres y 7 hombres) con una edad media de 37 años ($DT = 9,67$) con un rango entre 25 y 60 años.

En primer lugar se intentó determinar si existía una asociación lineal entre los resultados en depresión y sucesos vitales por un lado; y por otro, entre depresión y apoyo social. En la Tabla 1 se observa que existe una asociación lineal positiva estadísticamente significativa entre depresión y sucesos vitales; y que entre apoyo social y depresión no la hay.

Tabla 1. Correlación de depresión con sucesos vitales y apoyo social.

	Depresión	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Sucesos Vitales	0,436	0,05
Apoyo Social	-0,219	0,354

Nota.* $p > 0,05$.

En segundo lugar, se realizó una estimación de la regresión lineal simple para desarrollar una ecuación con fines predictivos. En cuanto a la relación entre sucesos vitales y depresión, los sucesos vitales explicaron el 19% de la variación en depresión ($r^2 = 0,19$); en la Tabla 2 se observa que dicha relación no es estadísticamente significativa. En cuanto a la relación entre apoyo social y depresión, el apoyo social explicó el 4,8% ($r^2 = 0,048$) de la variación en depresión; en la Tabla 2 se observa que dicha relación no es estadísticamente significativa.

Tabla 2. ANOVA: depresión, sucesos vitales y apoyo social.

	Depresión	
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Sucesos Vitales	4,216	0,055
Apoyo Social	0,907	0,354

Por último se realizó un análisis de regresión múltiple con el fin de hallar un modelo que integrara las variables que mejor explican los resultados en depresión. El mejor modelo fue el que incluyó: edad, sucesos vitales, apoyo funcional, reciprocidad total, situación laboral, nivel de estudios y tratamiento previo, por ser el que tuvo menor varianza residual ($C_p = 8,96$) y mayor cuadrado del coeficiente de correlación múltiple ajustado ($R^2_{Adj} = 764$). Dicho modelo explicó el 76,4% de la variabilidad de los resultados en depresión, con un coeficiente de correlación múltiple ajustado de 0,888 considerado elevado.

Discusión

La vivencia de sucesos vitales estresantes aumenta la depresión, lo que es consistente con hallazgos de investigaciones anteriores y con la hipótesis que nos habíamos planteado. No sucede lo mismo con el apoyo social, cuya relación con la depresión no ha quedado confirmada. En segundo lugar, ni los sucesos vitales ni el apoyo social explican por sí solos la depresión siendo edad, sucesos vitales, apoyo

social funcional, reciprocidad total, situación laboral, estudios y tratamiento previo los factores que mejor explican la depresión.

Queda confirmada la relevancia de los sucesos vitales como inductores de malestar psicológico. Algunos de ellos no pueden ser controlados ni prevenidos (muerte, accidentes, algunas enfermedades...) pero muchos otros (peleas, embarazos no deseados, violencia, rupturas familiares...) pueden ser prevenidos o al menos podemos moderar el nivel de gravedad que llegan a alcanzar. Con estos resultados cabe pensar que en los trastornos adaptativos, en los cuales ha existido un factor estresante identificado como inductor del cuadro, la intervención más exitosa no será la que se limite a la dimensión psicológica sino la que ayude al paciente a poner en marcha estrategias para la resolución de la situación estresante.

En cuanto al apoyo social, no ha resultado ser una variable relevante, en contra de la hipótesis que habíamos planteado. Nuestros resultados no han sido consistentes con lo hallado en la literatura quizá porque el apoyo social tiene una gran diversidad conceptual, se estudia desde perspectivas muy diferentes y se mide con instrumentos también distintos, lo que condiciona los resultados de las investigaciones.

Nuestro estudio se ha realizado sobre personas que se encontraban en situación de crisis y puesto que la hipótesis del apoyo social no se ha confirmado, podemos decir que los datos respaldan la hipótesis de los efectos directos del apoyo social. Esta hipótesis plantea que el apoyo social actúa fundamentalmente como moderador ante las situaciones de tensión crónica y no tanto en situaciones de estrés agudo, donde su papel sería menos relevante. Esta hipótesis cuenta con investigaciones a favor (Garrido y Alvaro, 1993 y Lu y Hsiedh, 1997; citados por Barrón, 2001; Loscocco y Spitze, 1990; Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981). Por el contrario, la hipótesis de los efectos indirectos o amortiguadores defiende que el apoyo social actúa únicamente cuando la persona está expuesta a sucesos vitales estresantes. También existe evidencia a favor de ésta hipótesis (Cutrona, 1986; Gore y Aseltine, 1995; citados por Barrón, 2001; Lakey y Heller, 1988; Lin, Woelfel y Light, 1985).

En cuanto a la situación actual de la investigación sobre apoyo social “ha habido un gran desarrollo, (...) pero el estado presente del conocimiento respecto del apoyo social está salpicado de incertidumbre y de problemas teóricos y metodológicos”. (Gracia, Herrero y Musitu, 2002).

La mayor limitación que presenta nuestro estudio es el pequeño tamaño de la muestra, que hace difícil la generalización de los datos. Por otra parte, la variable apoyo social fue recogida a través de la valoración subjetiva de cada sujeto, sería recomendable incluir datos objetivos para medir ese apoyo que dotaran a la medición de mayor validez. En futuras investigaciones sería interesante estudiar también la interacción entre sucesos vitales y apoyo social, ya que se ha planteado que los sucesos vitales pueden actuar como movilizadores del apoyo social pero también como reductores del mismo.

Referencias

- Barrón, A. y Chacón, F. (1992): Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7, 53-59.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001): Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, 17-23.
- Caplan, G. (1974): *Support systems and the community mental health: Lectures on concept development*. Nueva York: Behavioral Publications.

- Cassel, J. (1976): The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cobb, S. (1976): Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cochrane, R. y Robertson, A. (1973): The life events inventory: a measure of the relative severity psychosocial stressors. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 135-139.
- González de Rivera, J.L. y Morera, A. (1983): La valoración de sucesos vitales. Adaptación española de las escalas de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7-11.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Holmes, T. y Rahe, R. (1967): The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (2004): *Sinopsis de psiquiatría*. Barcelona: Waverly Hispánica.
- Lazarus, R. (1966): *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (Eds.), *Social Support, Life Events, and Depression* (pp. 153-172). Nueva York: Academic Press.
- Selye, H. (1956): *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO CLÍNICO DE MIELOMA MÚLTIPLE

Laura López-López y Laura Sotelo-Estévez

Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA), Lugo, España

Resumen

Objetivo: el objetivo del presente trabajo es comprobar la efectividad de las intervenciones psicológicas encaminadas a potenciar los recursos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades hematológicas. **Método:** se presenta un caso clínico de una paciente diagnosticada de mieloma múltiple con la que llevamos a cabo la intervención psicológica en nuestra unidad de Interconsulta y Enlace de Psicología Clínica. **Resultados:** Tras 4 sesiones de intervención psicológica se ha conseguido una reducción de la frecuencia e intensidad de la sintomatología ansiosa. **Conclusiones:** La intervención psicológica llevada a cabo en este caso clínico ha sido efectiva, consiguiéndose una mayor calidad de vida para la paciente.

Palabras clave: intervención psicológica, mieloma múltiple, caso clínico, recursos de afrontamiento.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN A CASE REPORT OF MULTIPLE MYELOMA

Abstract

Objective: The objective of the present study is to test the effectiveness of psychological interventions aimed at enhancing coping stress resources to stress in patients with hematology diseases. **Methods:** We present a case report of a patient diagnosed with multiple myeloma. We perform the psychological intervention in our Interconsultation and Liaison Unit of Clinical Psychology. **Results:** After 4 sessions of psychological intervention has achieved a reduction in the frequency and intensity of anxiety symptoms. **Conclusions:** Psychological intervention done in this case report has been effective, achieving a higher quality of life for the patient.

Key words: Psychological intervention, multiple myeloma, case report, coping resources.

Introducción

Las neoplasias hematológicas son procesos poco comunes dentro del conjunto de las enfermedades oncológicas. Estas enfermedades son unas de las más temidas y de más rápida evolución, a lo que le hay que sumar que, hasta hace poco, no había tratamientos efectivos. Sin embargo, las modernas técnicas terapéuticas han producido un significativo avance en los porcentajes de curación y supervivencia en los últimos años. El trasplante de médula ósea (TMO) ha supuesto una nueva y esperanzadora línea de tratamiento para muchos enfermos, considerados incurables hasta su aplicación.

El diagnóstico de la enfermedad hematológica y su tratamiento posterior modifican la vida del paciente y de su entorno de forma radical, debido a que bruscamente el paciente se ve sometido a importantes cambios en su vida: amenazas percibidas, posibles efectos secundarios de los tratamientos, angustia asociada a la

impredictibilidad e incertidumbre que los caracteriza, tiempos de espera, asunción del rol de enfermo, pérdida de ciertas capacidades funcionales y/o trabajo, cambios en la imagen corporal, afrontamiento de la posibilidad de la muerte, etc...

La finalidad de las intervenciones psicológicas con estos pacientes es ayudar a que el paciente descubra, utilice y potencie sus propios recursos de afrontamiento ante el estrés del proceso, así como ayudar en la valoración de opciones y la toma de decisiones.

El objetivo del presente trabajo será comprobar la efectividad de las intervenciones psicológicas encaminadas a potenciar los recursos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades hematooncológicas.

Método

Se presenta el caso clínico de una paciente diagnosticada de mieloma múltiple que se deriva a nuestra unidad de Interconsulta y Enlace de Psicología Clínica del Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA), debido a que se encuentra muy preocupada por su enfermedad, interfiriendo significativamente en su vida cotidiana.

Caso clínico

Psicólogo: Laura López López, residente de 4º año de Psicología Clínica del HULA.

Centro: Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) de Lugo.

Resumen: Se presenta un estudio de caso según la clasificación propuesta por Montero y León (2002). Se trata de una paciente de 58 años de edad, que acude a consulta de Psicología Clínica de la Unidad de Interconsulta y Enlace derivada por Hematología en Marzo de 2012, debido a la importante ansiedad que manifiesta cuando acude a las consultas de su hematólogo. En enero de 2011 le diagnostican un mieloma múltiple. Como consecuencia, se muestra muy rumiativa en torno a la muerte. Su estilo de afrontamiento frente a la enfermedad es la *preocupación ansiosa*. Se observan diversas conductas de evitación (evitación de las consultas con su hematólogo, la sala de tratamientos), conductas de escape de situaciones que le producen ansiedad y numerosos síntomas ansiosos en relación a la enfermedad.

La meta final de tratamiento será la disminución de la ansiedad y la tensión muscular que siente, con la finalidad de recuperar la calidad de vida de la paciente previa a la enfermedad.

El tratamiento seleccionado será de corte cognitivo-conductual y se llevará a cabo en 6 sesiones. Las técnicas aplicadas son la psicoeducación, la exposición a estímulos evitados, la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, *mindfulness* centrado en la respiración y la reestructuración cognitiva.

El tratamiento psicológico llevado a cabo con la paciente ha sido efectivo, debido a que se han conseguido los objetivos terapéuticos propuestos. Se confirma el mantenimiento de los logros conseguidos mediante la sesión de seguimiento, realizada 3 meses después del alta.

Identificación del paciente: Paciente de 58 años de edad, mujer, casada, con 2 hijos. De profesión es ama de casa. Su nivel sociocultural/socioeconómico es medio-alto. Es natural de Galicia (España).

Análisis del motivo de la consulta: la paciente acude a consulta de Psicología Clínica de la Unidad de Interconsulta y Enlace derivada por Hematología en Marzo de

2012, debido a la importante ansiedad que manifiesta cuando acude a las consultas de su hematólogo. Ella también reconoce que está muy ansiosa durante las mismas. Dicha ansiedad limita la comprensión y capacidad de decisión de la paciente acerca del proceso de su enfermedad.

Historia del problema: En enero de 2011 le diagnostican un MIELOMA MÚLTIPLE. A partir de este momento se muestra muy rumiativa en torno a la muerte, pensando que no va a “poder afrontar esta enfermedad”. Su estilo de afrontamiento frente a la enfermedad es la *preocupación ansiosa*, debido a que percibe la enfermedad como una amenaza para su propia vida. La paciente refiere incertidumbre acerca de la capacidad de control y sobre cómo será el futuro para ella. Ha buscado información sobre su enfermedad, pero su interpretación de dicha información es siempre negativa. Entiende que, cualquier dolor o molestia que siente, es síntoma de un empeoramiento o recurrencia de la enfermedad.

La paciente presenta también importantes efectos secundarios derivados de la administración de los tratamientos. Se muestra muy ansiosa hacia la posibilidad de tener que realizar un TMO, ya que considera que “me quedaré en la operación”.

Como punto fuerte, es necesario señalar el importante apoyo social que le está demostrando su familia.

Como antecedentes psiquiátricos/psicológicos relevantes, la paciente ha presentado una larga historia de depresión, resistente a los tratamientos psicofarmacológicos. Refiere ser una persona “ansiosa desde siempre”, “me he puesto mal cuando mis hijos se han ido de casa, estaba siempre preocupada por lo que les podría pasar...”

Análisis y descripción de las conductas problema: para conocer cuáles son las conductas problema llevamos a cabo un análisis funcional.

Los estímulos desencadenantes encontrados son de dos tipos:

- Internos: síntomas que percibe en su cuerpo como consecuencia de los efectos secundarios de la administración de los tratamientos y pensamientos en relación a la muerte.
- Externos: ir a la consulta con su hematólogo, conversaciones relacionadas con su enfermedad hematooncológica, ir a la sala donde se administran los tratamientos, hablar sobre el futuro, etc...

Las respuestas llevadas a cabo se clasifican en:

- Motoras:

Conductas de evitación: tiende a evitar cualquier lugar que le recuerde la enfermedad hematooncológica que padece (las consultas con su hematólogo, la sala donde se realizan los tratamientos, las salas de espera, no sale de cama más que para lo imprescindible, no sale de casa, etc...).

Conductas de escape: abandono de situaciones que le producen ansiedad como por ejemplo las consultas de hematología.

Conductas de seguridad: ir con su marido a las consultas de hematología, mantiene la atención focalizada en cualquier estímulo corporal que pueda indicar un nuevo síntoma, llamar a sus hijos todos los días si no la llaman ellos previamente, etc...

Cognitivas: recuerdos recurrentes sobre el momento en el que le dieron el diagnóstico de mieloma múltiple y acerca de la muerte.

- Fisiológicas:

Ansiedad basal elevada.

Hiperactivación fisiológica.

Sensación de “falta de vida”.

Tensión muscular.

Dolor muscular (espalda, piernas, etc...).

Cansancio.

Somatizaciones.

Las consecuencias de dichas conductas serán de dos tipos:

Refuerzo negativo: alivio de la ansiedad a través de las conductas de escape y evitación que realiza.

Refuerzo positivo: más atención por parte de su familia (que suponen un gran apoyo para ella), visita de familiares y amigos, reconocimiento de ella como enferma que necesita cuidados y liberación de realizar las tareas domésticas.

Autocastigo: pensamientos de que ella no sirve para nada, “que para eso es mejor estar muerta” y sentimientos de culpabilidad porque su familia “tiene que hacerme todas las cosas”.

Establecimiento de las metas del tratamiento: la meta final del tratamiento será la disminución de la ansiedad y la tensión muscular que siente, con la finalidad de recuperar la calidad de vida de la paciente previa a la enfermedad. La paciente acepta dicho objetivo de tratamiento.

Estudio de los objetivos terapéuticos: para lograr el objetivo arriba expuesto trabajaremos sobre diferentes cuestiones:

Dotar a la paciente de habilidades para aprender a relajarse, para así poder poner en práctica una respuesta contraria a la de ansiedad.

Incentivar la realización de aquellas actividades que hasta el momento la paciente estaba evitando. Un ejemplo podría ser salir de casa a caminar o que acuda siempre que tiene consulta con su hematólogo.

Prolongar los tiempos que la paciente pasa fuera de la cama.

Escoger una actividad doméstica en la que, inicialmente, colaborará para su realización y, finalmente, realizará de forma autónoma.

Trabajo con sus creencias negativas acerca de la enfermedad, del curso de su propia vida y de los síntomas que padece; con la finalidad de que tenga una visión más adecuada de la realidad que está viviendo y abandone esa visión fatalista.

Selección del tratamiento más adecuado: el tratamiento seleccionado será de corte cognitivo-conductual. Después de llevar a cabo la primera fase de recogida de información y evaluación se lleva a cabo un análisis funcional con el fin de tener perfectamente identificadas las conductas, variables sociales, ambientales y orgánicas que tienen relación y que por tanto son causa y/o mantienen la conducta problema. A continuación, llevamos a cabo un trabajo conductual, en el cuál vamos a trabajar sobre las conductas objeto explicadas en los objetivos terapéuticos. En esta parte del tratamiento, tratamos de aumentar las conductas incompatibles con la respuesta de ansiedad (dotándole de habilidades como la relajación, la respiración, *mindfulness*) y de incrementar las conductas adaptativas para la paciente. Posteriormente, realizamos un trabajo puramente cognitivo, en el cuál tratamos de ajustar a la realidad las expectativas de la paciente y de minimizar su visión pesimista del proceso de la enfermedad. El motivo por el que se han seleccionado estas modalidades terapéuticas son el buen conocimiento de las técnicas por parte del terapeuta, el tiempo del que disponíamos y la previsión de unos resultados positivos para la paciente en función de sus características

personales. En este caso hemos optado por terapia individual porque consideramos que la paciente necesitaba aprender algunas técnicas para mejorar sus habilidades de afrontamiento a la enfermedad. Descartamos la realización de una terapia familiar o de pareja debido a que no se encontraron problemas relevantes en dichas áreas.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase: las principales técnicas que hemos aplicado con la paciente han sido la psicoeducación, la exposición gradual a estímulos evitados, la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, *mindfulness* centrado en la respiración y reestructuración cognitiva.

Aplicación del tratamiento: el tratamiento psicológico de dicha paciente se ha llevado a cabo en 6 sesiones. La primera sesión se corresponde con la evaluación y recogida de información. Se centra también especialmente en la formación de la alianza terapéutica, ya que la consideramos muy importante para poder conseguir unos resultados terapéuticos. En la segunda sesión realizamos psicoeducación acerca de la interrelación mente/cuerpo, explicando la relación que existe entre lo que pensamos (pensamientos), lo que sentimos en nuestro cuerpo (sentimientos) y lo que hacemos (conducta). Explicamos cómo va a ser nuestro marco de trabajo, así como las técnicas seleccionadas para el tratamiento, mediante un lenguaje comprensible para el destinatario de la información. La paciente pregunta las dudas que le van surgiendo y las vamos resolviendo. En la tercera y cuarta sesiones comenzamos con el entrenamiento en técnicas específicas como la relajación muscular progresiva de Jacobson, *mindfulness* centrado en la respiración, la técnica de respiración diafragmática y visualización. En los ejercicios de visualización empleamos algunas instrucciones como:

“Las células malignas son débiles y están confusas”.

“El tratamiento es fuerte y poderoso, visualizándolo como si fuera un ejército de guerreros que lucha por la salud o como un “amigo” que trabaja ayudando a la persona contra la enfermedad”.

En estas dos sesiones también le damos la instrucción a la paciente de que comience a realizar pequeños cambios “como si” estuviese bien: pasar más tiempo sentada y menos acostada en cama, dar indicaciones en vez de mostrarse pasiva (es el marido quien está pendiente de todo), salir a caminar por la calle, etc... Proponemos también que escoja una tarea doméstica y que comience a realizarla por sí misma. La paciente escoge recoger los platos de la mesa.

A lo largo del proceso se van reforzando todos los esfuerzos que está llevando a cabo, como por ejemplo que tras la cuarta sesión ya está saliendo a caminar todos los días 5 km, lo cual es también valorado muy positivamente por su hematólogo.

En la quinta y sexta sesiones realizamos un trabajo cognitivo, mediante la técnica de la reestructuración cognitiva acerca de su sistema de creencias negativas respecto a su experiencia médica, el curso de su propia vida y de los síntomas que padece, para tratar de ajustar su visión fatalista a la realidad. Se identifican creencias como “yo ya acabé, nunca volveré a ser como antes” y se modifican por otras positivas y más adaptativas, que a la paciente le gustaría tener “ya pasó, puedo con ello”.

Tras las 6 sesiones se procede al alta dejando la puerta abierta a que vuelva a contactar con la unidad en el futuro si lo precisa.

Evaluación de la eficacia del tratamiento: el tratamiento psicológico llevado a cabo con la paciente ha sido efectivo debido a que se ha conseguido la meta terapéutica

propuesta: la disminución de la ansiedad y la tensión muscular que siente, con la finalidad de recuperar la calidad de vida de la paciente previa a la enfermedad.

Seguimiento: se ha realizado una única sesión de seguimiento a los 3 meses del alta de la paciente. Se confirma el mantenimiento de la consecución de los objetivos terapéuticos.

Observaciones: la paciente se ha mostrado colaboradora con el tratamiento desde el primer momento, lo cual ha contribuido de forma importante a la consecución de los objetivos propuestos.

Resultados

Tras 4 sesiones de intervención psicológica con la paciente se ha conseguido una reducción de la frecuencia e intensidad de la sintomatología, así como una menor repercusión de la misma en su vida diaria.

Conclusiones

La intervención psicológica llevada a cabo en este caso clínico ha sido efectiva, consiguiéndose una reducción en la sintomatología y una mayor calidad de vida para la paciente. Los resultados obtenidos en este caso clínico muestran la importancia de las intervenciones psicológicas en pacientes con enfermedades orgánicas, por lo que debemos señalar la relevancia del trabajo del Psicólogo Clínico en estos ámbitos.

UN CASO REAL DESDE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO (U.T.I.G.) DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL DE MADRID

**Laura Portabales-Barreiro, María Concepción Escolar-Gutiérrez,
Belén López-Moya, Nuria Asenjo-Araque y Carmen Cardedo-Robles**

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Resumen

El presente trabajo recoge la historia de un paciente real, transexual masculino, atendido desde la Unidad de Trastorno de Identidad de Género del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, así como algunos de los principales componentes que integran el abordaje psicológico llevado a cabo con este tipo de pacientes. El objetivo último del presente artículo no es otro que el de familiarizar al lector con dicha condición así como con el tipo de intervención llevada a cabo con este perfil de pacientes, a fin de hacerle consciente de la complejidad y dimensionalidad que entraña, impregnando la totalidad de facetas que componen la vida del individuo, al tiempo que se exponen los principales puntos que conforman la línea de intervención, indudablemente multidisciplinar, ahondando en el trabajo de tipo psicológico llevado a cabo con estos casos. Para ello expondremos los resultados en un estudio de caso único empleando una intervención a diferentes niveles (psicológico, sociológico y médico-quirúrgico), pasando la primera por la elaboración de un plan individualizado de tratamiento y siguiendo una línea de intervención eminentemente cognitivo-conductual. A fin de ilustrar del modo más fidedigno posible la evolución y proceso en que se ha visto inmerso, haremos un breve recorrido a través de su historia biográfica, desde el mismo momento en que relata comenzar a tomar consciencia de su condición, en los primeros años de infancia, hasta el momento actual. Tras la exposición del caso podemos concluir que la intervención prevista desde la Unidad logra resultados positivos tanto en lo referido al óptimo desarrollo de la identidad sentida en estos pacientes como al incremento en su calidad de vida, a través de la progresiva normalización llevada a cabo en las distintas facetas de su vida.

Palabras clave: Identidad Sexual o Identidad de Género, Orientación Sexual, Disforia de Género, Vivir bajo el Rol Social Sentido.

A CASE STUDY FROM THE UNIT GENDER IDENTITY DISORDERS (UTIG) HOSPITAL OF MADRID RAMON Y CAJAL**Abstract**

This paper presents the history of a real patient, male transsexual, Unit serviced from Gender Identity Disorder University Hospital Ramon y Cajal in Madrid, as well as some of the main components that make up the psychological approach carried out with this such patients. The ultimate goal of this article is simply to familiarize the reader with the condition and the type of intervention carried out with this type of patients to make you aware of the complexity and dimensionality involved, permeating all of facets that make up the individual's life, while outlining the main points comprising the line of intervention, multidisciplinary undoubtedly, delving into psychological type work conducted with these cases. This will expose the results in a single case study using an intervention at different levels (psychological, sociological and medical-surgical), passing the first by crafting an individualized plan of treatment and following a line of predominantly cognitive behavioral intervention. To illustrate the most reliable way

possible evolution and process that has been immersed, do a brief tour through his biographical history, from the moment you start taking conscience tells your condition, in the early years from childhood to the present. Following the presentation of the case we can conclude that the planned intervention from the unit achieved positive results with regard to the optimum development of identity felt in these patients and the increase in their quality of life, through the progressive normalization conducted in the different facets of your life.

Keywords: Sexual Identity and Gender Identity, Sexual Orientation, Gender Dysphoria, Living under the Social Role Sense.

Introducción

El presente trabajo recoge el caso real de un paciente transexual masculino atendido desde la mencionada Unidad, desde los orígenes de su toma de consciencia en relación a su condición hasta el momento actual, en que presenta un estilo de vida totalmente adaptado y normalizado. El objetivo de dicha exposición es doble: pretende de un lado familiarizar al lector con dicha condición, haciéndole consciente del alcance y problemática inherente a la misma, y de otro exponer los principales puntos que conforman la línea de intervención, especialmente a nivel psicológico.

Método

Participantes

El presente trabajo recoge el caso real de un paciente, transexual masculino (mujer biológica), atendido desde la Unidad de Trastorno de Identidad de Género del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Instrumentos utilizados

La información expuesta ha sido recogida a través de la entrevista semiestructurada así como otras pruebas psicométricas complementarias, algunas de ellas creadas desde la propia Unidad y adaptadas a esta población, a fin de medir de un modo más preciso y ajustado las variables de interés. Por si dicha cuestión es motivo de curiosidad para el lector, comentar que los niveles de bienestar psicológico, felicidad subjetiva, rasgos de personalidad, satisfacción con la vida, ansiedad o depresión, son algunas de las variables consideradas de interés en la evaluación de este perfil de paciente.

Procedimiento y diseño

La intervención, eminentemente cognitivo-conductual, en un diseño de caso único, se ha desarrollado en diversas fases que se presentarán de manera integrada con la historia del paciente.

Antes de profundizar en la historia, y a fin de que la presente exposición resulte lo más clara posible, especialmente para aquellos lectores menos familiarizados pero igualmente interesados en la comprensión del caso que nos compete, considero necesaria una breve mención a algunos de los conceptos clave para dicha labor.

Entendemos por Identidad Sexual o Identidad de Género el sentimiento de pertenecer a un determinado sexo, biológica y psicológicamente, dicho concepto alude por tanto a un sentimiento Psicológico, Subjetivo e Íntimo de pertenecer al sexo

masculino o femenino, que se desarrolla entre los 2 y los 4 años de vida, acentuándose en la adolescencia con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, constituyendo un constructo independiente al de Orientación Sexual (dirección de los objetos de deseo erótico o amoroso del sujeto como una manifestación más de su sexualidad).

Señalar por tanto que cuando hablamos de Disforia de Género (también conocida como Trastorno de Identidad de Género, Transexualidad o Síndrome de Harry Benjamin), nos referimos a la existencia de una discrepancia entre el Sexo Anatómico o Biológico del sujeto y su Identidad de Género, que se manifiesta a través de la identificación acusada y persistente con el otro sexo, generando un profundo malestar y rechazo de las características sexuales primarias y secundarias propias, o sentimiento de inadecuación a su rol esperado, así como el consiguiente deseo de modificarlas o corregirlas mediante métodos farmacológicos y/o quirúrgicos (American Psychiatric Association [APA], 2005)

Finalmente hacer mención a uno de los conceptos clave durante el proceso de intervención con aquellos pacientes que presentan Disforia de Género, dado que supone uno de los criterios de inclusión de los mismos en las listas de cara a la intervención quirúrgica y a la correcta tramitación de sus documentos legales, acordes a su identidad sentida. Me estoy refiriendo al denominado concepto “Vivir bajo el Rol Social Sentido” (antes conocido como “Experiencia de Vida Real”), que alude al momento temporal a partir del cual las vivencias, sentimientos y emociones asociadas al sexo sentido se reflejan en su vida habitual, dicho de otro modo, se refiere al momento a partir del cual el paciente comienza a vivir de acuerdo a su verdadera identidad en los distintos contextos y facetas de su vida (personal, social, laboral...).

Aclarados los anteriores puntos pasaré a relatar la evolución del caso que nos atañe, al que por cuestiones de anonimato me referiré como P.

P. es un varón (mujer biológica) heterosexual, de 26 años en la actualidad, que toma contacto por primera vez con la Unidad de Trastorno de Identidad de Género (U.T.I.G.) en Junio de 2009, momento a partir del cual inicia intervención y seguimiento desde la misma.

Nacido en Madrid es el menor de dos hermanos (tiene una hermana mayor de 27 años). No se describen alteraciones de relevancia durante su infancia.

Refiere que desde muy pequeño se ha sentido diferente al resto de las niñas, ha vestido y actuado como un chico y le gustaban más la compañía y juegos de estos últimos, con quienes se sentía más identificado.

No recuerda hechos especialmente traumáticos en esta época, pero admite que ha tenido ciertas dificultades en su primer colegio, donde era frecuentemente insultado y discriminado por el resto de compañeros, hecho que motivó diversos enfrentamientos y su posterior cambio a otro colegio, lo que supuso ciertas dificultades en su adaptación. Será en este segundo colegio cuando sienta que realmente comienzan a tratarle como a un igual.

Tampoco considera que haya sido excesivamente reprimido por este hecho en su casa y, aunque admite que en un principio su madre intentó “reconducirlo”, finalmente “terminó por resignarse”.

Recuerda la adolescencia como un momento decisivo, el desarrollo de un cuerpo femenino que rechazaba y el sentirse ajeno a los gustos y experiencias que se le

suponían, precipitan la búsqueda de información y posterior comprensión de lo que le estaba ocurriendo.

Afirma que desde siempre le han atraído las chicas, pero será en esta etapa cuando se haga plenamente consciente de este hecho.

Es también en este momento cuando, aprovechando el inicio de sus estudios universitarios, se presente por primera vez como P. y, aunque afirma que todos sus compañeros eran conocedores de su condición, decidió ignorar este hecho para comenzar a sentar las bases de su vida como hombre.

Buen estudiante y deportista, recuerda esta etapa como un período tranquilo aunque no exento de ciertas dificultades, especialmente con uno de sus compañeros que insistía en provocarle llamándole por su nombre (femenino) de pila.

A los 17 años inicia su primera relación sentimental. Comienza a surgir en él, en este momento más que nunca, el interés por el tema de la transexualidad y a informarse de los pasos necesarios para adoptar una imagen más masculina y ajustada a su verdadera identidad, a lo que su pareja pone serias restricciones. Tres años después decide poner fin a esta relación y comunica por primera vez a su familia, por medio de una carta, su firme deseo de iniciar tratamiento, ante lo que la familia, no ajena a lo que estaba ocurriendo, se muestra aceptante.

Se define a sí mismo como una persona sociable y extravertida; empático y altamente implicado y preocupado por detectar y atender las necesidades de los demás. Afirma ser un chico alegre, tímido y muy paciente, con ciertas dificultades a la hora de manifestar sus quejas y expresar sus sentimientos, tendente a evitar confrontaciones abiertas pero que nunca ha dudado, ni duraría, en defenderse si así lo considera necesario, al igual que ya ha hecho en otras ocasiones en el pasado.

Manifiesta así mismo ser algo “inconsciente” y muy independiente en su criterio y en materia de toma de decisiones, afirmando que “siempre ha ido por libre”, sin importarle lo que los demás pudieran pensar o decir.

Jamás ha permitido que su madre lo vistiera como a una chica y en ningún momento se planteó acomodarse al rol esperado a fin de pasar desapercibido o mejorar su situación social aunque, como se ha expuesto, este hecho le ha supuesto diversos conflictos en más de una ocasión.

Resultados

A su llegada a la U.T.I.G., con 23 años, fue recibido por el Coordinador de la Unidad (Médico Endocrinólogo) y, una vez descartada psicopatología grave por el Psiquiatra de la Unidad, fue remitido a la Gestora de Pacientes (Socióloga) como dicta el protocolo. En este primer acercamiento se le aportó una información pormenorizada del proceso al que iba a enfrentarse (trámites, plazos, intervenciones...) que no eran del todo desconocidos para P. Deseoso de comenzar cuanto antes, se procedió a la firma del consentimiento informado, iniciando en este momento la primera fase del tratamiento (la Evaluación Psicológica), mostrándose en todo momento seguro de su decisión, nada dubitativo ni preocupado por las posibles repercusiones que el cambio pudiese ocasionar en su entorno.

Durante la Fase de Evaluación Psicológica, donde se valoran algunas de las mencionadas variables de interés para este perfil de paciente, no se detectó psicopatología de consideración alguna, a excepción de elevados niveles de ansiedad secundarios a su situación vital (motivo de consulta y derivación a la Unidad).

La Evaluación Psicológica por tanto, arrojó datos que indiscutiblemente se traducían en confirmación diagnóstica: se trataba de un caso claro de Disforia de Género por lo que se procedió, en 2010, al inicio de la segunda fase (inicio del Tratamiento Hormonal) de modo paralelo a la intervención psicológica, que se dará durante la totalidad del proceso, y que en esta fase se destina principalmente al acompañamiento del paciente en la adaptación a los cambios producidos en su aspecto y nuevos roles (para muchos de ellos esta fase implica una “ruptura biográfica” que dará paso al mencionado “Vivir Bajo el Rol Social Sentido”), así como el ajuste de expectativas en relación a los resultados del mismo (en numerosas ocasiones, especialmente para el caso de transexuales femeninas, muy por debajo de lo esperado por las pacientes).

Sin embargo en el caso de P. no ocurrió así, su condición biológica de mujer y determinados factores genéticos jugaron en su favor, por lo que desde el inicio del tratamiento hormonal los cambios físicos se sucedieran rápidamente. A medida que su aspecto se iba haciendo más masculino su seguridad en sí mismo iba en aumento y comenzó a preocuparse además por otros aspectos (dieta, ejercicio...).

Señalar en este punto que, aunque el acompañamiento e intervención terapéutica tiene como finalidad la orientación y facilitación del proceso de construcción de la identidad sentida, se trata de un proceso lento y dificultoso, donde el paciente tendrá inevitablemente que lidiar, en determinadas ocasiones, con situaciones vitales verdaderamente complejas y delicadas, como las referidas a la esfera de la sexualidad por poner algún ejemplo, donde en el caso que nos ocupa, P., por su atractivo a nivel físico y personal, atraía a mujeres con las que no podía llevar a cabo un acercamiento mayor (recordemos que en estos tiempos, aunque el tratamiento hormonal comenzaba surtir efecto, su anatomía era primordialmente femenina). También el hecho de que sus documentos legales estuviesen en disonancia con su identidad sentida y aspecto físico externo, le hicieron pasar duros momentos que sin embargo afrontó con gran entereza.

El acompañamiento e intervención con el paciente durante el proceso resulta, por tanto, crucial. El desarrollo de la verdadera identidad lucha fuertemente con una realidad que se topa de frente, encontrado en ocasiones verdaderos obstáculos, por lo que es necesario reestructurar determinadas creencias (como las asociadas a los roles tradicionales de género, a las que muchos de estos pacientes tratan de adscribirse de una manera casi literal, mostrando identificaciones extremas con el sexo opuesto), así como el asesoramiento relativo al manejo de determinadas situaciones conflictivas relacionadas con el impacto emocional y social que su cambio está teniendo en el entorno próximo (la pareja, la familia...). También el trabajo con determinadas emociones displacenteras (el manejo de la ira, la frustración, la incertidumbre o la espera), resulta fundamental en una fase que alterna relativa calma y estabilidad con verdaderos momentos de crisis para el individuo.

Con todo, durante el proceso de intervención se fue constatando como la identidad masculina de P. se iba definiendo de manera gradual y óptima en los distintos contextos y facetas de su vida y, aunque la espera se hizo larga y el tiempo transcurrido para la consecución de determinados objetivos (tramitación de documentos legales, intervenciones quirúrgicas...) hicieron mella en él en diversas ocasiones, mostrándose nervioso y preocupado, gracias al apoyo recibido desde la Unidad así como a su fuerte compromiso con el proceso y deseo de cambio, logró un adecuado manejo, contribuyendo todo ello al crecimiento y maduración de su verdadera identidad.

Actualmente todos sus documentos legales han sido correctamente tramitados y modificados acorde a su identidad de género, se ha sometido a mastectomía e histerectomía, compagina su trabajo en el negocio familiar con sus estudios y mantiene su segunda relación sentimental importante desde hace 4 años. Asegura encontrarse “estable, tranquilo y feliz”.

Conclusiones

De la anterior exposición se extraen algunos de los pilares básicos en que se sustenta la intervención llevada a cabo desde la Unidad de Trastorno de Identidad de Género para este tipo de pacientes, una intervención eminentemente multidisciplinar y multidimensional, que no olvida las funciones de asesoramiento, apoyo, seguimiento y acompañamiento del paciente a lo largo del prolongado y duro proceso en que se ve inmerso, favoreciendo así su comprensión y adaptación a las diversas etapas que lo componen.

Podemos por ello afirmar que, a pesar de la complejidad que entraña dicha condición, la intervención propuesta logra resultados positivos tanto en lo referido al óptimo desarrollo de la identidad sentida de estos pacientes como en el incremento de su calidad de vida. A través de la normalización lograda en las distintas facetas de su vida, se logra el incremento en sus niveles de bienestar físico, mental y emocional, favoreciendo así el desarrollo integral del individuo, objetivo último de la Unidad.

Referencias

American Psychiatric Association, APA (2005). *Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM -IV-TR*. Barcelona: Masson.

INTERVENCION GRUPAL PARA PADRES DE ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Susana-de Cruylles de Peratallada-Jaumandreu*, Rocío-Guardiola-Wanden Berghe**, Irene Gutiérrez-Arana** y Leticia León-Quismondo**

**CSM Puerta de Madrid, Alcalá de Henares. Madrid. España*

***Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. Madrid, España*

Resumen

La terapia de grupo para padres persigue mejorar las habilidades comunicativas de los padres, lograr un estilo educativo más asertivo, así como enseñar técnicas para aumentar buenos comportamientos y reducir conductas no deseadas de los hijos. Existen diversos estudios que avalan la eficacia de grupos de padres que persiguen mejorar la calidad de la comunicación con sus hijos adolescentes. En el presente trabajo se describe una intervención grupal para padres con hijos adolescentes con problemas de conducta. El objetivo final es dotar a los padres de más habilidades de comunicación para que la relación con sus hijos sea mejor, aumente la competencia parental autopercebida y sea preventivo de posible psicopatología en el menor. La intervención se llevó a cabo en un centro de salud mental, desde el programa de infantojuvenil. El programa consta de una sesión de evaluación y 11 sesiones grupales en formato cerrado. Los criterios de inclusión fueron: 1) padres de niños en tratamiento en salud mental con edades comprendidas entre 12-18 años, con diagnóstico compatible con Trastorno Negativista Desafiante o Trastorno Perturbador no especificado según el DSMIV-TR; 2) padres con dificultades en la comunicación y en el manejo de conductas de sus hijos. De los resultados se evidencia que este programa mejora la relación padre-hijo y aumenta la percepción de seguridad de los padres en el establecimiento de pautas educativas. El programa también incrementa la capacidad de diálogo de los padres con los hijos, mejorando con respecto al inicio del grupo. Esto además proporciona un mayor grado de conocimiento de los padres sobre las dificultades y las necesidades de sus hijos. Los resultados son favorables en todas las variables evaluadas, apoyando la realización de este tipo de intervenciones en los centros de salud mental.

Palabras clave: psicoterapia de grupo, relaciones padre-hijo, psicología del adolescente, trastorno del comportamiento.

GROUP INTERVENTION FOR PARENTS OF ADOLESCENTS WITH BEHAVIOURAL PROBLEMS IN A MENTAL HEALTH CENTRE

Abstract

The aim of parenting grouptherapy is to improve parent communication skills, to facilitate a more assertive parenting style. This therapy teaches parents techniques to increase good behaviour and decrease unwanted behaviour in their children. Several studies have endorsed the effectiveness of these types of parenting groups, in order to improve the quality of parent-adolescent communication skills. This paper describes a group intervention for parents of adolescents with behavioural problems. The objective of the intervention is to endow parents with better communication skills so that the parent-child relationship and the parent's self-confidence would improve to prevent possible psychopathology in the adolescents. The intervention took place in a child and adolescent mental health centre. The program consists in one assessment session and 11-group session in a closed format. Participant's inclusion criteria

included 1) parents of adolescents already in treatment, age range 12-18 years old, with DSMIV-TR diagnosis of Oppositional Defiant Disorder or Disruptive Behaviour Disorder not otherwise specified; 2) parents with communication issues and difficulties managing unwanted behaviour in their children. The results make evident this intervention improves the parent-child relationship as well as increases the parent's self-confidence in the child-rearing skills. This program also improves parent-child communication compared to the beginning of the sessions, and provides parents more knowledge about the needs and difficulties of their children. The results are favourable in all of the variables assessed, supporting the practice of these interventions in mental health centres.

Keywords: Psychotherapy group, parent-child relations, adolescent psychology, conduct problems.

Introducción

La literatura científica evidencia la elevada frecuencia de problemas de conducta disruptiva en niños y adolescentes (Campbell, Shaw y Gilliom, 2000). En muestras comunitarias, se señala que la prevalencia de los trastornos de conducta en niños y adolescentes oscila entre un 1,8-14,7%, (Angold, Costello y Erklani, 1999). Siendo representados los trastornos de conducta en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) tanto por el «trastorno disocial» como por el «trastorno negativista desafiante». Algunos estudios apuntan que los trastornos de comportamiento disruptivo constituyen más de la mitad de las consultas clínicas que se realizan, tanto en nuestro país (Herreros, Sánchez, Rubio y Gracia, 2004), como en el extranjero (Dery, Toupin, Pauze y Verlaan, 2004). Estas dificultades conductuales interfieren significativamente en el funcionamiento social de los niños y adolescentes y de su entorno (Romero, Robles y Lorenzo, 2006).

El contexto familiar es considerado un marco clave en la génesis y progresión y, en último término de la reducción de los problemas de conducta. Los padres son los que más tiempo pasan con el adolescente y los que más control tienen sobre su conducta. Es por ello que desde la década de 1970 se han venido desarrollando programas de entrenamiento de padres como herramienta clínica. En este tipo de intervención los padres son concebidos como “agentes de cambio” (Barlow y Stewart-Brown, 2000), y son instruidos en procedimientos concretos que les permitan potenciar la conducta prosocial de sus hijos, fortalecer la vinculación afectiva entre padres e hijos y favorecer la creación de un clima familiar positivo. En los programas desarrollados bajo esta orientación los padres son instruidos en los fundamentos teóricos de la modificación de conducta, y son provistos de estrategias basadas en los principios del aprendizaje social (Mooney, 1995).

La formación de padres debe promover tanto las habilidades educativas de los padres y las madres, como las centradas en promover la competencia personal e interpersonal, porque ambas contribuyen al desarrollo y la educación de los hijos y las hijas (Martín-Quintana et al., 2009).

Numerosos estudios muestran la solidez del entrenamiento de padres en la promoción de cambios positivos en la conducta del niño y de los padres, relacionados principalmente con el desarrollo de conductas prosociales en el niño y con el incremento de las habilidades parentales (Robles y Romero 2011). Al mismo tiempo, los estudios muestran los aspectos implicados en la dinámica familiar, como la

comunicación y la resolución de problemas (Lochman y Steenhoven, 2002). Por otra parte, es necesario apuntar que el formato grupal es sugerido como el formato más atractivo para las familias, constituyendo una alternativa menos costosa y más eficiente que la intervención individual tradicional en el tratamiento de los problemas de conducta (Chronis et al., 2004). Estudios sobre el entrenamiento a padres en formato grupal apuntan a una mejoría en la conducta de los niños, un aumento de los conocimientos educativos de los padres y de las prácticas de crianza (Manjón, 2011).

Por todo lo anteriormente expuesto y ante la creciente demanda de adolescentes que presentan alteraciones del comportamiento, consideramos necesario prestar una atención más integral y más ajustada en el tiempo a estos pacientes. De este modo, en un centro de salud mental infantojuvenil se ha realizado una intervención grupal para padres de adolescentes con problemas de conducta.

Método

Participantes

La muestra inicial fue de 10 pacientes, 8 mujeres y dos hombres, que acudieron de manera regular a las sesiones. Se cuenta con datos post de 8 de ellos ya que 2 pacientes no acudieron a la última sesión no pudiendo rellenar los cuestionarios finales, teniéndose en cuenta los casos perdidos. Los criterios de inclusión fueron: 1) padres de niños en tratamiento en salud mental, con edades comprendidas entre 12-18 años que cumplen criterios diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante o Trastorno Perturbador no especificado según el DSM IV-TR y 2) padres con dificultades en la comunicación y en el manejo de conductas de sus hijos.

Materiales/instrumentos utilizados

Se realizó una valoración ad hoc de tipo Likert (1-4) al iniciar y al finalizar la intervención, en la que se tuvieron en cuenta las siguientes variables: relación con su hijo/a; capacidad de diálogo; y grado de control percibido sobre las dificultades de su hijo/a.

El análisis de resultados se llevó cabo mediante el programa estadístico SPSS 20.0 para Windows. Se procedió a una estadística descriptiva de la muestra y para la comparación de medias se utilizó el estadístico *w* de Wilcoxon.

Procedimiento

La intervención se realizó en el Centro de Salud Mental Puerta de Madrid de Alcalá de Henares por parte de la psicóloga del equipo infanto-juvenil y dos residentes de psicología clínica, en horario de mañana una vez por semana. La posibilidad de derivación se hace extensible a todos los facultativos del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. El programa consta una sesión de evaluación individual en la que se recogen los datos de filiación y el problema actual, a través de la cual se determina la inclusión en el grupo, y 11 sesiones grupales en formato cerrado de una hora y media de duración. Durante la intervención grupal no se realizaron sesiones de tratamiento psicoterapéutico individual. Las sesiones se estructuran de la siguiente manera:

- *Primera sesión.* El objetivo es presentar a los miembros del grupo, adecuar expectativas y ponerlas común. Se explican las normas del grupo, se da el

programa con el índice de contenidos y las fechas en que van a hacerse las sesiones.

- *Segunda sesión.* El objetivo de esta sesión es que los padres entiendan que cambios acontecen en el periodo evolutivo de la adolescencia. Se anima a los participantes del grupo que cuenten como era su adolescencia y se explican los cambios físicos, cognitivos y sociales propios de este periodo evolutivo.
- *Tercera sesión.* El objetivo sería que cada padre identifique su propio estilo educativo, cual ha sido el de sus padres y qué tiene que incorporar de otros estilos educativos para que puedan tener mejor comunicación con sus hijos. Se describen los estilos educativos posibles.
- *Cuarta sesión.* El objetivo de esta sesión es enseñarles herramientas para que aprendan a comunicarse mejor con sus hijos. Para ello se enseñan habilidades de empatía, comunicación y resolución de problemas.
- *Quinta y sexta sesión.* El objetivo es que sepan utilizar las técnicas operantes de la modificación de conducta para que aprendan a premiar y castigar a sus hijos adecuadamente. Se describen los distintos tipos de reforzadores (sociales y materiales) y de castigos adecuados a la edad. Se explica como funciona la técnica de “Extinción” tras una conducta.
- *Séptima y octava sesión.* El objetivo principal es que con lo aprendido sean capaces de hablar con sus hijos de temas que les preocupen. Los temas sugeridos son las amistades, la curiosidad por las sustancias tóxicas (alcohol, hachís, marihuana) y las relaciones sexuales. Se anima a los padres a que expresen sus miedos en la sesión a la vez que se les da herramientas para que puedan ser capaces de hablarlo con sus hijos. Para ello se hacen repaso de las sesiones anteriores y se usa el *rol-playing*.
- *Novena sesión.* Esta sesión se realiza exclusivamente con los hijos cuyos padres acuden al grupo. El objetivo es que los hijos hablen de los problemas que tienen con sus padres y valoren posibles cambios recientes en ellos. Se les explica para qué acuden sus padres al grupo. Se les anima para que pongan en común las dificultades que tienen con sus padres y se apoyen sobre cómo poderlas resolver. Se les informa que el próximo día acudirán los padres y los hijos.
- *Décima sesión.* Esta sesión se realiza con los padres y los hijos. El objetivo es que pongan en común las dificultades que tienen entre ellos, que valoren los cambios realizados en la relación y que aprendan tanto los padres como los hijos que hay diferentes estilos de padres y tipos de hijos. Se proponen situaciones reales para que a través de *rol-playing*, interactúen padres con hijos que no son los suyos y viceversa. Al final de la sesión se anima a los padres a que verbalicen en el grupo aspectos positivos de sus hijos y de los hijos de otros padres asistentes al grupo; lo mismo con los hijos.
- *Sesión undécima.* El objetivo de esta sesión es que los padres pongan en común lo aprendido y los cambios realizados a lo largo de las sesiones. Las terapeutas del grupo dan feedback de la evolución y cambios positivos de los participantes y se hace despedida del grupo.

Diseño

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo con evaluación de resultados cuantitativos mediante una medida comparativa pre y postratamiento evaluada con un instrumento tipo *likert* (1-4) creado *ad hoc*.

Resultados

De los 10 participantes que iniciaron el programa acudieron todos de forma regular, exceptuando 2 de éstos, que no acudieron a la última sesión. De esta forma, la muestra final contaba con 7 mujeres y 1 hombre (pareja de una de estas), con una media de edad de $43 \pm 4,7$ años, cuyos hijos tenían una edad media de $14 \pm 3,7$ años.

La diferencia de medias que se llevó a cabo a través del estadístico *w* de Wilcoxon fue estadísticamente significativa en las variables estudiadas. Para la variable relación con su hijo/a ($p = 0,023$); capacidad de diálogo ($p = 0,0008$); y grado de control percibido sobre las dificultades de su hijo/a ($p = 0,0104$) (véase Figura 1).

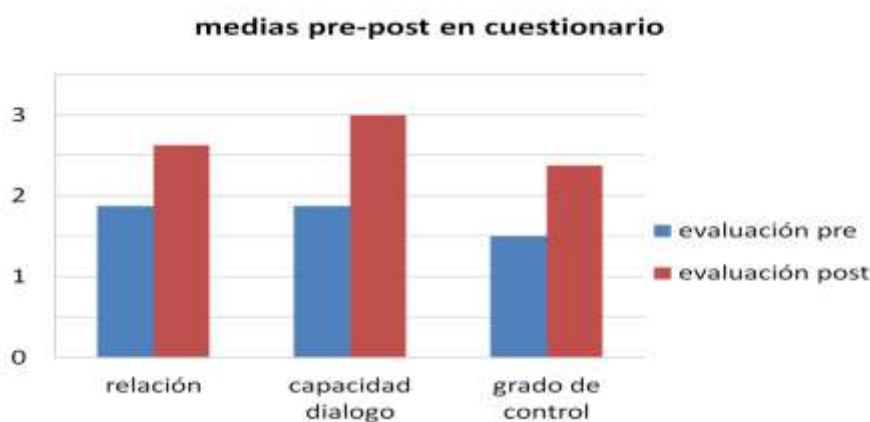


Figura 1. Medidas pre-post en cuestionario.

Discusión/conclusiones

De los datos arriba expuestos se deduce que este tipo de intervención grupal produce cambios en los padres de adolescentes mejorando la relación con sus hijos, aumentando la capacidad de dialogo y proporcionando a los padres mas control sobre sus habilidades parentales.

Consideramos que el cambio tiene que ver, por un lado con la enseñanza del material proporcionado y por otro, con el aprendizaje fruto de la interacción e intercambio grupal entre los participantes.

Aunque no se ha probado experimentalmente, al tratarse de un tratamiento intensivo para los padres, con efecto preventivo sobre la psicopatología en los hijos, entendemos que esta intervención se ajusta más a las necesidades de los pacientes evaluados, siendo este tratamiento grupal más indicado frente a sesiones individuales. De los pacientes solo uno de los participantes ha requerido posterior atención en salud mental infantojuvenil.

Es una intervención que no interfiere en otras psicoterapias y puede hacerse en paralelo con otras intervenciones psicoterapéuticas individuales en los padres o en los hijos. Por ello, en consonancia con la literatura existente apoyamos la realización de este tipo de intervenciones en los centros de salud mental.

Limitaciones

Contamos con un alto número de abandonos tras la primera sesión (40%), similar a otros estudios de las mismas características, como el encontrado por Manjón (2011), tratándose de una limitación importante para la consecución de los objetivos.

Consideramos que para poder generalizar y analizar mejor la eficacia de la intervención habría que aumentar el tamaño de la muestra y utilizar herramientas evaluadoras más discriminatorias.

Referencias

- Aláñez, M., Martínez, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- American Psychiatric Association, APA (2000). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª edición, texto revisado). Washington: American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E.J. y Erklani, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Barlow, J. y Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 356-370.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S. y Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-88.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. y Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the standard behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Dery, M., Toupin, J., Pauze, R. y Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioural difficulties. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 769-775.
- Lochman, J. E. y Van den Steenhoven, A. (2002). Family-based approaches to substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, 23, 49-114.
- Manjón, I. (2011). Grupo psicoeducativo a padres de niños con problemas de conducta. *ISEP Science*, 1, 24-36.
- Martín-Quintana, J.C., Márquez, M.J., Rodrigo, M.J., Byrne, S., Rodríguez, B., y Rodríguez, G. (2009). Programas de Educación Parental. *Intervención Psicosocial*, 18, 121-133.
- Mooney, S. (1995). Parent training: a review of Adlerian, Parent Effectiveness Training, and behavioral research. *Family Journal*, 3, 218-30.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia Introducción. *Anales de Psiquiatría*, 27, 86-101.
- Romero, E., Robles, Z. y Lorenzo, E. (2006). Prácticas parentales, atmósfera familiar y problemas de conducta externalizante en la infancia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33, 84-92.

CAPACIDAD PARA RECONOCER, CONTENER Y AFRONTAR EMOCIONES EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

Leticia Linares, Ana Estévez, Miren Atucha y Usue Orbegozo

Universidad de Deusto, España

Resumen

Los trastornos del estado de ánimo son cada vez más frecuentes en la población. El DSM-IV-TR define esta dolencia como episodios afectivos que pueden ser de carácter depresivo o maníaco. El trastorno depresivo es uno de lo más invalidantes y cursa con sintomatología ansiosa. Se caracteriza por un estado de ánimo depresivo, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte. Por su parte, la sintomatología ansiosa se asocia habitualmente a síntomas depresivos y debe incluirse en el diagnóstico diferencial. Numerosos estudios muestran que la presencia de variables como el *mindfulness*, afrontamiento y desidentificación en este trastorno podrían facilitar o dificultar el tratamiento de la depresión. Por ello el objetivo de este estudio ha sido analizar el papel que juegan las variables de capacidad de *mindfulness*, descentramiento y estilo de afrontamiento en la presencia de sintomatología ansioso-depresiva. Los instrumentos evaluaron la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, la capacidad para el *mindfulness*, descentramiento y el estilo de afrontamiento. La muestra está compuesta por 205 sujetos de los cuales el 71,7% son mujeres, siendo la media de edad de 29,92 ($DT = 9,78$). Los resultados encontrados muestran correlaciones significativas entre la sintomatología depresiva y ansiosa respecto a la capacidad para el *mindfulness* y descentramiento y determinados estilos de afrontamiento. Asimismo, estas tres variables explican un porcentaje sustancial de la varianza de depresión ($R^2 = 0,52$). Estos resultados ayudarán a ir conociendo posibles líneas de intervención ante la sintomatología depresiva y ansiosa.

Palabras clave: depresión, ansiedad, *mindfulness*, afrontamiento, descentramiento.

ABILITY TO RECOGNIZE, CONTAIN AND COPE DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY

Abstract

Mood disorders are increasingly common in population. DSM-IV-TR defines this disorder as affective episodes may be either depressive or maniac. Depressive disorder is one of the most disabling and presents with of anxiety disorder. It is characterized by a depressed mood, psychomotor agitation or retardation, fatigue or loss of energy, feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt, diminished ability to think or concentrate and recurrent thoughts of death. Meanwhile, anxiety symptoms commonly associated depressive symptoms and should be included in the differential diagnosis. Numerous studies show that the presence of variables such as *mindfulness*, coping and decentering in this disorder could facilitate or hinder the treatment of depression. Thus, the aim of this study was to analyze the role of capacity variables *mindfulness*, decentering and coping style in the presence of anxious-depressive symptomatology. The instruments assessed the presence of anxious-depressive symptomatology, the capacity for *mindfulness*, decentering and coping style. The sample consists of 205 subjects, of whom 71.7% are women, with a mean age of 29.92 ($SD = 9.78$).

The results show significant correlations between depressive symptoms, anxiety about the capacity for mindfulness and decentering and certain coping styles. Also, these three variables explain a substantial proportion of the variance of depression ($R^2 = 0.52$). These results will help to get to know possible lines of intervention before the depressive and anxious symptoms.

Keywords: Depression, anxiety, mindfulness, coping, decentering.

Introducción

El trastorno depresivo es una enfermedad mental grave y de gran incidencia en la sociedad actual. Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000), los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo depresivo, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte. Por su parte, los trastornos de ansiedad, se asocian habitualmente a síntomas depresivos y deben incluirse en el diagnóstico diferencial. Algunos estudios encontraron que el 55% de los y las pacientes con ansiedad tenían criterios diagnósticos concurrentes con el trastorno depresivo (Brown y Barlow, 2002) y que los valores se elevaban (76%) cuando el diagnóstico se realizaba a lo largo de toda la vida (Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001).

Existen múltiples teorías que explican el desarrollo del trastorno depresivo. Algunas de ellas como la de Beck (1967) incluyó la tríada cognitiva para comprender la aparición del trastorno depresivo. Esta tríada está compuesta de sesgos de procesamiento, atención, memoria, interpretación y atribución causal entre otros, esquemas cognitivos disfuncionales y relaciones tempranas concretas. Este esquema se activaría con la ocurrencia de un acontecimiento crítico.

El evento activador de la tríada ha sido especialmente estudiado por el equipo de Teasdale. La particular sensibilidad en el trastorno depresivo a los estímulos estresores es explicada mediante la hipótesis de activación diferencial. Esta hipótesis explica la existencia de esquemas cognitivos depresivos fortalecidos por este tipo de eventos (Segal, Williams, Teasdale y Gemar, 1996). Sin embargo, se ve que no es sólo la ocurrencia de estresores lo que activa la depresión sino también cómo se procesan los estímulos lo que la puede activar.

Por esto, existe un volumen importante de investigación respecto a los sesgos de procesamiento. Beevers (2005) muestra cómo en las personas deprimida la información es recibida es evaluada cognitiva para después sentirlo emocionalmente y finalmente en el cuerpo, experiencias sensoriomotoras. De esta manera, los estímulos están ya sesgados por el contenido mental del sujeto.

Bajo este paradigma, el trastorno depresivo va a presentar un estilo de afrontamiento inefectivo característico (Wei, Heppner, Russell y Young, 2006) de supresión de pensamientos (Wenzlaff y Wegner, 2000) y un acercamiento a la realidad de indefensión aprendida y de la desesperanza (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

El tratamiento para la depresión tiene múltiples formas. Una de las menos intrusivas y costosas es la técnica del de *mindfulness*. Esta técnica de común aplicación grupal se caracteriza por la observación y aceptación en el presente de los contenidos mentales, emocionales y corporales como eventos pasajeros (Kabat-Zinn, Segal,

Williams, y Teasdale, 2002 y Baer, 2003). De esta manera, se altera el proceso de recibida de información, se reduce la supresión de pensamientos y los pensamientos dejan de ser aspectos definitorios rígidos de uno mismo.

Método

Procedimiento

Los participantes completaron los cuestionarios de modos diversos: online y escrito. Para facilitar la confidencialidad, los cuestionarios fueron anónimos. Todas las participantes recibieron información para contactar con los responsables del estudio a fin de poder resolver cualquier duda que pudiese haber o informar sobre las conclusiones del estudio. Este estudio ha recibido el apto de la comisión ética de la Universidad de Deusto y de la agencia BIOEF de Osakidetza.

Muestra

La muestra está compuesta por 205 personas procedentes de la provincia de Bizkaia obtenidas de un muestrario intencional de los que el 71,7% son mujeres y el 28,3% hombres. La media de edad es de 29,92 con una desviación típica de 9,78.

Instrumentos

Depresión

- El cuestionario empleado ha sido la *Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos* CESD-20 (Radloff, 1977). Valora cuatro factores diferentes; "Afecto deprimido / Somático", "Afecto positivo", "Irritabilidad/Desesperanza", "Interpersonal/Social". El análisis de fiabilidad de la validación en muestra española obtuvo una alfa de 0,9 (Soler et al., 1997).

Sintomatología ansiosa

- Subescala de Ansiedad del cuestionario SCL-90 (Derogatis, 2002). Con el fin de dilucidar el posible solapamiento de ansiedad con el resto de las variables se empleó la escala de ansiedad de 10 ítems que mide referida a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda ("pánico"). Esta escala incluye también signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas.

Mindfulness

- El Cuestionario de Cinco Factores de *Mindfulness* (FFMQ, Five Facet Mindfulness Questionnaire; Baer et al., 2006) valora cinco dimensiones de este concepto: observar, describir, actuar con atención plena, no juicio y la no reactividad hacia la experiencia interna. Presenta una buena consistencia interna (0,75 a 0,91) muy similar al instrumento original (Cebolla, Garcia-Palacios, Soler, Guillen, Baños y Botella, 2012).

Descentramiento

- La Escala de Experiencias (EQ – Fresco et al, 2007) valora dos dimensiones: rumiación y amplitud de perspectiva. Los resultados de la adaptación al castellano aún no se han publicado, pero presentan una adecuada fiabilidad ($\alpha = 0,82$).

Afrontamiento

- El instrumento utilizado es la versión española del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva de Garnefski (Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, Amor y

Holgado-Tello, 2012). Está compuesto por nueve subescalas; culpabilidad, aceptación, pensamiento intrusivo, centrarse en lo positivo, planificación, apreciar lo positivo, ponerse en perspectiva, catastrofismo, culpar a los otros.

Resultados

En la Tabla 1, se recogen los resultados del modelo de regresión lineal de pasos sucesivos en el que se introdujeron simultáneamente las capacidades para el *mindfulness*, el afrontamiento y la ansiedad como variables predictivas de los síntomas de depresión. Este modelo de regresión tiene la ventaja de controlar estadísticamente las intercorrelaciones entre variables. El modelo con las subescalas de *mindfulness* de noJuicio, el descentramiento Total, ansiedad, y de afrontamiento las subescalas de catastrofismo, autoculpabilidad y culpar a otros explicó el 59% de la varianza de las puntuaciones de depresión, $\beta = 0,70$, $t_{(70)} = 8.20$, $p < 0,001$.

Tabla 1. Regresión lineal de pasos sucesivos. Mindfulness, afrontamiento y ansiedad como variables predictoras de síntomas depresivos.

Modelo					Estadísticos de cambio			
	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	Sig. Cambio en F
1	0,782 [†]	0,611	0,599	7,696	0,012	5,788	1	189 0,017

a. Variables predictoras: (Constante), ffmq_NoJuicio, EQ_Total, SCL_Ansiedad, CERQCatastrofismo, CERQAutoculpabilidad, CERQCulpar a Otros

Conclusiones/discusión

La capacidad para el *mindfulness* y un estilo de afrontamiento adecuado han demostrado moderar la presencia de sintomatología depresiva.

Estos resultados son coincidentes con los estudios realizados por Barnhofer (2011) y Van Aalderen (2011) en cuyos trabajos se muestra la correlación negativa entre *mindfulness* y depresión y los efectos moduladores de la técnica de intervención en la reducción de su aparición o intensidad.

Respecto al afrontamiento, ya en 1987 se demostró la relación entre depresión y estilo de afrontamiento con los trabajos de Holahan y Holland (1987) y en la actualidad el equipo de Wei (2004) continúa matizando los procesos que junto con otras variables, (apego, *mindfulness* entre otras) afectan al desarrollo de sintomatología depresiva. Los resultados aquí presentes corroboran las líneas de trabajo actuales en el estudio del afrontamiento.

Estos resultados ayudarán a ir conociendo posibles líneas de intervención en afrontamiento y en la técnica de *mindfulness* ante la sintomatología depresiva y ansiosa.

Referencias

- Abramson, L. y Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- American Psychiatric Association, APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Publication.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Barnhofer, T., Duggon, D.S. y Griffith, J.W. (2011). Dispositional mindfulness moderates the relation between neuroticism and depressive symptoms. *Personality and individual differences*, 51, 958-962.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper y Row.
- Beevers, C. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clinical Psychology Review*, 25, 975-1002.
- Cebolla, A., Garcia-Palacios, A., Solerm J., Guillen, V., Baños, R. y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*, 26, 118-126.
- Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid, Spain: TEA Ediciones.
- Domínguez-Sánchez, F.J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J. y Holgado-Tello, F. P. (2013). Psychometric properties of the spanish version of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Assessment*, 20(2), 253-261.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., Van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., et al. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behaviour Therapy*, 38(3), 234-246.
- Holahan, C.J. y Holland, M. (1987) Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Kabat-Zinn, J., Segal, Z, Williams, J. M., y Teasdale, J. (2002) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guildford Press.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., Teasdale, J. D., & Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, 26, 371-380.
- Soler, J., Perez-Sola, V., Puigdemont, D., Perez-Blanco, J., Figueres, M. y Alvarez, E. (1997) Validation study of the Center for Epidemiological Studies-Depression of a Spanish population of patients with affective disorders. *Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 25(4), 243-249.
- Van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P, Barendregt, H. P. y Speckens, A. E. M. (2011). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 989-1001.
- Wei, M., Heppner, P. P., y Mallinckrodt, B. (2004). Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 438-447.
- Wei, M., Heppner, P.P., Russell, D.W. y Young, S.K. (2006). Maladaptive Perfectionism and Ineffective Coping as Mediators Between Attachment and Future Depression: A Prospective Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 67-79.
- Wenzlaff, R. M. y Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 59-91.

CONTROLLING AND JEALOUSY TACTICS: RELATIONSHIP WITH PERSONALITY AND RESPONSE DISTORTION

Leticia Padilla-González*, Enrique Armas-Vargas*/**,
Davinia Tacoronte-Toledo*, Teresa Sánchez-Remacho**,
Imelda Bencomo-Hernández** e Isidro Pérez-Martín*

*Universidad de La Laguna, Spain

** Santa Cruz de Tenerife Institute of Legal Medicine, Spain

Abstract

Kasian and Painter prepared the Psychological Maltreatment Inventory (PMI) basing their work on Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI). From the factorisation of this instrument, based on two of the sub-scales obtained, they prepared the *Dominating Tactics and Jealous Tactics Scale*. Control tactics and jealousy form part of the wide range of attitudes and behaviours involved in psychological violence within couples. Several authors have used the same scale in order to study whether these strategies are present in dating relationships. The sample of this work was formed of 148 adults from Tenerife (69 women and 79 men). The average age was 36.89 years ($SD = 8.63$) and ranged from 25 to 53 years. All were informed of the objectives and methodology of the study, and anonymity of the data was assured. We studied the relationship between the said manifestations of violence and response distortions in various psychometric tests. The results objectify that people who tend to “accept and recognise” certain characteristics in their behaviour also tend to “show themselves to recognise” that they make use of Dominating and Jealous Tactics within a couple (perpetrator and victim). We did not find any significant differences between men and women in the use of Dominating and Jealous Tactics. We can conclude that this highlights the need to incorporate response distortion scales in self-report measurements. In future research, it would be desirable to confirm these results with a larger sample, and with different age groups and contexts of evaluation.

Keywords: Psychological violence, couple, dominating and jealous tactics, response bias.

Introduction

The evaluation of psychological violence in couples entails great difficulty owing to the complexity of structure and wide range of attitudes and behaviours involved (Rodríguez-Caraballeira et al., 2005). This type of violence within a couple has not been addressed to the same extent as physical violence, although despite this, scientific research provides evidence that psychological violence has an equal or greater impact on victims than physical violence (Henning and Klesges, 2003).

In order to study the frequency and gravity of psychological violence in dating relationships, Kasian and Painter (1992), basing their work on the *Psychological Maltreatment of Women Inventory* (PMWI) by Tolman (1989) and making some modifications to that instrument formulated Psychological Maltreatment Inventory (PMI). Six factors emerge from the factorial structure of PMI, within which are found Isolation/Dominance and Jealousy. These two sub-scales constitute the *Dominating and Jealous Tactics Scale* test, (Kasian and Painter, 1992). Later, other authors used this scale with adolescent and young-adult samples (Cano, Avery-Leaf, Cascardi, and O’Leary, 1998; González-Lozano, 2008; González-Lozano, Muñoz-Rivas, Peña-

Fernández, and Liria-Fernández, 2007; Muñoz-Rivas, Gámez-Guadix, Fernández González, and González-Lozano, 2011; Smith, White, and Holland, 2003).

In order to provide an evaluation instrument that collects a wide range of behaviours implicated in psychological violence in couples, we undertook a prior study using Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI) by Tolman (1989), translated and adapted for use in Spanish, with 58 items, an adult sample (normal and clinical population). Four sub-scales emerged from the exploratory factorial analysis, namely: *Emotional Exclusion, Disparagement and Attack Strategies* (24.66%; $\alpha = 0.97$); *Restriction and Imposition of the Gender Role* (16,54%; $\alpha=0,94$); *Jealous and Control Tactics* (15%; $\alpha = 0.94$); and *Intimidation and Use of Threats* (10%; $\alpha = 0.86$). The total explained variance was 66.2% and total reliability was $\alpha = 0.98$ (Armas-Vargas, Sánchez-Remacho, Bencomo-Hernández, Padilla-González, and Pérez-Martín, 2013). The items that formed part of the sub-scales *Dominating Tactics and Jealous Tactics* by Kasian and Painter (1992), corresponded with the majority of the items of a factor that we called “*Emotional Exclusion, Disparagement and Attack Strategies*”, and the factor “*Jealous and Control Tactics*”, respectively. Despite this, in this work we opted for the factorial proposal developed by Kasian and Painter (1992), like other authors who have used the *Dominating Tactics and Jealous Tactics Scale* with adolescent and young-adult samples, contributing in this case results of a study of a sample of adults over 25 years of age.

Method

Participants

The sample was formed of 148 adults from Tenerife (69 women and 79 men, 46.6 % and 53.4%). The average age was 36,89 years ($SD = 8.63$), with an age range of 25 to 53 years. 23% had a compulsory secondary school level of education, 35.8% higher secondary school education or vocational training, and 61% had a university education. With respect to marital status, 52% were single, and 48% married.

Procedure

The data came from a normal population, using the “snowball” technique, and participation of students on a master’s course. All the participants were informed about the objectives and methodology of the study, all participated voluntarily. The results were kept anonymous to prevent identification of those participating.

Instruments

- Dominating and Jealous Tactics Scale (Kasian and Painter, 1992). The test evaluates two forms of psychological violence in couples using 11 items. In each of the items, the person completing the test must indicate, firstly, the frequency (the perpetrator) had exercised the behaviour being evaluated and, secondly, with what frequency the same behaviour had been suffered by the partner (the victim), which enabled us to obtain two measurements with respect to the same content. The responses were evaluated on a Likert-type scale with 5 alternative responses. The test comprised two sub-scales: Dominating Tactics (7 items) and Jealous Tactics (4 items) for each of the forms of perpetration and victimisation. With respect to the indices of reliability, Cano et al. (1998), with a sample of

280 students (average age 16.64), a reliability (internal consistency) of 0.72 was obtained for the *Dominating Tactics* sub-scale and 0.79 for *Jealous Tactics*. Later, González-Lozano (2008) with a sample of 5,355 adolescent and young Spanish people, obtained a reliability of 0.87 for the whole scale. The indices of reliability for each of the sub-scales were: *Dominating Tactics*, for perpetration and victimisation ($\alpha = 0.67$ and $\alpha = 0.70$, respectively) and *Jealous Tactics*, for perpetration and victimisation ($\alpha = 0.73$ and $\alpha = 0.77$, respectively). In this work, we used the instrument translated and adapted by González-Lozano (2008).

- ATRAMIC (Armas-Vargas, 2008, 2012a, 2012b; Armas-Vargas and García-Medina, 2009). ATRAMIC is a multi-factorial test of personality measurements, created initially to evaluate self-deception and lying behaviour.

The test comprises two parts, A and B. Form A consists of 193 items and Form B, 30 items. The explained variance and internal consistency (Cronbach's Alpha) for each factor are cited Armas-Vargas and García-Medina (2009). Forma A evaluates 21 factors: 5 factors of Predisposition to Lying (*Self-Deception, Self-Regulation when Lying, Failure to Make Adjustments when Lying, Not Confessing a Lie and Social Desirability*); 13 orectic personality variables (*Fear of Rejection and Criticism, Assertiveness, Hyper-control, Control, Extreme Caution, Selective Privacy, Insecurity, Distrust, Guilt, Self-Criticism, Empathy, Lack of Sensitivity and Consequential Thinking*); 3 scales of response bias control (*Sincerity, Emotional Self-Devaluation and Cognitive Self-Devaluation*). Total reliability for Form A, $\alpha = 0.91$. Form B evaluates 3 attitudinal scales for the use of deception and lying (*Concealment, Rejection and Acceptance*), explained variance 39% and total reliability $\alpha = 0.75$.

- L Scale (Lying) of MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, and Kaemmer, 1989). The L Scale consists of 15 items selected for the purpose of identifying individuals who deliberately try to show a defensive pattern in their responses, who respond to the test trying to give a model image of adjustment and perfect personality. In this work, we used the BDHI test L Scale, factorised by Armas-Vargas and García-Medina (2012) with a heterogeneous sample of 850 adults whose internal consistency was $\alpha = 0.72$. These authors included the MMPI-2 L Scale as a means to monitor response bias in the test. The Spanish version of BDHI already included some of the items corresponding to the MMPI sub-scale (1967 version) evaluating the degree of sincerity of the individual, related to social desirability (Castillo-San Martín et al., 2005).

- Social Desirability Scale (SDS; Marlowe and Crowne, 1960). The purpose of the test is to evaluate the tendency of individuals to show a socially desirable image of themselves, by means of 33 items with two alternative responses (T/F). This instrument has been demonstrated to have several acceptable psychometric properties (Crowne and Marlowe, 1960; Reynolds, 1992). We shall make use of the factorisation done by Armas-Vargas (2013) with a sample of 560 adults, using the Spanish adaptation of the SDS (Ferrando and Chico, 2000). Armas-Vargas (2013) is bi-factorial in structure: *Acceptance/Recognition* (12 items) (16.5%; $\alpha = 0.76$) and *Negation/Pro-Image* (12 items) (15.05%; $\alpha = 0.75$). Total explained variance is 31,55 % and total reliability of the test $\alpha = 0.83$.

Results

Table 1. Correlations of the factors for Social Desirability, Acceptance and Rejection (ATRAMIC), L Scale (BDHI), the Social Desirability Scale (SDS) factors and the factors of the Dominating and Jealous Tactics questionnaire ($N=148$; $n=69$ women, $n=79$ men).

	<i>L Scale</i>	<i>Acceptance/ Recognition</i>	<i>Negation/ Pro-Image</i>	<i>SD</i>	<i>ACCEPT</i>	<i>REJECT</i>
Dominating Tactics (perpetrator)	-0.02	0.06	-0.04	-0.06	0.01	-0.02
Dominating Tactics (victim)	-0.13	0.16*	-0.14*	-0.14	0.09	-0.08
Jealous Tactics (perpetrator)	-0.33***	0.39***	-0.01	-0.15*	0.15*	-0.20**
Jealous Tactics (victim)	-0.13	0.22**	0.14*	-0.03	0.06	-0.14*

Significance: *= $p \leq 0.05$; **= $p \leq 0.01$; ***= $p \leq 0.001$

Note. Social Desirability (SD) from ATRAMIC; Attitude to Accept (ACCEPT) and to Reject deception and lying (REJECT) from ATRAMIC.

People who tend to “accept and recognise” some characteristics of their conduct (e.g., “*sometimes I am unhappy when I cannot do things my way*”) of the “Acceptance/Recognition”) factor also tend to “show themselves to recognise” that they make use of dominating and jealous tactics in their relationship (perpetrator and victim). Armas-Vargas (2013) suggests that this factor of the SDS is related to certain personality characteristics (e.g.: *Neuroticism* of the EPQ-R ($r = 0.40$; $p \leq 0.000$)).

The author suggests that high scores for “Negation/Pro-Image” could be more related to a self-evaluation where a person is trying to show a pattern of behaviour in accordance with social approval (e.g.: “*I never get irritated when people express ideas very different to my own*”). Armas-Vargas (2013) finds significant and positive correlations between “Negation/Pro-Image” and *Dissimulation* of the EPQ-R ($r = 0.70$; $p \leq 0.000$). In other words, people who tend to score highly on the scales that measure Social Desirability (ATRAMIC), Defensiveness (L Scale) or in “Negation/Pro-Image”, show themselves less likely to recognise said Dominating or Jealous Tactics. People who think that to deceive and lie is inadequate, that “it is bad”, show themselves less likely to recognise the use of Jealous Tactics in a relationship ($r = -0.20$; $p \leq 0.01$).

Differences between men and women: Tactics and Response Distortion

No significant differences were found between men and women in the sub-scales for the Dominating Tactics and Jealous Tactics test. Neither were gender differences found in the majority of the scales that measure response distortion, except in the L Scale (BDHI) where women obtained a higher score ($t = 1.90$; $p \leq 0.05$) compared to men. For their part, men obtained a higher score for the attitude of Concealment (ATRAMIC) ($t = 1.83$; $p \leq 0.05$). Women in this study tend to show a favourable image of themselves, whilst men tend to “show themselves to recognise” more than their attitude to “conceal information from others”.

Predictive Validity: Dominating Tactics (Perpetrator)

We looked at the variables that best predict the “Dominating Tactics (Perpetrator)” dependent variable (Table 2).

Table 2. Multiple Regression. “Dominating Tactics (Perpetrator)” Dependent Variable.

Multiple R.	R Square	Adjusted R Square	Standard Errors		
0.71	0.50	0.47	1.15		
Analysis of variance	DF	Sum of Squares	Mean Square		
Regression	6	146.44	24.40		
Residual	108	143.85	1.33		
F=18.32; Sig. F=0.0000					
Variables in the Equation	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Dominating Tactics (victim)	0.38	0.06	0.47	6.09	0.0000
Lack of Sensitivity (ATRAMIC)	0.10	0.03	0.22	3.28	0.0014
Jealous Tactics (Perpetrator)	0.19	0.07	0.23	2.89	0.0045
L Scale (13 items. BDHI)	0.14	0.06	0.18	2.49	0.0143
Self-Criticism (ATRAMIC)	0.10	0.04	0.20	2.64	0.0094
Control (ATRAMIC)	-0.04	0.02	-0.02	-2.26	0.0255
(Constant)	-1.64	1.55		-1.06	0.2917

We found *perceiving oneself* to be a “victim” of the said Dominating Tactics, and being the “perpetrator” of Jealous Tactics to be among the variables that best predict the use of Dominating Tactics (Perpetrator). Some authors have stated that those individuals who use violence against their partner are more possessive and jealous than those who do not show this behaviour (Echeburúa and Fernández-Montalvo, 2001). The other variables with greatest predictive power are Showing a Defensive Profile (L Scale), Lack of Sensibility and Control, and being Self-Critical (ATRAMIC).

Discussion/conclusions

In the evaluation of the strategies that form part of psychological violence in a relationship, it is essential to incorporate scales that check the bias of responses so that we may get nearer to a more precise evaluation of conflicts or of violence. Murphy and Hoover (1999) state that the instruments to evaluate violence in a relationship are based on information provided by the victims themselves and that this situation raises doubts with respect to the said evaluation.

We did not find significant differences with respect to gender in the variables for Perpetration and Victimisation as Dominating Tactics and Jealous Tactics, both members of the partnership are involved and are victims of these strategies. In a study carried out by Cáceres (2001-2002), a high percentage of violence exercised by both parties in the relationship was found. In other research with adolescents and young adults, (dating relationships) some significant differences have been found between boys and girls with respect to Control and Jealous Tactics (González-Lozano et al., 2007; González-Lozano, 2008). To clarify the situation with adults it is necessary to increase the sample, the age range and incorporate different contexts of evaluation (normal, clinical and criminal).

References

- Armas-Vargas, E. (2008, October). ATRAMIC: The Informed Lie. A report presented at the *International Criminology and Delinquency Symposium*, La Laguna, Tenerife.
- Armas-Vargas, E. (2012a). ATRAMIC Questionnaire: Personality Evaluation and Lying Behaviour. In R. Quevedo-Blasco and V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *5th International Congress and 10th National Congress of Clinical Psychology. Advances in Clinical Psychology* (pp.658-662). Santander: Spanish Association of Behavioural Psychology (AEPC).
- Armas-Vargas, E. (2012b). Criminal Psychological Evaluation of Women who Report their Partners for Maltreatment: Depression, Self-Esteem and Control of Response Bias. In P. García-Medina, J.M. Bethencourt-Pérez, A.R. Martín-Caballero and E. Armas-Vargas (Eds.), *Anxiety and Depression: Research and Intervention* (pp.245-267). Granada: Comares.
- Armas-Vargas, E. (2013). Social Desirability Scale by Marlowe and Crowne: Criminal Contrast Study. In M. Vilariño, M. J. Vázquez, R. Monteserín, B. González-Amado and E. Arias. (Eds.), *7th (Inter)national Congress for Legal and Criminal Psychology* (pp. 104-105). Madrid: Spanish Society of Legal and Criminal Psychology.
- Armas-Vargas, E. and García-Medina, P. (2009). ATRAMIC: The Informed Lie. *Annual Review of Legal Psychology. Monograph of Legal Psychology in Iberoamerica*, 19, 125-133.
- Armas-Vargas, E. and García-Medina, P. (2012). Hostility Inventory BDHI and L Scale: Factorial Structure. In R. Quevedo-Blasco and V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *5th International Congress and 10th National Congress of Clinical Psychology. Advances in Clinical* (pp. 407-411). Santander: Spanish Society of Legal and Criminal Psychology (AEPC).
- Armas-Vargas, E., Sánchez-Remacho, T., Bencomo-Hernández, I., Padilla-González, L., Pérez-Martín, I. (2013). Factorisation of Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI) of Tolman: pilot study. In M. Vilariño, M. J. Vázquez, R. Monteserín, B. González-Amado and E. Arias. (Eds.), *7th (Inter)national Congress for Legal and Criminal Psychology*. (pp. 72-73). Madrid: Spanish Society of Legal and Criminal Psychology.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. and Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Manual of Administration and Scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Cáceres-Carrasco, J. (2001-2002). Quantitative and Qualitative Analysis of Domestic Violence in Couples. *Journal of Psychosomatic Medicine and Liaison Psychiatry*, 60, 57-67.
- Cano, A., Avery-Leaf, S., Cascardi, M. and O'Leary, K.D. (1998). Dating Violence in Two High School Samples: Discriminating Variables. *The Journal of Primary Prevention*, 18, 431-446.
- Castillo-San Martín, T., Estepa-Carmona, Z., Guerrero-Guacho, J., Rivera-González, G., Ruiz Alvarado, A. and Sánchez-Hernández, C. (2005). *Prison Treatment Programme for Aggressors in a Family Setting. Domestic Violence Work Group*, Madrid: Directorate of Penitentiary Institutions. Ministry of the Interior.
- Crowne D.P. and Marlowe, D. (1960). A New Scale of Social Desirability Independent of Psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Echeburúa, E. and Fernández-Montalvo, J. (2011). *Jealousy in a Couple: an Destructive Emotion*. Barcelona: Ariel.
- Ferrando, P. J. and Chico, E. (2000). Adaptation and Psychometric Analysis of the Marlowe and Crowne Social Desirability Scale. *Psicothema*, 12, 383-389.
- González-Lozano, M.P. (2008). *Violence in Dating Relationships of Young Adults and Adolescents in the Community of Madrid*. Unpublished doctoral thesis. Complutense University of Madrid, Madrid.

- González-Lozano, M.P., Muñoz-Rivas, M.J, Peña-Fernández, M. E., Liria-Fernández, M. G. (2007). Analysis of Aggressive Behaviour in Dating Relationships in a Juvenile Sample in the Autonomous Community of Madrid. *Clinical, Legal and Criminal Psychopathology*, 7, 97-111.
- Henning, K. and Kleges, L. M. (2003). Prevalence and Characteristics of Psychological Abuse Reported by Court-Involved Battered Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 857-871.
- Kasian, M. and Painter, S.L. (1992). Frequency and Severity of Psychological Abuse in a Dating Population. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 350-364.
- Muñoz-Rivas, M.J., Gámez-Guadix, M., Fernández González, L., González-Lozano, M. P. (2011). Validation of the Attitudes About Aggression in Dating Situations (AADS) and the Justification of Verbal/Coercive Tactics Scale (JVCT) in Spanish Adolescents. *Journal of Family Violence*, 26, 573-584.
- Murphy, C.M. and Hoover, S.A. (1999). Measuring Emotional Abuse in Dating Relationships as a Multifactorial Construct. *Violence and Victims*, 14, 39-53.
- Reynolds, W.M. (1992). Development of Reliable and Valid Short Forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 119-125.
- Rodríguez-Carballeira, A., Almendros, C., Escarpín, J., Porrúa, C., Martín-Peña, J., Javaloy, F., Carboles, J. A., (2005). A Comparative Study of the Strategies of Psychological Abuse: in a Couple, in the Workplace, and in Manipulative Groups. *Psychology Yearbook*, 3, 299-314.
- Smith, P.H., White, J.W. and Holland, L. (2003). A Longitudinal Perspective on Dating Violence Among Adolescent and College-Age Women. *American Journal of Public Health*, 93, 104-110.
- Tolman, R.M. (1989). The Development of a Measure of Psychological Maltreatment of Women by their Male Partners. *Violence and Victims*, 4, 159-177.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL PARA LA SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD: EXPERIENCIA EN UN EQUIPO DE SALUD MENTAL

Lidia Isabel García, Ione Esquer Terrazas, M^a Ángeles Delgado Gómez,
M^a Teresa Gallego de Dios y Berta Bote Bonaechea

E.S.M-III “Capuchinos”.

Servicio de Salud Mental de la Gerencia de Salamanca (SACYL), España

Resumen

En este trabajo presentamos nuestro protocolo de tratamiento grupal para síntomas de ansiedad en lugar de los trastornos de ansiedad, tratando así de reducir la presión asistencial de los Equipos de Salud Mental (ESM) de la red pública. Otros objetivos del tratamiento grupal serían el aumento de la eficiencia y beneficiarnos de las sinergias grupales. Nuestro programa de tratamiento está estructurado en un total de 7 sesiones semanales de 2 horas de duración, constando de una sesión de presentación del grupo y evaluación pretest, una sesión psicoeducativa y cinco sesiones de estrategias de control fisiológico de la ansiedad (técnicas de relajación como la meditación, la respiración o la visualización) y estrategias de control cognitivo-conductual (distracción, modificación de creencias basándonos en el modelo cognitivo de Beck, autoexposición) y prevención de recaídas. Todos los participantes ($N = 10$) fueron seleccionados entre los pacientes con tratamiento activo en este ESM, derivados tanto por las psiquiatras como por la psicóloga clínica, y preseleccionados por enfermería y psicología. Todos los pacientes tenían diagnósticos de trastorno de ansiedad o trastorno adaptativo con síntomas ansiosos en eje I. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaron problemas de adicción a sustancias y/o deterioro cognitivo. Concluir que todos los participantes disminuyeron sus niveles de ansiedad, evaluada tanto con autoinforme (STAI) como con los autorregistros y con otras medidas cualitativas, si bien, el pequeño tamaño de la muestra impide ver la significación estadística de estos datos, por lo que serán necesarios futuros estudios.

Palabras clave: protocolo de tratamiento, síntomas de ansiedad, terapia de grupo.

PSYCHOLOGICAL TREATMENT GROUP FOR ANXIETY SYMPTOMS: EXPERIENCE IN A MENTAL HEALTH TEAM

Abstract

This work shows our psychological group therapy to manage symptoms instead of anxiety disorders aimed at reducing assistance demand in Equipments of Mental Health (CMHT) of the public network. Other goals of group treatment are to increase the efficiency and take advantage of synergies among the patients. Our treatment program is structured in a total of 7 weekly meetings which are 2 hours long: one session of presentation and evaluation pretest, one psychoeducational intervention and five sessions about strategies of physiological control of the anxiety (relaxation techniques such as meditation, deep breathing, or visualization) and cognitive-behavioral strategies (distraction, modification of beliefs, auto exposure) and relapse prevention. All the participants ($N = 10$) were selected among the patients by active treatment in this CMHT, derived by the psychiatrists and the clinical psychologist. They were shortlisted by the nurse and the clinical psychologist. Patients were diagnosed as suffering from anxiety disorder or adaptive disorder in axis I. We decided to exclude those patients with substance abuse and/or cognitive deterioration. In conclusion, all participants reduced their anxiety levels, evaluated with self-reports (STAI) and other qualitative measures, but the small sample size did

not allow us to obtain conclusions with an acceptable level of statistical significance, so future studies will be needed.

Key words: Treatment protocol, anxiety symptoms, group therapy.

Introducción

La sintomatología ansiosa presenta una elevada prevalencia atendida dentro de los Equipos de Salud Mental (ESM) de la red pública: los trastornos de ansiedad, con la excepción de los Trastornos Obsesivo-Compulsivos, suponen un total de 907 primeras consultas atendidas en un año dentro de los cinco ESM del área de la gerencia de Salamanca, es decir, aproximadamente un 15% del total de las primeras consultas atendidas (Servicio de Salud de Castilla y León [Sacyl], 2012). Si a eso le sumamos las reacciones de estrés graves y trastornos adaptativos, que suponen un 15,3% de las consultas totales, obtenemos que más de un 30% de las primeras consultas atendidas anualmente en nuestra área de salud son en relación a la sintomatología ansiosa (Sacyl, 2012). Dentro de estos datos incluir también los datos de nuestro propio equipo, el ESM-III del área y que atendió un total de 287 primeras consultas de trastornos de ansiedad, exceptuando el TOC, y un total de 252 primeras consultas de reacción de estrés graves y adaptativas durante el mismo periodo (Sacyl, 2012). Además, aunque los trastornos ansiosos presentan en principio una menor gravedad respecto a otros cuadros, generan una importante demanda asistencial, tal y como acabemos de exponer, y, un enorme gasto farmacéutico directo. Si a esto le sumamos la disminución en la calidad de vida de estos pacientes, y la relación entre la cronificación de estos trastornos y su relación con otras enfermedades psicofísicas, los costes se disparan enormemente.

La ansiedad es una respuesta innata de nuestra especie que nos ayuda a enfrentarnos a las situaciones de peligro; el circuito de la ansiedad se dispara haciendo que reaccionemos de la forma más eficaz para sobrevivir. Así, la ansiedad no es negativa sino un proceso natural e inevitable que es útil para afrontar peligros reales y situaciones no cotidianas que implican un reto y que se convierten en trastornos de ansiedad y, por tanto, en fenómenos psicopatológicos, cuando la persona sufre un gran malestar emocional que no puede dominar, o cuando esta reacción le incapacita, cuando se hace crónica o persistente y/o condiciona algún área de su vida.

Actualmente, existen tratamientos psicológicos de probada eficacia para el manejo de los síntomas ansiosos. Para cada uno de ellos se han desarrollado tratamientos específicos (Botella, 2001; Otto, Pollack y Maki, 2000; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003), pero la aplicación de estos programas de tratamiento suele requerir una elevada frecuencia de consultas lo que dificulta su implementación en el contexto sanitario público debido a las limitaciones habituales temporales que presentan. Esto genera una situación en la que los tratamientos psicológicos no se llevan a cabo con las garantías que avalan su eficacia y se sobredimensiona la importancia de los tratamientos de otras intervenciones con mayores costes asociados a largo plazo.

Por otra parte, este formato, además de lograr una mayor eficiencia por llegar a un mayor número de pacientes, presenta otras ventajas añadidas como la facilitación de la percepción de apoyo y moviliza a los sujetos a realizar cambios en su forma habitual de funcionamiento. Además, permite que unos participantes sirvan de modelo a otros y refuercen conductas eficaces (Caballo, 2007).

El objetivo de este estudio es comprobar la efectividad de una intervención grupal con pacientes afectados de trastornos de ansiedad en el sistema sanitario público y servirnos como estudio piloto para posteriores ediciones de éste mismo grupo.

Método

Muestra

Se seleccionaron 10 entre los pacientes con tratamiento activo en este ESM, derivados tanto por las psiquiatras como por la psicóloga de entre los pacientes de nuestra área que presentan clínica ansiosa con importante repercusión en su vida diaria y que, posteriormente fueron preseleccionados por enfermería y psicología. Todos los pacientes tenían algún diagnóstico de trastorno de ansiedad en eje I (diagnóstico principal), con exclusión de aquellos que presentaran problemas comórbidos de adicción a sustancias y/o deterioro cognitivo (diagnóstico de trastorno de personalidad grave, abuso/dependencia actual de sustancias, psicosis, episodios depresivos moderados-graves actualmente, TOC, dificultades de comprensión).

Instrumentos

Consta de una sesión de presentación del grupo, evaluación de expectativas y pretest, en donde se aplicaba:

- El Inventario de Ansiedad Estado/ Rasgo (STAI-E/R) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) El índice de consistencia interna para este cuestionario en el factor ansiedad estado es igual a 0,89 y para ansiedad rasgo es igual a 0,85.
- Un inventario cualitativo para medir satisfacción con el grupo, que se aplicaba sólo en la sesión final.

Procedimiento

El programa de tratamiento está estructurado en un total de 7 sesiones semanales de 2 horas de duración, y está parcialmente basado en el protocolo de Benedito, Carrió, Del Valle y Domingo (2004) simplificado y con un enfoque más narrativo-experiencial propio de las terapias de tercera generación (Mañas, 2007).

La primera de las sesiones es la sesión de presentación del grupo, evaluación de expectativas y pretest, en donde se aplicaba el Inventario de Ansiedad Estado/ Rasgo (STAI-E/R). Posteriormente 6 sesiones de tratamiento con una primera parte psicoeducativa para, posteriormente, implementar estrategias de control fisiológico de la ansiedad (técnicas de relajación) y estrategias de control cognitivo y regulación emocional (atención plena, modificación de creencias basándonos en el modelo cognitivo de Beck), así como autoexposición y prevención de recaídas. En la última sesión administrábamos nuevamente el STAI-E/R y un breve cuestionario de satisfacción como medidas post.. Las sesiones se desarrollaron con frecuencia semanal, con una duración aproximada de mes y medio

El programa fue diseñado y aplicado por Psicología Clínica y la enfermera del equipo, terapeutas principales del mismo, contando con la colaboración como coterapeutas de los PIR y MIR que rotaban con nosotras y con la colaboración de las psiquiatras del equipo, quienes administraban, dentro de una de las sesiones psicoeducativas, un apartado dedicado a las bases biológicas de la ansiedad y los tratamientos psicofarmacológicos.

Para calcular el impacto de la intervención se el paquete estadístico SPSS (versión 17,0) para realizar un análisis descriptivo de los datos, puesto que éste, al ser nuestro primer grupo realizado con este formato, forma parte de una experiencia piloto.

Resultados

A continuación presentamos los datos obtenidos dentro del segundo de los grupos realizados con este formato en nuestro ESM (ver Tabla 1 y Figura 1): $n = 9$, sólo uno de los participantes no terminó el grupo; el 77,8% (total de $n = 7$) eran mujeres y el 22,2% ($n = 2$) eran hombres con edades comprendidas entre los 26 y los 47 años (moda = 30), y con un mínimo de estudios secundarios.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos.

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
Pre. Ansiedad/ Estado	9	13	40	24,89	10,031
Pre. Ansiedad/ Rasgo	9	33	53	40,00	6,205
Post. Ansiedad/Estado	9	1	42	20,44	11,599
Post. Ansiedad/ Rasgo	9	18	50	36,00	10,247
preAECentil	9	20	89	57,56	25,928
preARCentil	9	80	99	90,44	5,918
postAECentil	9	1	96	46,33	31,016
postARCentil	9	45	99	79,33	19,320
N válido (según lista)	9				

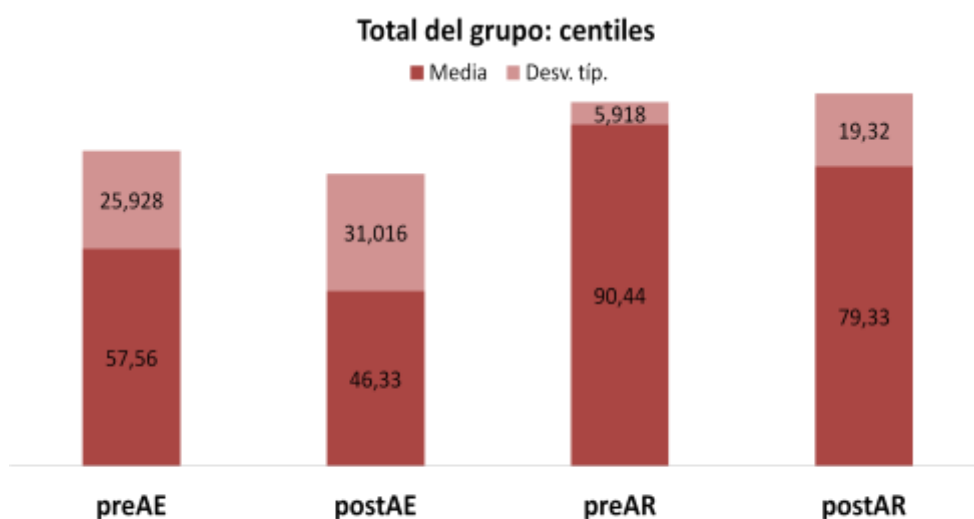


Figura 1. Puntuaciones centiles pretest y posttest (Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo).

Conclusiones

La experiencia grupal ha resultado positiva, en tanto en cuanto todos los pacientes presentaron una disminución de sus niveles de ansiedad, evaluada tanto a nivel cuantitativo (con autoinforme -STAI) como a nivel cualitativo con los autorregistros y el inventario de satisfacción, si bien, el pequeño tamaño de la muestra impide ver la significación estadística de estos datos, aunque nos proporciona datos

sugere de la eficiencia y efectividad de los grupos, a pesar de la heterogeneidad de los diagnósticos y las muestras.

Para un análisis más pormenorizado queda el hecho que apunta a la mejora en mayor medida del autoconcepto de los participantes, puesta de manifiesto en una mayor diferencia entre la puntuación rasgo pre y post de los participantes, y no tanto de la sintomatología y que podría relacionarse con una sana externalización del síntoma que podría suponer una variable interesante a tener en cuenta a la hora de movilizar el cambio, esto es, posibilitar que los síntomas de ansiedad constituyan un estado temporal y no un rasgo constitutivo del autoconcepto, motiva al cambio y posibilita la existencia de episodios de caídas, no de recaídas, como estados dependientes de factores parcialmente controlables por el sujeto, si bien, esta hipótesis requerirá estudios posteriores.

En cualquier caso, el análisis crítico de estos resultados nos lleva a plantear las posibles limitaciones en el diseño e implantación del tratamiento que podrían mejorarse en las posteriores intervenciones: escaso tamaño de la muestra y ausencia de homogeneidad de la misma, y ausencia de grupo control para poder diferenciar entre los cambios obtenidos por efecto del tratamiento de aquellos relacionados con el paso del tiempo.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría, APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Benedito, C., Carrió, M.C., Del Valle, G. y Domingo, A. (2004). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 221-229
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13, 465-478.
- Caballo, V.E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol I*. Madrid: Siglo XXI.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.
- Otto, M.W., Pollack, M.H., y Maki, K.M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 556-563.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J.R., Fernández-Rodríguez, C. y Amigo-Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. España: Pirámide.
- Poves S., Romero R. y Vucinovich N. (2010) Experiencia grupal breve para pacientes con trastorno de ansiedad en un Centro de Salud Mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30, 409-418.
- Servicio de Salud de Castilla y León –Sacyl- (2012). *Memoria de actividad: red de asistencia psiquiátrica de castilla y león*. España: Junta de Castilla y León
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R. y Lushene, R.E. (1970). *State –Trait Anxiety Inventory (STAI E-R)*. Palo alto: Consulting Psychological Press.
-

Anexos. Contenido de las sesiones y programación de grupo entregada a los pacientes.

GRUPO DE MANEJO DE ANSIEDAD

M^aÁngeles (enfermera) y Lidia Isabel (psicóloga clínica) *(colaboración del PIR)

SESIONES: de 2 horas de duración con una frecuencia de una a la semana, en un total de 7 semanas

SESIÓN 1:

Presentación del grupo. Entrega del material y de las normas

Conociendo la ansiedad ¿qué entiendo por ansiedad? ¿Qué es el estrés? ¿Se aprende o se hereda? Componentes de la respuesta de ansiedad

Entrega de cuestionarios

SESIÓN 2

La ansiedad patológica es un bucle... ¿cómo paramos? Modelo de trabajo del grupo: estrategias concretas que dan soporte a cada una de los tipos de respuestas ansiógenas.

Estrategias de control de la ansiedad externas: los psicofármacos (con la colaboración de los psiquiatras adjuntos o residentes del equipo)

SESIÓN 3

Estrategias de control fisiológico de la ansiedad: técnicas de relajación

Entrega de autorregistros

SESIÓN 4

Consolidamos técnicas de relajación. Repasamos autorregistro

Estrategias de control de la respuesta cognitiva de la ansiedad: uso de la distracción

Autorregistros

SESIÓN 5

Repaso autorregistros

Estrategias de control de la respuesta cognitiva de la ansiedad: modelo A-B-C; el uso de las estrategias cognitivas (manejo de los pensamientos disfuncionales)

Autorregistros

SESIÓN 6

Repaso autorregistros

Estrategias de control de la respuesta conductual de la ansiedad: eliminamos de huida que potencia el miedo. Uso de la exposición

Autorregistro

SESIÓN 7

Prevención de recaídas: las ventajas de tener miedo

Dudas/cuestiones

Entrega de cuestionarios

Cierre del grupo

CASO CLÍNICO: DIME LO QUE TENGO QUÉ HACER**Lidia Isabel García***E.S.M-III “Capuchinos”.**Servicio de Salud Mental de la Gerencia de Salamanca (SACYL), España***Resumen**

P. R. es remitida por su médico de atención primaria por presentar miedo a quedarse sola, tras sufrir un infarto. La paciente dice sentir un que retrocede en su vida y tiene miedo a un nuevo IAM, negando que tenga un problema de ansiedad. Las crisis de ansiedad empiezan cuando se recupera tras la infarto y decide volver a vivir sola, empezando a notar estos síntomas que ella identifica como un problema orgánico, lo cual, por una lado, le permite permanecer en casa de sus padres, aunque por otro lado, cuestiona su autoconcepto puesto que desea ser independiente. Entre los objetivos terapéuticos acordados: evitar la ganancia secundaria y promover autoexposición, disminuir la ansiedad, trabajar creencias erróneas y la exposición a situaciones evitadas, mejorar de la sintomatología depresiva y la reformulación de sus esquemas/narrativas de dependencia. Trabajamos con la paciente durante 18 sesiones, con un enfoque integrador, usando elementos de la terapia narrativa, la terapia cognitivo-conductual. La paciente mejoró, si bien, hubo que reformular el programa de tratamiento dadas las resistencias para cambiar desde una posición pasiva de P.R., hacia una posición más activa y que, representaba su pauta-problema.

Palabras clave: crisis de ansiedad, terapia narrativa, terapia cognitivo conductual, caso clínico.

CLINICAL CASE: TELL ME WHAT I HAVE TO DO**Abstract**

P. R. is sent by her primary care physician for her fears of being alone, after having suffered a heart attack. The patient says being alone takes her back and so, she is terrified to have a new heart attack, but she denies suffering an anxiety problem at all. The anxiety crises begin when she recovers from her heart attack and decides to live alone again. Then she realizes that these symptoms, (which she thinks of as an organic problem) on the one hand, allows her to remain in her parents' house, but on the other hand, it makes her question her self-concept because she would like to be independent. The agreed therapeutic aims are as follows: avoiding the secondary gain and promoting auto-exposure, reducing the anxiety, working wrong beliefs and avoided situations, improving depressive symptomatology and reformulating her dependence schemes. We worked with the patient for 18 meetings with an integrating approach by using elements of the narrative therapy and the cognitive - behavioral therapy. The patient got better; however it was necessary to reformulate the treatment program because of her reluctance to change from one P.R. passive position, towards a more active position which was representing her guideline – problem.

Key words: Anxiety crises, narrative therapy, cognitive - behavioral therapy, clinical case.

Introducción

En esta introducción me gustaría explicar porqué elegir este caso: en principio podríamos considerar que se trata de un caso “fácil” “sin patología mental grave”, un trastorno adaptativo más de los que pasa por consulta, si bien, debemos considerar que la interrelación entre problemas orgánicos y psicológicos suelen ser uno de los problemas frecuentes que se presentan en las consultas de los ESM dentro de lo que podríamos denominar como parte de los problemas de la denominada “psicología de la salud” que tanto tiempo ocupan en las consultas/interconsultas de la red pública. Más relevante es si tenemos en cuenta que el abordaje del mismo resultó bastante complejo ya que implicó la movilización de recursos muy estancados en una pauta problema.

La otra cuestión a destacar es la importancia de tener en cuenta contratransferencia en todos los casos. En principio se trata de una paciente que resultaba incómoda y pesada para el terapeuta, pero esta información, la información de nuestro yo observador, resultó de vital importancia para la resolución del caso.

Método

Caso clínico.

Resultados

Identificación del paciente

P.R. es una mujer de 42 años natural de una pequeña provincia española en donde reside; es la mediana de tres hermanas. Trabaja como funcionaria (administrativo en la tesorería pública); está soltera y vive sola en su piso desde hace aproximadamente 5 años, aunque pasa mucho tiempo en el domicilio familiar junto a sus padres. Hace un año sufre un IAM y tras su alta hospitalaria se traslada al domicilio familiar.

Análisis del motivo de la consulta

La paciente refiere múltiples miedos y sensación de nudo en la garganta, pero su demanda textual es “alguien que me dirija...no sé volver a casa”. P.R. es remitida por su MAP por presentar: “Antecedentes de IAM hace 5 meses, desde entonces presenta ansiedad y miedo a quedarse sola” La paciente decide acudir en este momento y consultarlo con su MAP debido a las múltiples evitaciones fruto de la ansiedad, principalmente el hecho de no dormir sola en su casa “siento que he retrocedido”; no sabe precisar si tiene miedo a que se repita el infarto “porque creo que lo he llevado muy bien” enfoca como un problema médico su sintomatología y, de hecho, no es de ella de quién parte de la derivación sino de su MAP. Impresiona de que aunque su demanda textual es “volver a casa” parece más relevante la primera petición “alguien que me dirija”, por lo que resulta prioritario reformular la demanda de la paciente.

Historia del problema

Estos se desencadenan cuando la paciente tras su IAM y el posterior traslado a casa de sus padres, empieza a mejorar y se plantea volver sola a su casa, es entonces cuando empieza a notar la sintomatología ansiosa que ella identifica como una patología orgánica, lo cual tiene la ventaja de que, por una lado, le permite permanecer en casa de sus padres durante más tiempo (protección), es un problema que no puede resolver ella, que escapa de su control, con lo cual delega la responsabilidad en otros

(externaliza), aunque por otro lado, la paciente siente que hace un retroceso y se cuestiona el permanecer tanto tiempo en casa de sus padres.

La paciente comenta que nota un “repunte” de su ansiedad, especialmente por las noches (“por el día consigo estar distraída”) cuando se encuentra sola en su casa, alejada de los lugares que ella considera de seguridad (Bados, 2003).

Como posible ganancia primaria, es decir, las asociadas de forma inconsciente al síntoma (Fernández-Liria y Rodríguez- Vega, 2001) está el hecho de tener sus crisis de ansiedad y la adopción de una supuesta enfermedad le permite seguir justificando su dependencia y le permite “enfadarse con otros (no con ella) que no solucionan su enfermedad. Como ganancia secundaria resaltar la atención y cuidado por parte de su familia. Evita volver al trabajo

El reciente IAM, con una sintomatología muy parecida a la de las crisis de ansiedad, hace que las sensaciones de ansiedad (opresión en el pecho, tensión/dolor muscular, disnea...) se asocien con un problema coronario con mayor facilidad.

En general, como hemos visto, el mantenimiento se realiza por procesos de refuerzo negativo, es decir, evita situaciones por miedo a que le vuelvan a repetir la sintomatología ansiosa (indefensión), con lo que también evita el sufrimiento. También de esta forma evita situaciones que no le gustan o le aburren, como ir al trabajo (refuerzo negativo). Por otro lado, recibe los cuidados de su familia (refuerzo positivo).

A la hora de elaborar la hipótesis histórica del problema, destacar que la paciente no aporta demasiada información biográfica, pero por los pocos datos que la paciente ha ido proporcionando, parece que podría estar relacionado con un estilo de apego inseguro-preocupado (“yo de siempre he sido una persona miedosa”), puesto que este se caracteriza por la escasa capacidad contención emocional, dado la falta del marcado emocional y reacción congruente desde su infancia. Esto podría explicar no sólo que Pilar sea una persona que continuamente se muestra hiperalerta, sino su escasa capacidad de toma de conciencia/expresión emocional.

Análisis y descripción de las conductas problema

Sintomatología ansiosa, principalmente sensación de opresión en el pecho, dolor muscular y nudo en la garganta.

Evitación de cualquier tipo de situación sola por miedo a la sintomatología ansiosa.

Atribución de la sintomatología, en principio ansiosa, a un problema cardíaco todavía por descubrir. Papel, en todo caso, secundario de la sintomatología ansiosa como un problema “de mi cabeza”.

Sintomatología depresiva (tristeza, labilidad afectiva,...) de dos años de evolución que no relaciona con un desencadenante previo.

Reducción progresiva, al aislarse, de las actividades gratificantes.

Problemas para la reincorporación al trabajo, está posponiendo el momento.

Aumento “repentino” de la sintomatología ansiosa cuando empieza a hacerse de noche y está sola en su casa, de forma que le cuesta conciliar el sueño.

Problemas en la toma de conciencia y expresión de emociones.

Ambivalencia afectiva ante figuras sanitarias: busca su consejo pero a la vez cuestiona sus decisiones.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Acordamos junto con la paciente trabajar en consulta con los siguientes objetivos: ser capaz de independizarse parcialmente y retomar actividades placenteras, minimizando la sensación de miedo, tomando decisiones propias, usando para ello técnicas basadas en terapias multicomponentes (Andrews et al., 2003; Bados, 2003) y en terapia narrativa (Fernández-Liria y Rodríguez- Vega, 2001).

Estudio de los objetivos terapéuticos

Explicar el análisis sobre mecanismo de mantenimiento a familiares y paciente para evitar la sobreprotección y la implicación de los mismos en la exposición.

Manejo de la sintomatología ansiosa principalmente sensación de opresión en el pecho, dolor muscular y nudo en la garganta.

Trabajar creencias erróneas en las que atribuye su sintomatología ansiosa a una enfermedad cardíaca.

Trabajar gradualmente situaciones evitadas, para que pueda recuperar una vida más independiente.+ Aumento de la capacidad mentalizadora y reflexiva (aumento de la toma de conciencia de la emociones) de forma que la paciente vaya aumentando sus sensaciones de control sobre sí misma y las situaciones (principal).

Alivio de sintomatología depresiva: retomar actividades placenteras en las que refuercen su autoimagen de persona capaz. Exploración de dicha sintomatología e integración en su narrativa biográfica.

Reformulación de sus esquemas/narrativas de dependencia: desafiar la narrativa anclada en la queja y en la atribución externa, tal y como varios autores ya han demostrado (Bakker, Spinhoven, van der Does, van Balkom y van Dyck, 2002).

Selección de los tratamientos más adecuados

OBJETIVOS	MEDIOS
Explicar el análisis sobre mecanismo de mantenimiento a familiares y paciente para evitar la sobreprotección y la implicación de los mismos en la exposición	Psicoeducación
Manejo de la sintomatología ansiosa	Psicoeducación
	Técnicas cognitivo conductuales para el control de pensamientos
	relajación+ conciencia somática
Trabajar creencias erróneas en las que atribuye su sintomatología ansiosa a una enfermedad cardíaca.	Reestructuración cognitiva (tener en cuenta la importancia de la alianza terapéutica)
Trabajar gradualmente situaciones evitadas, para que pueda recuperar una vida más independiente.+ Aumento de la capacidad mentalizadora y reflexiva (aumento de la toma de conciencia de la emociones) de forma que la paciente vaya aumentando sus sensaciones de control sobre sí misma y las situaciones (PRINCIPAL)	Narrativas: Habilidades de entrevista (habilidades generativas) (Fernández-Liria y Rodríguez- Vega, 2002) Conciencia somática y etiquetado de emociones asociadas (marcado de emociones para el desarrollo de la función reflexiva) Conducta: Desensibilización sistemática
Alivio de sintomatología depresiva: retomar actividades placenteras en las que refuercen su autoimagen de persona capaz.	Activación conductual. Reestructuración cognitiva Habilidades de entrevista de I nivel

Reformulación de sus esquemas/narrativas de dependencia; desafiar la narrativa anclada en la queja y en la atribución externa (PRINCIPAL)

Habilidades de entrevista (especialmente habilidades generativas para el desafío de estas narrativas: uso de las metáforas cambio en la forma de contar las cosas...)
 Repasar acontecimiento “traumático”: repasar momento en que se sintió con más miedo/ momento más segura tras esta experiencia. Conciencia somática y etiquetado de emociones asociadas (marcado de emociones para el desarrollo de la función reflexiva): llevar la emoción hacia atrás, hacia los lados...

Estrategia de conducta clave y análisis funcional

Cómo explicaba más arriba, los dos pilares fundamentales del tratamiento consistirán en desafiar la narrativa anclada en la queja y, por tanto, su rol de víctima pasiva, y el aumento de la motivación para la autoexposición.

Deseos: seguridad (actualmente sentimientos de indefensión).

Respuestas del yo: “Los demás (y yo) esperan de mí que sea independiente, sí pido ayuda les defraudaré porque, en el fondo no creo que pueda conseguirlo”.

Respuestas de los otros:

- 1) Evita pedir ayuda salvo a profesionales colocándose en el rol de “víctima pasiva” que no tiene control sobre la situación.
- 2) Soledad, inseguridad y miedo. Ansiedad (↑tensión muscular y sensación de ahogo) → Miedo a la enfermedad.

Otros

Cómo comentábamos al inicio de este caso, el tratamiento está sostenido en dos pilares fundamentales, por un lado, el trabajo más conductual y, por otro, la construcción de la pauta problema desde la biografía:

Importante el trabajo con la conducta en este caso: miedo necesita experiencias resignificantes y para ello es necesaria la exposición/autoexposición en condiciones de seguridad. Además siempre es necesario empezar por la demanda principal que en el caso de nuestra paciente era la necesidad de seguridad

De trabajar desde la construcción de la pauta problema desde lo biográfico, podemos construir relatos consonantes que conectan experiencia de miedo de la paciente en el pasado con el modo de comportarse en el presente y en la relación terapéutica y con otros profesionales; en este caso es necesario la resignificación de elementos biográficos dada la sensación de indefensión tras IAM. Además una de las mayores dificultades en esta paciente es la toma de conciencia de la emociones y una posible herramienta sería el marcado y etiquetado emocional, así como

Aplicación de los tratamientos y seguimiento

El tratamiento se desarrolló en 18 sesiones, 3 sesiones de evaluación y encuadre y 15 de tratamiento (fases intermedias y finales del proceso psicoterapéutico) con una frecuencia semanal, durante las tres primeras sesiones y quincenal en la 14 siguientes, la decimoquinta sesión se espació un mes.

Estabas programada una última sesión de seguimiento dos meses después, que no se pudo realizar debido a la salida del terapeuta del ESM donde se inició el tratamiento.

Remarcar de la sesiones de fases intermedias que en esta se estuvo trabajando tanto la autoexposición de la paciente a las situaciones evitadas, pero para ello fue necesario, tras el fracaso inicial de la exposición pautada, tal y cómo ella decía desear, desbloquear lo que realmente constituía la pauta problema y que, como ya hemos visto, consiste en la ambivalencia en la toma de decisiones propias, con el consiguiente miedo al fracaso, o la toma de decisiones por parte de otros, situación en dónde se siente más segura, pero que parece necesitar boicotear dado que representa una amenaza a la independencia

Para ellos, destacar la respuesta transformativa utilizando una metáfora, asegurar la provisión de un ambiente seguro: importancia de la alianza, revisar el acontecimiento pormenorizadamente (marcado emocional), identificar el primer momento en que se siente por primera vez fuera de peligro y trabajar con las emociones de tristeza, rabia, miedo y vergüenza.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

De los objetivos acordados con la paciente, ser capaz de independizarse parcialmente y retomar actividades placenteras, minimizando la sensación de miedo, tomando decisiones propias, esta fue capaz de retomar una vida independiente en donde sigue teniendo una gran interacción y apoyo con su familia, en donde al alta, persiste la sensación de miedo, si bien, las crisis de ansiedad se han vuelto irrelevantes y es capaz de tomar decisiones “dándose permiso para sentir miedo”

Observaciones

Destacar la importancia del uso de las metáforas para desbloquear la ansiedad que pasó a denominarse miedo (Fernández-Liria y Rodríguez-Vega, 2001). Recojo una de las metáforas usadas en el proceso terapéutico y que utilizamos durante la undécima sesión:

“Imagínate que estuvieras aprendiendo a nadar...sé que sientes mucho miedo porque sientes que no estás en forma pero lo quieres intentar. Ahora tendrás y corcho para salir a flote (familia, amigos, terapeuta) y unos monitores que te animan a intentarlo porque creen que tienes condiciones para hacerlo (médicos)...ahora vas a tener que soltarte del bordillo pero al principio puedes coger el corcho con muchas fuerzas, los monitores de animarán, incluso a veces te agobian porque creen que lo puedes conseguir, pero sólo tú diriges realmente, sólo tu controlas si sientes cansancio y miedo, los demás no están dentro de ti...entonces puedes coger el corcho con fuerzas y decirle a los monitores que quieres ir más despacio...no olvides que tú eres la que controlas el proceso”.

Conclusiones

Este caso me gustaría para concluir remarcar tres puntos, por un lado el hecho de que ha supuesto un reto como terapeuta dado la primera etiqueta de caso fácil que fue complicado dadas las resistencias de la paciente. En segundo término resaltar la información que proporcionan las emociones del terapeuta y que es preciso reconocer para no sólo no actuarlas, sino para ponerlas al servicio de la evaluación del caso, en

este caso la incomodidad ante la paciente permite conectar con su propia ambivalencia e incomodidad ante el cambio y que estaba boicoteando el avance terapéutico.

Por último incidir en la importancia del orden del uso de las técnicas, ya que, aunque la paciente parecía resistirse a realizar experiencias de exposición ante su miedo, al ser esta la demanda inicial de la misma, fue necesario constatar sus dificultades antes estas tareas para poder trabajar con la resistencia.

Referencias

- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. y Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders: Clinician guides and patient manuals* (2a. ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bados, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 247-270). Madrid: Pirámide
- Bakker, A., Spinhoven, P., van der Does, A.J.W., van Balkom, A.J.L.M. y van Dyck, R. (2002). Locus de control orientation in panic disorder and the differential effects of treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 85-89
- Fernández-Liria, A. y Rodríguez-Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández-Liria, A. y Rodríguez-Vega, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

EFECTO DEL CONTEXTO VERBAL EN EL RECONOCIMIENTO DE LA EXPRESIÓN FACIAL EMOCIONAL

Lilia Mestas*, Miguel Ángel Pérez**, José Héctor Lozano**,
Rafael Manuel López**, José M. Arara*** y Fernando Gordillo**

**Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México*

***Universidad Camilo José Cela, España*

****Universidad de Salamanca, España*

Resumen

Antecedentes: El contexto verbal podría llegar a producir no sólo cambios cuantitativos, también en la categoría emocional de la expresión facial percibida. Sin embargo, la naturaleza de este efecto sigue siendo desconocida. El objetivo de este trabajo fue analizar el efecto del contexto verbal en el reconocimiento de la expresión facial emocional, en sus niveles de valencia y activación. **Método:** Participaron 195 estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México (Edad: $M = 20,80$, $DT = 2,76$, 60 hombres, 135 mujeres). El contexto verbal se indujo a través de una serie de palabras (positivas o negativas) referidas a la persona productora de la expresión facial (Contexto Verbal Personal; CVP), que podía incluir, dependiendo de la condición experimental, la palabra “Viva” o “Muerta”, estableciéndose así los niveles de la segunda variable independiente (Contexto Verbal del Estado Vital: CV_EV). Posteriormente se presentaron dos escalas para la valoración de la valencia y la activación de una expresión facial mixta de alegría y tristeza. **Resultados:** Se observó efecto significativo sobre la valencia percibida del factor CVP. Los participantes a los que se les presentó un CVP positivo valoraron como más alegre la expresión mixta, respecto a los que se les presentó un CVP negativo. **Conclusiones:** Este trabajo aporta datos que constatan la importancia del contexto verbal en la percepción de las emociones a través de la expresión facial, y discute su función dentro del modelo constructivista de la emoción.

Palabras Clave: Activación, contexto verbal, emoción, expresión facial, valencia.

EFFECT OF VERBAL CONTEXT ON THE RECOGNITION OF EMOTIONAL FACIAL EXPRESSION

Abstract

Background: Verbal context could produce not only quantitative changes, also in the emotional category of perceived facial expression. However, the nature of this effect remains unknown. The aim of this study was to analyze the effect of verbal context in the recognition of emotional facial expression in their valence and arousal levels. **Method:** 195 students from the National Autonomous University of Mexico (Age: $M = 20.80$, $SD = 2.76$, 60 men, 135 women). The verbal context was induced via a number of words (positive or negative) regarding the person producing facial expression (Personal Verbal Context: PVC), which could include, depending on the experimental condition, the word "live" or "dead", thus establishing the levels of the second independent variable (Verbal Context Vital State: VC_VE). Later there were two scales for the assessment of valence and activation of a facial expression mixed of happiness and sadness. **Results:** Significant effect was observed of PVC on perceived valence. The participants who were presented with a positive PVC rated as more positive mixed expression, compared to those who were presented with a PVC negative. **Conclusions:** This study provides data that confirm

the importance of verbal context on the perception of emotions through facial expression, and discusses its function within the constructivist model of emotion.

Keywords: Activation, verbal context, emotion, facial expression, valence.

Introducción

Si bien algunos autores asumen un papel determinante de las acciones faciales en el reconocimiento de la emoción a través de la expresión facial (véase Ekman, 2003), otros mantienen que la expresión facial aporta la información referida a la valencia y el *arousal*, necesarios junto al contexto para que se construya y defina la categoría emocional. En este sentido, se considera que la configuración de la musculatura facial a la hora de definir una categoría emocional es ambigua y que el contexto puede llegar a producir no sólo cambios cuantitativos, también en la categoría percibida (Hassin, Aviezer y Bentin, 2013). La actividad facial no sería sólo un medio para representar los estados afectivos internos, sería también un proceso adaptativo que opera sobre objetos externos y que trata de influir en las evaluaciones de otras personas sobre estos objetos (Parkinson, 2013). La influencia del contexto en la percepción de la expresión facial de la emoción se ha estudiado analizando diferentes estímulos presentes en el momento de la percepción, como otras caras (p.ej., Masuda et al., 2008); voces, posturas corporales, escenas visuales (véase Gelder et al., 2006), la descripción de situaciones sociales (Carroll y Russell, 1996), y el lenguaje (Barret, Lindquist y Gendron, 2007; Lindquist, Barrett, Bliss-Moreau y Russell, 2006).

La naturaleza del efecto que el contexto tiene sobre la determinación de la categoría emocional de la expresión facial sigue siendo desconocida (Aviezer, Bentin, Dudarev y Hassin, 2011). Para aportar luz a esta cuestión, este trabajo centró el foco de atención en el contexto verbal. Se utilizó una expresión Mixta-Neutra de alegría y tristeza y dos tipos de contexto verbal (positivo y negativo), que fueron inducidos mediante una “*huella de vida*”, que permitió establecer un tipo específico de contexto verbal, que pasamos a denominar, *Contexto Verbal Personal*, y que estaría referido a la vida de la persona productora de la expresión facial (véase Figura 1). Ambos conceptos, serán definidos y justificados en los siguientes párrafos.



Figura 1. “*Huella de vida*” utilizada en el experimento para inducir un *Contexto Verbal Personal*. Condición CVP positivo y CV_EV “muerta”.

En la categorización de una emoción, las personas se valen no sólo de los datos obtenidos del rostro, también de la información contextual verbal que lo engloba y que explicaría la adecuación de la expresión a la palabra que categoriza (Barret y Kensinger, 2010; Carroll y Russell, 1996; Goldberg, 1951; Knudsen y Muzekari, 1983; Munn, 1940; Patterson y Baddeley, 1977; Wallbott, 1988). El contexto creado a partir del lenguaje, tiene su fundamento en el modelo conceptual constructivista de la emoción (Barrett, 2006, 2009a, 2009b; Barrett et al., 2007). Este modelo plantea que los movimientos musculares de la cara proporcionan una información simple. Son las palabras relativas a la expresión que se percibe, las que incrementan la accesibilidad del conocimiento conceptual en la interpretación de dicha emoción. En los estudios realizados con base en este modelo, el incremento del conocimiento conceptual se derivaría de una palabra, referida a las emociones básicas –felicidad, tristeza, miedo, asco, sorpresa e ira–, que se da al sujeto de manera previa a la presentación de la expresión facial.

Sin embargo, en la vida cotidiana no parece que recurramos sólo a palabras que definen una emoción, ni que las utilicemos de manera previa y asilada a los procesos de reconocimiento. Probablemente el procesamiento conceptual se derive de estímulos más elaborados que pueden generarse tanto del conocimiento relativo a los diferentes tipos de emociones expresadas, como de la experiencia con la persona de la cual valoramos la expresión. En la Figura 2 se puede ver la fotografía de un político que actualmente está inmerso en un proceso judicial de corrupción en España de amplia cobertura mediática. Su rostro expresa ira (véase Fernández-Abascal y Chóliz, 2008: descenso y contracción de las cejas; elevación párpado superior; elevación barbilla, labios tensos, juntos y apretados; dilatación fosas nasales). La pregunta a responder con esta investigación es si un contexto verbal complejo, representado en el ejemplo a través del conocimiento que la mayoría de los españoles tienen de la vida de este político; estaría modulando la percepción de la expresión facial emocional.

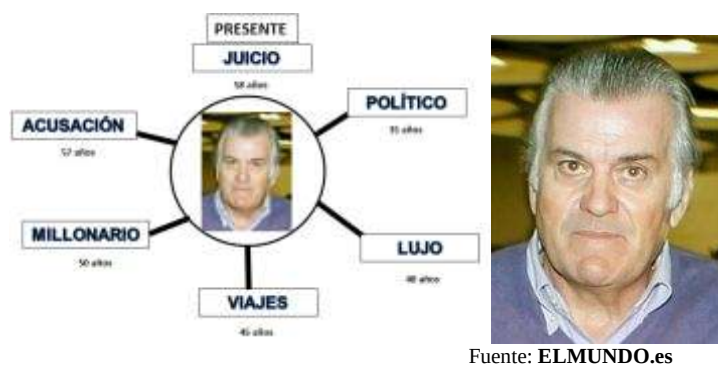


Figura 2. Ejemplo de “huella de vida” en la generación del Contexto Verbal Personal de un político español acusado de corrupción.

En el presente trabajo se utilizó una metodología que favoreció el procesamiento del conocimiento conceptual en términos generales y relativos a la vida de la persona productora de la expresión facial; es decir, el Contexto Verbal Personal (CVP), que se indujo a partir de la “huella de vida” (HdV) de la persona percibida, como método para inducir el CVP. De esta forma se pueden manipular variables como la edad, momento

de ocurrencia del evento que describe la palabra (infancia, adolescencia, adultez, vejez), y el tipo de evento (niveles de valencia y *arousal* de las palabras utilizadas).

A la luz de este planteamiento, el objetivo de la presente investigación fue analizar cómo el CVP (positivo y negativo) afectaba al procesamiento de la información relativa a la expresión facial emocional (valencia percibida, activación percibida). *Hipótesis 1.* La manipulación de CVP (positivo, negativo) hará que emerjan diferencias significativas en las variables dependientes analizadas, en congruencia con los supuestos constructivistas de la emoción, donde la conceptualización de una emoción modula en cierto grado su percepción (Barret, 2009a, 2009b).

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 195 estudiantes de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México ($M = 20,80$, $DT = 2,76$, 60 hombres, 135 mujeres) que dieron su conformidad para participar a cambio de un incremento de 0,25 puntos en la nota de una materia. Los participantes se distribuyeron de manera aleatoria en cuatro grupos (véase Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los sujetos en los grupos Experimentales.

Condición	N	CVP	CV_EV
1	51	Negativo	“Muerta”
2	46	Negativo	“Viva”
3	49	Positivo	“Muerta”
4	49	Positivo	“Viva”

Nota. CVP: Contexto Verbal Personal; EV: Estado Vital.

Materiales

Se utilizaron 5 palabras con valencia positiva ($M = 7,59$, $DT = 0,14$), y 5 con valencia negativa ($M = 1,89$, $DT = 0,2$), obtenidas del estudio normativo realizado por Redondo, Fraga, Comesaña y Perea (2005) (véase Apéndice 1). Se utilizó una expresión facial mixta (50% tristeza–50% Alegría), obtenida de Scrimin, Moscardino, Capello, Altoè y Axia (2009), con la intención de facilitar que los efectos derivados de la manipulación de las variables independientes se manifestaran con mayor precisión cuando la expresión facial a valorar tuviera cierta ambigüedad entre lo positivo y lo negativo. Por otro lado, según algunos autores (*e.g.*, Russell y Carroll, 1999; Tellegen, Watson y Clark, 1999), este tipo de emociones pertenecen a una misma dimensión emocional y permiten la utilización de medidas escalares dentro de un continuo donde en un extremo se situaría la expresión de tristeza y en el otro la de alegría. De igual manera permiten controlar el contagio emocional, definido como la tendencia espontánea a sincronizar nuestras expresiones faciales con las de nuestro receptor, dado que, la alegría y la tristeza generan niveles de contagio similares respecto a otro tipo de expresiones (Hess y Blairy, 2001).

Diseño y procedimiento

El experimento se realizó de manera conjunta y en formato lápiz y papel. Se prepararon cuatro condiciones de registro, que coincidían con las cuatro condiciones experimentales (véase Tabla 1). Todos los sujetos pasaron por las siguientes fases.

- *1º Fase (primera hoja de registro): codificación y valoración de contexto verbal.* En la primera hoja se les presenta la fotografía del rostro de una mujer con expresión mixta neutra (Scrimin et al., 2009; 50% positiva/ 50% negativa) dentro de una “huella de vida” y se les informa por escrito que las palabras describen la vida de la persona que aparece en la fotografía. Se les pide que miren con detenimiento la HdV durante 2 minutos porque posteriormente se les hará algunas preguntas al respecto. A continuación se les solicitó que valoraran, en términos generales, en qué grado les pareció positiva o negativa la vida de la persona que aparece en la fotografía (muy negativa_1..... 9_muy positiva).
- *2º Fase: valoración de la expresión facial (segunda hoja de registro).* Se les pidió que completaran la segunda hoja de registro. Se les volvió a presentar la fotografía del rostro de la mujer, junto a las dos escalas para la medida de la variable dependiente [“El rostro de María expresa que está:” *Alegre*: muy poco_1..... 9_mucho; *Nerviosa*: muy poco_1..... 9_mucho].

Resultados

Variables independientes: Contexto verbal Personal (CVP)

Se estableció mediante palabras de contenido emocional positivo y negativo referidas a la vida de la persona cuya expresión facial habría que valorar. *Contexto Verbal del Estado Vital (CV_EV)*: El concepto de “muerte”, como evento de máxima afectación en el ser humano, si bien se puede incluir como parte del CVP, en esta investigación se analizó por separado para comprobar el posible efecto diferencial sobre la percepción de la expresión facial; es decir, ¿percibimos de igual manera el rostro de una persona cuando nos informan de que ha muerto, respecto a cuando sabemos que está viva?

Variables dependientes: Reconocimiento de la expresión facial

Medida a través de dos escala [*Valencia Percibida (VP)*, *Activación Percibida (AP)*]; Todas las escalas presentadas excluían el grado “5”, con la intención de “forzar” ante la incertidumbre.

Se llevaron a cabo dos ANOVA factoriales 2×2 con el fin de analizar los efectos principales de los factores CVP (Positivo / Negativo) y CV_EV (Viva / Muerta), así como su posible interacción sobre las variables dependientes: Valencia Percibida (VP: alegría) y Activación Percibida (AP: nerviosismo).

Valencia y activación de la expresión facial

Resultó significativo el efecto principal del *Contexto Verbal Personal* sobre VP [$F_{(1, 191)} = 7,418$, $p = 0,007$, $\eta^2 = 0,037$, $p = 0,733$]. Los participantes a los que se les presentó un CVP positivo valoraron como más alegre la expresión mixta ($M = 4,74$, $DT = 1,85$), respecto a los que se les presentó un CPV negativo ($M = 4,00$, $DT = 1,88$). Sin embargo, no resultó significativo el efecto principal del factor CV_EV [$F_{(1, 191)} = 2,806$,

$p = 0,096$, $\eta^2 = 0,014$, $p = 0,386$]. Tampoco la interacción resultó estadísticamente significativa [$F_{(1, 191)} = 2,554$, $p = 0,112$, $\eta^2 = 0,013$, $p = 0,356$].

No resultaron significativos ni el efecto principal del factor *Contexto verbal personal* sobre CPV [$F_{(1, 191)} = 0,320$, $p = 0,572$, $\eta^2 = 0,002$, $P = 0,087$], ni del factor CV_EV [$F_{(1, 191)} = 0,474$, $p = 0,492$, $\eta^2 = 0,002$, $P = 0,105$]. Tampoco la interacción CPV por CV_EV resultó significativa [$F_{(1, 191)} = 2,415$, $p = 0,122$, $\eta^2 = 0,012$, $P = 0,340$].

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio piloto fue el de estudiar el efecto del contexto verbal personal sobre la percepción de la expresión facial emocional. Los resultados confirmaron el papel modulador del contexto verbal en la percepción de la expresión facial, aunque este efecto se limita a la valencia percibida (alegría) y no a la activación percibida (nerviosismo). Los diferentes estudios que han abordado este tema presentan la etiqueta de la palabra que delimita la expresión facial emocional expuesta, obteniendo una clara influencia a la hora de determinar la categoría emocional de dicha expresión facial (Barret, Lindquist y Gendron, 2007; Lindquist, Barrett, Bliss-Moreau y Russell, 2006); sin embargo, en estos casos el contexto se reduce a la presencia de una única palabra que puede estar funcionando como un facilitador del procesamiento emocional, que en sí mismo justificaría los efectos encontrados. Los resultados obtenidos en este trabajo informan, por primera vez que sepamos, del efecto que el conocimiento adquirido y general que tenemos de las personas, tiene sobre la valoración que hacemos de sus expresiones faciales.

Volviendo al ejemplo del político que proponíamos al principio, ante el CVP negativo creado por la situación en la que se ve envuelto, la percepción que tendríamos sobre la valencia de las emociones expresadas, se vería modulada por dicho contexto. En futuros trabajos resultaría interesante estudiar los efectos producidos por la interacción entre contexto visual y verbal, porque en último término nos estará informado sobre cómo es el procesamiento global que realizamos cuando vemos la expresión facial del político dentro de un contexto visual y bajo un CVP determinado, aspectos que rara vez se producen de manera aislada. De igual interés será el estudiar cómo se ven afectadas otras expresiones emocionales, como el miedo y la ira, por el contexto verbal, por las claras implicaciones que podría tener para diferentes grupos poblacionales, como las fuerzas de seguridad (López, 2012).

La percepción facial de las emociones no se limita a los aspectos de codificación de las acciones faciales, aunque éstos sean sin duda de gran importancia. La percepción supone la construcción de la realidad desde la perspectiva de quien observa. Esta construcción pasa por un filtro ineludible que es la red semántica de conocimientos que se conforma con nuestras experiencias. Cuando estas experiencias están referidas a determinadas personas, sin duda, este filtro actúa sobre la información visual que procesamos de sus diferentes rasgos, acciones y expresiones, dando lugar a un complejo sistema de interacciones a nivel cerebral que sólo hasta fechas recientes empieza a ser dilucidado.

Referencias

Aviezer, H., Bentin, S., Dudarev, V. y Hassin, R. R (2011). The automaticity of emotional face-context integration. *Emotion*, 11, 1406-1414.

- Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 20-46.
- Barrett, L. F. (2009a). The future of psychology: Connecting mind to brain. *Perspectives in Psychological Science*, 4, 326-339.
- Barrett, L. F. (2009b). Variety is the spice of life: A Psychologist Constructionist approach to understanding variability in emotion. *Cognition & Emotion*, 23, 1284-1306.
- Barrett, L. F. y Kensinger, A. K. (2010). Context is routinely encoded during emotion perception. *Psychological Science*, 21, 595-599.
- Barrett, L.F., Lindquist, K. y Gendron, M. (2007). Language as a context for the perception of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 11, 327-332.
- Carroll, J. M. y Russell, J. A. (1996). Do facial expressions signal specific emotions? Judging emotion from the face in context. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 205-218.
- Ekman, P. (2003). *El rostro de las emociones*. Barcelona: RBA
- Fernández-Abascal, E. y Chóliz, M. (2008). *Expresión facial de la emoción*. Madrid: Cuadernos de la UNED.
- Goldberg, H. D. (1951). The role of "cutting" in the perception of motion pictures. *Journal of Applied Psychology*, 35, 70-71.
- Hassin, R. R., Aviecer, H. y Bentin, S. (2013). Inherently Ambiguous: Facial Expressions of Emotions, in Context. *Emotion Review*, 5, 60-65.
- Hess, U. y Blairy, S. (2001). Facial mimicry and emotional contagion to dynamic emotional facial expressions and their influence on decoding accuracy. *International Journal of Psychophysiology*, 40, 129-141.
- Knudsen, H. R. y Muzeraki, L. H. (1983). The effects of verbal statements of context on facial expressions of emotion. *Journal of Nonverbal Behavior*, 7, 202-212.
- Lindquist, K., Barrett, L. F., Bliss-Moreau, E. y Russell, J. A. (2006). Language and the perception of emotion. *Emotion*, 6, 125-138.
- Masuda, T., Ellsworth, P. C., Mesquita, B., Leu, J., Tanida, S. y Van de Veerdonk, E. (2008). Placing the face in context: Cultural differences in the perception of facial emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 365-381.
- Munn, N. L. (1940). The effect of knowledge of the situation upon judgment of emotion from facial expressions. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 1032-1039.
- Parkinson, B. (2013). Contextualizing activity facial. *Emotion Review*, 5, 97-103.
- Patterson, K. y Baddeley, A. (1977). When face recognition fails. *Journal of experimental Psychology : Learning, Memory and Cognition*, 3, 406-417.
- Redondo, J., Fraga, I., Comesaña, M. y Perea, M. (2005). Estudio normativo de 478 palabras españolas. *Psicológica*, 26, 317-326.
- Russell, J. A. y Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, 125, 3-30.
- Scrimin, S., Moscardino, U., Capello, F., Altoè, G. y Axia, G. (2009). Recognition of facial expressions of mixed emotions in school-age children exposed to terrorism. *Developmental Psychology*, 45, 1341-1352.
- Wallbott, H. G. (1988). In and out of context: Influences of facial expression and context information on emotion attributions. *British Journal of Social Psychology*, 27, 357-369.
-

Apéndice 1. Palabras seleccionada para el experimento (Redondo et al., 2005).

Palabras	Valencia	Arousal
<i>Palabras positivas</i>		
Familia	7,46	4,21
Ilusión	7,79	5,49
Aventura	7,42	6,56
Sexo	7,67	7,02
Optimismo	7,60	4,74
MEDIA	7,59	5,60
DT	0,14	1,10
<i>Palabras negativas</i>		
Abuso	1,72	7,41
Pobreza	1,87	6,86
Horror	2,17	7,36
Pesadilla	1,93	7,43
Depresión	1,59	6,80
MEDIA	1,86	7,17
DT	0,20	0,28

TRABAJO EN PRISIONES: ¿PRODUCCIÓN DE ARREGLOS SUBJETIVOS Y / O FORMA DE RESISTENCIA DE POTENCIA?**José Paulo de Moraes-Souza e Lobelia da Silva-Faceira***Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil***Resumen**

En el sentido atribuido por Marx en 1968, el trabajo se considera una actividad esencialmente humana que tiene el propósito de apropiarse de los recursos de la naturaleza, la impresión de que sean útiles para la vida humana y que tiene la capacidad de predecir. En el trabajo el hombre desarrolla habilidades, pasando de mediar su relación con otros hombres. También desarrolla mediaciones como la conciencia, intercambio de idiomas, conocimiento estas mediaciones en términos de reproducción del ser social como histórica. En este trabajo se ha propuesto producir reflexiones sobre el trabajo penitenciario, teniendo en cuenta que se desarrolla mediaciones objetivas y subjetivas, y puede contribuir a la seguridad de los derechos humanos y sociales de la población penal, y con la mediación de las relaciones sociales dentro de la cárceles y en el contexto de la vida social (arreglos subjetivos), o incluso en el contexto de la resistencia a las formas de poder institucional. La metodología utilizada en el estudio fue la literatura con las categorías de trabajo y prisiones teórico que se utiliza como principales obras teóricas de Foucault y Marx. Cabe destacar que tanto los investigadores que trabajan en las cárceles de Río de Janeiro. El trabajo penitenciario está incrustado en un contexto contradictorio, ya que puede ser la posibilidad de objetivación y el establecimiento de la vida social encarcelados, o en función de las condiciones físicas de la mano para llevar a cabo este trabajo se puede fijar en la enajenación y la explotación de los trabajadores detenidos la misma proporción que enriquece a las empresas que ofrecen trabajo en las prisiones. Foucault explica que el trabajo dentro de las prisiones tiene otras facetas que cuenta no sólo a la persona y la profesionalización de la enseñanza de la virtud del trabajo. Es también una relación de presentación individuo y su ajuste a una unidad de producción de capital que se propone, esta investigación reconsiderar estas cuestiones.

Palabras clave: prisión, trabajo, subjetividade, contradicción.

WORK IN PRISONS: PRODUCTION OF ARRANGEMENTS SUBJECTIVE AND / OR FORM OF RESISTANCE POWER?**Abstract**

In order assigned by Marx in 1968, work is considered an essentially human activity that has the purpose of appropriating nature's resources by printing them useful to human life and having the ability to forecast. At work the man develops skills, passing to mediate its relationship with other men. It also develops mediations, such as consciousness, language, exchange knowledge, these mediations in terms of reproduction of social being as a historical being. This paper has proposed to produce reflections on prison labor, considering that it develops mediations objective and subjective, and may contribute to the security of human and social rights of the prison population, as well as the mediation of social relations within the prisons and in the context of social life (subjective arrangements), or, in the configuration of forms of resistance to institutional power. The methodology used in the study was literature in the following categories theoretical work and prison being used as the main theoretical works of Foucault and Marx. Important to note that both researchers work in prisons the Rio de Janeiro. Prison labor is

inserted in a context contradictory as it may be possibility of objectification and constitution of the social life of the prisoner, or, depending on the materials given to the completion of this work, can be configured in the sale and exploitation of the worker arrested in the same proportion that enriches companies that offer work within the detentions. Foucault explains that the work inside prisons has other facets that not only presents itself in the professionalism of the person and teaching of virtue work. It is also a relationship of submission individual and his adjustment to a production apparatus of the capital, this research proposal is to rethink these issues.

Keywords: Arrest, work, subjectivity , contradiction.

Introducción

El trabajo en la prisión es el objeto de estudio, ya que piensan que se regenera de trabajo o al menos esa es la mayoría de la población espera. Cuando se trata de detener a las personas por lo general dicen que los presos tienen que trabajar. Pero si se les pregunta por qué esta respuesta oye "que no pueden hacer nada", es decir, el trabajo continúa con el tiempo o el castigo más que llenar. Entonces, ¿cómo hace el trabajo en la vida del hombre para que se piense de esa manera?

El trabajo es un proceso por el cual el hombre transforma la naturaleza y se apaga solo. En el sentido atribuido por Marx (1968), el trabajo se considera una actividad esencialmente humana que pretende apropiarse de los recursos de la naturaleza, impresionando que sean útiles para la vida humana y que tiene la capacidad de predecir.

El trabajo implica más que la relación sociedad / naturaleza: se trata de una interacción en el marco de la propia sociedad, afectando a su tema y su organización. Trabajando a través de la cual el sujeto se vuelve la naturaleza (y, ya que es una transformación que se lleva a cabo físicamente, es una transformación práctica) también gira el tema: por trabajo fue que el grupo de los primates surgieron los primeros grupos humanos - en una especie de salto que surgió un nuevo tipo de ser, que se distinguen de naturales (orgánicos e inorgánicos): ser social (Braz y Netto, 2006, p. 34).

De esta manera, a través del trabajo el hombre transforma la naturaleza y transforma a sí mismo, lo que constituye un proceso de humanización. El hombre, por lo tanto, se transforma históricamente la naturaleza, que se caracteriza como un ser social.

El proceso de formación del ser social tiene su punto de partida en las peculiaridades y demandas que plantea el trabajo, a partir de estas demandas, los sujetos de trabajo multimilenaria experimentar un proceso que en última instancia distinguirlos de la naturaleza: el proceso de humanización. Estos requisitos serán más complejos y también llegar a ser complejos los objetivaciones esos chicos y su interacción con otros sujetos. Esta complejidad creciente requiere y proporciona a la vez un desarrollo de condiciones específicas para estos temas, el desarrollo, poco a poco, establece la estructura del ser social. (Braz y Netto, 2006, p. 40a).

El trabajo es constitutiva del ser social, pero no se limita a la asistencia social, es decir, más del ser social se desarrolla, más sus objetivaciones trascender el espacio conectado directamente a trabajar. El desarrollo del ser social implica el surgimiento de la racionalidad y sensibilidad para crear objetivación y subjetivación propia. No trabalho o homem desenvolve capacidades, que passam a mediar sua relação com outros

homens. Desenvolve também mediações, tais como a consciência, a linguagem, o intercâmbio, o conhecimento, mediações estas em nível da reprodução do ser social como ser histórico, e, portanto, postas pela práxis.

En este sentido, el trabajo es la propuesta para producir reflexiones acerca del trabajo en las prisiones, y que la empresa desarrolla mediaciones objetivas y subjetivas, y puede contribuir a la protección de los derechos humanos y la población reclusa sociales, así como la mediación de las relaciones sociales en dentro de las cárceles y en la vida social (régimen subjetivo), o incluso en el contexto de las formas de resistencia al poder institucional.

Método

La encuesta social en la que se analizan los procesos y las relaciones en el trabajo, hace hincapié en un enfoque cualitativo es importante hacer hincapié en un principio algunos temas relevantes para la comprensión de la misma naturaleza que el hecho de que el tema de las humanidades y las ciencias sociales son históricos o Es decir, existen las sociedades humanas en un espacio y tiempo determinado cuya formación específica y socio-cultural.

Otra característica de las ciencias humanas y sociales es que su objeto está constituido por un tema que por razones culturales en la clase, edad, religión o cualquier otra razón, tienen una identidad sustrato común con el investigador.

La investigación tiene como universo de estudio de los internos SEAPEB, que desarrollaron actividades relacionadas con el trabajo durante el año 2012. Aclaramos que, desde el SEAPEB información, alrededor de 180 detenidos durante este período fueron colocados en las actividades de trabajo. A fin de garantizar la viabilidad del proceso de recolección de datos y también para dar prioridad a los aspectos cualitativos de la investigación, se decidió realizar un muestreo no probabilístico, para la accesibilidad. Es decir, la investigación es el muestreo aleatorio de 30 audiencia nacional.

Se utilizó como técnicas de recolección de datos de las entrevistas semiestructuradas, observación participante y análisis de la documentación SEAPEB relacionado con las actividades laborales. Debe hacerse hincapié en que se concluirá la investigación en diciembre de 2014.

El análisis de los datos recogidos se activará en base a la técnica de análisis de contenido, que tiene como objetivo comprender críticamente el significado de la comunicación (oral, escrita y visual), manifiesto o contenido latente, las significaciones expresadas o implícitas.

La investigación tiene como ejes de análisis: el trabajo histórico y social de memoria en SEAPEB, las actividades y los procesos de trabajo en SEAPEB existente, y las mediaciones de trabajo en el proceso de reproducción de la vida social de los condenados, de la materialidad de la obra y el contexto penitenciario.

Discusión/conclusiones

En Brasil, país agrario, a partir de finales del imperio para demostrar una fabricación tímido, pero quería ser parte del contexto global y seguido los países desarrollados imponen como sinónimo de país civilizado. Tanto en la arquitectura, el urbanismo, la moda, el pensamiento filosófico, político. Para adaptarse a las prisiones brasileñas que era sinónimo de civismo en moldes de América y Europa, Brasil decidió

construir la Casa de Corte de corrección que tuvo el plan inicial el modelo panóptico de Bertram, sin embargo, debido a la falta de recursos el plan fue cambiado y construyó la Casa de Corrección, más tarde llamado Lemos de Brito y Casa de Detención, más tarde llamado Miltom Dias Moreira. Es decir, lo hicieron sólo los dos rayos total de cuatro, los otros nunca se construyeron.

La Casa de la Corte Corrección inaugurado en 1850 tenía como objetivo la eliminación de los pobres, los mendigos, las prostitutas y los graneros de las calles, creando una sensación de ciudad limpia y ordenada. En la casa de corrección del recluso debe estar preparado para el mercado laboral, para acostumbrarse al horario habitual tirada, técnicas de producción y vivir con urbanidad.

En este espacio hay bricolaje, carpintería, tejido, costura y otros trabajos, pero no había lugar para todo el mundo, muchos esperaron demasiado tiempo para un lugar sin éxito. Este tipo de estructura sigue el modelo irlandés, esto los prisioneros estaban en corrales individuales y trabajaron en espacios colectivos donde socializar.

Las detenciones se produjeron, según Foucault (1987), con el objetivo principal de la domesticación de los cuerpos, hacerlos dóciles, principalmente para apoyar las arduas jornadas de trabajo. En principio, se crearon las casas de trabajo, con la intención de "regenerar" los individuos considerados "vagos". Se consideraron las grandes fábricas donde el trabajo estaba ligado a la disciplina intensa con el fin de reeducar a los que estaban allí. De acuerdo con Foucault (1987): "La clave es buscar correcta, reeducar," cura ", una técnica de mejora reprime, pluma, la estricta expiación del mal y libera a los jueces de los castigadores artesanales viles." (Foucault, 1987, p. 13).

La pena de prisión, de acuerdo con Foucault (1987), ahora aparece como casas de trabajo, con la obligación de trabajar en los talleres, y los gastos incurridos en la cárcel por este trabajo.

La Casa de Corrección se encuentra en el centro de Río de Janeiro, pero el intento de revitalizar el centro de Río, el eje se trasladó a la prisión de Bangu, un suburbio de Río en 2010 Complejo Taza Frei se desplomó.

En los años 60, después de salir de la capital de Rio de Janeiro a Brasilia la nueva creación, los recursos ya eran escasos en Río de Janeiro fueron disminuyendo. El Estado de Rio de Janeiro tratar de organizarse políticamente y económicamente, pero esta organización se tomó el tiempo y el dinero para la inversión (Souza, 2012, p. 57).

Con la falta de recursos del sistema penitenciario carioca rápidamente sintió el reflejo de la crisis. Los recursos que ya eran pocos eran casi inexistentes. La cárcel estaba llena, talleres de desguace sin inversión y mantenimiento. El trabajo continuó existiendo, pero no con el transformador ideal, pero ahora tan limitante como control de tiempo de la cárcel, además de mantener la unidad de la prisión.

Prisiones trabajan siguiendo la "lógica de la disciplina," lo que significa que pertenecen a una estructura que ha generado a raíz de una "codificación que busca en la mayor parte del tiempo, el espacio, el movimiento" a través de "control minucioso de las operaciones de cuerpo, "tratar de imponer" una relación de docilidad-utilidad". (Foucault, 1987, p. 164). El cuerpo del condenado se convierte en un bien público, su delito es visto como un comportamiento antisocial, por lo que el criminal es un enemigo del pueblo. Como castigo, el individuo se aísla socialmente. El castigo se convierte en la guía que se mueve a la pena de prisión, es necesario castigar no sólo el cuerpo sino también el alma. Según Foucault (1987):

Pero la evidencia de la prisión se basa también en su papel, que se supone o se requiere, el dispositivo de transformación de los individuos. Como no habría aceptado

de inmediato la cárcel porque es justo lo que hace, para encarcelar, a entrenar, a ser dócil, para reproducirse, y siempre se les puede acentuar un poco, todos los mecanismos que encontramos en el cuerpo social (p. 6).

El poder disciplinario construye una sociedad disciplinaria, adestrando, produciendo colectivamente cuerpos individualizados y dócil. Es una forma de poder productivo, y las fuerzas que unen mutilando no esencialmente restrictivas o represivas para multiplicar y utilizarlos en su totalidad, apropiándose de ellos incluso más y mejor. La acción del poder disciplinario es esencialmente la producción de la subjetividad moderna.

En 1974, el Estado no puede invertir en trabajo pegado creó la Fundación de Santa Cabrini, cuyo objetivo es obtener recursos del sector privado al empleo de los presos, dentro o fuera del sistema penitenciario.

El trabajo penitenciario se inserta en este contexto contradictorio, ya que puede ser posible objetivación y la constitución de la vida social del preso, o, dependiendo de los materiales dados a la realización de este trabajo, se puede configurar en la venta y la explotación de los trabajadores detenidos en la misma proporción que enriquece a las empresas que ofrecen trabajo en las prisiones.

El diseño básico de la obra de los presos dentro de la Ley de Ejecución Penal, se basa en la capacidad de ofrecer formación profesional, la remuneración y sobre todo permitir la agilización de la libertad, una vez cada tres días de trabajo, hay una reducción día en la oración para ser servido.

El trabajo penitenciario prevé el desarrollo de habilidades de los presos en relación con las necesidades del mercado de trabajo. Además el hábito de trabajar para aportar nuevas perspectivas y expectativas para el prisionero, que pasa a imaginar una nueva forma de relación con la sociedad.

Históricamente, el concepto de trabajo en las prisiones también se relaciona con el objetivo de minimizar el ocio y las tensiones de la vida cotidiana atascado en la cárcel, lo que refuerza el guión disciplinar y controlar la prisión general de la institución.

No podemos olvidarnos de la economía de la mano de obra penitenciaria, es decir, a través del trabajo de los reclusos tengan acceso a una cuota, que se utiliza para financiar parte de sus gastos dentro de la prisión e incluso de contribuir al presupuesto de su familia.

Otro de los aspectos de las actividades económicas y políticas son el desarrollo de la administración, limpieza y mantenimiento de los presos dentro de la unidad penitenciaria, el suministro de la falta de mano de obra y la inversión en infraestructura por parte del Estado aparato público.

Existe también la dimensión económica de la mayor rentabilidad de las empresas que utilizan la mano de obra de los presos, ya que no son empleados formales. Con esto, las empresas ahorrar hasta un 60% de los costos de mano de obra, en la medida en que los presos se ven privados de los derechos laborales, tales como vacaciones, salario 13 y el Fondo de Garantía. La compañía también redujo sus costos en la instalación de la planta, ya que utiliza la infraestructura de las cárceles, al no haber estado en el agua y la electricidad. También destacar que, en la medida en que el trabajo todavía se asocia con la disciplina y la posibilidad de la pena de redención, los presos no tienen ausencias de índice en el trabajo, lo que contribuye a la estabilidad del proceso de producción.

Foucault (1979) explica que el trabajo dentro de las prisiones tiene otras facetas que no sólo se presenta en la profesionalidad de la persona y la enseñanza del trabajo

virtud. Es también una relación de presentación individuo y su ajuste a una unidad de producción de capital que se propone, esta investigación reconsiderar estas cuestiones.

Referencias

- Braz, M. y Netto, J.P. (2006). *Economia política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e Punir – História das violências nas prisões*. Tradução de Raquel Ramalhete, 13 ed. RJ, Petrópolis: Vozes, 1987.
- Marx, K. (1968). *O capital. Crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.
- Souza, J.P.M. (2012). A construção da Memória dos funcionários em suas relações com o trabalho no antigo Instituto Penal Cândido Mendes em Ilha Grande. Dissertação de Mestrado do Programa de pós Graduação em Memória Social da Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2012.

PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA GRUPAL PARA TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN ATENCION PRIMARIA

**Lourdes Tudela Cantallops^{*}, Pilar Fuixet Comas^{*}, Eva García Bayona^{*},
Montse Mateu Ribas^{*} y Lúdia Ugas Ballester^{**}**

^{*} Centro de Salud Mental de Adultos Benito Menni CASM, España

^{**} Hospital General de Granollers-Benito Menni CASM, Hermanas Hospitalarias del sagrado Corazón de Jesús, España

Resumen

Introducción: El trastorno adaptativo es uno de los trastornos más frecuentes en atención primaria, y constituye un importante problema de salud pública. Sin embargo, a pesar de la gravedad que pueden presentar los síntomas y la elevada incidencia, han sido poco estudiados. El presente estudio describe un tratamiento psicoterapéutico grupal llevado a cabo en atención primaria y evalúa sus resultados en términos de la reducción de síntomas. **Método:** 50 pacientes (10 hombres y 39 mujeres) entre 18 y 63 años con un diagnóstico de trastorno adaptativo fueron incluidos en el estudio. 16 presentaban un tipo ansioso, 16 depresivo y 17 mixto. Para las evaluaciones pre y post se utilizaron el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de ansiedad de Beck. La intervención consistió en 9 sesiones semanales de 75 minutos, llevadas a cabo por un psicólogo clínico para 10/12 pacientes. La intervención consistió en psicoeducación, habilidades de manejo del estrés, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales. **Resultados:** Comparaciones de medias pre y post para muestras relacionadas fueron utilizadas, pre y post tratamiento en la totalidad del grupo y por subgrupos de trastornos adaptativos. Diferencias significativas se encontraron para las medidas de ansiedad y depresión para el tipo depresivo. No se encontraron diferencias significativas para el tipo ansioso o mixto. **Conclusiones:** La intervención ayuda a reducir la intensidad de los síntomas para el trastorno adaptativo tipo depresivo. Cambios en la intervención para los tipos ansioso y mixto deberían ser considerados.

Palabras Clave: grupo tratamiento psicoterapia, trastorno adaptativo, atención primaria ansiedad, depresión.

GROUP PSYCHOTHERAPY INTERVENTION PROGRAMME FOR ADAPTIVE DISORDER IN PRIMARY CARE**Abstract**

Introduction: Adaptive disorder is one of the most frequent disorders in primary care and constitutes an important public health problem. In spite of the high incidence and the severity of symptoms the disorder has been poorly studied. The present study aims to describe a group psychotherapy carried out in primary care, and to evaluate its results in terms of symptomatology reduction. **Method:** 50 patients (10 men and 39 women) aged between 18 and 63 years of age with adaptative disorder diagnoses were included. 16 presented anxious type disorder, 16 depressive type and 17 mixed. Pre and post evaluation questionnaires used were Beck Depressive Inventory and Beck Anxiety Inventory. Intervention consisted of 9 weekly sessions of 75 minutes duration, carried out by one clinical psychologist for 10 to 12 patients. The intervention consisted of psychoeducation, stress management skills training, cognitive restructuring and social skills training.

Keywords: Group psychotherapy, adaptive disorder, primary care, anxiety, depression.

Introducción

En el Vallès Oriental Central y Baix Montseny (subcomarcas del Vallès Oriental de Cataluña) se ha implementado de forma progresiva desde 2007 un programa de Salud Mental en Atención Primaria (SMAP). El objetivo principal del mismo es articular y desarrollar intervenciones y programas desde la AP con un abordaje integral y multidisciplinar para la prevención y tratamiento de los problemas de Salud Mental (SM). Objetivos específicos de SMAP son:

- Disminuir la prevalencia de problemas de SM y facilitar su tratamiento.
- Reducir listas de espera en SM especializada.
- Promover la prevención de problemas de SM mediante la detección e intervención precoz.

Paralelamente el equipo de Psicólogos del Centro de Salud Mental de Adultos de Benito Menni referente de dicha zona ha ido diseñando e implementando programas de intervención psicológica grupal para diferentes Trastornos mentales. Entre ellos, el programa de intervención grupal para los Trastornos Adaptativos, el cual está integrado en el programa SMAP. El marco teórico referente es el propuesto por el modelo psicobiológico (Valdés y Flores, 1985) que plantea que el estrés se produce cuando en el organismo se da una activación mayor de la que éste es capaz de reducir con sus estrategias de afrontamiento.

Los Trastornos Adaptativos (TA) constituyen uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y son un importante problema de salud pública (van der Klink et al., 2003). Sin embargo, a pesar de la gravedad que pueden presentar los síntomas y de la elevada incidencia que se le atribuye (entre un 5 y un 20%, según el DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association [APA], 2002) los TA han sido muy poco estudiados. Actualmente no existen tratamientos estandarizados basados en la evidencia para estos trastornos, aunque autores como Echeburúa et al. (2000) plantean terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastornos mixtos de ansiedad y depresión. El equipo de psicología se plantea una adaptación grupal para mejorar la eficiencia en el sistema público de salud.

Objetivos

- Describir el Programa de Psicoterapia grupal diseñado e implementado por el equipo de psicólogos del CSMA de Granollers para pacientes diagnosticados de Trastorno Adaptativo.
- Conocer el perfil de los pacientes atendidos (características socio-demográficas y clínicas) por este programa.
- Evaluar la eficacia del tratamiento en la reducción de la sintomatología ansioso-depresiva presentada por los pacientes con diagnóstico de TA, que han realizado dicho programa.

Método

Muestra

La muestra inicial incluye todos los participantes de 11 grupos que habían sido derivados a intervención grupal para TA. Previo a incluir a los pacientes al programa de intervención psicológica grupal, se realiza una entrevista clínica individual, en la que se determina el diagnóstico y se valora el problema. Todos los pacientes derivados al grupo presentan TA (depresivo, ansioso, mixto, mixto con trastornos del comportamiento).

Se realiza un registro en el que constan datos sociodemográficos (edad, sexo, situación laboral, nivel educativo, tipo de convivencia) y clínicos (antecedentes psiquiátricos/psicológicos, tipo de trastorno adaptativo).

Los pacientes incluidos en el estudio son únicamente aquellos pacientes que han asistido a más de un 80% de las sesiones del programa y han completado las evaluaciones pre y post tratamiento.

La muestra final es de 50 pacientes, 11 hombres y 39 mujeres, de edades comprendidas entre 18 y 63 años ($X = 45,60$; $DT = 10,68$). Del total de la muestra, 16 pacientes no referían antecedentes psicológicos o psiquiátricos y 34 si informaban de ellos.

Respecto al tipo de TA, 16 presentan TA ansioso, 16 TA depresivo y 17 TA mixto. La situación laboral referida es de 10 personas activas laboralmente, 22 en el paro, 16 con ILT y 2 con incapacitación laboral. El 80% de los participantes tienen un nivel estudios primarios o secundarios. Un 82% conviven con la familia creada, un 10% con la familia de origen y un 8% solos.

A todos los participantes de les realiza una evaluación inicial en la primera sesión grupal, consistente en la administración de un protocolo de instrumentos psicométricos, descrito a continuación. Se lleva a cabo la aplicación del programa y al término se entrega nuevamente el protocolo de evaluación, analizando en último lugar los resultados.

Instrumentos

- Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Evalúa las manifestaciones conductuales de la depresión en adolescentes y adultos. Contiene un factor cognitivo-afectivo y un factor somático. La puntuación total se obtiene sumando las obtenidas en cada ítem. Permite clasificar la intensidad de la depresión en: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y alta (>30).
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Permite clasificar la intensidad de la ansiedad en normal (0-9), media-moderada (10-18), moderada-severa (19-29), severa (30-63).

Procedimiento: descripción del programa

El protocolo de intervención se desarrolla a lo largo de 8/9 semanas en los centros de atención primaria, con sesiones de 75 minutos de duración en las que interviene un psicólogo para un máximo de 10/12 pacientes. Se intenta adoptar un estilo socrático en el desarrollo de las sesiones. La intervención se divide en módulos:

Psicoeducativo, Habilidades de regulación y manejo del estrés, Reestructuración cognitiva y Habilidades sociales.

Esquema sesiones

1ª Sesión: El objetivo principal es establecer un buen clima grupal que favorezca la adecuada evolución clínica de los pacientes.

Encuadre del tratamiento grupal: presentación del profesional y de los participantes. Se recogen las expectativas de cada uno de los asistentes en relación al tratamiento, así como las soluciones intentadas hasta la fecha. Se establece el lugar, horario, duración del programa y normas de funcionamiento.

Aprendizaje de Técnica respiración abdominal

Asimismo, se administra el protocolo de evaluación pre-tratamiento.

2ª Sesión: Definición ESTRÉS. Reacciones habituales y mecanismos de respuesta. Presentación de las principales técnicas de afrontamiento que se tratarán en las próximas sesiones.

3ª Sesión: Técnicas de control de la activación: entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva con focalización atencional y visualización.

4ª Sesión: Entrenamiento en solución de problemas. Se explica la diferencia entre preocupación y problema. Se da a conocer el fundamento de la técnica y se realizan diversos ejercicios prácticos, fase a fase, con ejemplos propuestos por los participantes.

5ª y 6 Sesión: Reestructuración cognitiva. Se expone el fundamento teórico de la técnica del ABC destacando la relación existente entre las cogniciones, las conductas y las emociones asociadas. Realización de ejemplos prácticos, para aprender a identificar situaciones, registrar los pensamientos o interpretaciones asociadas y las conductas y estado emocional posterior. Una vez automatizada esta parte, se exponen las fases de debate o discusión de los pensamientos así como el registro de las nuevas conductas y sentimientos posteriores (DEF). Entrega de autorregistros

7ª Sesión: Habilidades sociales. Se exponen los diferentes estilos comunicacionales: agresivo, inhibido y asertivo; se dan a conocer las características de cada estilo a nivel verbal, no verbal y su relación con la conducta. Exposición teórico-práctica de las principales técnicas asertivas.

8ª Sesión: Prevención de recidivas. Despedida del grupo. Entrega y cumplimentación del protocolo de evaluación post-grupal.

Resultados

Para el análisis de los datos se ha empleado el programa estadístico Minitab® 15.1.0.0 (para Windows) realizando una comparación de medias para muestras relacionadas, pre y post tratamiento en la totalidad del grupo y por subgrupos de TA.

Como se puede valorar en Tabla 1 y Gráfico 1, teniendo en cuenta a todos los pacientes de la muestra, los pacientes presentan una mejoría global tanto de los síntomas ansiosos como depresivos según las puntuaciones de las escalas BDI y BAI, puesto que tanto el BDI previo como el BAI los pacientes obtienen una puntuación mayor que en los mismos cuestionarios post tratamiento, siendo la diferencia estadísticamente significativa (BDI $p < 0,001$; BAI $p < 0,05$).

Tabla 1. Comparación Medias T de la muestra total antes y después del grupo.

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típica</i>	<i>Media Desv Error</i>	<i>t</i>
BDI PRE	50	15,68	7,53	1,04	
BDI POST	50	12,82	7,26	1,03	
Diferencia	50	2,860	5,682	0,80	3,56***
BAI PRE	50	24,64	12,47	1,76	
BAI POST	50	21,40	13,64	1,93	
Diferencia	50	3,24	9,96	1,41	2,30*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Teniendo en cuenta estos datos, se observa una mayor mejoría de los síntomas depresivos que de los síntomas ansiosos, con lo que nos lleva a querer valorar si esta mejora se corresponde a una mayor eficacia en el tratamiento de estos síntomas en el grupo, o bien a que los pacientes presentan mayores síntomas depresivos que ansiosos.

Con este objetivo procedemos a valorar por separado a los pacientes según su diagnóstico previo por subgrupo de trastorno adaptativo: depresivo, ansioso o mixto.

En la Tabla 2 se pueden observar las medias de puntuaciones en BDI y BAI para los pacientes del subgrupo depresivo, en la Tabla 3 a los pacientes con subgrupo ansioso y en la Tabla 4 a los pacientes con subgrupo depresivo. En las cuales se observa que, el subgrupo depresivo mejora tanto los síntomas depresivos como los ansiosos (Tabla 2); el subgrupo ansioso no obtiene mejoría de sus síntomas (Tabla 3) y en subgrupo mixto únicamente obtiene mejoría en los síntomas depresivos (Tabla 4). Ver asimismo los Gráficos 2 y 3.

Tabla2. Comparación de Medias T puntuaciones Subgrupo depresión.

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típica</i>	<i>Media Desv Error</i>	<i>t</i>
BDI PRE	17	19,00	5,71	1,39	
BDI POST	17	14,18	6,97	1,69	
Diferencia	17	4,82	5,62	1,36	3,54*
BAI PRE	17	26,59	13,00	3,15	
BAI POST	17	19,06	13,37	3,24	
Diferencia	17	7,53	8,53	2,07	3,64*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabla3. Comparación de Medias T puntuaciones Subgrupo ansiedad.

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típica</i>	<i>Media Desv Error</i>	<i>t</i>
BDI PRE	17	13,47	7,61	1,85	
BDI POST	17	12,53	6,99	1,70	
Diferencia	17	0,94	6,50	1,58	0,60
BAI PRE	17	23,47	11,67	2,83	
BAI POST	17	23,47	13,80	3,35	
Diferencia	17	0,00	8,40	2,04	0,00

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabla4. Comparación de Medias T puntuaciones Subgrupo mixto.

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típica</i>	<i>Media Desv Error</i>	<i>t</i>
BDI PRE	16	14,50	7,70	1,93	
BDI POST	16	11,69	8,06	2,01	
Diferencia	16	2,81	4,26	1,07	2,64*
BAI PRE	16	23,81	13,26	3,32	
BAI POST	16	21,69	14,23	3,56	
Diferencia	16	2,13	11,71	2,93	0,73

** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

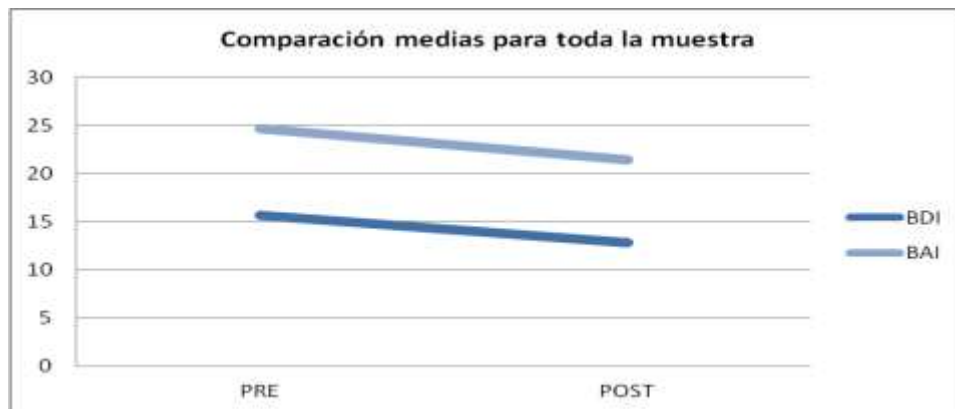


Gráfico 1. Comparación medias BDI y BAI previas y posteriores al tratamiento.

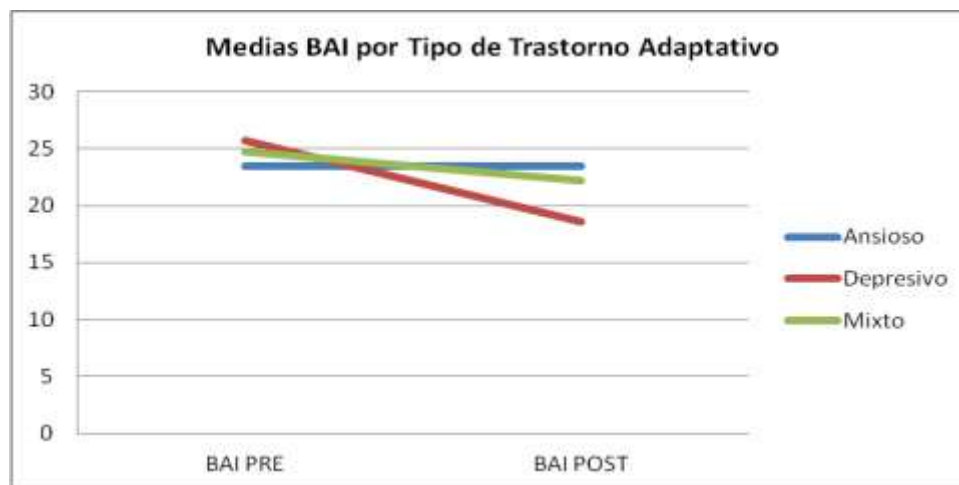


Gráfico 2. Comparación medias BAI por subgrupo de TA.

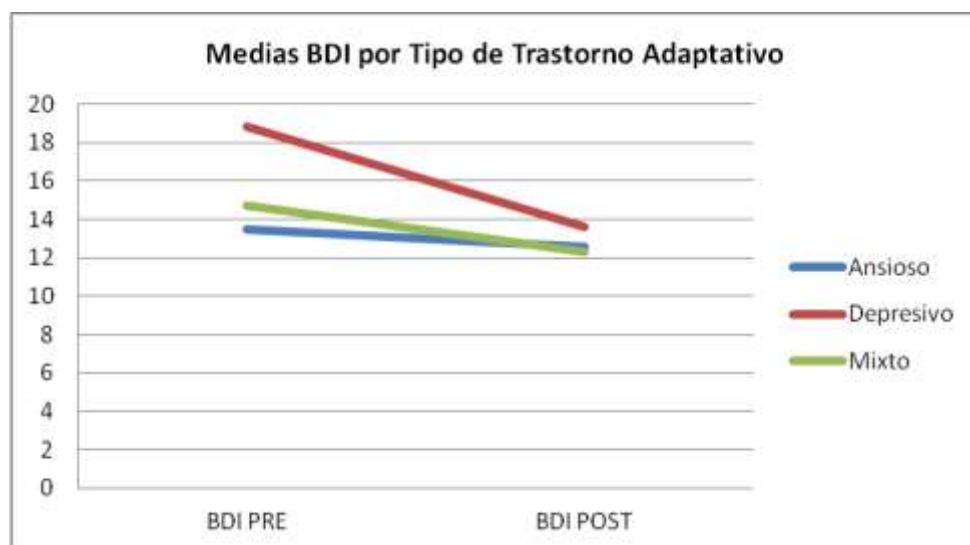


Gráfico 3. Comparación medias BDI por subgrupo TA.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos es posible afirmar que el programa es útil en reducir la intensidad de la sintomatología presentada por pacientes con TA Depresivo y consigue un beneficio parcial (reducción intensidad síntomas depresiva) en pacientes con TA Mixto. Al no obtener cambios significativos en la reducción de intensidad de la sintomatología ansiosa presentada en los grupos de TA Ansioso y TA Mixto nos debemos plantear cambios en el programa en relación a la práctica de técnicas específicas para dicho fin.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2002). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado:DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock J. y Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, O., Cenea, R. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depression: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 509-535.
- Valdés, M. y Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Van der Klink, J.L., Blonk, R.W., Schene, A. H. y van Dijk, F.J.(2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 429-437.

EFICACIA DIFERENCIAL DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y DE UNA TERAPIA BASADA EN *MINDFULNESS* PARA EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

Luis Carlos Delgado Pastor**, Alberto Amutio Kareaga***,
M^a Teresa Arroyo Narváez*, Clara Arroyo Lozano*,
M^a Isabel Peralta-Ramírez* y Humbelina Robles-Ortega*

*Universidad de Granada, España

**Universidad de Zaragoza, España

***Universidad del País Vasco, España

Resumen

Antecedentes: En respuesta a las graves consecuencias que el estrés puede generar en la salud y el bienestar, se han desarrollado diversos programas de prevención y afrontamiento de sus efectos. Aunque numerosos estudios han puesto de manifiesto la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales -TCC-, más recientemente se han ido incorporado nuevas propuestas como las técnicas basadas en *mindfulness* -TM- que cuentan con creciente apoyo empírico. El objetivo de nuestro estudio fue examinar el efecto diferencial de dos tipos de terapia sobre la prevención y control del estrés: un programa cognitivo-conductual y un programa basado en *mindfulness*. **Método:** Participaron 51 personas (edad media: 40 años; $DT = 11,7$), distribuidas en tres grupos (16 personas recibieron TCC, 16 personas recibieron TM y 19 personas grupo control). Las variables psicológicas evaluadas en dos momentos temporales (pre-tratamiento y pos-tratamiento) fueron: estrés percibido, vulnerabilidad al estrés, preocupaciones y diversa sintomatología. Los instrumentos de evaluación utilizados han sido: Escala de Estrés Percibido EEP, Inventario de Vulnerabilidad al Estrés, Cuestionario de Preocupación PSQW y Listado de Síntoma Derogatis SCL-90. El entrenamiento supuso 14 sesiones semanales de 1,5 horas. **Resultados:** Tras la aplicación del programa, se encontraron efectos significativos en interacción momentos x grupo en las variables estrés percibido, vulnerabilidad al estrés, preocupaciones, somatización, ansiedad, depresión y hostilidad, mostrando tanto el grupo TCC como el grupo TM una disminución significativa como consecuencia del tratamiento. El tamaño del efecto fue grande para ambos grupos en todas las variables significativas, aunque este tamaño fue superior en el grupo de TCC, para las variables estrés percibido ($\delta TCC = 1,63$; $\delta TM = 1,11$), ansiedad ($\delta TCC = 1,23$; $\delta TM = 1,03$) y hostilidad ($\delta TCC = 1,49$; $\delta TM = 0,95$). **Conclusión:** Este estudio muestra que ambas técnicas son eficaces para disminuir tanto la sintomatología asociada al estrés como el nivel de estrés percibido.

Palabras clave: Estrés, *mindfulness*, terapia cognitivo-conductual, estrés percibido.

DIFFERENTIAL EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL AND *MINDFULNESS* BASED THERAPY FOR MANAGEMENT STRESS

Abstract

Antecedents: In response to the serious consequences that can generate stress on health and welfare, have been developed various programs for preventing and coping with its effects. Although numerous studies have demonstrated the effectiveness of cognitive-behavioral therapy -TCC-, more recently, have been proposed and incorporated new techniques based on *mindfulness* -TM- that have growing empirical support. The aim of our study was to examine

the differential effect of two types of therapy on the prevention and control of stress: a cognitive-behavioral and mindfulness-based program. **Method:** Participants were 51 people (mean age 40 years, $SD = 11.7$), divided into three groups (16 people received CBT, 16 people received TM, and 19 control group). The psychological variables assessed at two points in time (pre-treatment and post-treatment) were perceived stress, vulnerability to stress, worries and diverse symptomatology. The assessment instruments used were: EEP Perceived Stress Scale, Inventory of Vulnerability to Stress, Worry Questionnaire PSQW and Derogatis Symptom List SCL-90. The training led to 14 weekly sessions of 1.5 hours. **Results:** After the program, significant effects were found in the variables interaction moment x group perceived stress, vulnerability to stress, worries, somatization, anxiety, depression and hostility, showing both the CBT group and TM group significantly decreased as a result of treatment. The effect size was large for both groups in all significant variables, although this size was higher in the CBT group for perceived stress variables ($\delta TCC = 1.63$; $\delta TM = 1.11$), anxiety ($\delta TCC = 1.23$; $\delta TM = 1.03$) and hostility ($\delta TCC = 1.49$; $\delta TM = 0.95$). **Conclusion:** This study shows that both techniques are effective in reducing both the symptoms associated with stress such as the level of perceived stress.

Key Words: Stress, mindfulness, cognitive-behavioral therapy, perceived stress.

Introducción

El estrés constituye uno de los problemas importantes con el que nos enfrentamos en el siglo XXI. De hecho es una de las variables más estudiadas en psicología debido a que sus consecuencias afectan tanto a nivel físico como psicológico (Ho, Neo, Chua, Check y Mak, 2010; Sapolsky, 2008). El estrés afecta directamente al bienestar personal y puede tener graves repercusiones en diversos ámbitos, como el laboral, el académico, el social y la salud, tanto física como psicológica. Y por tanto, de ahí la gran relevancia de los todos los esfuerzos que se dirijan a conocer en mayor profundidad cómo prevenir y controlar sus efectos negativos (Robles Ortega y Peralta Ramírez, 2006).

Un amplio número de estudios han puesto de manifiesto la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales –TCC- en la prevención y afrontamiento del estrés, mediante las cuales se consigue controlar tanto el estrés como otras variables asociadas a éste, tales como ansiedad, depresión (Navarrete-Navarrete et al., 2010; Peralta-Ramírez, Robles-Ortega, Navarrete-Navarrete y Jiménez-Alonso, 2009), somatizaciones u hostilidad (López, Kasanzew y López, 2007). Butler, Chapman, Forman y Beck (2006) examinaron 16 meta-análisis de los efectos de la terapia cognitivo-conductual y encontraron mejoras en una gran variedad de problemas entre los que destacaban depresión, ansiedad generalizada y estrés post-traumático.

Más recientemente se han ido incorporado nuevas propuestas alternativas entre las que destacan las llamadas terapias de tercera generación, particularmente las orientadas en *mindfulness*, que cuentan con creciente apoyo empírico en el campo del estrés (Delgado et al., 2010). Precisamente es el programa de reducción del estrés basado en *mindfulness* (*Mindfulness-Based Stress Reduction*; MBSR; Kabat-Zinn 1982) uno de los precursores fundamentales del auge actual de las intervenciones basadas en *mindfulness* en la psicología clínica. Existen estudios de múltiples y diversas aplicaciones de este programa que avalan su eficacia en diversos contextos (Chiesa et al., 2009; Fjorback et al., 2011), pero para nuestro conocimiento apenas existen estudios

con comparaciones controladas de este programa con el tratamiento cognitivo conductual.

El objetivo de nuestro estudio fue examinar el efecto diferencial de dos tipos de terapia sobre la prevención y control del estrés: un programa cognitivo-conductual ya consolidado y un programa basado en técnicas de *mindfulness*.

Método

Participantes

Participaron 51 personas (edad media: 40 años; $DT = 11,7$) del ámbito universitario (personal docente e investigador -PDI- y personal de administración y servicios -PAS-) con alto estrés percibido, distribuidas en tres grupos, 16 participantes en el grupo de tratamiento con terapia cognitivo-conductual (TCC), 16 en el grupo de tratamiento con técnicas de *mindfulness* (TM) y 19 participantes en el grupo control (no recibieron tratamiento) (GC). Los tres grupos fueron igualados en variables sociodemográficas.

Materiales e instrumentos:

Las variables psicológicas consideradas, evaluadas en dos momentos temporales (pre-tratamiento y pos-tratamiento), han sido las siguientes: estrés percibido, vulnerabilidad al estrés, preocupaciones y sintomatología psicopatológica.

Los instrumentos de evaluación utilizados han sido los siguientes:

- Escala de Estrés Percibido EEP (de Cohen, Kamarak y Mermeistein, 1983) adaptada y validada por Remor y Carrobes (2001): Esta versión -14 ítems- demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna 0,81 y test-retest 0,73), validez concurrente, y sensibilidad (Remor, 2006).
- Inventario de Vulnerabilidad al Estrés, (Vulnerability to the Stress Inventory, de Beech, Burns y Sheffield, 1986). Este instrumento -de 22 ítems- presenta una alta consistencia interna ($\alpha = 0,87$) y una alta validez convergente con el Inventario de Ansiedad-Rasgo (STAI-R) ($r = 0,595$), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) ($r = 0,647$), la Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R) ($r = 0,613$) y la Escala de Experiencias Vitales Recientes (SRLE) ($r = 0,496$).
- Inventario de Preocupación de Pensilvania PSQW (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990): El trabajo inicial de validación realizado por Meyer et al. (1990) en una muestra de estudiantes, encuentra una consistencia interna de 0,93-0,94; el trabajo posterior llevado a cabo por Brown, Antony y Barlow (1992) con pacientes con trastornos de ansiedad, obtuvo una consistencia interna de 0,95; la estabilidad temporal obtenida con el test-retest oscila, en varios estudios, entre 0,74 y 0,92. La correlación con el STAI (rasgo), es de 0,64, y con el BDI, de 0,36 (Meyer et al., 1990).
- Inventario de Síntoma Derogatis SCL-90-R. Se administró la versión española de De las Cuevas, González de Rivera, Henry y Gracia, (1991). Este auto-informe -compuesto por 90 ítems-, evalúa nueve dimensiones primarias de malestar psicológico. Presenta de una fiabilidad y validez satisfactorias, siendo la consistencia interna para cada una de las sub-escalas es la siguiente: somatización, 0,90; obsesivo-compulsivo, 0,85; sensibilidad interpersonal, 0,85;

depresión, 0,91; ansiedad, 0,86; hostilidad, 0,83; ansiedad fóbica, 0,90; síntomas paranoides, 0,64; síntomas psicóticos, 0,86).

Procedimiento

Se ha utilizado un diseño 3x2. Un primer factor de grupos independientes, con tres niveles (grupo tratamiento TCC, grupo de tratamiento TM y grupo control) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con dos niveles (momento basal y momento post-terapia).

El proceso de reclutamiento que se siguió con los grupos experimentales fue el siguiente. A través la Clínica de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, se ofertó un programa para el control del estrés a todos los miembros de la Universidad (profesores, alumnos y PAS). Se citaron a todas aquellas personas que habían solicitado participar en el programa realizándoles una entrevista inicial individual, en la que se valoró su nivel de estrés y si reunían los criterios de inclusión para formar parte del estudio. Los criterios de inclusión fueron presentar altos niveles de estrés (medido a través de la escala EEP). La asignación de los sujetos a los dos grupos que recibieron tratamiento, se realizó aleatoriamente. La selección de personas que componían el grupo de control se realizó mediante el procedimiento de bola de nieve (cada participante de los grupos de tratamiento localizaron en su entorno a otra persona con similares características y que presentaran altos niveles de estrés).

Los participantes que recibieron tratamiento asistieron alternativamente a un programa cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés (Robles Ortega y Peralta Ramírez, 2006) o un programa basado en *mindfulness* (Delgado et al., 2010) durante 14 sesiones semanales y grupales de 1,5 horas de duración.

En la terapia de tipo cognitivo-conductual se trabajaron los siguientes contenidos: 1) Conceptualización del estrés. 2) Técnicas de desactivación. 3) Técnicas cognitivas: Reestructuración cognitiva. 4) Otras técnicas cognitivas: Autoinstrucciones, y Parada del Pensamiento. 5) Habilidades Sociales: Comportamiento asertivo. Derechos asertivos básicos; cómo decir no, y pedir un cambio de conducta. 6) Administración y control del tiempo. 7) Control de la ira/hostilidad. 8) Humor y optimismo.

En la terapia basada en *mindfulness* se trabajaron los siguientes contenidos: 1) Conceptualización. 2) Claves *mindfulness*. 3) Prácticas de meditación: respiración, foco sensaciones, foco sentidos y movimientos. 4) Regulación emocional *mindful*: metacognición y metainterocepción. 5) Reappraisal *mindful*. 6) Visión *mindful* relaciones. 7) Autoestima *mindful*. 8) Cultivo cualidades positivas

Al finalizar el programa, se volvió a evaluar a cada miembro del grupo en las mismas variables psicológicas.

Resultados

Tras la aplicación del programa, se encontró un efecto significativo de interacción momentosxgrupo en las variables estrés percibido [$F_{(2,48)} = 11,49$; $p < 0,001$], vulnerabilidad al estrés [$F_{(2,48)} = 6,29$; $p < 0,004$], preocupaciones [$F_{(2,48)} = 11,68$; $p < 0,000$], somatización [$F_{(2,48)} = 6,71$; $p < 0,003$], ansiedad [$F_{(2,48)} = 10,69$; $p < 0,000$], depresión [$F_{(2,48)} = 4,52$; $p < 0,016$] y hostilidad [$F_{(2,48)} = 9,39$; $p < 0,000$], mostrando tanto el grupo TCC como el grupo TM una disminución significativa como consecuencia del tratamiento respecto al grupo control. El tamaño del efecto fue alto para ambos grupos en todas las variables significativas, aunque este tamaño fue superior

en el grupo de TCC, para las variables estrés percibido (δ TCC= 1,63; δ TM= 1,11), ansiedad (δ TCC= 1,23; δ TM= 1,03) y hostilidad (δ TCC = 1,49; δ TM = 0,95) (ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Media (ME), desviación típica (DT), prueba *F*, nivel de significación y tamaño del efecto de las escalas de Estrés Percibido (EEP), Preocupaciones (PSWQ) y Vulnerabilidad al Estrés en los grupos tratamiento (TCC y TM) y control en ambos momentos temporales (pretratamiento y postratamiento).

<i>Escalas</i>	<i>Grupos</i>	<i>Pretratamien</i> <i>ME (DT)</i>	<i>Postratamien</i> <i>ME DT)</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Tamaño</i> <i>efecto</i>
ESTRES PERCIBIDO	G.TCC	33,06 (8,08)	20,25 (7.67)	11,49	0,001	1.63
	G.TM	32,06 (7,01)	22,69 (9.88)			1.11
	GC	24,53 (8,98)	23,68 (8.94)			0,095
VULNERAL ESTRES	G.TCC	13,69 (4,49)	8,06 (5,39)	6,29	0,004	1,14
	G.TM	12,25 (3,77)	7,06 (5,13)			1,17
	GC	8,26 (5,91)	7,37 (5,92)			0,13
PSWQ	G.TCC	67,44 (6,61)	55,75 (8,82)	11,68	0,000	1,51
	G.TM	63,87 (6,76)	52,81 (9,07)			1,40
	GC	54,37 (9,53)	55,11 (10,27)			-0,08

Tabla 2. Media (ME), desviación típica (DT), prueba *F*, nivel de significación y tamaño del efecto en las distintas escalas del SCL-90-R en los grupos tratamiento (TCC y TM) y control en ambos momentos temporales (pretratamiento y postratamiento).

<i>Escalas</i>	<i>Grupos</i>	<i>Pretratamiento</i> <i>ME (DT)</i>	<i>Postratamiento</i> <i>ME (DT)</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Tamaño</i> <i>efecto</i>
SCL-90 SOMATIZAC	G.TCC	73,63 (19,84)	55,44 (28,68)	6,71	0,003	0,75
	G.TM	71,81 (19,56)	51,19 (32,26)			0,8
	GC	56,63 (19,79)	59,00 (22,60)			-0.11
SCL-90 ANSIEDAD	G.TCC	81,00 (16,53)	57,50 (21,72)	10,69	0,000	1.23
	G.TM	78,38 (22,60)	49,44 (33,59)			1.03
	GC	54,84 (21,68)	55,66 (25,87)			-0.03
SCL-90 DEPRESION	G.TCC	76,63 (22,05)	50,00 (29,23)	4,52	0,016	1,04
	G.TM	85,63 (19,29)	58,50 (31,88)			1,06
	GC	59,74 (25,07)	53,39 (29,45)			0,23
SCL-90 OBSESIONES	G.TCC	76,56 (25,17)	59,56 (22,14)		n.s.	
	G.TM	86,06 (15,29)	69,63 (28,03)			
	GC	65,63 (20,09)	57,11 (25,59)			
SCL-90 SENSIBILIDAD INTERPER	G.TCC	86,50 (19,16)	86,50 (19,16)		n.s.	
	G.TM	88,44 (16,37)	88,44 (16,37)			
	GC	66,68 (22,35)	66,68 (22,35)			
SCL-90	G.TCC	73,13 (19,11)	48,00 (14,54)			1,49

HOSTILIDAD	G.TM	71,19 (26,07)	42,19 (35,08)	9,39	.000	0,95
	GC	52,95 (17,54)	53,26 (21,16)			-0,02
	G.TCC	50,75 (39,98)	40,56 (28,36)			
SCL-90 FOBIA	G.TM	45,19 (46,87)	39,63 (42,70)		n.s.	
	GC	41,21 (31,81)	48,08 (32,80)			
	G.TCC	76,19 (16,79)	61,50 (23,18)			
SCL-90 PARANOIDE	G.TM	81,19 (24,18)	61,88 (31,66)		n.s.	
	GC	59,89 (13,52)	57,37 (21,84)			
	G.TCC	78,56(20,99)	61,38 (25,05)			
SCL-90 PSICOTICISM	G.TM	88,31 (11,84)	60,13 (40,16)		n.s.	
	GC	57,47 (27,92)	55,83 (27,65)			
	G.TCC	41,50 (8,88)	31,70 (15,29)			
SCL-90 IGS	G.TM	19,88 (11,86)	11,88 (11,81)		n.s.	
	GC	29,68 (17,26)	26,13 (16,34)			
	G.TCC	70,06 (17,44)	57,60 (21,43)			
SCL-90 PSDI	G.TM	89,44 (9,87)	62,06 (31,92)		n.s.	
	GC	54,56 (14,44)	46,00 (21,90)			
	G.TCC	73,13 (22,51)	44,40 (21,29)			
SCL-90 SP	G.TM	65,88 (25,97)	48,06 (28,53)		n.s.	
	GC	56,32 (29,31)	46,56 (30,37)			

Discusión

Los resultados anteriores indican que ambas técnicas son eficaces para disminuir tanto la sintomatología asociada al estrés (niveles de ansiedad, depresión, hostilidad, somatización, preocupaciones) como el nivel de estrés percibido y la vulnerabilidad al estrés. Asimismo, el tamaño del efecto, se puede considerar alto en ambos tratamientos para todas las variables donde se ha producido cambio como consecuencia del entrenamiento. Sin embargo, en las variables de estrés percibido, hostilidad y ansiedad se observa un tamaño del efecto relativamente mayor en el grupo que ha recibido TCC, lo que puede indicar cierta superioridad de este tratamiento al menos en relación al cambio referido a estas tres variables.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio por un lado aportan cierta evidencia que puede ayudar a superar la carencia de estudios bien diseñados sobre los efectos de intervenciones basadas en *mindfulness* en el contexto de la reducción del estrés en personas sanas (Chiesa y Serretti, 2009) y mismo tiempo añaden apoyo empírico a programas cognitivos conductuales ya consolidados (Butler, et al., 2006; Navarrete-Navarrete et al., 2009; Peralta-Ramírez, et al., 2009).

Sin embargo, hemos de reconocer diversas limitaciones en nuestro estudio como la incompleta aleatorización de los participantes a los tres grupos, la ausencia de seguimiento o el relativamente pequeño tamaño de la muestra. Con respecto a líneas de investigación futura sería interesante, además de superar las limitaciones mencionadas, incorporar medidas psicofisiológicas que aportaran datos objetivos de regulación autonómica o incluir un diseño que permitiera estudiar posibles complementariedades

sinérgicas entre el tratamiento cognitivo conductual y las técnicas basadas en mindfulness.

Referencias

- Beech, H. R., Burns, L.E. y Sheffield, B. F. (1986) *Tratamiento del estrés. Un enfoque comportamental*. Madrid: Ed. Alhambra.
- Butler A. C., Chapman J. E., Forman E. M. y Beck A.T. (2006) The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of metaanalyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction for Stress Management in Healthy People: A Review and Meta-Analysis. *The Journal of alternative and complementary medicine*, 5, 593-600.
- Cohen, S., Kamarck T. y Mermelstein R. (1983) A global measure of perceived stress. *Journal Health Social Behaviour*, 24, 385-396.
- De Las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., Henry, M. y Gracia, R. (1991) Análisis Factorial de la Versión Española del SCL-90-R en la Población General. *Anales de Psiquiatría*, 7, 93-96.
- Delgado, L. C., Guerra, P., Perakakis, P., Viedma del Jesús, M. I., Robles, H. y Vila, J. (2010). Eficacia de un programa de entrenamiento en Mindfulness y valores humanos como herramienta de regulación emocional y prevención del estrés. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 18, 511-532.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist 90. Administration scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems Inc.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbol, E., Fink, P. y Walach, H. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy –a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 102-119.
- Ho, R. C., Neo, L. F., Chua, A. N., Cheak, A. A. y Mak, A. (2010). Research on psychoneuroimmunology: does stress influence immunity and cause coronary artery disease? *Annals Academic Medicine Singapore*, 39, 191-196.
- López, A. F., Kasanzew, A. y López, M. B. (2007). Efectos terapéuticos positivos a través del aumento del optimismo. *Ciencias Psicológicas*, 1, 179-188.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Navarrete-Navarrete, N., Peralta-Ramírez, M. I., Sabio-Sánchez, J. M., Coín, M. A., Robles-Ortega, H., Hidalgo-Tenorio, C., Ortego-Centeno, N., Callejas-Rubio, J. L. y Jiménez-Alonso, J. (2010). Effects of the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: a randomized controlled trial. *Psychosomatics and Psychotherapy*, 79, 107-115.
- Peralta-Ramírez, M. I., Robles-Ortega, H., Navarrete-Navarrete, N. y Jiménez-Alonso, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento al estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud Mental*, 32, 251-258.
- Remor, E. y Carrobbles, J. A. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra de VIH+. *Ansiedad y estrés*, 7, 195-201.
- Robles Ortega, H. y Peralta Ramírez, M. I. (2006) *Programa para el control del estrés*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sapolsky, R. M. (2008). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés*. Madrid: Alianza Editorial.

EFICACIA DE UN ENTRENAMIENTO BASADO EN *MINDFULNESS* FOCALIZADO EN LA RE-EVALUACIÓN *MINDFUL*

Luis Carlos Delgado-Pastor**, Manuela Fernández*, Carmen Goicoechea*,
José Luis Mata*, Alberto Acosta* y Jaime Vila*

*Universidad de Granada, España

**Universidad de Zaragoza, España

Resumen

Antecedentes: En la última década ha aparecido un creciente interés en *mindfulness*, con un número cada vez mayor de psicólogos clínicos implicados en aprender técnicas de *mindfulness* para integrarlas en su trabajo terapéutico. Sin embargo, aún permanecen sin responder muchas preguntas sobre los mecanismos subyacentes a las intervenciones basadas en *mindfulness*. Recientemente, se ha informado de la superioridad del componente interoceptivo frente al cognitivo de *mindfulness* en el contexto de la preocupación crónica. El objetivo de nuestro estudio fue probar si esta superioridad era extrapolable al contexto de la regulación emocional a través de la re-evaluación basada en *mindfulness*. **Método:** Participaron 30 estudiantes universitarios divididos en dos grupos: cognitivo e interoceptivo. El procedimiento de evaluación tuvo lugar antes y después de la intervención e incluyó las siguientes medidas de autoinforme: (a) *Beck Depression Inventory* (BDI); (b) *Trait scale of the State-Trait Anxiety Inventory* (STAI); (c) *Positive Affect Schedule* (PANAS); (d) *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) y (e) *Frieburg Mindfulness Inventory* (FMI). Además, se registraron variables fisiológicas del sistema nervioso autónomo durante siete periodos: (a) línea de base inicial, (b1) evocación de una escena emocional personalizada, (b2) re-evaluación de la escena y (b3) recuperación de la escena, y (c1) evocación de una escena emocional estándar (c2), re-evaluación de la escena y (c3) recuperación de la escena. Además, se añadió un ensayo de respuesta cardiaca de defensa en la evaluación post-intervención. **Resultados:** ambos grupos mostraron mejoras significativas en algunas medidas subjetivas. Sin embargo, el grupo interoceptivo mostró mejores índices de regulación autonómica respecto al grupo cognitivo. **Conclusión:** a pesar de las diversas limitaciones, los resultados apoyan el punto de vista de que la focalización en las sensaciones interoceptivas puede ser el componente clave que explique los efectos beneficiosos de *mindfulness* en la regulación autonómica y emocional.

Palabras Clave: *Mindfulness*, re-evaluación, conductancia dérmica, tasa cardiaca, regulación emocional.

EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS TRAINING FOCUSED ON MINDFUL REAPPRAISAL

Abstract

Antecedents: In the last decade there has been increased interest in *mindfulness*, with a growing number of clinicians involved in learning the techniques of *mindfulness* and to integrate them into their therapeutic work. However, there are many unanswered questions about the mechanisms underlying *mindfulness*-based interventions. Recently, the superiority of interoceptive versus cognitive component has been demonstrated in people with chronic worry. The aim of our study was test if this superiority can be extrapolated to the context of emotional regulation based on *mindfulness* reappraisal. **Method:** Participants were 30 university students

split into two groups: cognitive group and interoceptive group. The assessment procedure, before and after the intervention, included the following questionnaires: (a) *Beck Depression Inventory* (BDI), (b) *Trait scale of the State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), (c) *Positive Affect Schedule* (PANAS), (d) *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) and (e) *Frieburg Mindfulness Inventory* (FMI). In addition, autonomic measures were recorded during seven periods: (a) baseline, (b1) personalized emotional scene evocation, (b2) reappraisal of the scene and (b3) recuperation from the scene, and (c1) standard emotional scene evocation, (c2) reappraisal of the scene, and (c3) recuperation from the scene. In addition, a trial of the cardiac defense response was added in the post-intervention evaluation. **Results:** both training groups showed significant improvement after intervention in some self-report measures. However, the interoceptive group displayed better indices of autonomic control than the cognitive group. **Conclusion:** spite of diverse limitations these results support the view that focusing on interoceptive sensations is perhaps the key component explaining the beneficial effects of mindfulness on autonomic and emotional regulation.

Keywords: Mindfulness, reappraisal, skin conductance, heart rate, emotional regulation.

Introducción

En los últimos años las aplicaciones de las habilidades *mindfulness* –atención o conciencia plena- han despertado un inusitado interés en la psicología contemporánea, que no ha estado exento de cierta crítica y controversia en relación a su validez científica. En la praxis de la psicología clínica actual, han tenido especial resonancia ciertos programas o terapias, basados u orientados en *mindfulness*, que se han denominado de tercera generación, algunos de los cuales cuentan con el respaldo de cierta evidencia empírica. En su mayoría, se caracterizan por integrar elementos cognitivos o conductuales con elementos de atención o conciencia plena. Llama la atención el amplio abanico de aplicaciones de este enfoque, que abarca desde los trastornos de ansiedad hasta la prevención de recaídas en depresión, en adicciones, o el afrontamiento del dolor crónico, por citar solo algunos ejemplos. Como constructo psicológico, *mindfulness* ha sido formulado en base a dos componentes primordiales, el primero, la regulación de la atención con el propósito de mantener su foco en la experiencia presente y, el segundo, una actitud de curiosidad, apertura y aceptación de esa experiencia (Bishop et al., 2004). A lo largo de la última década, distintos autores se han preguntado por los mecanismos de actuación de las intervenciones basadas en *mindfulness* –IBM-, sugiriendo diversos modos de actuación. Entre ellos, recientemente Hözel et al. (2011) han intentado explicar los posibles mecanismos neurales que podrían subyacer a las IBM, para abordar su análisis han distinguido entre una serie de componentes de *mindfulness*: auto-regulación de la atención, conciencia corporal, regulación emocional -incluyendo re-evaluación –*reappraisal*- y exposición/extinción- y cambio en la perspectiva del *Self*.

La gran diversidad de las aplicaciones de las IBM, antes aludida, podría explicarse en base a la múltiple y versátil utilidad clínica del aprendizaje de dos de sus aspectos nucleares: las claves de auto-regulación emocional y las habilidades meta-cognitivas. Precisamente, uno de los componentes de *mindfulness* que se encuentra comprendido entre ambos aspectos es el componente de re-evaluación, antes mencionado. Es conveniente hacer notar que *mindfulness* se ha definido como una conciencia centrada en el presente, no elaborativa y no enjuiciadora, en la cual cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y

aceptado tal como es (Kabat-Zinn, 1990), y por consiguiente, se podría argumentar que la práctica de las habilidades *mindfulness* es ajena a un proceso intencional de control cognitivo como el que supone la elaboración de una re-evaluación cognitiva. Sin embargo, en contraposición, algunos autores (Garland, Gaylord y Park, 2011) han propuesto un modelo de re-evaluación positiva implícito en la práctica de *mindfulness*. Según este modelo, después de la consabida evaluación cognitiva primaria y secundaria del estímulo estresor (Lazarus y Folkman, 1984), las habilidades *mindfulness* promoverían una ampliación del foco de atención que permitiría un des-centramiento del proceso automático de evaluación y facilitaría la elaboración de una re-evaluación positiva, que a su vez generaría emociones positivas y una reducción de la respuesta de *distrés*. Podríamos sugerir que la re-evaluación basada en *mindfulness* diferiría de la re-evaluación cognitiva clásica, en el sentido de que la primera se vincularía más a un nivel de proceso asociado a un *insight* metacognitivo, darse cuenta del propio funcionamiento cognitivo, mientras que la segunda, permanecería más asociada a un nivel de contenido. Por otra parte, estudios previos (Delgado et al, 2012) han disociado los componentes cognitivos e interoceptivos de *mindfulness* en el contexto de la preocupación crónica, comprobando la superioridad de los elementos interoceptivos frente a los cognitivos en relación a los cambios en la regulación autonómica. Esta superioridad se podría explicar en base a la relevancia de la toma de conciencia de las sensaciones somáticas como elementos mediadores subyacentes a la evaluación automática de la detección de contingencias o amenazas del entorno. En este sentido, parece razonable extender dicha relevancia meta-interoceptiva al propio proceso de re-evaluación.

Considerando estos antecedentes, nuestro estudio se planteó dos objetivos fundamentales. Por un lado, comprobar la posible eficacia de un entrenamiento breve basado en *mindfulness* focalizado en el componente de re-evaluación *mindful*, y por otro, explorar si dicha eficacia podría estar modulada por la disociación del entrenamiento en componentes cognitivos e interoceptivos.

Método

Participantes

Participaron de forma voluntaria 30 estudiantes universitarios con una media de 23,13 años ($DT = 4,78$). Ningún participante se encontraba en tratamiento psicológico ni farmacológico, ni tenía problemas cardiovasculares.

Materiales e instrumentos

Se utilizaron las siguientes medidas de autoinforme:

- (a) *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; consistencia interna entre 0,83 y 0,90; fiabilidad test-retest entre 0,60 y 0,72);
- (b) *Positive Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; consistencia interna entre 0,87 y 0,91);
- (c) *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990; consistencia interna 0,95; estabilidad temporal entre 0,74 y 0,92);
- (d) *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-R; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; alta consistencia interna para muestras tanto normales como clínicas -0,82 y 0,92 respectivamente-); y

(e) *Frieberg Mindfulness Inventory* (FMI; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht y Schmidt, 2006; alfa de Cronbach 0,93).

Las principales medidas fisiológicas analizadas fueron: (a) Tasa Cardíaca, (b) Conductancia Dérmica y (c) Tasa Respiratoria. Su registro se realizó mediante un polígrafo *Biopac*, modelo MEC-110C, controlado mediante el programa *Acknowledge*.

Procedimiento

Antes y después de la intervención se realizó una evaluación psicológica y fisiológica de los participantes. La secuencia del test psicofisiológico constó de los siguientes periodos cada uno de ellos de 2,5 minutos de duración: (a) línea de base inicial, (b1) evocación de una escena emocional personalizada (b2) re-evaluación de la escena y (b3) recuperación de la escena, y (c1) evocación de una escena emocional estándar (c2) re-evaluación de la escena (c3) recuperación de la escena. Además, en la prueba psicofisiológica de la evaluación post-intervención se añadió al final de la secuencia antes citada, un ensayo de respuesta cardiaca de defensa (Vila y Fernández, 1989).

Diseño

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos que recibieron alternativamente un entrenamiento basado en el componente cognitivo de *mindfulness* versus un entrenamiento basado en el componente interoceptivo de *mindfulness*, centrados ambos en el aspecto de la re-evaluación *mindful* antes comentada. Ambos entrenamientos consistieron en una sesión semanal de 2 horas, durante 2 semanas -incluyendo una propuesta de tarea para casa y para la cotidianidad-. En ambos entrenamientos se explicaron conceptualmente los fundamentos de *mindfulness* y la re-evaluación *mindful*, y se entrenó la técnica meditación tipo *mindfulness*, con la diferencia de que en el entrenamiento focalizado en el componente cognitivo se puso el foco en el componente meta-cognitivo mientras que en el entrenamiento focalizado en las sensaciones se puso el foco en el componente meta-interoceptivo.

Resultados

Medidas de auto-informe

Ambos grupos mejoraron de forma significativa sus niveles de ansiedad ($F_{(1,28)} = 4,33$; $p < 0,05$), depresión ($F_{(1,28)} = 10,34$; $p < 0,01$) y *mindfulness* ($F_{(1,27)} = 4,99$; $p < 0,05$), y de forma marginalmente significativa su nivel de preocupación ($F_{(1,28)} = 3,24$; $p < 0,084$), al pasar de las medidas pre a las post-intervención (ver Tabla 1). Sin embargo, hubo tendencias marginalmente significativas a que el grupo entrenado en el componente interoceptivo obtuviera mejores resultados en afecto positivo ($F_{(1,28)} = 3,47$; $p < 0,073$). Este mismo grupo también obtuvo mejores resultados en ansiedad, preocupación y *mindfulness*, tal como puede verse en la tabla 1, pero las diferencias no llegaron a ser significativas -ansiedad ($F_{(1,28)} = 2,21$; $p < 0,15$), preocupación ($F_{(1,28)} = 2,60$; $p < 0,12$) y *mindfulness* ($F_{(1,27)} = 1,45$; $p < 0,24$)-.

Tabla 1. Puntuaciones medias (desviaciones típicas) de los participantes en las medidas de auto-informe en función del grupo de intervención y el momento de evaluación.

EVALUACION		PSWQ	BDI	STAI	FMI	PANAS -P-
Grupo Mindfulness Cognitivo	PRE	53,3 (9,8)	5,5 (5,2)	19,9 (9,2)	35,8 (6,8)	32,3 (7,0)
	POST	53,1 (9,7)	3,9 (5,8)	19,3 (9,3)	37,0 (5,8)	30,8 (7,2)
Grupo Mindfulness Interoceptivo	PRE	52,7 (15,8)	6,5 (6,3)	23,3 (12,0)	34,6 (7,8)	32,1 (5,1)
	POST	49,1 (14,0)	4,9 (5,1)	20,1 (12,6)	38,6 (6,3)	33,4 (5,5)

Medidas fisiológicas

El resultado del análisis de varianza (ANOVA) 2 (Grupos) x 2 (Momento Evaluación) x 7 (Periodos prueba psicofisiológica) mostró diferencias significativas en el factor periodos para las variables de la tasa respiratoria ($F_{(6,23)} = 3,17; p < 0,02$), tasa cardiaca ($F_{(6,23)} = 5,02; p < 0,002$) y conductancia dérmica ($F_{(6,23)} = 4,90; p < 0,002$), de forma que en general se aprecia una mayor activación en los dos periodos de evocación emocional frente al resto de los periodos (ver Figuras 1-4).

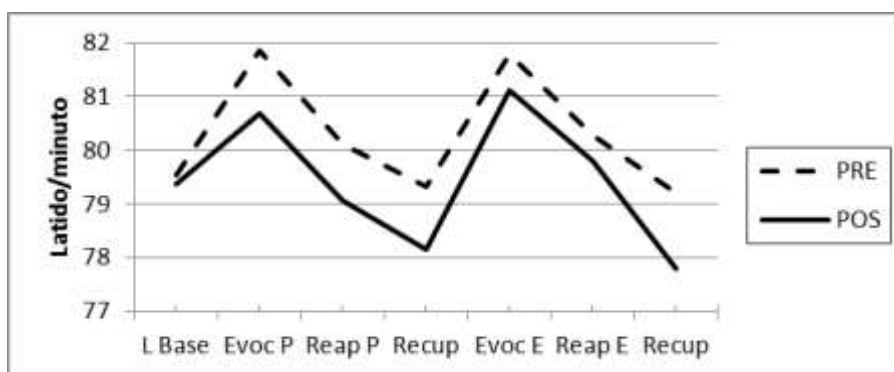


Figura 1. Tasa cardiaca del grupo interoceptivo durante la prueba psicofisiológica.

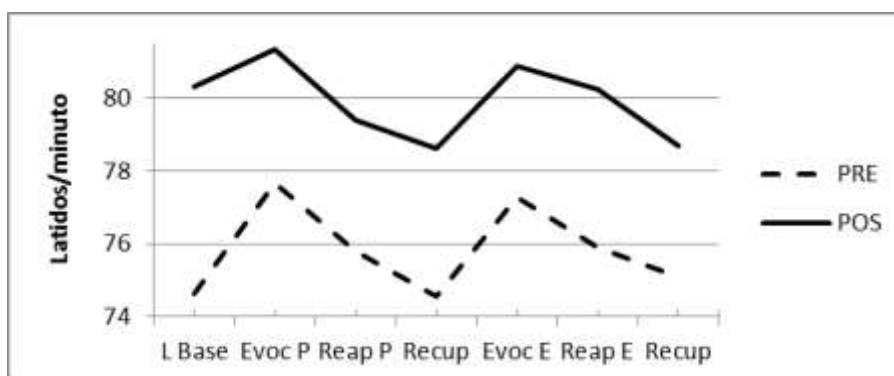


Figura 2. Tasa cardiaca del grupo Cognitivo durante la prueba psicofisiológica.

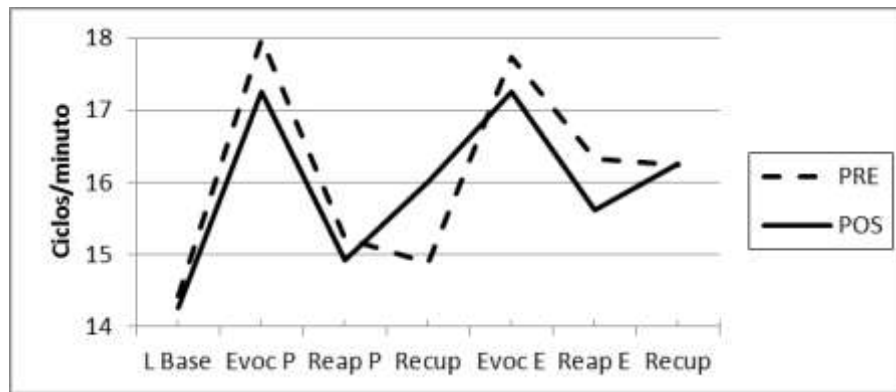


Figura 3. Tasa respiratoria del grupo interoceptivo durante la prueba psicofisiológica.

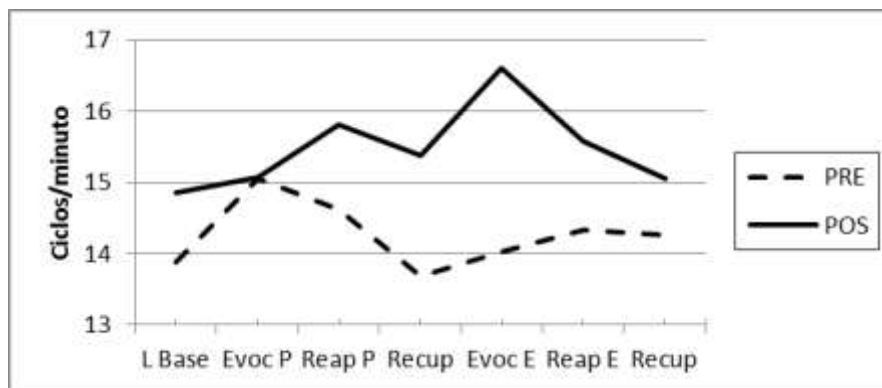


Figura 4. Tasa respiratoria del grupo cognitivo durante la prueba psicofisiológica.

Además, se apreció un efecto significativo de la interacción Grupo x Momentos de Evaluación para la variable conductancia ($F_{(1,28)} = 6,90$; $p < 0,015$) y tasa respiratoria ($F_{(1,28)} = 6,89$; $p < 0,015$), de forma que el grupo interoceptivo disminuye ambas variables al pasar de la evaluación pre a la post-intervención, al contrario del grupo cognitivo que sufre un incremento en las mismas (ver Figuras 3, 4 y 5).

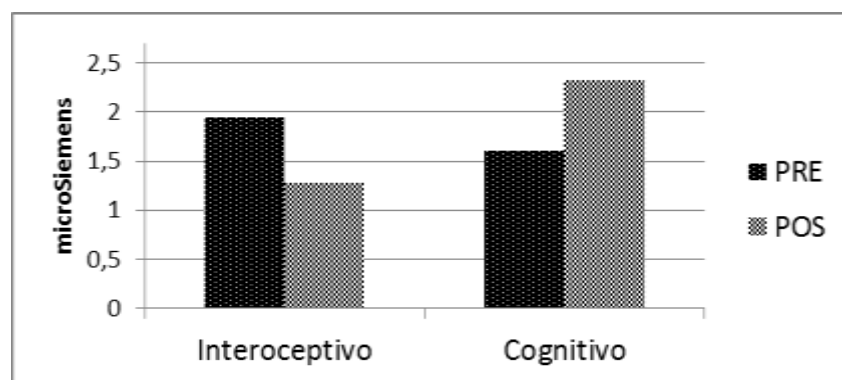


Figura 5. Conductancia dérmica en ambos grupos.

Por otra parte, la respuesta cardíaca de defensa realizada después del entrenamiento se muestra en las Figuras 6 y 7. Aunque el ANOVA 2(Grupos) x 10

(Medianas) para la variable de la tasa cardiaca no mostró diferencias significativas, es posible apreciar una mayor deceleración en la mediana 3 para el grupo interoceptivo respecto al grupo cognitivo ($p < 0,178$). En este mismo análisis apareció un efecto marginalmente significativo en la interacción Grupo x Medianas ($F_{(9,20)} = 2,01$; $p < 0,095$) para la variable conductancia, de modo que el grupo interoceptivo disminuye antes su respuesta a partir de la segunda mediana en relación al grupo cognitivo.

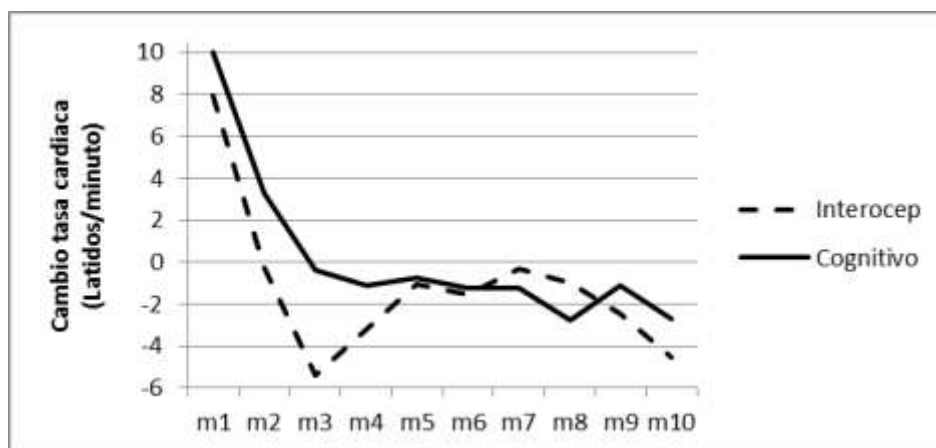


Figura 6. Tasa cardiaca en el ensayo de respuesta cardiaca de defensa.

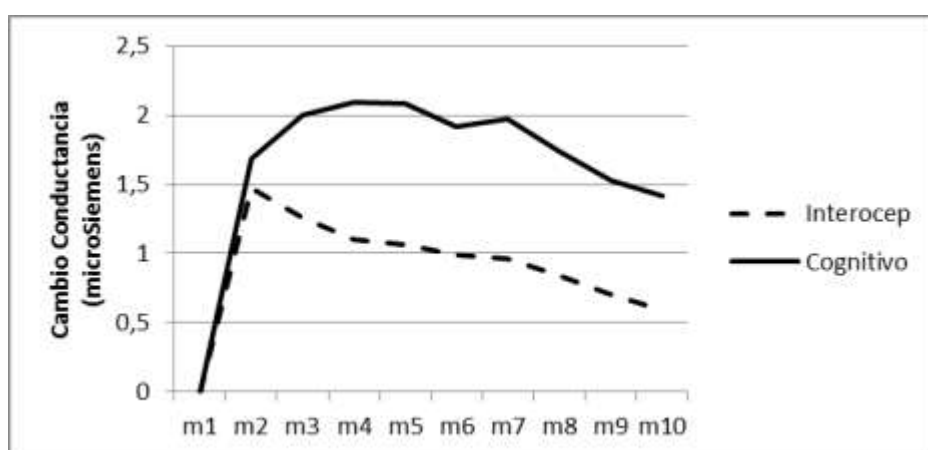


Figura 7. Conducta dérmica en el ensayo de respuesta cardiaca de defensa.

Discusión

En relación a las medidas subjetivas, los resultados anteriormente comentados apenas muestran una tendencia a una ligera superioridad del grupo entrenado en aspectos interoceptivos frente al grupo que recibió el entrenamiento en aspectos cognitivos, en índices de preocupación, ansiedad, afecto positivo o nivel de *mindfulness*. Sin embargo, al considerar los índices psicofisiológicos se hace más notable la superioridad de los resultados alcanzados por el grupo entrenado con el foco interoceptivo. Especialmente, en la conductancia dérmica y en la tasa respiratoria se aprecia un efecto de interacción, de manera que el grupo interoceptivo disminuye su conductancia y tasa respiratoria como consecuencia del entrenamiento en contraste con

el grupo cognitivo. Estos resultados, se podrían interpretar como una disminución de la activación del sistema nervioso autónomo en el contexto de la prueba psicofisiológica. También, es posible apreciar una tendencia análoga de la tasa cardiaca en la misma dirección, aunque no existen diferencias significativas entre los grupos. Además, los anteriores resultados son congruentes con los obtenidos en el ensayo de defensa cardiaca, realizado en la evaluación post, donde se aprecia una tendencia a una menor reactividad del sistema nervioso simpático asociada a una deceleración más rápida de su respuesta en la conductancia dérmica ante la aparición de un estresor intenso. También, podemos observar que en la mediana 3 el grupo interoceptivo decelera más su tasa cardiaca en relación al grupo cognitivo, aunque estadísticamente no existen diferencias, esta tendencia podría apuntar a una mejor regulación del sistema nervioso autónomo.

Estos resultados obtenidos en el contexto de la re-evaluación basada en *mindfulness* para una población normal, son congruentes con los hallazgos previos obtenidos en el contexto de la preocupación crónica (Delgado, Ciria, Blanca, Mata y Vila, 2012), donde también un entrenamiento basado en el componente interoceptivo de *mindfulness* mostró superioridad en los correlatos psicofisiológicos asociados a una mejor regulación autonómica respecto al entrenamiento cognitivo.

Sin embargo, los resultados anteriormente citados deben ser interpretados con cautela, por las diversas limitaciones que presenta nuestro estudio. En primer lugar, debemos destacar que en general la potencia estadística de los resultados es débil. Además, se añaden otras carencias metodológicas, como la ausencia de grupo control, la falta de seguimiento, la brevedad del entrenamiento o el tamaño pequeño de la muestra. No obstante, a pesar de estas limitaciones, los hallazgos de este estudio apoyan la evidencia previamente encontrada de que el componente interoceptivo de *mindfulness* puede resultar superior al componente cognitivo en su efecto en aspectos psicofisiológicos asociados a una mejor regulación del sistema nervioso autónomo. Esta evidencia parece ser especialmente relevante, dado el creciente número de intervenciones en psicología clínica que incorporan aspectos basados en *mindfulness*.

Referencias

- Beck, A. T, Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, V. Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Delgado-Pastor, L. C., Ciria, L. F., Blanca, B., Mata, J. L. y Vila, J. (2012). Disociación de los componentes mindfulness en el contexto de la preocupación crónica. En R. Quevedo y V. Quevedo (Comps.), *Avances en la psicología Clínica* (pp588-591). Santander: Asociación española de Psicología Conductual.
- Garland, E., Gaylord, S. y Park, J. (2011). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore*, 5, 37-44.
- Hözel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R. y Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work. Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspectiva. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559.
- Kabat-Zinn J. (1990) *Full Catastrophe Living*. New york: Delta
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Vila, J., y Fernández, M. C. (1989). La respuesta cardiaca de defensa en humanos: efecto de la modalidad y de la intensidad del estímulo. *Boletín de Psicología*, 22, 59-90.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N. y Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness-The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-55.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

ALTERAÇÕES AO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Luisa Bizarro

Universidade de Lisboa, Portugal

Resumo

Nos últimos anos tem-se constatado um interesse pelo estudo do bem-estar psicológico durante a adolescência, devido às características de transição e exigências de adaptação desta fase de vida. No entanto, as investigações até à data têm fornecido resultados contraditórios: se alguns apontam para a existência de períodos de crise acentuada com a consequente repercussão em índices de perturbação psicológica, outros salientam apenas alguns episódios de crise mas sem grandes consequências em termos do bem-estar psicológico ao longo do tempo. Este trabalho teve o objectivo central de contribuir para o esclarecimento deste tema. Especificamente pretendeu responder às questões: 1 - Haverá alterações ao bem-estar psicológico durante a adolescência ou este permanece relativamente inalterável durante esta fase da vida? 2 - Poder-se-á identificar períodos ao longo da adolescência, potencialmente de maior vulnerabilidade, que justifiquem tomadas de decisão relativamente a intervenções psicológicas? 3 - Haverá alguma influência no bem-estar psicológico de factores mais sócio-demográficos, como o género, o nível sócio-económico e a composição da estrutura familiar? Este estudo, de formato longitudinal, avaliou 3 grupos de jovens ($N = 562$) com 12, 14 e 16 anos, durante 1 ano e meio. Os dados foram recolhidos com aplicação da Escala de Bem-estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA). Os dados obtidos permitiram a identificação de um padrão de alterações significativas do bem-estar psicológico durante a adolescência, com a especificação de fases de maior vulnerabilidade e risco. Também se verificaram efeitos significativos das variáveis sexo, nível sócio-económico e composição da estrutura familiar. Os resultados deste trabalho apontam para linhas de orientação no sentido do planeamento de intervenções clínicas, sejam elas de carácter terapêutico, preventivo ou promocional, especialmente dirigidas aos adolescentes que se encontram nas fases identificadas como potencialmente de maior risco para alterações acentuadas do bem-estar psicológico.

Palavras chave: Bem-estar psicológico, adolescência, transição, vulnerabilidade.

CHANGES IN PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN ADOLESCENCE: CLINICAL IMPLICATIONS

Abstract

The interest in the study of psychological well-being during adolescence has recently grown due to the characteristics of transitions and adaptation requirements of this phase of life. However, investigations to date have provided conflicting results: some point to the existence of periods of acute crises with the consequent impact on indices of psychological disturbance, others stress some episodes of crisis but without major consequences in terms of their psychological well-being over time. This work pretended the clarification of this issue answering the questions: 1 - Is there any changes of psychological well-being during adolescence or it remains relatively unchanged during this phase of life? 2 - Can we identify periods through adolescence potentially more vulnerable, to justify some decisions in relations to psychological interventions? 3 - Is there any influence on psychological well-being of some socio-demographic variables such us gender, socio-economic structure and composition of the family? This study, with a longitudinal format, assessed 3 groups of adolescents ($N = 562$), with 12, 14

and 16 years, for 1 year and a half. Data were collected with The Adolescent Psychological Well-Being Scale (EBEPA). Data obtained allowed the identification of a pattern of significant changes in psychological well-being during adolescence and also significant effects of gender, socio-economic composition and family structure. The results of this study point to guidelines towards the design of clinical interventions, whether therapeutic, preventive or promotional, especially for adolescents identified as potentially in higher risk for marked changes in psychological well-being.

Keywords: Psychological well-being, adolescence, transition, vulnerability.

Introdução

A promoção do bem-estar psicológico nos adolescentes tem vindo a constituir-se num dos objectivos fundamentais das intervenções psicológicas, devido às características de transição e adaptação desta fase da vida (Aggleton, Dennison e Warwick, 2010; Dwivedi e Harper, 2011). A adolescência é um período de grandes mudanças e, embora a mudança esteja presente em todo o nosso desenvolvimento, esta fase da vida em particular envolve alterações tão profundas e radicais, por vezes tão rápidas e acentuadas, que em nenhuma outra fase da vida se fazem sentir com tanta intensidade (e.g., Goosens, 2006). Com efeito, verificam-se nesta etapa do desenvolvimento alterações físicas, cognitivas, sociais e emocionais. Iniciam-se vários processos simultâneos, desde uma maior autonomia e independência pessoal, uma adaptação às próprias modificações físicas e psicológicas, o estabelecimento de relações mais fortes e complexas com os pares, o aparecimento de sentimentos e interesses completamente novos, etc. Novas capacidades de pensamento fazem com que o adolescente deixe de estar preso à realidade física e concreta da infância e passe a estar mais capaz de lidar com os aspectos hipotéticos e abstractos da realidade. Situações novas e de maior complexidade surgem com uma frequência maior que anteriormente.

Todas estas novas situações ou acontecimentos, também denominadas tarefas desenvolvimentistas, vão exigir aos adolescentes competências e recursos de adaptação. Sendo a adolescência um período longo e a complexidade das tarefas com que vão ser confrontados cada vez maior, os jovens nem sempre estão preparados para lidar com as exigências das novas situações e contextos onde ocorrem. Se alguns são capazes de lidar com os vários desafios e exigências dessas tarefas sem uma acentuada alteração do seu bem-estar psicológico, outros haverá para quem essas novas situações podem provocar uma exaustão nos seus recursos físicos, emocionais, cognitivos e sociais, por exigirem esforços adaptativos pelo processo de mudança que estão a experienciar, que vão reflectir-se em alterações no seu bem-estar psicológico (e.g., Bonino, Cattellino e Ciairano, 2005). As consequências desfavoráveis a que este processo pode conduzir é que as alterações ao bem-estar psicológico podem ser os precursores de todo um espectro de desordens psicológicas mais graves que podem aparecer de numerosas formas, desde problemas comportamentais a emocionais, insucesso escolar ou problemas somáticos (Biglan, Brennan, Foster e Holder, 2005).

Também tem sido reconhecido que certas variáveis sócio-demográficas desempenham um papel importante na vivência psicológica e social do adolescente e, por isso, podem estar associadas ao seu bem-estar psicológico. Alguns trabalhos sugerem, por exemplo, que as raparigas têm maior dificuldade que os rapazes, para lidar com as tarefas desenvolvimentistas na adolescência (e.g., LeCroy, 2008). Também,

pertencer a um nível sócio-económico mais baixo pode dificultar as capacidades de adaptação e os recursos pessoais do adolescente e assim, constituir-se num factor de risco para o desenvolvimento equilibrado e para o bem-estar psicológico (e.g., Biglan, et., al, 2005; Biswas-Diener, 2008). Outros trabalhos sugerem que a constituição familiar do adolescente (viver numa família monoparental ou reconstituída), pode introduzir mais exigências de adaptação ao adolescente por haver um declínio do apoio parental ou ao invés superprotecção ou haver a presença de um novo adulto (madrasta/padrasto) o que implica lidar com novas situações de disciplina, autoridade (e.g., Harvey e Fine, 2010).

Até à data, os dados das investigações desenvolvidas com a população de adolescentes têm fornecido alguns resultados contraditórios. Com efeito, se alguns apontam para a existência de períodos de crise acentuada, com a consequente repercussão em índices de perturbação psicológica, outros há que salientam apenas alguns episódios de crise, mas sem grandes consequências em termos do bem-estar psicológico ao longo do tempo (e.g., Goosens, 2006). Outras investigações apontam, ainda, para que as alterações no bem-estar psicológico são os primeiros indícios de problemas mais graves que podem afectar todo o desenvolvimento posterior (e.g., Bonino et al., 2006)

Face ao exposto, este trabalho teve como objectivo responder a algumas questões deixadas em aberto pelas reflexões teóricas e pelos trabalhos empíricos referidos anteriormente: 1 - Haverá alterações ao bem-estar psicológico durante a adolescência ou este permanece relativamente inalterável durante esta fase da vida? 2 - Poder-se-á identificar períodos ao longo da adolescência, potencialmente de maior vulnerabilidade, que justifiquem tomadas de decisão relativamente a intervenções psicológicas? 3 - Haverá alguma influência no bem-estar psicológico de factores mais sócio-demográficos, nomeadamente o género, o nível sócio económico e o tipo estrutura familiar?

Método

Participantes

Participaram nesta investigação três grupos de adolescentes de ambos os sexos, num total de 562 jovens (264 rapazes e 298 raparigas), da zona da grande Lisboa. Grupo 1: 12 anos, $n = 211$ ($M = 12,4$; $DP = 0,75$); Grupo 2: 14 anos, $n = 162$ ($M = 14,3$; $DP = 0,89$); Grupo 3: 16 anos, $n = 189$ ($M = 16,4$; $DP = 0,80$); Quanto ao nível sócio-económico, o Grupo A - 40% ($n = 226$) pertenciam a um nível Alto e Médio Alto, o Grupo M - 44% ($N = 245$) a um nível Médio e o Grupo B - 16% ($n = 91$) a um nível Médio Baixo e Baixo. Quanto à constituição do agregado familiar, o Grupo Nuclear - 67% ($n = 377$) viviam com ambos os progenitores; o Grupo Monoparental - 18% ($n = 101$) viviam com um dos progenitores e o Grupo Reconstituído - 15% ($n = 84$) viviam com um dos progenitores e o padrasto/madrasta.

Instrumentos

Foi usada a Escala de Bem-estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA; Bizarro, 2001). É uma medida de auto-relato desenvolvida para adolescentes entre os 12 e os 18 anos, composta por 28 itens que abordam o que os jovens sentem e pensam sobre eles próprios, numa escala de Likert de 5 pontos. A escala permite a obtenção de

um valor de Bem-estar Total (valores elevados reflectem elevado bem-estar psicológico e valores baixos reflectem menor bem-estar psicológico). Estudos anteriores apresentam valores elevados de consistência interna (Alfa de Cronbach entre 0,88 e 0,90) (Bizarro, 2001, 2002).

Procedimento

O estudo incluiu quatro momentos avaliativos, com um intervalo de seis meses entre cada. Cada grupo foi acompanhado durante um ano e meio, pelo que se obtiveram dados relativos ao período da adolescência entre os 12 anos e os 17 anos e meio. Os jovens preencheram o instrumento individualmente, na sala de aulas, num formato grupal. Foi solicitado o consentimento informado aos pais em todos os momentos avaliativos.

Tipo de estudo

O estudo teve um formato longitudinal, com metodologias de análise de dados quantitativas. O estudo foi de carácter exploratório (analisam-se os dados procurando-se respostas a questões colocadas anteriormente) e não de carácter confirmatório (no qual são testadas hipóteses, teorias ou modelos específicos) uma vez que alguns autores salientam que o primeiro tipo de estudo é uma opção mais válida quando se pretende investigar dados em relação aos quais existe um número muito reduzido de investigações (e.g., Vilelas, 2009).

Resultados

Para analisar eventuais alterações ao bem-estar psicológico (BEP) analisou-se as médias e os desvios-padrão em cada momento de avaliação da EBEP. Em seguida procedeu-se a análise dos efeitos das variáveis independentes através de Análises de Variância Univariada (ANOVAs). Sempre que se verificaram efeitos principais destas variáveis os resultados foram analisados através de testes de comparação *post-hoc* baseados no método HSD de Tukey, para se verificar a que eram atribuídos os efeitos encontrados. No caso da variável idade (variável que forma um contínuo natural), analisou-se também a existência de tendências de mudança. Os resultados mostraram um efeito significativo das variáveis grupo etário, sexo, nível sócio-económico, e estrutura familiar, não se observando, no entanto, qualquer efeito de interacção entre as variáveis. Quanto à variável grupo etário verificou-se uma tendência para os valores de BEP serem progressivamente menores ao longo da adolescência: Grupo 1 (12 a 13,5 anos) $M = 4,66$; $DP = 0,80$; Grupo 2 (14 a 15,5 anos) $M = 4,42$; $DP = 0,73$; Grupo 3 (16 a 17,5 anos) $M = 4,40$; $DP = 0,70$. Comparações *Post-hoc* revelaram uma diferença significativa entre os Grupo 1 e 2, mas não entre o Grupo 2 e o 3. ($F(2,544) = 9,49$; $p = 0,0001$). Aos 13,5 o BEP apresenta o seu valor mais elevado ($M = 4,72$; $DP = 0,71$) e dos 15 para os 17 os seus valores mais baixos (15 anos: $M = 4,22$; $DP = 0,72$; 17 anos: $M = 4,29$; $DP = 0,75$). A análise de tendências confirmou que o BEP diminui linearmente com a idade ($F(1,544) = 10,24$; $p = 0,0015$).

Em relação ao efeito da variável sexo ($F(1,544) = 10,24$; $p = 0,0015$), verificou-se que as raparigas têm um nível de BEP significativamente menor do que os rapazes ($M_f = 4,40$; $DP = 0,72$; $M_m = 4,59$; $DP = 0,70$, $p = 0,0005$), sendo que esta diferença ocorre durante todo o período da adolescência.

Relativamente à variável nível sócio-económico (NSE) ($F(2,544) = 7,64$; $p = 0,0005$), verificou-se que este efeito se deve ao facto dos adolescentes de NSE alto e médio alto ($M = 4,63$; $DP = 0,69$) terem um nível de BEP significativamente mais elevado do que os de NSE baixo e médio baixo ($M = 4,63$; $DP = 0,70$), não havendo, no entanto, diferenças significativas entre os níveis de bem-estar dos jovens de nível sócio-económico médio e os de nível médio-baixo e baixo. Quanto à variável estrutura familiar ($F(2, 544) = 3,06$; $p = 0,0133$) verifica-se que o efeito se deve ao facto dos jovens pertencentes a uma família nuclear terem valores de BEP mais elevados ($M = 4,57$; $DP = 0,68$) do que os outros, mas a diferença só é significativa em relação ao grupo de jovens pertencentes a famílias reconstituídas ($M = 4,24$; $DP = 0,71$).

Conclusões

Os resultados obtidos neste trabalho permitiram obter algumas respostas às questões colocadas anteriormente e avançar com implicações clínicas. Assim, constatou-se que existem alterações ao bem-estar psicológico durante a adolescência, evidenciando-se uma tendência para o bem-estar diminuir com a idade. As trajectórias identificadas revelaram que os adolescentes mais novos pertencentes ao grupo etário dos 12 aos 13 anos e meio (início da adolescência) apresentam valores que apontam para um maior bem-estar, verificando-se uma diminuição acentuada para o grupo etário dos 14 aos 15 anos e meio (meio da adolescência), seguida duma nova descida, embora menos pronunciada do que a anterior, para o grupo dos 16 aos 17 anos e meio (final da adolescência). Salientou-se igualmente duas idades, os 15 e os 17 anos e meio, em que os valores do bem-estar são os mais baixos. Face a estes resultados parece poder identificar-se duas fases da adolescência que poderão ser consideradas de maior vulnerabilidade para alterações ao bem-estar psicológico e, consequentemente, de maior risco. É possível que as tarefas desenvolvimentistas e as exigências de adaptação associadas à fase do meio da adolescência coloquem maiores dificuldades aos jovens (Benson, 2007). De salientar que esta fase é considerada o “núcleo” da adolescência no sentido de ser um período onde mais acentuadamente estão presentes questões centrais para um adolescente, como por exemplo, a procura de autonomia e independência, o estabelecimento de relações mais fortes com os pares, as escolhas vocacionais, entre outras. Assim, os resultados sugerem que a “entrada” no meio da adolescência reflecte-se numa maior alteração ao bem-estar psicológico, sendo portanto um período de maior risco. Quanto à fase relativa ao final da adolescência, continua a verificar-se uma tendência para dificuldades que se traduzem por níveis de bem-estar psicológico também mais baixos.

Quanto à variável sexo, parece que as raparigas vivenciam a sua adolescência com índices de menor bem-estar do que os rapazes, podendo-se então afirmar que estarão em maior risco para o aparecimento de problemas psicológicos. Relativamente ao nível sócio-económico, verifica-se que este afecta o bem-estar psicológico dos adolescentes, uma vez que o bem-estar diminui consoante o nível sócio-económico baixa. Por outras palavras, pertencer a um nível sócio-económico elevado parece potencializar níveis de bem-estar psicológico mais elevados. É possível que o nível sócio-económico desempenhe um papel importante em ajudar a moldar a experiência psicológica e social do adolescente e, por isso, esteja directamente associado ao seu bem-estar psicológico. Também, pertencer a uma família reconstituída pode dificultar as capacidades de

adaptação e os recursos pessoais e ser, potencialmente, um factor de risco para o bem-estar psicológico dos adolescentes.

Ao confirmarem-se alterações ao bem-estar psicológico em determinados períodos da adolescência e se, como se referiu no início, essas alterações podem conduzir a problemas mais graves por serem os primeiros indícios de dificuldades que podem limitar o potencial dos adolescentes se desenvolverem equilibradamente, então talvez seja importante focalizarmos a nossa atenção como profissionais, precisamente nestes períodos de maior vulnerabilidade. Não se está a afirmar que estes adolescentes estejam psicologicamente perturbados mas antes, a enfatizar a existência de períodos de maior vulnerabilidade devido a uma diminuição acentuada dos níveis de bem-estar, assim, como a existência de condições de vida potencializadoras dessas alterações aos bem-estar psicológico. Poder-se-á encarar estes resultados como fornecendo elementos para uma perspectiva de intervenção terapêutica, preventiva ou até promocional do bem-estar psicológico, incidindo este trabalho nos períodos identificados de eventual vulnerabilidade e risco, ou seja, o meio da adolescência (entre os 14 e os 15 anos), e o início do final da adolescência, por volta dos 17 anos. Muitas dessas intervenções podiam ser dirigidas à promoção dos seus recursos psicológicos (emocionais, sociais, cognitivos) criando condições para os jovens lidarem mais eficazmente com os desafios que a sua condição de adolescente e ainda estarem melhor preparados para enfrentar algumas circunstâncias de vida potencialmente mais exigentes (Aggleton, Dennison e Wrawick, 2010; Dwivedi e Harper, 2011). Com este tipo de intervenção estaríamos a contribuir para que os adolescentes prossigam no seu crescimento com o melhor bem-estar psicológico possível.

Referencias

- Aggleton, P., Dennison, C. e Warwick, I. (2010). *Promoting health and well-being through schools*. New York, NY: Routledge.
- Benson, P.L. (2007). Developmental assets: An overview of theory, research and practice. Em R.K. Silbereisen e R.M. Lerner (Eds.), *Approaches to positive youth development* (pp.33-58). London, England: Sage Publications.
- Biglan, A., Brennan, P.A., Foster, S.L., e Holder, H.D. (2005). Influences on the development of multiple problems. Em A. Biglan, P.A. Brennan, S.L. Foster e H.D. Holder (Eds.), *Helping adolescents at risk: Prevention of multiple problem behaviors* (pp.57-95). New York, NY: The Guilford Press.
- Biswas-Diener, R.M. (2008). Material wealth and subjective well-being. Em M. Eid e R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp.376-392). New York: NY; The Guilford Press.
- Bizarro, L. (2001). A Avaliação do bem-estar psicológico na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 81-116.
- Bizarro, L. (2002). O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 55-68.
- Bonino, S., Cattellino, E., e Ciairano, S. (2005). *Adolescents and risk: Behaviors, functions and protective factors*. New York, NY: Springer.
- Coleman, J. e Hendry, L.B. (2000). *The nature of adolescence* (3rd. ed.). London: England: Routledge.
- Dwivedi, K.N., e Harper, P.B. (2011). *Promoting the emotional well-being of children and adolescents*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Goosens, L. (2006). Theories of adolescence. Em S. Jackson e L. Goosens (Eds.), *Handbook of adolescent development* (pp.11-29). East Sussex, England: Psychology Press.

- Harvey, J.H. e Fine, M.N. (2010). *Children of Divorce*. New York, N.Y.: Routledge
- LeCroy, C.W. (2008). Adolescent girls and the pathway to adulthood. Em C.W. LeCroy e J.E. Mann (Eds.), *Handbook of prevention and intervention programs for adolescent girls* (pp.1-10). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

DETECCIÓN TEMPRANA DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO APLICANDO EL M-CHAT

M^a del Sol Fortea-Sevilla, M^a Olga Escandell-Bermúdez y
José Juan Castro-Sánchez

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España

Resumen

Introducción: Analizamos el comportamiento del M-CHAT/ES en 30 casos procedentes de un estudio de cribado poblacional en la provincia de Las Palmas. **Objetivo:** Conocer la capacidad discriminativa de los ítems del M-CHAT/ES para el diagnóstico diferencial de trastorno del espectro autista (TEA), trastorno del lenguaje (TEL) y retraso psicomotor (RP) en Las Palmas. **Método:** Treinta niños y niñas procedentes del cribado poblacional realizado en la provincia de Las Palmas mediante el M-CHAT/ES. Dieciocho niños y 12 niñas. Utilizamos cuatro instrumentos: 1) M-CHAT/ES; 2) Entrevista para el Diagnóstico de Autismo (ADI-R); 3) la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS); y 4) la Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia de Brunet-Lézine Revisado, BLR-E. Llevamos a cabo una entrevista con la familia y observación directa del comportamiento del niño/a para decidir si procede la administración de las pruebas de diagnóstico. Se analizan los datos y se emite un informe que es entregado a la familia en otra reunión posterior. **Resultados:** Los niños diagnosticados de TEA puntúan en más ítems (tanto generales como críticos) que los niños con RP, que a su vez superan a los TEL, los cuales tienden a puntuar más en los ítems generales y menos en los críticos. **Conclusiones:** El M-CHAT/ES resulta útil para detectar dificultades en el desarrollo, no solo TEA, de forma temprana y así permitir el acceso a servicios de diagnóstico y a los programas de atención temprana.

Palabras clave: Trastornos del Espectro Autista, Trastorno Específico del Desarrollo del Lenguaje, retraso psicomotor, prevalencia, diagnóstico.

EARLY DETECTION OF DEVELOPMENTAL DISORDERS USING THE M-CHAT

Abstract

Introduction: We analyze the results of M-CHAT/ES in 30 children, a sample obtained by population screening in the Province of Las Palmas (Canary Islands). **Objective:** To determine the discriminating function of M-CHAT/ES items in the differential diagnosis of autism spectrum disorders (ASD), specific language impairment (SLI) and psychomotor retardation (PR) in Las Palmas. **Method:** Thirty children (18 male, 12 female) selected applying M-CHAT/ES population-based screening in Las Palmas. We used four measuring instruments: 1) M-CHAT/ES; 2) Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R); 3) Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS); and 4) Brunet-Lézine Psychomotor Development Scale-Revised (PDS-R). We conducted parent interviews and assessed child behaviour through direct observation to decide on the need of implementing diagnostic tests. Data analysis was then carried out, and parents received a written report in a subsequent meeting. **Results:** Children with formal ASD diagnosis failed more M-CHAT/ES items (total and critical jointly) than PR children. However, PR children failed more items in the checklist than SLI children. And the M-CHAT score of SLI children revealed that they failed more total items than critical ones.

Conclusions: M-CHAT/ES proves useful for the early detection of developmental impairments other than ASD, thus allowing access to diagnostic services and early care programmes.

Keywords: Autism Spectrum Disorders, Specific Language Impairment, psychomotor/motor retardation, prevalence, diagnosis.

Introducción

Analizamos el comportamiento del M-CHAT/ES en 30 casos procedentes de un estudio de cribado poblacional en la provincia de Las Palmas (Islas Canarias). Cumplimentamos y corregimos 1.796 cuestionarios, de los que 126 puntúan en 3 o más ítems de la escala general, o bien en 2 o más ítems críticos; estos resultados hacen sospechar un problema en el desarrollo comunicativo y social. Llamamos por teléfono a los 126 casos con tres o más ítems para comprobar las respuestas; la sospecha se confirma en 30 de ellos, y el resto se descarta (Fortea, 2012).

En la categoría de TEA incluimos aquellos niños que presentan alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca, en el lenguaje y/o comunicación y en el juego, así como comportamientos estereotipados, repetitivos o ritualistas. En la categoría de RP hay niños con retraso en el desarrollo cognitivo, lingüístico y psicomotor. Por último, la categoría TEL agrupa a niños con retraso en la adquisición del lenguaje verbal, ya sea en la comprensión, en la expresión, o en ambos aspectos.

Con este trabajo pretendemos conocer cuál es la capacidad discriminativa de los ítems del M-CHAT/ES para el diagnóstico diferencial de dichos trastornos en la provincia de Las Palmas.

Método

Participantes

Treinta niños y niñas procedentes de un cribado poblacional realizado en la provincia de Las Palmas mediante el M-CHAT/ES, que pasaron a la fase de diagnóstico, la última de todo el proceso. De los 30 casos, 18 eran niños y 12 niñas; de estos, 22 residen en Gran Canaria, 4 en Fuerteventura, y otros 4 en Lanzarote.

Instrumentos

Siguiendo las recomendaciones de buena práctica diagnóstica (Diez et al., 2005), utilizamos cuatro instrumentos:

- 1) M-CHAT/ES (Canal et al., 2010).
- 2) Entrevista para el Diagnóstico de Autismo - ADIR (Rutter, Le Couteur y Lord, 2006).
- 3) Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo - ADOS (Lord, Rutter, DiLavore y Risi, 2008).
- 4) Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia de Brunet-Lézine Revisada (BLR, Brunet y Lezine, 1997).

El M-CHAT/ES es la versión española de *The Modified Checklist for Autism in Toddlers-M-CHAT* (Robins, Fein, Barton y Green, 2001), compuesta por 23 ítems de respuesta dicotómica sí/no. Seis de ellos (2, 7, 9, 13, 14 y 15) están considerados como ítems críticos. Los puntos de corte para sospechar que existe un problema en el desarrollo comunicativo y social del niño son los siguientes: a) 3 puntos si se tiene en

cuenta el total de ítems del cuestionario global; y b) 2 puntos si se atiende únicamente a los 6 ítems críticos.

Procedimiento

Llevamos a cabo una entrevista con la familia y, además, observamos directamente el comportamiento del niño/a para decidir si procedía la realización de las pruebas de diagnóstico para el autismo. En caso de ser necesario, se aplica al niño la ADIR, la ADOS y la BLR. Luego se analizan los datos y se emite un informe para la familia, que contiene los datos personales del niño, las pruebas realizadas, los resultados obtenidos, la conclusión diagnóstica y algunas recomendaciones de intervención y seguimiento. El proceso diagnóstico finaliza con la entrega de los resultados por escrito, la explicación correspondiente, la respuesta a las preguntas que plantea la familia, y la derivación a los servicios que el niño requiera para cubrir sus necesidades. Por un lado, se solicita a la familia que informe de los resultados a su pediatra, entregándole una copia del informe; de esta manera, el niño será derivado al Servicio de Neurología de su hospital de referencia, donde se llevarán a cabo todas las pruebas de neuroimagen y bioquímicas pertinentes. Por otro lado, se aconseja que la familia acuda al Centro Base de Atención Personas con Discapacidad y también se le indica qué recursos están disponibles en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Resultados

De los 30 casos estudiados, 18 niños y 12 niñas, 11 obtuvieron un diagnóstico de TEA; 11 de RP; 5 de TEL; y 3 se caracterizaban por un desarrollo normal (DN) (Tabla 1). Las categorías diagnósticas se distribuyen, por isla de procedencia, de la siguiente forma: Gran Canaria = 10 TEA, 5 TEL, 4 RP y 3 niños con DN; Fuerteventura = 1 TEA y 3 RP; y Lanzarote = 4 RP.

Tabla 1. Distribución por sexo.

	<i>TEA</i>	<i>RP</i>	<i>TEL</i>	<i>DN</i>
Niños	5	5	5	3
Niñas	6	6	0	0

El análisis de los ítems del M-CHAT/ES en la muestra obtenida, indica que los que poseen mayor capacidad discriminativa, es decir, que por sí solos podrían identificar un alto porcentaje de niños finalmente diagnosticados de TEA, son los números 5, 6, 7, 9, 14, 15, 17, 19 y 21. En concreto, los ítems 6, 7 y 19 pueden predecir el 73% de los casos de TEA; los ítems 5, 9, 15, 17 y 21, el 64%; y el ítem 14, el 55%. El ítem 16 no muestra capacidad discriminativa para TEA, ya que ninguno de los niños con TEA puntuó en él. El resto de los ítems tienen porcentajes muy bajos en los niños con un diagnóstico final de TEA. Los ítems en los que más puntúan los niños con RP son el 5, 7, 8 y 23, en un 55% de los casos. Los más puntuados por los niños con TEL son el 4, 5, 11, 17, 18, 22 y 23, aunque no superan el 40% (Figura 1).

Los niños diagnosticados de TEA puntúan en más ítems (tanto generales como críticos) que los niños con RP, que a su vez superan a los TEL, los cuales tienden a puntuar más en los ítems generales y menos en los críticos (Figura 1).

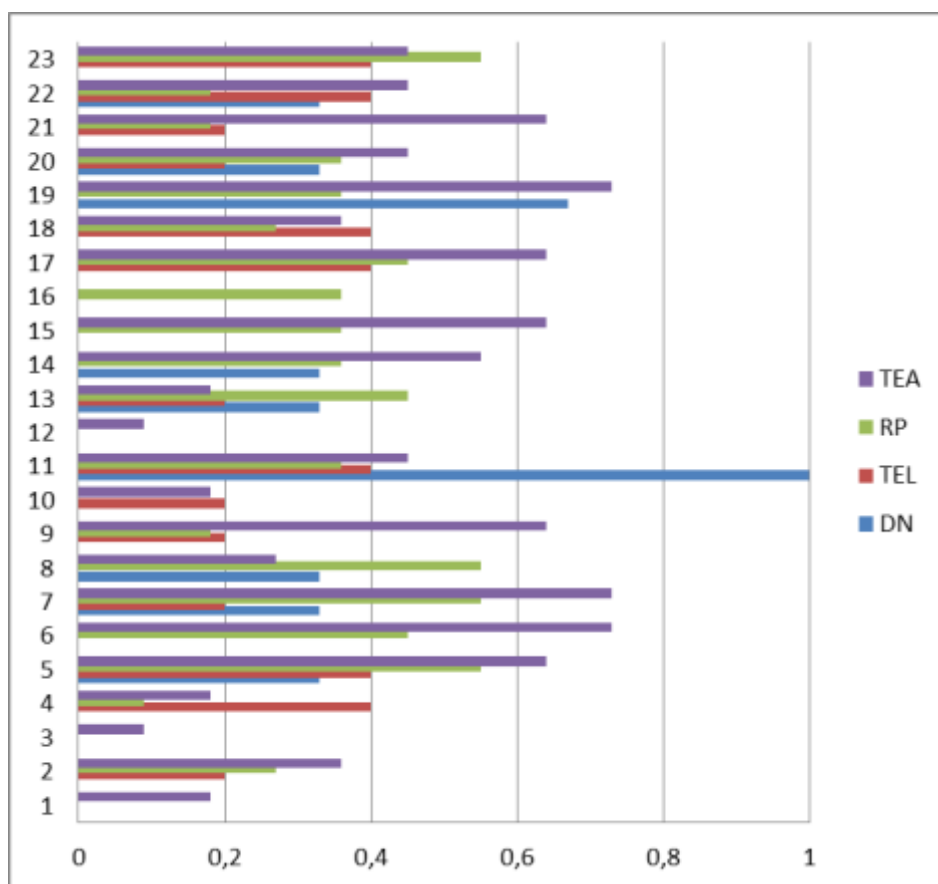


Figura 1. Puntuación en cada ítem del M-CHAT.

Discusión/conclusiones

El diagnóstico del mismo número de casos de TEA y RP se relaciona con los datos aportados por Croen, Grether, Hoogstrate y Selvin (2002), donde se apreciaba una tendencia al descenso de las personas diagnosticadas de retraso mental al mismo tiempo que aumentaban las personas con TEA. En nuestro estudio observamos cómo se igualan, siguiendo la tendencia apuntada por estos autores.

En lo relativo a los casos diagnosticados de TEL, las cifras obtenidas (0,28% con respecto a la muestra inicial de 1.796 niños) se acercan a las de prevalencia que presentan Conti-Ramsden, Simkin y Botting (2006), quienes estimaban en un 0,39% la población con algún TEL.

En relación con el sexo, la muestra sobre la que trabajaron Conti-Ramsden Simkin y Botting (2006) tenía una ratio niño-niña aproximada de 3:2, mientras que Villanueva, Barbieri, Palomino y Palomino (2008) encontraron una ratio de 7:7 por sexo. En nuestro estudio solo hay niños, quizás como consecuencia de la muestra tan pequeña, por lo que no podemos extraer conclusiones al respecto.

Existen ítems en los que todos los niños puntúan por igual, con poca variación intergrupos en cada ítem. Se trata de los ítems 5, 11, 13, 20 y 22. Entre estos, destaca el ítem 11, donde todos los niños con DN puntuaron; estos niños probablemente desarrollarán luego un trastorno de la conducta. Los ítems 2, 4, 17, 18 y 23, en los que puntúan los niños clasificados en los tres grupos, informan de problemas en el desarrollo, pero no son capaces de identificar el tipo de problema.

En los ítems 6 y 15 puntúan los niños con TEA y RP. Estos ítems hacen referencia a las conductas de atención conjunta, alteradas en caso de TEA y, en menor medida, en TEL (McArthur y Adamson, 1996); por esta razón, no puntúan en los TEL. También indican la presencia de gestos convencionales usados en la comunicación social, que se hallan presentes en los niños con TEL, no así en los TEA, tal y como señalaban Wetherby, Prizant y Hutchinson (1998).

No hay ítems que puntúen en TEA y TEL al mismo tiempo, lo cual no nos sorprende, ya que al tratarse de un cuestionario para niños pequeños que están en proceso de desarrollo del lenguaje verbal, se hace más hincapié en la comunicación y en la interacción social que en el lenguaje propiamente dicho. Es más, los niños con TEL, precisamente, compensan la ausencia de lenguaje con otras modalidades de comunicación no verbal, por lo que ésta no se halla tan afectada, ni tampoco la comunicación o la interacción social (Wetherby, Prizant y Hutchinson (1998). Por otro lado, los niños con TEL presentan menos dificultades comunicativas y pragmáticas que los TEA (Martos y Ayuda, 2002), de ahí que los TEL de la muestra analizada no puntúen en estos ítems.

No aparecen ítems puntuados solo por RP y TEL, ni tampoco por TEL exclusivamente. El ítem 16, referente al desarrollo motor, lo puntúan solo los RP pero no todos ni de forma significativa. En los niños con RP, suelen estar afectadas todas las áreas de desarrollo por igual, incluida la motora. Cuanto mayor sea el retraso, mayor será la afectación, hasta el punto de haber niños que con 18-24 meses aún no caminan.

A pesar de que en los ítems 1, 3 y 12, solo puntúan los TEA, los datos no son significativos. En cambio, los ítems 9, 15 y 21 sí que aportan información significativa para los TEA, aunque los RP y/o TEL también puntúan en ellos, pero en menor medida. De los ítems más puntuados por los TEL, en nuestra muestra ninguno de ellos obtuvo suficiente capacidad discriminativa para diagnosticar TEL.

En cuanto a los ítems que se consideran críticos, ninguno de los TEL puntuó en los ítems 14 y 15, y en los otros (2, 7, 9 y 13) puntuaron menos del 20%. Esta cifra nos anima a pensar que dichos ítems discriminan TEA de TEL en nuestra muestra.

Los ítems 5, 7, 8 y 23 predicen algo más de la mitad de los casos de RP. El número 5, referido al desarrollo del juego imaginativo, lo puntúan por igual los niños con TEA, TEL y RP. La conducta evaluada en el ítem 7, es decir, señalar con función imperativa, aparece en los niños con DN entre los 9 y 12 meses (Fernández-Matamoros, Fuentes y Rueda, 1991); sin embargo, no se encuentra en estos niños, debido exclusivamente al gran retraso en su desarrollo, y predice casi por igual TEA y RP. Lo mismo ocurre con la conducta que se evalúa mediante el ítem 8, relativa a la capacidad de jugar con objetos y miniaturas, que predice TEA, DN y RP. Por su parte, el ítem 23 predice TEA, TEL y RP en la misma medida.

De los 3 casos con DN, 2 de ellos presentaban conductas problemáticas que podrían hacer pensar en un futuro diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH), por lo que sería aconsejable realizar un seguimiento. Si existe comorbilidad entre los casos más leves de TEA y TDAH, y además hay síntomas de TDAH que se aproximan al autismo (Artigas, 2003), es posible que ambos trastornos compartan síntomas, en apariencia idénticos, pero que en una evaluación más profunda descartan un TEA y pueden apuntar a un TDAH. Dos casos puntúan el ítem 19, que hace referencia a conductas de interacción social. El ítem 11 no resultó nada útil para discriminar entre TEA, RP y TEL. De igual manera, el ítem 19 tampoco sirvió para

realizar una discriminación entre DN, TEA o RP. En cuanto a los ítems críticos, los niños con DN no puntuaban en ellos de forma significativa.

En nuestra muestra, 9 ítems (5, 6, 7, 9, 14, 15, 17, 19 y 21) eran capaces de predecir, por sí solos, el diagnóstico de TEA. Los ítems con mayor capacidad discriminativa para el TEA son el 6, 7 y 19, pero no son específicos, pues predicen también RP, al igual que el 15 (aunque en menor medida). El número 14 predice un TEA, aunque también lo puntúan niños con DN y RP, por lo que consideramos que, en nuestra muestra, no tiene mucha capacidad predictiva específica para TEA. El 5 y el 17, además de TEA y RP, predicen TEL. Sin embargo, los ítems 9 y 21 predicen TEA exclusivamente. De estos 9 ítems, hay 4 que se consideran críticos en el M-CHAT/ES (números 7, 9, 14 y 15), y coinciden como buenos predictores con 4 de los ítems del estudio realizado en Castilla y León (Canal et al., 2007). Por contra, los ítems 3, 12 y 16 no son buenos predictores de TEA en nuestra muestra.

El M-CHAT/ES resulta muy útil para detectar dificultades en el desarrollo, de forma temprana en los niños y niñas de la provincia de Las Palmas, y no solo en el diagnóstico de TEA. Se trata de un instrumento muy recomendable porque permite que los niños accedan a los servicios de diagnóstico cuanto antes, y así incluirlos en los programas de atención temprana. En algunos de los niños con gran retraso psicomotor, ya se había iniciado este tipo de intervención previamente, pero en el resto de casos la familia no había sospechado nada y el M-CHAT sirvió para intervenir en las áreas de desarrollo afectadas.

Con respecto a los casos de TEL identificados, confiamos en que la atención temprana ayude a paliar los déficits que conlleva el retraso o trastorno del desarrollo del lenguaje. Si lo entendemos como una “discapacidad dinámica” (Conti-Ramsden, Simkin y Botting, 2006), podemos ser optimistas y pensar que la detección temprana ha servido para que el pronóstico sea más favorable que si el niño no hubiera recibido atención específica hasta, por ejemplo, la entrada en el colegio a los 3 o 4 años.

Referencias

- Artigas, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), S68-78.
- Brunet, O. y Lezine, I. (1997). *Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia*. Madrid: MEPSA.
- Canal, R., García, P., Martín, M.V., Santos, J., Guisuraga, Z., Herráez, L., ... Posada M. (2010). Modified Checklist for Autism in Toddlers: Cross-Cultural Adaptation and Validation in Spain. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(10), 1342-1351.
- Canal, R., Santos, J., Rey, F., Franco, M., Martínez, M.J., Ferrari, M.J. y Posada, M. (2007). *Detección y Diagnóstico de Trastornos del Espectro Autista*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Conti-Ramsden, G.M, Simkin, Z. y Botting N.F. (2006). La prevalencia de los trastornos del espectro autista en los adolescentes con antecedentes de trastorno específico del lenguaje (TEL). *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 47(6), 621-628.
- Croen, L.A., Grether, J.K., Hoogstrate, J. y Selvin S. (2002). The Changing Prevalence of Autism in California. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3(32), 207, 215.
- Díez, A., Muñoz, J.A., Fuentes, J., Canal, R., Idiazábal, M.A., Ferrari, M.J.,... Posada, M. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41, 299-310.
- Fernández-Matamoras, I., Fuentes, J. y Rueda, J. (1991). *Escala Haizea-Llevant*. Vitoria: Departamento de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- Fortea, M.S. (2012). *Los trastornos del espectro autista en la Comunidad Canaria. Detección temprana y diagnóstico*. (Tesis inédita). Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C. y Risi, S. (2008). *ADOS. Escala de observación para el diagnóstico del autismo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Martos, J. y Ayuda, R. (2002). Comunicación y lenguaje en el espectro autista: el autismo y la disfasia. *Revista de Neurología*, 34(Suppl. 1), S58- S63.
- McArthur, D. y Adamson, L.B. (1996). Joint attention in preverbal children: autism and developmental language disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 481-96.
- Robins D., Fein, D., Barton, M.L. y Green, J.A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Development Disorders*, 31(2), 131-144.
- Rutter, M., Le Couteur, A. y Lord, C. (2006). *ADIR. Entrevista para el diagnóstico del autismo, edición revisada*. Madrid: TEA Ediciones.
- Villanueva, P., De Barbieri, Z., Palomino, H.M. y Palomino, H. (2008). Alta prevalencia de trastorno específico de lenguaje en isla Robinson Crusoe y probable efecto fundador. *Revista Médica de Chile* [online]. 136(2), 186-192.
- Wetherby, A.M., Prizant, B.M. y Hutchinson, T.A. (1998). Communicative, Social/Affective, and Symbolic Profiles of Young Children with Autism and Pervasive Developmental Disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7, 79-91.

“HABLAMOS NOSOTROS”: UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN DE GRUPO EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN UN CENTRO DE DÍA

M^a Esther Cantero Recio, Isabel de la Parra Jiménez, María Alonso Rodríguez, Carlos Galán Hernangómez y Raquel Velasco Alonso

*Centro de Día y Soporte Social de personas con enfermedad mental de Collado Villalba (Madrid). Grupo 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial.
Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid, España*

Resumen

En el presente artículo se expone una experiencia de trabajo basada en la intervención psicológica con grupos en un dispositivo de rehabilitación psicosocial. En enero del año 2011 se puso en marcha el grupo denominado: “Hablamos Nosotros”, continuando sin interrupción hasta el momento actual. Las sesiones tienen una duración de 1 hora y se realizan una vez a la semana. La metodología se centra en técnicas de expresión y escucha de los asistentes, mediante un clima grupal de respeto y confidencialidad. Se tratan temas propuestos por los asistentes al grupo y que están referidos tanto a aspectos de su vida cotidiana como a su historia clínica. El grupo está conducido por dos profesionales que estructuran la sesiones de una manera semi-directiva. Los objetivos generales del programa son, que los asistentes puedan aprender de los demás (mirroring), disminuir los factores de estrés, cambiar los estilos de afrontamiento y tener un mayor conocimiento de sí mismo. El grupo es abierto y los participantes son personas con un trastorno mental grave y duradero. Participa un total de 14 personas todas ellas usuarias del Centro de Día pero heterogéneas en cuanto al diagnóstico, mixto respecto al sexo y de edades comprendidas entre 40 y 60 años. La selección de los participantes se ha basado en su capacidad de comunicación y de escucha, así como en las necesidades de apoyo y expresión. Los resultados encontrados en las dimensiones clave son: incremento de sentimiento de pertenencia al grupo, disminución del estigma internalizado y la construcción de un rol normalizado, concluyendo que la evolución positiva de las dimensiones favorece el proceso de integración comunitaria.

Palabras clave: enfermedad mental grave y duradera, rehabilitación Psicosocial, recuperación, Psicoterapia de grupo, Mirroring.

"WE TALK ABOUT": A GROUP INTERVENTION EXPERIENCE IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION FOR PEOPLE WITH SEVERE AND PERSISTENT MENTAL DISORDER IN A DAY CENTRE

Abstract

The current paper contains a work experience based on a psychological intervention in groups applied to the field of psychosocial rehabilitation. Since January 2011 we have launched a group called “We talk about”. Every session last for 1 hour and is held once a week. The methodology focuses on attendants’ communication and listening through a group atmosphere of respect and confidentiality. Issues concerned to several aspects of their personal daily life as well as their medical history are raised by the attendants themselves. The group is led by two professionals using a semi-directive approach to structure each session. The general purposes of the program

are to allow the participants can to learn from each other (mirroring), to decrease stress factors, to change confrontational styles and to gain a greater self-awareness as individuals regardless of having a serious mental disorders. The group is open and the attendants are people diagnosed severe and persistent mental disorder. There were 14 attendants are users in the Social Support and Day Centre. They group were heterogeneous in terms of diagnosis, sex and aged between 40 and 60. The selection process of attendants was based on their communication and listening skills, as well as their support and expression needs. The results shown in the key dimensions, increased sense of belonging to the group, decreased internalized stigma and the construction of a standardized role, concluding that the community integration process is assisted by the positive development of the dimensions referred.

Key Words: Several mental disorders, psychosocial rehabilitation, recovery, group psychotherapy, Mirroring.

Introducción

En este trabajo se va a presentar la experiencia que se ha llevado a cabo en el Centro de Día de Soporte Social de Collado Villalba (CD) que pertenece a la Red Pública de Atención Social a Personas con Trastorno Mental Grave y Duradero (TMG) de la Comunidad de Madrid (CAM), y que está situado en dicha localidad de la Sierra Noroeste de Madrid.

El CD es un recurso comunitario de apoyo para la mejora del funcionamiento y soporte social dirigido a las personas con enfermedad mental severa con mayores dificultades de funcionamiento e integración, y por tanto un mayor riesgo de deterioro, aislamiento o dependencia.

En el CD trabajamos utilizando una metodología basada en la rehabilitación psicosocial, *“Estrategia que ofrece a los individuos con cuadros de discapacidad a consecuencia de un trastorno mental la posibilidad de alcanzar un grado óptimo de funcionamiento en la comunidad a través de la mejora de sus competencias y de la introducción de cambios ambientales”* (Definición de OMS, 1996). No obstante, durante los últimos años tanto en los Servicios de Salud Mental como los dispositivos de rehabilitación psicosocial, y en el propio CD, se sigue la filosofía determinada por el modelo de Recuperación, que se centra en ayudar a las personas a recuperar sus vidas y desarrollar al máximo sus propias capacidades como individuos, como ciudadanos, se trata de la construcción de un nuevo proyecto vital. (Rosillo, 2013).

Tres principios básicos de esta filosofía inciden, primero, en el hecho de que cada uno pasa por un proceso personal para el cambio de las propias actitudes, sentimientos, percepciones, creencias, roles y objetivos en la vida; segundo, para desarrollar nuevos significados y sentido de la vida más allá del impacto de la enfermedad mental; y, tercero, como dice Deegan (1996) *“el objetivo de la recuperación no es alcanzar la “normalidad”. Es el de aceptar nuestra vocación humana de ser más profunda y completamente humanos”*.

En el año 2002 Liberman propone una definición más operacional del concepto de Recuperación, centrándose en los siguientes puntos: el desarrollo de la autonomía personal, el desempeño de roles socialmente valiosos, mantener relaciones sociales significativas, conocimiento de sí mismo, autoestima, el estigma internalizado y la integración comunitaria.

Para intervenir en el proceso de recuperación en el CD de Collado Villalba nos hemos decantado por los beneficios que aporta a las personas con TMG la psicoterapia de grupo. Chávez (1999) declara que la utilización conjunta de las terapias de grupo con otro tipo de terapias como la individual, las familiares, etc. mejora la eficacia de los programas terapéuticos. Otra de las ventajas de la terapia de grupo es su gran flexibilidad para adaptarse a todo tipo de pacientes, instituciones y objetivos terapéuticos, así como su bajo coste (Chávez, 1992). Esto es justo lo que ocurre en un CD, desarrollamos esta variedad de intervenciones y comprobamos que con la inclusión de la psicoterapia de grupo la eficacia de los programas e intervenciones aumenta.

Vallejo (2006) manifiesta que hay muchos autores que muestran que la psicoterapia de grupo es una modalidad terapéutica efectiva para que este colectivo pueda descentrarse del rol de enfermo y puedan ser ellos los protagonistas en su proceso terapéutico. Además, como dice Lorenzo (1993), el espacio grupal también es un facilitador para rehacerse lo fragmentado en las crisis psicóticas.

En el CD de Collado Villalba existe una gran versatilidad de perfiles de las personas con TMG, con distintas necesidades y hemos observado que necesitan de un espacio de confianza en el que expresar lo que les ocurre en su día a día. Tienen entrevistas regularmente con distintos profesionales pero estas personas muestran necesidades más allá de mejorar su desempeño diario, necesitaban ser escuchados y comprendidos por iguales. Mantienen relaciones con muchos profesionales y con su familia más allegada, pero tienen escasas relaciones de amistad, sus padres son mayores y los hermanos, tienen más dificultades de participación en el proceso de recuperación por su rutina diaria. El nivel de aislamiento es alto. El espacio grupal posibilita que estas personas puedan salir de este aislamiento sin temor al rechazo por la característica particular de los grupos de iguales de escuchar y de entender sus experiencias.

Por todo ello diseñamos el Programa que pusimos en marcha en enero de 2011, desarrollándolo sin interrupción hasta ahora. En este programa hemos adaptado la metodología de la psicoterapia de grupo a un dispositivo de rehabilitación psicosocial como el CD. Los asistentes al grupo eligieron el nombre de “HABLAMOS NOSOTROS” cuando les explicamos los objetivos del grupo.

Los objetivos generales del programa tienen que ver con el concepto de Recuperación, aprender estrategias de afrontamiento, aumentar la autoestima y el conocimiento de uno mismo (insight), -los aspectos positivos y negativos, sentimientos y emociones propias-; y los objetivos específicos tienen relación con el sentimiento de pertenencia y la cohesión grupal, es decir, con la expresión de situaciones positivas, negativas o problemas, la escucha, aportar refuerzo y apoyo a los demás, y, por último, facilitar así el análisis de las situaciones para generar alternativas de respuesta.

Método

Participantes

Desde enero de 2011 han participado en el grupo un total de 14 personas. La edad media es de 50,8 años (rango entre los 40 y 60 años), el 85% son hombres, 43% vive con su propia familia, 36% convive con su familia de origen, 14% vive en un recurso residencial perteneciente a la red de la CAM y 7% vive solo. El 36% está casado, 28% separado y 36% soltero, el 57% tiene hijos. Todos son pensionistas.

Todos los miembros del grupo tienen un TMG de más de 25 años de evolución, con sintomatología residual y capacidad de manejar su sintomatología activa, que puntúan dentro del rango 51-60 en el EEFG : “*síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar*” (la media global del centro es de 49). Heterogeneidad en cuanto al diagnóstico: 50% Esquizofrenia Paranoide, 7% Esquizoafectivo, 21% TOC, 14% TP, 7% Depresión Grave.

Instrumentos utilizados

- Escala de Evaluación Del Funcionamiento Global, (EEFG; Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2002).
- Registros y transcripciones semanales de las sesiones, elaboración propia
- Cuestionario Apoyo Social Funcional (Duke-UNC-11; Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996).
- Cuestionario Opinión (CO), (elaboración propia).
- Escala de Evaluación de Recuperación, (RAS-21; Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster y Keck, 2004).
- Cuestionario de Percepción Estigmatización, (CPE; Badallo Carbajosa, 2011).

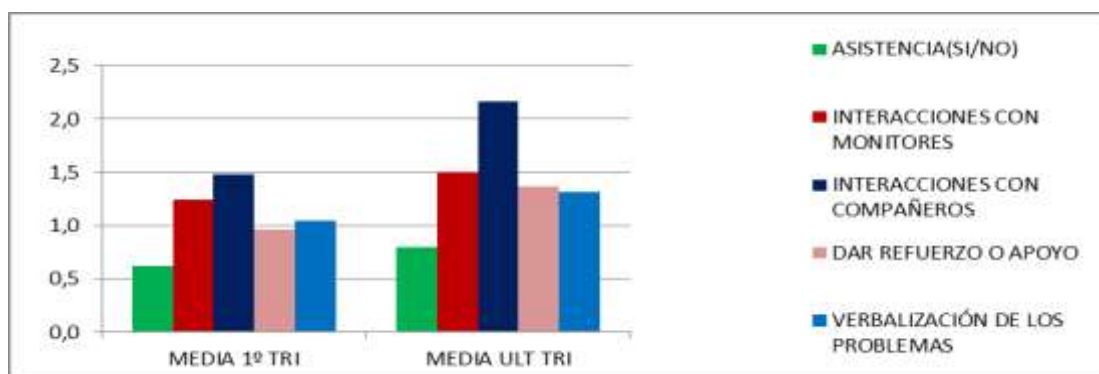
Procedimiento

El grupo se desarrolla en una sala del CD, durante una hora a la semana y está conducido por dos terapeutas, psicólogo y educador, que conducen las sesiones con actitud semidirectiva, y que su función es, utilizando a los miembros del grupo y el conocimiento de los puntos fuertes de éstos, posibilitar y facilitar la expresión de los conflictos de los asistentes, la reinterpretación de la situación y la búsqueda de estrategias para enfrentarse a ella.

La estructura de una sesión consiste en que una de las personas del grupo relata una situación problemática del pasado, del presente o preocupaciones futuras, situaciones positivas, experiencias significativas, y los miembros del grupo le aportan su opinión, refuerzo, apoyo, críticas positivas, experiencias parecidas y pautas a seguir. Para ello se utilizan técnicas de reforzamiento, escucha activa, dinámicas centradas en el sentido del humor, etc. No es obligatorio participar, aunque se motiva para que suceda. Todo ello en un clima grupal de respeto y de confidencialidad.

Resultados

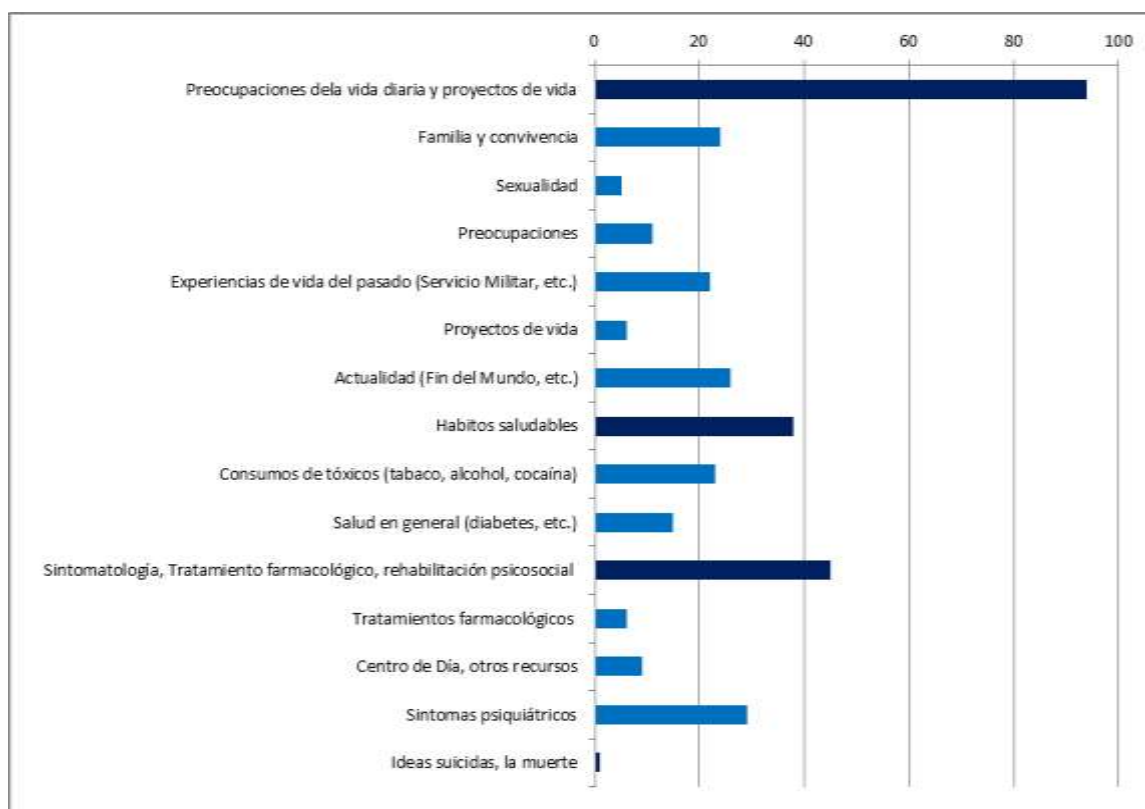
Como hemos dicho es muy importante conseguir la cohesión grupal, crear un sentimiento de pertenencia al grupo, para poder expresar con libertad lo que cada uno necesite. Cada persona que empieza en un grupo, al principio se sitúa en un lugar de expectativa y de dependencia con el terapeuta y poco a poco el espacio grupal va cobrando forma; primero es un lugar donde se puede abordar el conflicto y después donde puede exponerse el sufrimiento. El sentimiento de pertenencia, favorece que el miembro del grupo aprenda a buscar las respuestas y el alivio, no sólo en los profesionales, sino también en los participantes y en el trabajo grupal (Vallejo, 2006).



*Fuente, elaboración propia, basado en la observación (n=14)

Figura 1. Grado de *Sentimiento de pertenencia al Grupo “Hablamos Nosotros”*.

En la Figura 1 aparecen los datos obtenidos de comparar el primer trimestre del grupo (enero, febrero, marzo 2011) con el último trimestre (enero, febrero, marzo 2013). Hemos utilizado una escala *Likert* del 1 al 4 en los indicadores que aparecen en la Figura 1, observando que todos ellos han aumentado. Incluso el indicador de *Interacción con los Profesionales*, que lo consideramos influido por el proceso personal de cada participante en el recurso donde nos encontramos, donde el resto de actividades están dirigidas por profesionales, y el hecho de que los miembros del grupo han pasado por muchos profesionales que les orientan en sus vidas.



Fuente de elaboración propia, registros semanales, n=14

Figura 2. Temas tratados en el Grupo “Hablamos Nosotros”.

En la Figura 2 podemos observar los datos obtenidos respecto a los temas que se han tratado en el grupo. Los hemos dividido en tres grandes áreas, *Preocupaciones Diarias Y Proyectos De Vida*, convivencia diaria, experiencias del pasado, sus pensiones, el euro por receta, etc., en los últimos meses se tratan temas más íntimos como el de sexualidad. En el área de *Hábitos Saludables*, un tema recurrente es el consumo de tabaco, el consumo excesivo de agua, el sobrepeso y los cuidados de la diabetes. Por último, en el área de los *Tratamientos y La Sintomatología*, les preocupa los efectos de su medicación, los ingresos hospitalarios que han tenido, la ansiedad, rituales y problemas de sueño, y en estos últimos meses están hablando de su sintomatología positiva.

También les hemos preguntado a los participantes mediante un cuestionario de opinión, respecto a aspectos más concretos del grupo “Hablamos Nosotros”. Sus respuestas son: les ha ayudado a expresar, escuchar y ayudar a otros, además de conocer sus problemas y aprender estrategias de los otros, incluso a mejorar las relaciones con la familia.

A continuación describimos ejemplos de algunos de los participantes que están relacionados con avances en su proceso de recuperación. Podemos observar cambios en los roles, disminución del rol de enfermo, aumento en la autonomía personal, mayor conocimiento de sí mismo y aumento de la autoestima.

- Caso 1: ha adquirido un rol más reivindicativo, se describe a sí mismo con adjetivos positivos y se retrata con una sonrisa, está recuperando intereses pasados, participa en una Comisión de Trabajo de profesionales de forma activa.
- Caso 2: disminuye su rol de enfermo aumentando su integración comunitaria y ejerciendo su rol de abuelo. Se describe con adjetivos más positivos y elabora con más detalle el dibujo de sí mismo.
- Caso 3: ha afianzado su rol como persona de referencia del CD, ha adquirido responsabilidades tanto en el CD como en casa, su discurso se centraba en malestar y ahora reconoce habilidades positivas e identifica el bienestar.

Otros ejemplos:

- Tres de los asistentes desempeñan actualmente el rol de cuidadores de uno de los progenitores.
- Dos asistentes al grupo se fueron juntos por primera vez de vacaciones 4 días de forma autónoma a Bilbao.
- Cuatro de los asistentes han aceptado una intervención individual en preocupaciones antes negadas o rechazadas.

En el cuestionario DUCKE-UNC las puntuaciones más altas se encuentran en los ítems relacionados con el *Apoyo Confidencial* que tiene que ver con *Contar con personas para comunicarse*. En la medida de Recuperación RAS-21 las puntuaciones más altas se encuentran en los factores que tienen mayor relación con el grupo: *Predisposición para pedir ayuda y Confianza en otros*. En la medida de Estigma Internalizado (CPE) el 100% de las puntuaciones obtenidas superan la puntuación media, indicando un autoestigma medio-alto.

Discusión

Por todo lo expuesto concluimos que el grupo “Hablamos Nosotros” ha favorecido la integración comunitaria a través del sentimiento de pertenencia a un

grupo puesto que compartir inquietudes con iguales genera un tejido social entre los miembros que hace que lo individual se convierta en colectivo, siendo el primer paso para sentirse ciudadanos de pleno derecho.

Con el grupo también hemos aumentado aspectos del proceso de recuperación como las peticiones de ayuda, las estrategias de afrontamiento, la autoestima, la autonomía personal, el aumento de roles significativos. Además ha disminuido el aislamiento, la sensación de rechazo y el rol de enfermo.

Destacamos los aspectos que nos quedan por conseguir: el conocimiento de sí mismo, el estigma internalizado y la creación de un proyecto de vida.

Por eso afirmamos que la psicoterapia de grupo es un importante facilitador para avanzar en el proceso de recuperación de las personas con TMG.

Referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana, APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV TR*. Barcelona: Masson.
- Badallo Carbajosa, A. (2011). Modelo Jara: una estrategia de lucha contra el estigma asociado al trastorno mental severo y persistente. Tesis Inédita. Madrid: UCM.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-63. Extraído de Servicio Andaluz de Salud “Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente en salud mental” (2004), Consejería de Salud.
- Corrigan, W.P., Salzer, M., Ralph, R.O., Sangster, Y. y Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1035.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation*, 19, 91-97.
- González de Chávez, M., García Cabeza, I. y Fraile, J. C. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19, 573-586.
- González De Chavez, M. y Garcia-Ordas, A. (1992). Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento combinado de la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12, 203-207.
- Liberman, R., Kopelowicz, A., Ventura, J. y Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272.
- Lorenzo, M.D. (1993). Aportaciones de la psicología social y la concepción operativa de grupo en el tratamiento del psicótico en un Hospital de Día. *Apuntes de Psicología*, 38-39, 151-162.
- Rosillo, M., Hernández, M. y Peter, S. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33, 259-273.
- Vallejo, F. (2006). Espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*, 24, 331-343.

MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE LA MEDICINA DE FAMILIA: LA APORTACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

M^a José Campillo-Cascales*, Rosa M^a Espinosa-Gil*, Aida Navarro-Hernández*, Ascensión Garriga-Puerto* y Julio Cesar Martín-García-Sancho**

*Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de la Región de Murcia, España

**Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud, España

Resumen

Introducción: La situación actual de la salud mental en la atención primaria hace necesario que se desarrollen nuevos modelos de comunicación y relación entre ambos niveles, que permitan ofrecer una atención integral e integrada. El abordaje biomédico tradicional suele ofrecer el tratamiento farmacológico como única alternativa, aunque las guías de práctica clínica recomiendan la aplicación de la terapia cognitivo-conductual. La formación del residente de psicología clínica incluye un periodo de rotación obligatoria de 3 meses por los centros de Atención Primaria (AP). En la UDM-SM de Murcia este periodo se organiza incorporando al residente al centro de salud durante 1 año (dos semanas continuadas de incorporación y posteriormente 1 día a la semana hasta cumplir los 3 meses). Este sistema facilita un nuevo modelo de relación atención primaria y salud mental, el modelo de integración, en el que se incorpora un profesional de salud mental a primaria. **Método:** Análisis de la experiencia de un Centro de Salud urbano en el que se ha implantado un modelo de integración entre salud mental y atención primaria. **Resultados:** Se presentan las claves para la mejor integración del psicólogo clínico en AP, el tipo de actividades realizadas, las soluciones para las posibles dificultades que se pueden presentar, así como las repercusiones clínicas preliminares que pueden conseguirse a medio largo-plazo si se cambia el paradigma del abordaje de los trastornos mentales comunes en AP. **Conclusiones:** El tratamiento psicológico de los trastornos mentales comunes en AP es posible y es facilitado por la creación de espacios de cooperación interprofesionales y por la adaptación a las necesidades de cada centro.

Palabras clave: atención primaria, psicólogo clínico, salud mental, modelo de integración.

BIOPSYCHOSOCIAL MODEL IN FAMILY MEDICINE: THE CONTRIBUTION OF THE CLINICAL PSYCHOLOGIST

Abstract

Introduction: The current state of mental health in primary care (PC) makes it necessary to develop new models of communication and relationship between both levels, which allow to offer a comprehensive and integrated care. The traditional biomedical approach generally provides the drug treatment as the only alternative available, although the clinical practice guidelines recommend the application of cognitive-behavioral therapy. The training of the clinical psychologist resident includes a mandatory rotation for 3 month-period through PC centers. In UDM-SM of Murcia this period is organized incorporating the resident in a health center for 1 year (two weeks in a row as inclusion and 1 day a week up to complete 3 months). This system provides a new model of relationship between primary care and mental health, the model of integration, which incorporates a mental health professional in primary care. **Method:** Analysis of the experience in an urban health center where has been implemented a model of integration between mental health and primary care. **Results:** This article presents the keys to a

better integration of the clinical psychologist in PC, kind of activities, solutions to any difficulties that may arise, as well as preliminary clinical implications that can be achieved in a medium to long-term if the paradigm of approach to common mental disorders in primary care is changed. **Conclusions:** Psychological treatment of common mental disorders in primary care is possible and is facilitated by the creation of inter-professional cooperation spaces and by the adaptation to the needs of each center.

Keywords: Primary care, clinical psychologist, mental health, model of integration.

Introducción

El desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud mental parte del tipo de situaciones, problemas o desafíos con los que nos enfrentamos en el momento actual. En atención primaria entre un 15% y un 40% de las consultas que se realizan, presentan síntomas psicopatológicos (Bernardo, 2000), por lo que se ha convertido en el lugar donde las necesidades y demandas de salud mental son recibidas y, en la mayoría de ocasiones, atendidas. De hecho, en Europa, los médicos de primaria atienden entre un 55 y 75% de los problemas de salud mental y tan sólo entre un 5 y 10% son atendidos en salud mental (ESEMED, 2000).

No sólo es una cuestión numérica, sino que con frecuencia en primaria la demanda de salud mental se presenta mezclada con referencias somáticas (astenia, fatiga, falta de energía, irritabilidad, etc.) y los cuadros clínicos se presentan de forma más difusa (patología subumbral o prodrómica), siendo más difícil establecer los límites entre salud y enfermedad. Además, la demanda como queja de malestar ante los problemas o crisis vitales se encuentra cada vez más normalizada. Por otra parte, los usuarios cada vez conocen más sus derechos y demandan un tipo de tratamiento en concreto (p.ej: un fármaco o un psicólogo) lo cual nos obliga a informar de las opciones posibles y a tener en cuenta sus preferencias. Todas estas características hacen que la demanda de salud mental consuma tiempo y esto es precisamente lo que escasea en AP, lo cual lleva en ocasiones a un exceso de medicalización, al no disponer del tiempo necesario, ni de otras alternativas de tratamiento que ofrecer.

Todo este panorama ha provocado que desde hace años se esté experimentado un aumento de la demanda de SM desde AP. Pero esta demanda no sólo es asistencial, sino también de información, formación, contención, asesoramiento técnico, supervisión y acompañamiento emocional (Ribé, Pares y Fleitas, 2010).

Sin embargo, la relación actual entre ambos niveles consiste mayoritariamente en un modelo de derivación, lo que supone en muchas ocasiones un mero trámite administrativo, en el cual el médico escribe brevemente en una hoja de interconsulta el motivo de derivación y que en ocasiones es devuelta por el profesional de salud mental con unas indicaciones para el seguimiento tras la evaluación. Este modelo es a menudo insuficiente e insatisfactorio (Bower, 2002).

Pero no sólo el modelo de relación es mejorable, sino que las opciones de tratamiento disponibles suelen limitarse al abordaje psicofarmacológico. Sin embargo, el tratamiento psicológico ya es recomendado por varias guías y sociedades científicas. La guía clínica del *National Institute for Clinical Excellence*, NICE (2010) recomienda en la depresión leve el tratamiento psicológico como primera opción, y, solo si el resultado es negativo, combinarlo con psicofármacos. Además, los tratamientos

cognitivo-conductuales breves muestran su eficacia en Atención Primaria (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood, 2010).

Por otra parte, dentro del sistema de formación sanitario, desde el año 2009, el programa formativo de la especialidad de psicología clínica incluye durante la residencia una rotación de tres meses por atención primaria (Orden SAS/1620/2009). En la Unidad Multi-profesional de Salud Mental de la Región de Murcia esta rotación se organiza a lo largo de un año, que incluye, dos semanas seguidas de incorporación al centro de salud y posteriormente un día a la semana hasta completar el año. Este sistema facilita un nuevo modelo de relación entre Atención Primaria y Salud Mental, el Modelo de Integración, el cual garantiza la continuidad asistencial. La presencia del residente de psicología es un elemento que favorece el desarrollo de este modelo de integración.

El objetivo de este trabajo es presentar una experiencia de coordinación alternativa, el modelo de Integración, dónde el profesional de la salud mental se integra como parte del equipo de atención primaria.

Método

Intervención

Un psicólogo residente acude al centro de salud una vez a la semana para realizar diversas actividades asistenciales y un psicólogo clínico del CSM de referencia (tutor del residente) acude al centro de salud una vez al mes, para llevar a cabo sesiones de interconsulta.

Emplazamiento

Centro de Salud Barrio del Carmen (Murcia), centro urbano ubicado en un barrio de clase trabajadora de la capital y con alta tasa de población inmigrante. Cabe destacar que se trata de un centro con un alto nivel de formación y motivación de sus profesionales.

Procedimiento

Tras un año de funcionamiento se analiza la experiencia y se realiza una valoración acerca de la integración del psicólogo clínico en AP, el tipo de actividades realizadas, las soluciones para las posibles dificultades que se pueden presentar, así como las repercusiones clínicas preliminares que pueden conseguirse a medio y largo-plazo si se cambia el modelo de abordaje de los trastornos mentales comunes en AP.

Resultados

Se resumen los principales cambios observados desde que se comenzó a aplicar el modelo de integración. Previamente a la llegada del residente, el psicólogo clínico del CSM había puesto en marcha unas reuniones mensuales denominadas “Encuentros con la psicología”. En este espacio se va realizando el paso de un equipo multidisciplinar (grupo de especialistas sanitarios de diferentes profesiones que se reúnen en un mismo espacio físico y que trabajan juntos para ofrecer diagnósticos y tratamientos, cada uno dentro de su ámbito de práctica y desde su área de competencia) a un equipo interdisciplinar (grupo de profesionales de distintas especialidades que, sobre la base de una tarea común asumida individual y grupalmente, cubre las áreas que le son propias). Para que este paso sea posible se ha tenido que ir realizando un proceso de ajuste entre

las diferentes perspectivas, lenguajes y visiones previas de los distintos miembros del equipo, para construir uno básico y común a partir del cual sea posible una tarea compartida.

Con la presencia del residente estas reuniones aumentaron en su frecuencia. Las actividades llevadas a cabo en este espacio son:

Supervisiones de casos: en las que se comparten casos de especial interés o dificultad, tratando de orientar en su abordaje e intentando atender a las necesidades del profesional por parte de todo el equipo.

Interconsulta y derivaciones: sesiones en las que se resuelven las dudas del día a día y en las que se valoran posibles casos de intervención en el centro, así como las derivaciones a CSM y/o otros dispositivos.

Sesiones clínicas o de formación: en las que se realizan actualizaciones diagnósticas, se tratan temas de especial relevancia desde el modelo biopsicosocial, se entrena en habilidades de entrevista, etc.

Junto a estas reuniones se realizan otras actividades de atención directa o de coordinación con el equipo como son:

- Consulta conjunta con el profesional sanitario: suelen ser casos de complejidad diagnóstica en los que se realiza una entrevista entre ambos profesionales. A partir de esta visión conjunta, se orienta en el diagnóstico y en la indicación de tratamiento.
- Derivación a CSM: si durante las primeras entrevistas de evaluación o a lo largo del proceso se detecta que el diagnóstico o pronóstico necesita otro tipo de intervención más especializada.
- Derivación a otros dispositivos: como son CAD, Urgencias, etc.

Tratamiento psicológico de los trastornos mentales comunes: se realiza a través de una evaluación psicológica previa y tratamiento psicológico individual/grupal mediante protocolos de tratamiento breves con base empírica para cada trastorno. Este tipo de intervención inicialmente estaba dirigida para: personas de 16 a 65 años, sin disfunción grave socio-laboral y con diagnóstico de trastorno mental leve o moderado (TAG, trastorno de pánico, fobia, duelo, trastorno depresivo, TOC, TEPT e insomnio). Sin embargo, la realidad es que aunque estos pacientes nos llegaban, también se nos derivaba con frecuencia otro tipo de pacientes (ancianos, cuidadores, enfermedad o dolor crónico, trastorno somatoforme, trastornos adaptativos, personas con rasgos de personalidad disfuncional, dependencia a sustancias, situaciones de maltrato, pacientes hiperfrecuentadores, códigos Z, etc.). Ante esta realidad no quedaba otra alternativa que adaptarse a ella, y así lo hicimos mediante: sesiones clínicas de actualización de los trastornos derivables; repetir criterios de derivación e información al derivante; incluir entre nuestra oferta los trastornos adaptativos; coordinarnos con el trabajador social del centro y otros recursos para buscar el dispositivo adecuado; realizar indicaciones de no tratamiento en personas que no presentaban psicopatología realizando una sesión normalizadora y ofreciendo una sesión de seguimiento; derivar a CSM/CAD o dispositivo adecuado y utilizar los componentes básicos de los tratamientos adaptándolos individualmente al caso (relajación, reestructuración cognitiva, manejo emocional, resolución de problemas, activación conductual, etc.).

Los beneficios que creemos que puede aportar este modelo de integración son:

- Aumento de la capacidad real de contención no medicalizadora, ya que al ser vistos en un espacio breve de tiempo no se inicia terapia farmacológica.

- Capacidad de contención y reformulación de la angustia del paciente y de los profesionales.
- Fluidez en la resolución de imprevistos.
- Cercanía entre los profesionales, que permite que haya feedback en la información y que se pueda consultar de cualquier aspecto.
- Creación de un espacio biopsicosocial de colaboración.
- Primer filtro en las derivaciones a SM.
- Facilitación de la comunicación informal.
- Minimización del estigma asociado a la salud mental, al realizarse en un contexto alternativo.
- Aumento de la satisfacción de profesionales (se vive como un proyecto común) y de los usuarios.

El hecho de poder contar con la presencia continuada del PIR en AP nos permite ofrecer:

- Atención breve, intensa e inmediata: un tratamiento de pocas sesiones, con una frecuencia semanal o quincenal y en el que la primera consulta se intenta ofrecer en la mayor brevedad.
- Una identificación y derivación temprana a los dispositivos adecuados.
- Una derivación tranquilizadora tanto para el *paciente* (el que conozcas su nombre, su caso, no tener que empezar desde el principio) como para el *profesional* (genera confianza el saber que se envía al paciente a alguien que conoce y que le ofrece la posibilidad de un seguimiento).
- Continuidad de cuidados: el residente al estar en contacto con diferentes dispositivos (CSM, AP, Urgencias etc.), a menudo hace de puente y de coordinación entre los distintos dispositivos.
- Reducción del sufrimiento humano al evitar que situaciones de crisis o trastornos mentales leves se conviertan en trastornos mayores.
- Flexibilidad: al estar presencialmente en los CAPs permite comprender y sentir las necesidades que demandan sus profesionales.

Este modelo no está exento de dificultades entre las que podemos destacar: una escasa generalización territorial del modelo, una presencia limitada del psicólogo clínico en los centros de primaria, espacios a menudo poco íntimos, dificultad de coordinación por horarios de mañana y tarde, demandas sin programar, actitudes de desinterés por parte de algunos profesionales hacia este modelo, vivencias de llegada de más trabajo (necesidad de facilitar y ser flexibles), importancia de respetar los criterios de derivación y las opciones de tratamiento (posibilidad de convertirnos en pequeños CSMs).

Conclusiones

En cuanto a las limitaciones, existen diversos aspectos pendientes de evaluar, como son: analizar el número de derivaciones realizadas a especializada, el número de psicofármacos prescritos y la satisfacción de los profesionales desde la implantación de este modelo.

La experiencia ha motivado que los propios centros de salud soliciten la continuidad del programa sin interrupciones y en algún caso, la extensión del mismo al ámbito de pediatría. Por tanto, podemos concluir que:

La complejidad diagnóstica y terapéutica de la atención psicológica en AP, hace necesario un gran nivel de conocimientos y habilidades por parte del psicólogo clínico. El tratamiento de los trastornos mentales comunes en primaria es posible.

La presencia física del psicólogo clínico y la creación de espacios de colaboración favorece el desarrollo del modelo biopsicosocial (médico de familia, enfermería, trabajo social y psicología clínica) que a diferencia del abordaje tradicional o farmacológico, posibilita una visión holística de cada caso y facilita el ofrecer el tratamiento alternativo psicológico para los trastornos mentales comunes por un psicólogo (clínico en formación), tal como recomiendan las guías de práctica clínica acreditadas.

No se pueden olvidar las características específicas de la AP y aplicar sin más los modelos de tratamiento de SM. Creemos necesario adaptarnos y ajustarnos a la realidad de cada CAP.

Referencias

- Aranda, J.M., González, A., Roperio, V., Montero, M., Galán, D. y Del Pino, R. (2012). Modelos de colaboración para la atención a la salud mental en Andalucía: evaluación tras 9 años de implantación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (113), 9- 28.
- Bernardo, M. (2000). Epidemiología. En J. Vallejo y C. Gastó (eds.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 217-226). Barcelona: Elsevier: Masson.
- Boletín Oficial del Estado, BOE (2009). Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. Extraído el 15 de Abril de 20013, de <http://www.boe.es/boe/dias/2009/06/17/pdfs/BOE-A-2009-10107.pdf>
- Bower, P. (2002). Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *British Journal of General Practice*, 52, 926-33.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace P y Underwood, L. (2010): Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38
- ESEMED (2000). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of mental disorders (ESEMeD Projet). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Supl. 420), 21-27.
- Espino, J.A., Fraile, J.C., Mateo, I. y Moriñigo, A. (1983). Atención Primaria y Salud Mental. *Papeles del Psicólogo*, 83, 9-10.
- Fries, J., Koop, C. y Beadle, C. (1993). Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 329, 321-325.
- González-Blanch, C. (2009). Salud Mental en Atención Primaria: Que tenemos, que necesitamos y dónde encontrarlo. *Papeles del Psicólogo*, 30, 169-174.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1990). *Salud mental en la comunidad*. Madrid: Nieva.
- Haro, J.M., Pinto-Meza, A., Fernández, A., Ochoa, S., Serrano, A., Autonell, J., et al. (2008). Necesidades de atención en salud mental II: Frecuencia y distribución. Trastornos mentales comunes en España. *Monografías de Psiquiatría*, 20, 15-21.
- Hernández, M., Fernández, A. y Carmona, J. (2009). Modelos asistenciales y de relación entre atención primaria y atención especializada. En T, Palomo y M.A. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de Psiquiatría* (pp. 907-919). Madrid: Ene Life.
- National Institute for Clinical Excellence, NICE (2010). *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care — NICE Guidance*. London, UK: The British Psychology Society & The Royal College of Psychiatrists.

Ribé, J.M., Parés, J. y Fleitas, E. (2010). Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. *Norte de Salud Mental*, 36, 45-54.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN UN NIÑO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

M^a Olga Escandell-Bermúdez y M^a del Sol Fortea-Sevilla

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España

Resumen

Antecedentes: Los trastornos del espectro autista (TEA) son trastornos del neurodesarrollo que presentan alteraciones en las áreas de interacción social recíproca, lenguaje y comunicación, simbolización y comportamiento. La detección temprana de estos trastornos es decisiva para iniciar la intervención temprana y favorecer un desarrollo óptimo. **Método:** Se presenta el caso clínico de un varón de 23 meses que procede del cribado poblacional a través del “Programa del Niño Sano” del Servicio Canario de Salud. Una vez realizado el diagnóstico a través de las escalas ADIR y ADOS, se diseña un programa de intervención para mejorar el desarrollo de las áreas afectadas (comportamiento, simbolización, lenguaje y comunicación y socioemocional). La metodología empleada se encuadra dentro del marco teórico cognitivo-conductual, con estrategias de modificación de conducta, método TEACCH, sistema de comunicación por intercambio de imágenes, programa de comunicación total y orientación familiar. El tratamiento se realiza con una frecuencia de 3 sesiones semanales de 45 minutos de duración con el niño y orientación a los padres y educadores de la escuela infantil a la que asiste. **Resultados:** Después de ocho meses de intervención, se aprecia una evolución positiva en todas las áreas sobre las que se interviene. Han disminuido las conductas disruptivas, han aparecido las primeras vocalizaciones, ha iniciado juegos funcionales y van en aumento las interacciones sociales espontáneas. **Conclusiones:** La intervención temprana y el diseño de programas que combinan diferentes metodologías con validez científica, atenuan o eliminan las alteraciones que produce el TEA en las primeras etapas del desarrollo infantil.

Palabras clave: Trastornos del Espectro Autista, diagnóstico, programa de intervención temprana, método TEACCH, comunicación total.

EARLY INTERVENTION PROGRAM IN A CHILD WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Abstract

Antecedents: Autism Spectrum Disorders (ASD) are neurodevelopmental disorders that involve impairment of reciprocal social interaction, language and communication, symbolization and behaviour. The early detection of this cognitive impairment is essential to implement early specific intervention and promote optimal development. **Method:** We study the case of a 23-month-old male child, who was identified through population screening performed by the “Healthy Child Program” of the Canary Islands Health Service. After the child was diagnosed using the ADIR and ADOS scales, a specific intervention program was designed to improve the development of the impaired areas (behavior, symbolization, language and communication, and sociemotional development). The methodology used in this case is framed by cognitive-conductual theories, applying behaviour modification techniques, the TEACCH Method, the picture exchange communication system, total communication programs and family counseling sessions. The treatment of choice consists of three 45-min sessions to the child per week, together with counseling sessions for parents and his Primary School teachers. **Results:** After eight months of treatment, all areas of intervention experience positive evolution.

His disruptive behaviours have decreased; the first vocalizations have appeared; he has carried out some functional games; and his spontaneous social interactions are increasing. **Conclusions:** Early intervention and specifically-designed programs that combine different approaches with scientifically-proven validity alleviate or eliminate cognitive impairments associated with ASD in the first stages of child development.

Keywords: Autism Spectrum Disorders, diagnosis, early intervention program, TEACCH method, total Communication.

Introducción

Hoy en día, no es una novedad afirmar que la detección temprana de los TEA es de suma importancia para un desarrollo óptimo de las personas afectadas a corto y largo plazo. La detección temprana se justifica porque permite mejorar tanto el pronóstico global de las personas con TEA como la calidad de vida de los niños y sus familias, promoviendo así la futura inserción social (Ruiz-Lázaro, Posada e Hijano, 2009). Esta detección posibilita, además, una intervención temprana mediante programas que demuestran mejoría en el pronóstico de las personas con TEA.

La revisión de dichos programas permite marcar la diferencia entre un pronóstico favorable o desfavorable (Canal et al., 2006). Los datos que otorgan importancia a estos programas parten, entre otras cuestiones, del concepto de neuroplasticidad. Hernández, Mulas y Mattos (2004) apuntan la necesidad de una aproximación al conocimiento de los mecanismos intrínsecos de plasticidad neuronal y regulación sináptica. De esta manera, se podrá comprender mejor el proceso de recuperación de las funciones dañadas o perdidas en el cerebro de los niños con necesidades especiales, así como favorecer la misma mediante una intervención de carácter farmacológico, clínico y educativo. Artigas (2007) indica que actualmente se desconocen los mecanismos del neurodesarrollo, pero es posible suprimir las barreras que interfieren en el desarrollo normal del cerebro facilitando, simplemente, los procesos normales de desarrollo a partir de intervenciones con el niño, la familia y el entorno. Además, existen datos de la relación entre el inicio temprano de la intervención y el aumento del CI (Harris y Handleman, 2000). Y como apuntan algunos autores (Bryson, Rogers y Fombonne, 2003; Canal et al., 2006), incluso los resultados de la intervención temprana podrían acabar con la idea generalizada de que la mayoría de las personas autistas tienen un déficit intelectual, o que aproximadamente la mitad de ellas no desarrollan el lenguaje verbal.

Método

Participantes

Se trata de un único caso extraído de un cribado poblacional hecho mediante el “Programa del Niño Sano” del Servicio Canario de Salud (Forteza, 2012). Procede de un embarazo normal, con parto inducido y un desarrollo perinatal normal. No se conocen antecedentes familiares. El niño tuvo problemas de alimentación durante el primer año. Tiene un desarrollo motor normal, pero no ha desarrollado el lenguaje.

Instrumentos

- Se recoge información a través de los Cuestionarios Familiar y Evolutivo (García y Magaz, 1998); la Evaluación de la Comunicación (Dewarh y Summers, 1988); el Cuestionario de Comunicación Preverbal (Canal, 1993); y el Cuestionario de Habilidades Comunicativas y de Comportamiento (Canal, 1993). Como instrumento de cribado se utiliza el M-CHAT en su versión española (Canal et al., 2007), debido a su extendido uso en España y a las recomendaciones de diferentes autores dentro y fuera de nuestro país (Canal, García et al., 2010; Inada et al., 2011; Kleiman et al., 2008; Robins, 2008) acerca de la conveniencia de su empleo en esta población y en el contexto de pediatría.
- La Entrevista para el Diagnóstico de Autismo, ADIR (Rutter et al., 2006) ha demostrado ser útil tanto para el diagnóstico formal como para la planificación del tratamiento y de la atención educativa. Las observaciones realizadas se puede obtener un algoritmo diagnóstico para clasificar a los sujetos/pacientes como TEA o no TEA. La ADIR se organiza en tres dominios:[1] alteración cualitativa en la interacción social recíproca; [2] alteración cualitativa de la comunicación; y [3] patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados. A su vez, cada uno de ellos está dividido en cuatro subdominios. El análisis discriminante de los dominios y subdominios permite diferenciar claramente entre TEA y no TEA.
- La Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo, ADOS (Lord et al., 2008), tiene como objetivo proporcionar contextos estandarizados para la observación del comportamiento en sujetos/pacientes que pueden padecer autismo y con edades que abarcan desde la infancia hasta la edad adulta. Para ello, la ADOS está formada por cuatro módulos diferentes mediante los que el examinador puede seleccionar el más adecuado para el sujeto/sujeto, en función de la edad y del lenguaje expresivo que posee. Para este caso concreto, hemos utilizado el módulo 1. Cada módulo está dividido en cuatro dominios, es decir, interacción social recíproca; comunicación; juego y comportamientos estereotipados; e intereses restringidos. Como ocurre con la ADIR, las observaciones que se llevan a cabo también permiten obtener un algoritmo diagnóstico, que sirve para clasificar a los sujetos como TEA o trastorno autista (TA). El análisis discriminante de los dominios del módulo 1 del ADOS muestra diferencias significativas para poder realizar un diagnóstico diferencial de TEA.

Procedimiento

Se describen tres fases en el proceso: 1) administración el M-CHAT/ES, corrección y llamada telefónica a la familia para confirmar la sospecha de dificultades en el desarrollo; 2) diagnóstico; y 3) intervención, con el diseño del programa y su puesta en marcha.

En la primera fase, donde el niño tenía 21 meses de edad. se utiliza el M/CHAT/ES en la consulta de pediatría y se corrige, puntuando en 13 ítems, de los cuales 3 son críticos; esto plantea la sospecha de problemas en el desarrollo comunicativo y social. Siguiendo el protocolo elaborado por el GETEA (2004) primero

se telefonea a la familia para corroborar la sospecha inicial, la cual se mantiene tras la conversación; y luego se cita a la familia para proceder al diagnóstico psicológico.

En la segunda fase, con 23 meses de edad, tiene lugar una entrevista con la familia y una observación directa del comportamiento del niño para decidir si es necesario hacer las pruebas de diagnóstico para autismo. Se aplica la ADIR y la ADOS con 23 meses de edad. La ADIR clasifica su comportamiento dentro de los TEA, y ADOS dentro del TA (Tabla 1).

Tabla 1. Puntuaciones obtenidas en ADOS y ADIR.

<i>Escala</i>	<i>Dominios</i>	<i>Puntuación</i>
ADOS	Comunicación	5 (punto de corte TEA:2, TA:4)
	Interacción social recíproca	9 (punto de corte EA:4, TA:7)
	Juego	1
	Comportamientos estereotipados e Intereses	1
	Restringidos	
ADIR	Alteración cualitativa en la interacción social recíproca	9 (punto de corte: 10)
	Alteración cualitativa de la Comunicación	10 (punto de corte: 7)
	Patrones de Comportamiento Restringidos,	4 (punto de corte: 3)
	Repetitivos y Estereotipados	

Esta fase termina con la entrega del informe de resultados y conclusión diagnóstica a los padres, que deben llevar a su pediatra para que el niño sea derivado al Servicio de Neurología. Asimismo, se les informa de los servicios de atención temprana que están a su disposición.

En la última fase, se diseña un programa de intervención con objetivos enmarcados en las áreas de desarrollo típicamente afectadas en los TEA y que aparecen en la Tabla 2. Este programa empieza cuando el niño tiene 25 meses de edad.

Tabla 2. Áreas de desarrollo y objetivos de intervención.

<i>Comportamiento y habilidades básicas</i>
Aumentar los tiempos de espera
Focalizar y mantener la atención en una actividad
Responder a órdenes sencillas y contextualizadas
Extinguir las conductas inadecuadas
Aumentar la variedad en la ingesta de alimentos
<i>Cognición y simbolización</i>
Desarrollar los primeros juegos funcionales y simbólicos
Imitar los modelos motores simples
Ejecutar juegos de coordinación óculomanual de forma ordenada y secuenciada
Reconocer el esquema corporal
<i>Lenguaje y comunicación</i>
Señalar y vocalizar conjuntamente
Imitar sonidos y sílabas
Discriminar receptiva y expresivamente si-no con función aceptación-rechazo mediante la modalidad gestual y verbal
Fomentar la imitación de sonidos y palabras
Favorecer el desarrollo del lenguaje oral espontáneo
<i>Socioemocional</i>
Desarrollar juegos circulares de interacción social recíproca

Potenciar gestos de saludo, despedida, beso, o sonrisa social
Desarrollar capacidades de referencia
Reconocer emociones básicas en sí mismo y en otros
Favorecer las habilidades de interacción social con iguales, por iniciativa propia y como respuesta a las que otros inician

La metodología empleada se encuadra dentro del marco teórico cognitivo-conductual, con estrategias de modificación de conducta, Metodología División TEACCH (1998); Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (Frost y Bondy, 2001); Programa de Comunicación Total (Schaeffer, Musil y Kollinzas, 1980); y orientación familiar. Prestamos especial atención a la organización espacio-temporal, mediante el uso de “agendas visuales”, y al desarrollo del lenguaje oral ausente en el momento del diagnóstico.

La intervención se realiza en sesiones de 45 minutos, con una frecuencia de tres veces por semana, y siempre acompañada de pautas que la familia debe seguir.

Resultados

Después de ocho meses de intervención, existe una evolución positiva en todas las áreas sobre las que se ha trabajado. En el área de “comportamiento y habilidades básicas”, los tiempos de espera han aumentado, sobre todo en los inicios y tránsitos de una actividad a otra, logrando un autocontrol mediante el uso del signo manual de “se acabó.” El niño acata órdenes contextualizadas relativas al orden de los objetos, tanto en casa como en la sala de trabajo. Las conductas inadecuadas (tirar objetos, enfados, oposición, acciones estereotipadas...) se controlan mediante el uso de agendas visuales, inicialmente compuestas de fotos de objetos reales y, en la actualidad, de pictogramas, debido a que la capacidad de abstracción ha mejorado. Por último, la introducción de nuevos alimentos en la dieta se está logrando, poco a poco, mediante la estimulación bucal y control conductual.

En el área de “cognición y simbolización”, el niño ha desarrollado algunos juegos funcionales, más variados y menos repetitivos que al principio. El juego simbólico aún no está presente y seguimos reforzándolo en las sesiones de trabajo y en casa. Imita muy bien los modelos simples de conducta de los adultos de referencia, y se está iniciando en modelos más complejos partiendo de sus intereses. Respecto al desarrollo de habilidades de coordinación óculomanual, ejecuta de forma ordenada juegos de encajar piezas, torres, legos, implicando en su actividad al terapeuta. Y en lo concerniente al esquema corporal, hay avances en el reconocimiento de las partes de la cara.

En el área de “lenguaje y comunicación”, se observa una clara intención comunicativa, ausente en los inicios. Ha mejorado la comprensión a través del uso de la agenda visual. El niño es capaz de señalar de cerca y en todos los contextos, con una función imperativa. Está en proceso de adquisición de la conducta de señalado a distancia. Imita sonidos y sílabas, y ahora también está empezando a imitar las primeras palabras. Discrimina receptivamente entre si-no y está iniciando la expresión del no. En este proceso desempeña un papel importante el uso continuado y generalizado a todos los contextos de la agenda visual, de la “comunicación total” y de las estrategias de contraimitación. Sin embargo, el lenguaje oral espontáneo aún es escaso.

En el área de desarrollo “socioemocional”, cada vez se acerca más a otros niños de manera espontánea y en diferentes contextos (colegio, parque, gabinete), lo que

facilita su participación en juegos de interacción tipo “cosquillitas” y carreras. Ha adquirido los gestos de saludo y despedida, siendo este último más espontáneo. De las conductas de “referencia conjunta”, ya ha adquirido la de atención conjunta, especialmente cuando hay una gran motivación, y está en proceso la de acción conjunta, ya que comparte más e implica al terapeuta en las actividades que inicia.

Con respecto a las emociones básicas, reconoce la tristeza, el enfado o la alegría, imitándolas muy bien en sí mismo e identificándolas en los demás. Las de alegría y enfado se utilizan como control conductual.

Discusión/conclusiones

Estudios previos en este campo apuntan al importante papel que desempeñan los pediatras y neuropediatras en el diagnóstico precoz de los TEA (Fortea, Escandell y Castro, 2013) como punto de partida para la intervención temprana, logrando así un abordaje terapéutico interdisciplinar en el que por su eficacia destacan los programas específicos de atención temprana. Estos programas tienen por finalidad atenuar o eliminar las alteraciones que produce el TEA desde las primeras etapas del desarrollo infantil, tal y como demuestran los resultados del caso propuesto. Además de atender al niño, los equipos interdisciplinarios de atención temprana también actúan con la familia y el entorno, articulando una respuesta conjunta que posibilite mejoras sustanciales en las competencias que el niño pueda adquirir, por un lado, y en el bienestar y calidad de vida del niño y de su familia, por otro (Fujiwara, Okuyama y Funahashi, 2011; Millá y Mulas, 2009).

A pesar de que hay pocas investigaciones en las que se hayan combinado varios tratamientos (Reichow, Volkmar y Cicchetti, 2008), los resultados que se han mostrado aquí evidencian que la combinación de metodologías es positiva para la elaboración y el diseño de programas de intervención temprana. Por último, hay esperanza en que la intervención temprana pueda alterar los problemas precoces del desarrollo y reconducir al niño hacia una trayectoria evolutiva más típica (Tuchman, 2013).

Referencias

- Artigas, J. (2003) . Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1), S68-78.
- Bryson, S. E., Rogers, S. J. y Fombonne, E. (2003) . Autism spectrum disorders: Early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. *Canadian Journal of Psychiatry*, 8(48), 506-516.
- Canal, R. (1993). La conducta comunicativa de los niños autistas en situaciones naturales de interacción. *Estudios de Psicología*, 50, 49.
- Canal, R., García, P., Martín, M. V., Santos, J., Guisuraga, Z., Herráez, L., ... Posada M. (2010). Modified checklist for autism in toddlers: Cross-cultural adaptation and validation in Spain. *Journal Autism Developmental Disorders*, 41(10), 1342-1351.
- Canal, R., García, P., Touriño, E., Santos, J., Martín, M. V., Ferrari, M. J., ... Posada, M. (2006) . La detección precoz del autismo. *Intervención Psicosocial*, 15, 29-47.
- Canal, R., Santos, J., Rey, F., Franco, M., Martínez, M. J., Ferrari, M. J. y Posada, M. (2007) . *Detección y diagnóstico de trastornos del espectro autista*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Dewarh, H. y Summers, S. (1988) . *The pragmatics profile of early communication skills*. London: NFER.
- Division TEACCH (1998) . *TEACCH structured teaching assessment. A guide to individualizing schedules and work systems*. North Carolina: University Press.

- Fortea, M. S. (2012) . *Los trastornos del espectro autista en la Comunidad Canaria. Detección temprana y diagnóstico*. (Tesis inédita). Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Fortea, M. S., Escandell, M. O. y Castro, J. J. (2013) . La detección temprana del autismo: profesionales implicados. *Revista Española de Salud Pública*, 87, 191-199.
- Frost, L. A. y Bondy, A. S. (2001) . The picture exchange communication system (PECS). *Behavior Modification*, 25(5), 725-744.
- Fujiwara, T., Okuyama, M. y Funahashi, K. (2011) . Factors influencing time lag between first parental concern and first visit to child psychiatric services in children with autism spectrum disorders in Japan. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 584-591.
- García, E. M. y Magaz, A. (1998). *Instrumentos de evaluación diagnóstica. Niños y adolescentes*. Bilbao: Grupo Albor-Cohs.
- Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista (2004). *Análisis del diagnóstico de afectados de autismo y planificación del registro español de TEA*. Recuperado de http://iier.isciii.es/autismo/pdf/aut_if04.pdf
- Harris, S. L. y Handleman, J. S. (2000). Age and IQ at intake as predictors of placement for young children with autism: A four- to six-year follow-up. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(2), 137-142.
- Hernández, S., Mulas, F. y Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Revista de Neurología*, 38(1), 58-68.
- Inada, N., Koyama, T., Inokuchi, E., Kuroda, M. y Kamio, Y. (2011) . Reliability and validity of the Japanese version of the Modified Checklist for autism in toddlers (M-CHAT). *Research in Autism Spectrum Disorders* 5, 330-336.
- Kleinman J. M., Robins D. L., Ventola P. E., Pandey J., Boorstein H. C., Esser E. L., ... Fein D. (2008) . The modified checklist for autism in toddlers: A follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8, 827-839.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C. y Risi, S. (2008) . *ADOS. Escala de observación para el diagnóstico del autismo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Millá, M. G. y Mulas, F. (2009) . Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(2), S47-S52.
- Reichow, B., Volkmar, F. R. y Cicchetti, D. V. (2008) . Development of the evaluative method for evaluating and determining evidence-based practices in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1311-1319.
- Robins, D. (2008) . Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *The National Autistic Society*, 5(12), 537-556.
- Ruiz-Lázaro, P.M., Posada, M. y Hijano, F. (2009). Trastornos del espectro autista. Detección precoz, herramientas de cribado. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 11(supl.17), S381-S397.
- Rutter, M., Le Couteur, A. y Lord, C. (2006) . *ADIR. Entrevista para el diagnóstico del autismo, edición revisada*. Madrid: TEA Ediciones.
- Schaeffer, B., Musil, A. y Kollinzas, G. (1980) . *Total Communication*. Champaign, Illinois: Research Press.

RASGOS LÍMITES DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES ADOPTADOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

M^a Pilar Arnal-Val, M^a José Lara-García,
Hélade María Verdet-Martínez y Patricia Navarro Gómez

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, España

Resumen

Antecedentes: El niño adoptado parte de una experiencia de abandono. Es necesario que elabore los duelos de las pérdidas sufridas de forma adecuada. El adolescente tiene que integrar en un solo mundo mental todos los elementos que constituyen su vida pasada y presente, así como una identidad doble: familia de origen y adoptiva. Tiene que aprender a vivir con el dolor de las separaciones y aceptar nuevas despedidas. Una de las misiones principales consiste en elaborar sentimientos contradictorios y ambivalentes. El objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre los rasgos límites de personalidad y la psicobiografía de una paciente, especialmente con su condición de adoptada. **Método:** Adolescente de 15 años remitida a Salud Mental por presentar Trastorno de Conducta Alimentaria no especificado, conflictos relacionales con su madre adoptiva e impulsividad acentuada. Desde los 12 años la paciente ha presentado una amalgama de síntomas caracterizados por inestabilidad emocional. Se practica autolesiones y ha experimentado episodios disociativos. Presenta baja autoestima. Muestra gran ambivalencia en los sentimientos hacia su madre. La paciente fue adoptada cuando tenía 3 años procedente de una institución. Evaluación mediante entrevista clínica y pase del Test de Apercepción Temática. **Resultados:** La paciente presenta diversos rasgos propios del trastorno límite de personalidad: esfuerzos frenéticos para evitar un abandono, un patrón de relaciones inestables, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación, alteración de la identidad, impulsividad, conductas de automutilación, inestabilidad afectiva e ira inapropiada e intensa con muchas dificultades para controlarla. **Conclusiones:** Se observa que en este caso la condición de adoptada de la paciente se relaciona significativamente con los rasgos de personalidad disfuncionales. El miedo al abandono, el desarrollo de un apego inseguro y la vivencia de institucionalización guardan una conexión significativa con las dificultades de vinculación de la paciente y su inestabilidad emocional.

Palabras Clave: adolescentes adoptados, trastorno límite de la personalidad, inestabilidad emocional, abandono.

BORDERLINE PERSONALITY FEATURES IN ADOPTED ADOLESCENTS: REPORT OF A CASE

Abstract

Antecedents: Adopted child comes from an experience of abandonment. It is necessary for him to overcome the grief of the losses properly. The adolescent must be able to integrate into a single mental world all the elements of his past and present as well as a double identity: origin and adoptive family. They have to learn how to live with the pain of separations and accept new goodbyes. One of the main tasks is to elaborate contradictory and ambivalent feelings. The aim of this work is to study the relationship between borderline personality features and the psychobiography of a patient, especially her adopted status. **Method:** The patient is a 15 years old adolescent referred to a mental health service by presenting an unspecified eating disorder,

relational conflicts with her adoptive mother and marked impulsivity. From age 12, she has presented an amalgam of symptoms characterized by emotional instability. She practises self-injury and has experienced dissociative episodes. She has got a low self-esteem. She shows great ambivalent feelings towards her adoptive mother. The patient was adopted from an institution when she was three years old. A psychological evaluation has been done with a clinical interview and Thematic Apperception Test. **Results:** The patient has several features of borderline personality disorder: frenetic efforts to avoid abandonment, a pattern of unstable relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation, alteration of identity, impulsivity, self-mutilating behavior, affective instability, and inappropriate and intense anger with difficulties to control it. **Conclusions:** It is observed that in this case the condition of adopted is significantly related to the dysfunctional personality features of the patient. The fear of abandonment, the development of a insecure attachment and the experience of institutionalization keep a significant connection with her difficulties of establishing relationships and her emotional instability.

Keywords: adopted adolescents, borderline personality disorder, emotional instability, abandonment.

Introducción

Diversos estudios muestran que los niños adoptados tienen mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de conducta y del vínculo, especialmente aquellos que tienen una historia previa de vivencia institucional.

El meta-análisis de Juffer e Ijzendoorn (2005) muestra que los adoptados presentan más problemas de conducta que los niños no adoptados y requieren en mayor medida asistencia en unidades de Salud Mental. Señalan que los problemas de identidad pueden aparecer a una edad más temprana en el caso de los niños adoptados (años previos a la adolescencia).

Entre los estudios españoles, destacar el de Amorós (1997). Los resultados indican que la mayoría de trastornos observados durante el primer año de adopción giran en torno a problemas de salud (47,3%), le siguen los problemas emocionales y conductuales (35,9%) y en menor proporción los problemas de desarrollo (20,2%).

Como para cualquier niño, para el niño adoptado la adolescencia es una época de crisis. En este caso, la crisis suele cobrar una mayor intensidad y complicación por diversos motivos. Es la etapa evolutiva en la que surgen con más fuerza los interrogantes sobre su pasado.

Reaparece el duelo por los padres biológicos y la experiencia de abandono es revivida es muchas situaciones presentes. La inseguridad que sienten genera una baja tolerancia a la frustración lo que les lleva a responder en muchas ocasiones con rabia y agresividad (Lapastora, 2009).

Los cambios corporales que aparecen en la pubertad ponen de manifiesto su origen distinto, lo que puede hacer que se adelante temporalmente esta fase. En ocasiones se adoptan actitudes regresivas. Se repiten los modelos de relación tempranos basados en la angustia, el temor y el odio, proyectándose sobre los padres adoptivos. En este contexto la agresividad hacia las figuras parentales aparece como vehículo para reafirmar el vínculo parental (Lapastora, 2009).

La inmadurez emocional, la sensibilidad al rechazo y la desconfianza en los vínculos personales les pueden generar dificultades de relación con sus iguales. La creencia de no ser valiosos y no sentirse queridos por su entorno es frecuente y supone

un factor de vulnerabilidad importante para el desarrollo de problemas psicológicos en esta etapa.

Es muy importante que los profesionales que trabajan con los adolescentes adoptados conozcan cuales son los comportamientos, actitudes y emociones propias de esta etapa. En el caso de los profesionales de la salud mental corremos el riesgo de tomar como patología conductas reactivas a la historia vivida.

Así mismo, hay que conocer los riesgos que presentan los niños adoptados, especialmente los que han tenido vivencias institucionales o han sufrido maltrato, abusos o negligencias en el periodo preadoptivo. Todo ello nos ayudará a realizar una tarea educativa, preventiva, terapéutica y de apoyo más eficaz.

Señalar igualmente la necesidad de apoyar a las familias para minimizar el riesgo de dificultades. Los estudios y la intervención históricamente se han volcado en la evaluación y preparación preadoptiva de los padres, dejando de lado la fase postadopción

El objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre los rasgos límites de personalidad y la psicobiografía de una paciente, especialmente con su condición de adoptada.

Identificación del paciente y motivo de consulta

Mujer de 15 años, soltera, sin hijos. Convive con su madre adoptiva. Fue adoptada a los 3 años de edad procedente de una institución. Actualmente estudia 4º ESO. Al cumplir los 15 años de edad, la paciente es derivada al centro de salud mental de adultos desde el centro de salud mental infantil donde había sido atendida por parte de psiquiatría y psicología durante dos años por Trastorno de Conducta Alimentaria no especificado y depresión. La paciente presenta marcada inestabilidad emocional e irritabilidad, así como una distorsión de su imagen corporal (Índice de Masa Corporal: 20,7) con episodios ocasionales de restricción alimentaria, atracones y provocación del vómito. También lleva a cabo conductas autolesivas con finalidad ansiolítica. Esta sintomatología lleva varios años de evolución. En el momento actual presenta intensos sentimientos de rabia hacia su madre representados en conductas verbalmente agresivas y desafiantes. Se aprecia mucha dificultad para tolerar la frustración y las críticas. Presenta dificultades para relacionarse con su grupo de iguales y expresa no sentirse querida ni valorada por su entorno familiar y social.

Estrategias de evaluación

Se realizó mediante entrevista clínica individual con la paciente, con su madre y entrevistas familiares conjuntas. Se administró el Test de Apercepción Temática TAT (Murray, 2004). Se propusieron como tareas entre sesiones la realización de autorregistros de las conductas problema.

Formulación clínica del caso

Encontramos factores predisponentes de tipo biológico, psicológico y social: el sexo femenino, la desnutrición infantil, el desarrollo de un apego inseguro, la vivencia de abandono, las diferentes pérdidas sufridas a lo largo de la infancia, la ausencia de figura paterna, la enfermedad materna, la vivencia de institucionalización, la condición de adoptada y las dificultades de vinculación.

Entre los factores precipitantes cabría señalar, la adolescencia con su consecuente crisis de identidad, el empeoramiento de la salud de la madre, la baja autoestima, rasgos de personalidad como el perfeccionismo o la autoexigencia, la experiencia de acoso escolar, el empeoramiento en el rendimiento académico y la no integración en el grupo de iguales.

Estarían actuando como factores mantenedores del problema, la adolescencia, los rasgos de personalidad disfuncionales, la distorsión de la imagen corporal, la inestabilidad emocional, la baja autoestima, el miedo al abandono y la atención externa recibida como reforzador secundario.

Tratamiento

La paciente ha recibido tratamiento farmacológico en seguimiento con psiquiatría, así como intervención psicoterapéutica desde una orientación sistémica y cognitivo-conductual. Continúa en tratamiento en ambas unidades en la actualidad. El tratamiento farmacológico es el siguiente: fluoxetina 20 mg dos veces al día, quidix 25 mg por la noche y trileptal tres veces al día.

Elección del tratamiento

Se ha seguido un modelo lógico de elección del tratamiento, basado en las características individuales de la paciente, como defienden los modelos transteóricos.

Aplicación del tratamiento

Las sesiones de psicoterapia se han llevado a cabo de manera quincenal durante un año, con una duración media de 40 minutos. Se han realizado en un centro público de Salud Mental de Adultos.

Con la paciente se han trabajado diversos aspectos como autoestima, autocontrol emocional, manejo de la ira, validación de sus sentimientos, relaciones con iguales y miedo al abandono. Con su madre se han trabajado pautas de comunicación y disciplina y se les ha ofrecido información para poder comprender y manejar las reacciones de su hija y ayudarla a superar esta etapa. En terapia familiar se ha tratado el fortalecimiento del vínculo materno-filial y técnicas de negociación.

Factores relacionados con el terapeuta

La intervención ha sido llevada a cabo por una única terapeuta con supervisión del caso por parte de otro profesional, varón, de mayor experiencia. La terapeuta es una mujer joven lo que entendemos que ha favorecido la creación de la alianza terapéutica. La paciente ha mostrado en ocasiones una actitud retadora para poner a prueba la solidez del vínculo terapéutico, dados sus antecedentes personales. La paciente no ha faltado a ninguna sesión y ha cumplido regularmente con las tareas propuestas.

Diseño del estudio

Estudio descriptivo de caso único AB. No se ha llevado a cabo análisis estadístico de datos.

Efectividad y eficiencia de la intervención

En cuanto a las conductas problema, a lo largo del tratamiento la paciente ha mostrado bastante estabilidad respecto al patrón alimentario. Ha presentado inducción

del vómito y atracones puntuales reactivos a situaciones estresantes. Ha mantenido un IMC dentro de normopeso.

Al inicio del tratamiento presentaba conductas autolesivas que han ido desapareciendo, no estando presentes en la actualidad.

Ha mostrado mucha inestabilidad emocional.

Ha reflejado ambivalencia afectiva hacia su madre con predominio de expresión de fuertes sentimientos de rabia y odio. La relación entre ellas ha ido alternando distintos grados de conflictividad y armonía.

A nivel farmacológico se ha producido una disminución del tratamiento consecuente a la evolución favorable de la paciente. El tratamiento actual es el que sigue: fluoxetina 20 mg dos veces al día, retirada de quidix y disminución del trileptal a dos veces al día.

En la evaluación con el Test de Apercepción Temática, se apreció gran ambivalencia hacia la figura materna, complejo de inferioridad, agresividad y represión sexual. A continuación se recoge una transcripción de la respuesta de la paciente a la lámina 07 GF del TAT:

“La niña es muy rica. Al lado tiene a su sirvienta. La adoptaron. La sirvienta trabaja para unos ricos. Los señores le cogieron mucho cariño a la niña y la trataban como uno más. La niña vestía muy bien, comía muy bien...La niña empezó a despreciar a su madre adoptiva porque pensaba que por qué le habría adoptado ella y no los señores ricos, (no te pienses que tiene que ver conmigo). La niña tiene mirada de odio. Acabarán hechas una mierda la madre y la niña.”

En lo que se refiere a la personalidad, la paciente se describe a sí misma como una chica “especial”, imaginativa, emotiva, desconfiada, autoexigente, perfeccionista, desafiante y de extremos. Dice que “parece que tenga el trastorno bipolar” y que le importa mucho lo que los demás piensen de ella.

Observamos en la paciente muchos de los rasgos característicos del trastorno límite de personalidad. Por un lado muestra esfuerzos frenéticos para evitar ser abandonada, que se ejemplifican en numerosas conductas de llamada de atención. Presenta un intenso temor al abandono, que viene acentuado en su caso por la presencia del problema de salud materno, lo que le lleva a manifestar fuertes sentimientos de rabia hacia su madre adoptiva y un comportamiento muy retador para poner a prueba la solidez del vínculo.

Por otro lado, su patrón de relaciones interpersonales es muy inestable, alternando entre los extremos de idealización y devaluación. La paciente muestra muchas dificultades para relacionarse con sus iguales, es extremadamente sensible al rechazo y a las críticas. En la relación con su madre se observa una gran ambivalencia.

En cuanto a la autoimagen que la paciente tiene de sí misma, podemos decir que está muy devaluada, mostrando un gran complejo de inferioridad, dando mucha importancia a los resultados académicos y a la imagen en su autovalía. No se siente querida ni valorada por su entorno.

La paciente presenta una significativa impulsividad en varias áreas de su vida, como en la conducta alimentaria o las relaciones sociales. Así mismo, ha presentado conductas autolesivas.

La inestabilidad afectiva constituye uno de sus rasgos principales desde una muy temprana infancia, acentuándose con la llegada de la adolescencia.

Las manifestaciones de ira inapropiada e intensa y la dificultad para controlarla se deja ver en numerosas ocasiones, presentando una baja tolerancia a la frustración.

Discusión

Podemos decir que en este caso la condición de adoptada de la paciente se relaciona significativamente con los rasgos de personalidad disfuncionales, especialmente con aspectos del trastorno límite de personalidad. La experiencia de abandono, el desarrollo de un apego inseguro y la vivencia de institucionalización guardan una conexión significativa con las dificultades de vinculación de la paciente, su inestabilidad emocional, impulsividad e ira inapropiada.

Creemos que la intensidad con la que se presentan estos síntomas hace insuficiente esta explicación (condición de adoptada) para dar cuenta enteramente de su estado psicológico, considerando la existencia de psicopatología. Sí que nos parece fundamental el trabajo de todas estas vivencias dentro del trabajo psicoterapéutico para que mejore el estado de la paciente.

Los niños adoptados necesitan una experiencia vincular reparadora que les permita reconstruir la confianza en las figuras de apego (Lira, 2006). Esto pasa por trabajar la vivencia de abandono y la reconciliación con sus orígenes.

Es necesario para el adolescente adoptado liberarse de culpas relacionadas con su condición de haber sido abandonado, así como de dudas y atribuciones causales inadecuadas de este hecho que se han podido producir por desconocimiento u ocultación de la información (Múgica, 2007).

Tiene que conseguir integrar los elementos buenos y malos que constituyen su vida pasada y presente y a partir de ello aunar en su identidad los elementos de su familia de origen y de su familia adoptiva (Múgica, 2007).

Podríamos decir que la misión general del niño adoptado consiste por tanto en transitar de un apego inseguro a un apego seguro. Esto se va consiguiendo a través de diversos retos, tales como: superar la desconfianza en los adultos, construir nuevos sentimientos de pertenencia, desarrollar conductas prosociales, aprender a expresar sentimientos y aceptarse a sí mismo (Rodríguez, 2007).

Si estas tareas no se van consiguiendo a lo largo del desarrollo, la adolescencia puede ser una etapa de enorme vulnerabilidad psicológica para los niños adoptados.

Referencias

- Amorós, P. (1997). Evolución de los diferentes modelos de selección. *Infancia y Adopción*, 2, 18-19.
- Juffer, F. y Van Ijzendoorn, M.H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2501-2515
- Lapastora, M. (2009). *La adolescencia de los adoptados, un reto a las familias adoptivas*. I Jornada El reto de la adolescencia y la adopción. Recuperado de http://www.afaar.es/doc/La_adolescencia_de_los_adoptados.pdf.
- Lira, L. (2006). *La adopción a edad temprana: una necesidad*. Recuperado de <http://www.fundacionsanjose.cl/wfsj/publicaciones/Ladislao%20Lira%20-%20La%20adopcion%20a%20edad%20tempran.pdf>.
- Múgica, J. (2007). *Adopción y abandono, las dos caras de una misma realidad*. Recuperado de <http://javiermugicaadoptia.blogspot.com.es/2012/01/adopcion-y-abandono-las-dos-caras-de.html>
- Murray, H. (2004). *Test de Apercepción Temática, TAT*. Buenos Aires. Paidós.

Rodríguez, A. (2007). *El apego como herramienta para la postadopción*. I Jornadas sobre vinculación afectiva y emoción.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN VÍCTIMAS DEL MALTRATO ENTRE IGUALES

**M^a Mar Muñoz-Prieto, M^a Sandra Fragueiro-Barreiro y
José Roberto Soto-Fernández**

Escuela Universitaria de Magisterio CEU (adscrita a la Universidad de Vigo), España

Resumen

El acoso escolar se ha convertido en los últimos años en una de las preocupaciones fundamentales que conciernen al ámbito educativo. Padres y maestros quieren conocer no solo las causas de este tipo de maltrato, sino también conocer estrategias y herramientas que ayuden a su detección y prevención. Una situación que puede llegar a provocar tanto sufrimiento en el alumno, no puede pasar desapercibida. Por ello, con esta investigación, se pretende conocer si en la muestra de estudiantes analizada se está produciendo este tipo de intimidación y qué consecuencias psicológicas pueden estar sufriendo los alumnos que estaban siendo victimizados. Para ello, se utilizó una prueba de evaluación con la que se ha podido conocer el tipo de daño psicológico que se está produciendo en la población infantil estudiada. Los resultados indican que en el momento de la evaluación se estaban produciendo situaciones de maltrato entre iguales que estaban afectando al ámbito psicológico de los alumnos evaluados. El estudio realizado nos ha permitido constatar que efectivamente, fruto de la intimidación, muchos de los alumnos victimizados estaban sufriendo importantes consecuencias psicológicas. Muchas de ellas se relacionan con la ansiedad, una autovaloración negativa, somatizaciones, así como el estrés postraumático. Si no se interviene en este tipo de situaciones que implican un abuso de poder de un compañero sobre otro, en el futuro las consecuencias pueden llegar a ser devastadoras, llegando a producir importantes daños psicológicos que también afectarán al ámbito educativo, llegando a provocar fracaso escolar y también consecuencias en el desarrollo de la personalidad. Trabajar para conocer no solo los motivos de este tipo de situaciones tan dañinas es un objetivo, pero también lo es el intentar que entre todos consigamos que este tipo de intimidación desaparezca.

Palabras clave: Acoso escolar, consecuencias psicológicas, intimidación, ansiedad, somatizaciones.

PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES FOR VICTIMS OF BULLYING

Abstract

Bullying has become in recent years one of the fundamental concerns pertaining to education. Parents and teachers want to know not only the causes of this type of abuse, but also learn strategies and tools that help in detection and prevention. A situation that is likely to cause much suffering in the student can not go unnoticed. Therefore, this research aims to know whether the sample of students tested is producing this kind of bullying and what consequences may be suffering psychological students who were being victimized. For this, we used a screening test in which it was possible to know the type of psychological harm that is occurring in the population studied. The results indicate that at the time of evaluation were taking bullying situations that were affecting the psychological realm of tested students. The study has enabled us to effectively result of bullying, many students were suffering victimized important psychological consequences. Many of them are related to anxiety a negative self-assessment, somatization, and posttraumatic stress. Without intervention in this type of situations involving

abuse of power by a partner over another, in the future the consequences can be devastating, often resulting in significant psychological harm also affect educational failure, causing school failure. Work to know not only the reasons for such situations as harmful is a goal, but so is trying to get that together this kind of intimidation disappears and developmental consequences of personality.

Keywords: Bullying, psychological consequences, intimidation, anxiety, somatization.

Introducción

La relevancia del estudio realizado acerca de las consecuencias psicológicas del acoso escolar es de vital importancia, ya que son muchos los alumnos que están sufriendo este tipo de maltrato. Fue el médico Heinemann (1972) en describir conductas agresivas, a partir de observaciones realizadas en el patio de los centros educativos. Años después, Olweus (1998) publicó un estudio sobre el *bullying*, en el que reflejó que un 5% de preadolescentes suecos eran víctimas de un maltrato grave.

A finales de los años 80 se realizó el primer trabajo sobre *bullying* en la Comunidad de Madrid (Vieira, Fernández y Quevedo, 1989). Sin embargo, a nivel del Estado Español el primer estudio se llevó a cabo por el Defensor del Pueblo (DP) en el año 1999, en el que se evaluaron las principales magnitudes del acoso escolar. Los resultados constataron que en todos los centros educativos se producían situaciones de acoso.

Cabe mencionar también el estudio del Defensor del Pueblo (2007) que replicó el trabajo publicado en el año 1999. Los resultados de dicho estudio confirman que el maltrato entre iguales había mejorado durante esos siete años.

En la actualidad, los estudios se dirigen a prevenir situaciones de acoso escolar (Pikas, 1989), con su conocido “Método Pikas”, con el que se pretende que el alumno victimizado pueda afrontar situaciones en las que un grupo de compañeros puedan estar llevando a cabo un proceso de victimización contra él. El tomar conciencia de la situación de intimidación, tanto en las víctimas como en los agresores, será uno de los objetivos fundamentales en esta intervención para hacer frente al maltrato entre iguales. *Defensor del Profesor*, *Defensor del Docente* o *SOS Bullying* son algunas de las denominaciones que las diferentes asociaciones autonómicas ponen al servicio de profesores, padres y alumnos pueden denunciar cualquier situación de acoso que se esté produciendo en los centros escolares (Ferro, 2012).

Como conclusión, puede señalarse que son muchos los estudios realizados, pero sin embargo, hay que tener en cuenta que no siempre es fácil realizar un análisis que implique comparación entre dicho estudios. La variedad de instrumentos utilizados, así como la diversidad de métodos empleados, dificultan ese trabajo. De todas formas, sí que se puede afirmar que en todos los estudios realizados se constata la presencia del acoso escolar. Es el mejor indicativo que nos recuerda que el maltrato entre iguales es una dura realidad, presente, a pesar de los esfuerzos por erradicarlo.

Un dato alentador es que los estudios y las investigaciones sobre esta problemática no dejan de crecer, con lo cual nos indica que sigue existiendo un gran interés por este fenómeno de maltrato. Detectarlo a través de una evaluación apropiada es esencial, pero igual de importante es abordarlo cuando está presente en nuestros alumnos. Nuestra finalidad debe ser siempre prevenirlo antes de que aparezca. Con esto, evitaríamos mucho sufrimiento no solamente a los alumnos victimizados, sino también

a las familias y a los profesores. Estos dos últimos colectivos también sufren, y mucho, porque en ocasiones no han sabido prestar la ayuda necesaria o también pudo haberse dado el caso que los adultos no conociesen qué estaba sucediendo. La “ley del silencio”, presente en este tipo de maltrato es un factor que perpetua estos actos intimidatorios. Trabajar a diario en cada centro educativo con todo el alumnado, de diferente sexo y edad, se convertirá sin lugar a dudas en una de las mejores recetas para que todos estemos concienciados de la gravedad que conllevan este tipo de actuaciones, dañinas, sin sentido y siempre reprobables.

Todos podemos intentar que nuestras aulas, y también nuestros colegios, sean unos lugares seguros, en los que se fomente la tolerancia, el respeto, la solidaridad y el compañerismo. Si desde la infancia fomentamos este tipo de valores, en el futuro nos encontraremos con unos adultos comprometidos, responsables y preparados para hacer frente a los desafíos que la vida nos plantea.

Método

El método utilizado en la presente investigación consistió en evaluar los posibles daños psicológicos que podían estar sufriendo los alumnos victimizados fruto de una situación de acoso escolar.

Participantes

Para realizar el estudio se realizó la evaluación a 700 alumnos, estudiantes de educación primaria de la provincia de Pontevedra. Pertenecían a colegios públicos y concertados, en concreto de los cursos de 4º y 6º curso.

Instrumento de evaluación

El instrumento utilizado para realizar la evaluación fue el test AVE (Acoso y Violencia Escolar; Piñuel y Oñate, 2006). Con el test se obtienen 22 indicadores: 2 índices globales (Índice global de acosos e Intensidad del acoso), 8 indicadores del acoso y la violencia escolar (Agresiones, Manipulación social, Exclusión social, Bloqueo social, Amenazas, Intimidación, Coacciones y Hostigamiento), 4 factores globales de acoso (Hostigamiento, Intimidación, Exclusión y Agresiones) y 8 escalas clínicas (Ansiedad, Estrés Postraumático, Distimia, Somatización, Flashbacks, Disminución de la Autoestima, Autodesprecio y Autoimagen Negativa).

El test diferencia también cuatro tipos de grupos: En el grupo A (Normal), encontramos aquellos alumnos que no presentan daños clínicos porque tampoco existen situaciones de acoso escolar; en el grupo B (Clínico), existen daños clínicos pero tampoco hay acoso escolar. Es probable que el alumno esté padeciendo algún tipo de problema psíquico; en el grupo C (AVE), los alumnos están sufriendo acoso escolar, pero todavía no están sufriendo daños clínicos; en último lugar, se encuentra el grupo D (AVE con daños), el alumno sí que está sufriendo daños clínicos, fruto del acoso escolar que está sufriendo. Este tipo de grupo es el más grave, y también el más preocupante, debido a que las consecuencias psicológicas ya han aparecido. En la Tabla 1 se refleja la representación de las clasificaciones anteriormente citadas.

Tabla 1. Situaciones en cuanto a violencia y acoso escolar.

	<i>Daños clínicos sin constatar</i>	<i>Datos clínicos constatados</i>
Acoso y violencia escolar sin constatar	Grupo A (Normal)	Grupo B (Clínico)
Acoso y violencia escolar constatados	Grupo C (AVE Incipiente)	Grupo D (AVE con daños)

La validez del AVE se estableció a través de un análisis funcional de los ítems que componen la escala. El coeficiente de fiabilidad es un estadístico que indica la consistencia o estabilidad de los resultados. En el caso del test AVE, la fiabilidad se ha calculado mediante el coeficiente alfa de Cronbach. El AVE presenta una consistencia interna muy elevada: el índice global de acoso alcanza un coeficiente alfa de más de 0,95, mientras que la escala de intensidad obtiene un alfa de 0,93.

Resultados

Los resultados encontrados señalan que existen situaciones de acoso escolar, y que además están acompañadas de importantes consecuencias psicológicas para los alumnos victimizados. En el estudio se han analizado diferentes secuelas psíquicas que podían sufrir los alumnos victimizados: ansiedad, estrés postraumático, autoimagen negativa y somatizaciones. Todas las secuelas psíquicas analizadas son sufridas tanto por el sexo femenino como por el masculino.

La ansiedad afecta en mayor medida a las alumnas de 6º curso, en concreto en el tipo de acoso más grave, esto es, en el que los estudiantes ya están sufriendo daños clínicos. El acoso bien constatado, en el que por el momento no se presentan daños clínicos, afecta mayoritariamente al sexo masculino, pero ahora en los alumnos de edad inferior.

El estrés postraumático es otra secuela psicológica analizada. Nuevamente, a quien más afecta es al sexo femenino en el tipo de acoso más grave, esto es, el muy constatado. Sin embargo, en el tipo de acoso bien constatado, afecta en mayor medida a los alumnos de 6º curso.

La autoimagen negativa está más presente entre las alumnas de 6º curso evaluadas, en concreto, en el acoso más grave. Sí que los alumnos de 6º curso sufren en mayor medida el tipo de acoso bien constatado.

Las somatizaciones también las sufren en mayor medida las alumnas de más edad en el acoso más grave; sin embargo son los alumnos de 6º curso quienes están sufriendo en ese daño clínico, el tipo de acoso en el que todavía no han aparecido las secuelas más graves. En las Figuras 1, 2, 3 y 4 se recogen los resultados, fruto de la evaluación realizada.

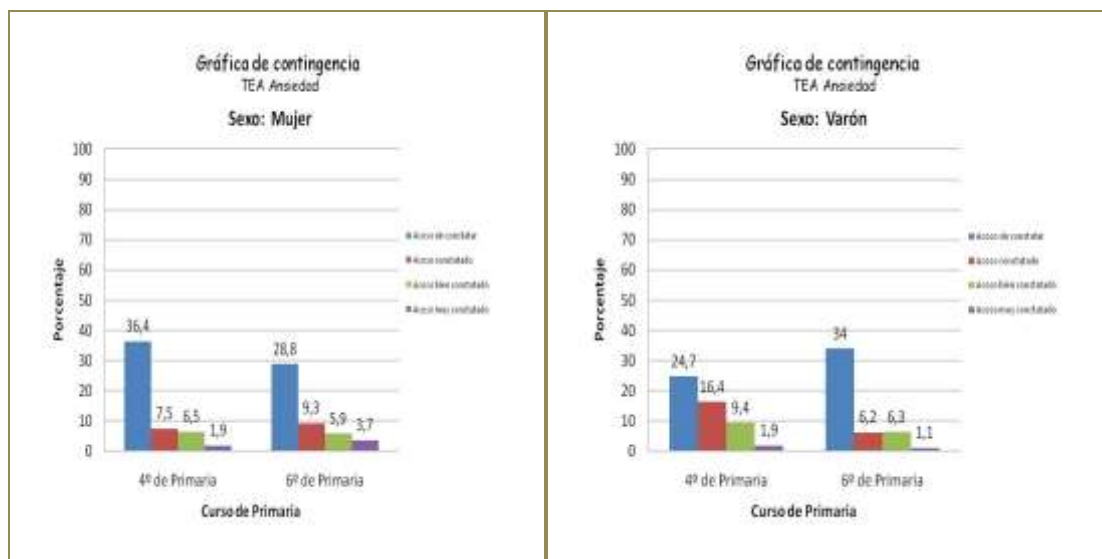


Figura 1. Ansiedad en el sexo femenino y masculino.

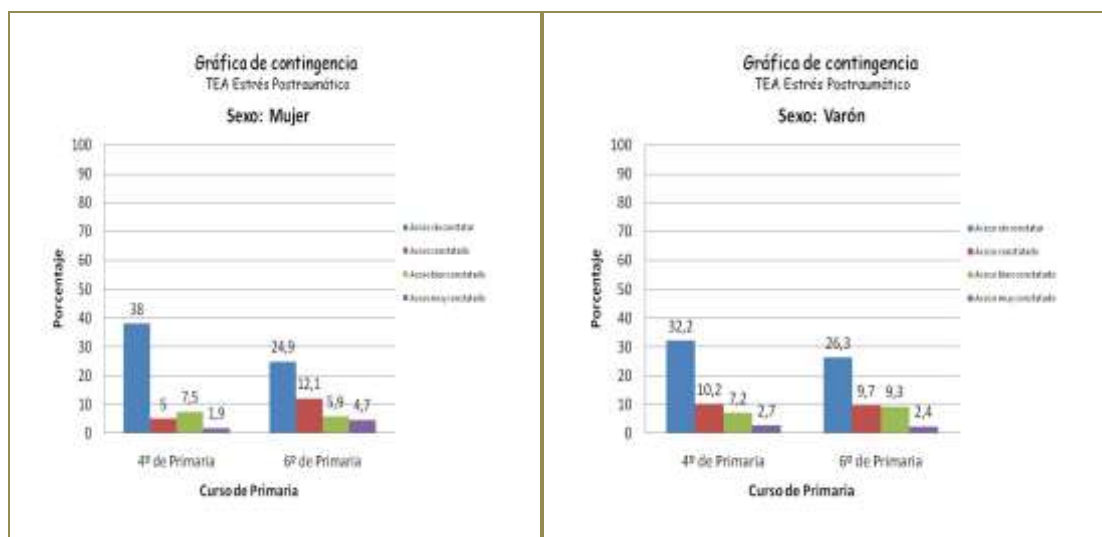


Figura 2. Estrés postraumático en el sexo femenino y masculino.

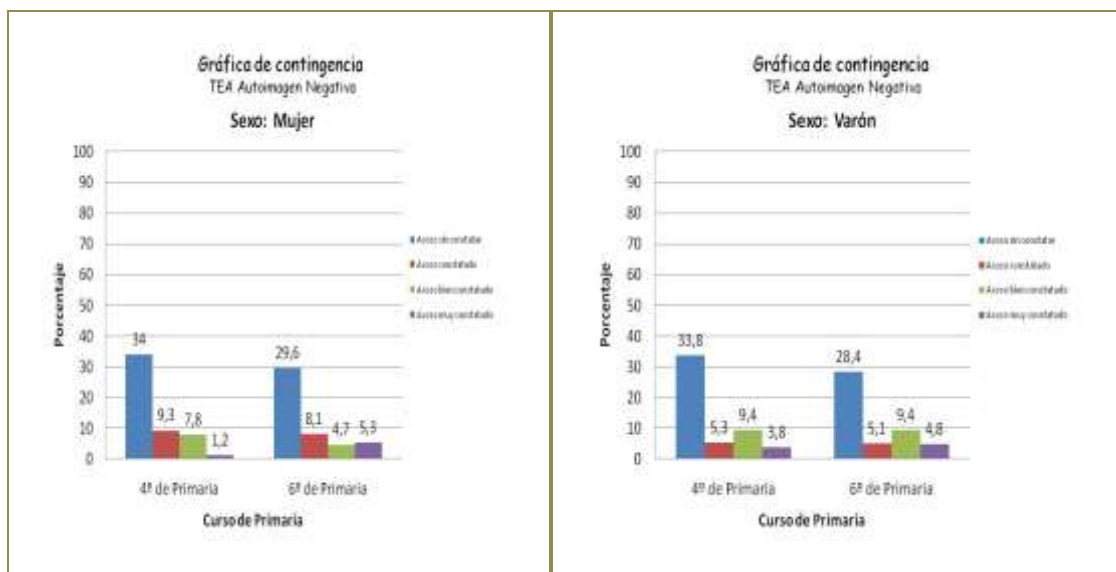


Figura 3. Autoimagen negativa en el sexo femenino y masculino.

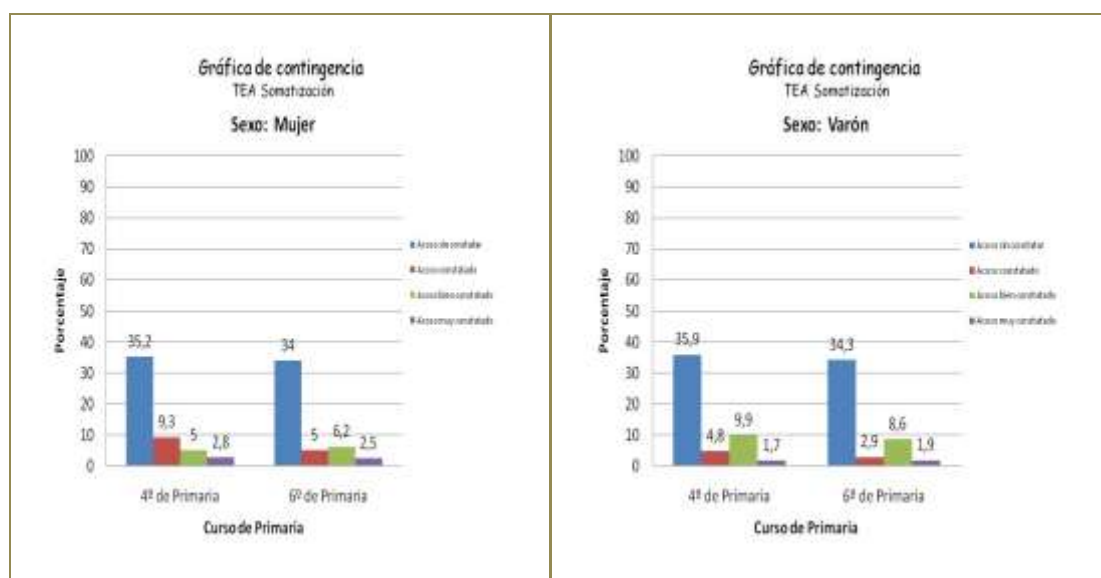


Figura 4. Somatización en el sexo femenino y masculino.

Discusión/conclusiones

Una vez realizada la investigación, podemos concluir que efectivamente, el acoso escolar va acompañado de daños psicológicos en los estudiantes. Todos los posibles daños psicológicos que podrían sufrir los alumnos evaluados, estaban presentes.

La ansiedad está más presente en el sexo femenino, si bien los alumnos del sexo masculino también la sufren. El estrés postraumático afecta nuevamente al sexo femenino en el acoso más grave, y al sexo masculino en el tipo de acoso en el que de momento todavía no están apareciendo daños clínicos.

La autoimagen negativa afecta mayoritariamente al sexo femenino en el tipo de acoso más grave, pero es el sexo masculino quien se ve afectado por el acoso bien constatado. Las somatizaciones afectan de nuevo al sexo femenino en el acoso más

grave, pero también están presentes en el sexo masculino y femenino de manera igualitaria en el acoso bien constatado.

Puede afirmarse que en general el tipo de acoso más grave es sufrido mayoritariamente por el sexo femenino.

En general, podemos concluir que se convierte en una prioridad no solo evaluar posibles situaciones de acoso escolar, sino que también es crucial la intervención con los alumnos para intentar que los daños psicológicos les afecten lo menos posible. Tal y como señalan Piñuel y Oñate (2007), la aparición de daños clínicos no es inmediata, sino mediata. Aquellas situaciones que producen ese daño son la repetición de las conductas de maltrato en un periodo de tiempo, además de la indefensión que acompaña a toda víctima en este tipo de situaciones.

Uno de los mecanismos que se están implantando en muchos centros educativos para evitar agresiones físicas, verbales y sociales, es la mediación escolar; a través de ésta se pretende que los alumnos aprendan a resolver conflictos. Si bien no siempre es garantía de éxito, tal vez sea una forma de canalizar la agresividad y la impulsividad, tan presentes en estas situaciones de maltrato.

Ante una situación de acoso escolar, es imprescindible que el profesorado pueda ser capaz de tomar medidas educativas y de protección inmediata hacia los alumnos que están sufriendo intimidaciones. Estos alumnos se sienten indefensos, en ocasiones desprotegidos, y la mayor parte de las veces, desorientados. Fomentar el diálogo así como un buen clima en el aula y en el centro educativo, es una de las tareas más dificultosas, que requieren implicación y esfuerzo, pero también, cuando todo sale bien, es de las tareas más gratificantes con las que un docente de puede topar.

Referencias

- Defensor del Pueblo (2000). *Violencia escolar. El maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria* (Comité Español de UNICEF). Madrid: Publicaciones de la Oficina del Defensor del Pueblo. Recuperado el 8 de enero de 2013 de <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes2..asp>
- Defensor del Pueblo (2007). *Violencia escolar: El maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006* (Comité Español de UNICEF). Madrid: Publicaciones de la oficina del Defensor del Pueblo. Recuperado el 17 de junio de 2012 de <http://defensordelpueblo.es/documentacion/informesmonograficos/ViolenciaEscolar2006.pdf>
- Ferro, J. M. (2012). *Bullying o acoso escolar. La respuesta jurídico-legal*. Jaén: Formación Alcalá.
- Heinemann, P. P. (1972). *Mobbing-grupvald bland barn och vuxna*. Estocolmo: Natur och Kultur.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.
- Pikas, A. (1989). The common concern method for the treatment of mobbing. En E. Roland y E. Munthe (Eds.), *Bullying: an international perspective* (pp. 91-104). London: David Fulton.
- Piñuel, I. y Oñate, A. (2006). *El Test AVE: Acoso y Violencia Escolar*. Madrid: TEA Ediciones.
- Piñuel, I. y Oñate, A. (2007). *Mobbing escolar*. Barcelona: CEAC.
- Viera, M., Fernández, I. y Quevedo, G. (1989). Violence, bullying and counselling in the iberican península. En E. Roland y E. Munthe (Eds.), *Bullying: a international perspective* (pp. 223-245). London: D. Fulton.

OBTENCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA BASE DE PALABRAS AFECTIVAS RELACIONADAS CON LA MUERTE Y EL SUFRIMIENTO

Manuel Fernández-Alcántara, M^a Nieves Pérez-Marfil, Andrés Catena-Martínez, Miguel Pérez-García, Celia Martí-García y Francisco Cruz Quintana

Universidad de Granada, España

Resumen

Antecedentes: Recientes investigaciones han puesto de relevancia la dificultad para procesar estímulos relacionados con la muerte en personas que sufren de duelo complicado, observándose un mayor tiempo de reacción en este tipo de estímulos. Así mismo, parece que los circuitos cerebrales asociados al procesamiento de este tipo de palabras son diferentes a los de palabras de valencia negativa. Sin embargo, ninguno de estos estudio ha estandarizado los estímulos que se utilizan, impidiendo que los resultados sean comparables entre ellos. El objetivo de este estudio fue obtener una base de datos de palabras relacionadas con la muerte y el sufrimiento y describir sus índices de valencia, activación y relación con la muerte. **Método:** Se realizaron dos estudios transversales. En el primero de ellos participaron 132 alumnos de primer curso de grado. Se les presentó una serie de 24 palabras relacionadas con la muerte extraídas de la adaptación española de la *Affective Norms for English Words* (ANEW) y se les pidió que escribiesen dos palabras relacionadas con cada una de ellas. En el segundo estudio participaron 468 alumnos los cuales valoraron en valencia, activación, frecuencia y relación con la muerte de las palabras obtenidas en el primer estudio, así como palabras de valencia positiva, negativa y neutra. **Resultados:** En el primer estudio el análisis de frecuencias y el acuerdo interjueces permitió la selección de 66 palabras relacionadas con la muerte. En el segundo estudio se analizaron los estadísticos descriptivos de las palabras relacionadas con la muerte y se compararon con otros grupos de palabras. **Conclusiones:** Las palabras relacionadas con la muerte parecen ser evaluadas de manera diferente a los estímulos negativos. Es necesario estudiar las implicaciones de estos resultados en trastornos como el duelo complicado o el estrés post-traumático.

Palabras Clave: Evaluación afectiva, Valencia, Palabras, Muerte.

COLLECTION AND VALIDATION OF A DATABASE OF EMOTIONAL WORDS RELATED TO DEATH AND SUFFERING

Abstract

Background: Recent research have pointed out the difficulties of clinical population, like complicated grievers, to process targets related to death and suffering. Various studies using different emotional words showed higher reaction time for death words. Besides, the neural circuits related to the processing of this type of words are different from negative words. However, none of these studies uses standardized measures to select the words, so the results can't be compared between them. The objective of this study was to obtain a database of words related to death and suffering and describe their values of valence, activation, subjective frequency and relation to death. **Method:** Two transversal studies were performed. In the first one participated 132 students from the University of Granada. Their task was to write 2 words related to each of the 24 words extracted from the Spanish adaptation of the *Affective Norms for English Words* (ANEW). The words were selected by their relatedness to death and

suffering. In the second study participated 468 students of the University of Granada. They had to indicate the valence, arousal, subjective frequency and degree of relation with the death of the words that were collected from study 1. **Results:** In the first study, descriptive analysis and expert agreement allowed the selection of 66 words related to death and suffering. In the second study we analyzed the mean values of the emotional aspects of death related words. We also compared them with them with words of positive, negative and neutral valence. **Conclusions:** Death related words seem to behave different from negative words. It is necessary to study the implications of these results in clinical problems such as complicated grief or post-traumatic stress disorder.

Keywords: Affective ratings, valence, words, death.

Introducción

El estudio de la muerte y los procesos de final de vida es un área que en la actualidad está recibiendo una mayor atención dentro del campo de la investigación psicológica. Si bien tradicionalmente estos campos se han estudiado a través del uso de metodologías cualitativas o a estudios ex post facto, en los últimos años han comenzado a aparecer investigaciones de carácter más controlado con el objetivo de conocer el procesamiento cerebral específico de aspectos relacionados con la percepción de estímulos relacionados con la muerte (Han, Qin y Ma, 2011) o sobre los cambios que se producen tras la pérdida de un ser querido (O'Connor et al., 2008).

En el primer caso, estudios como el de Han et al. (2011) apuntan a la existencia de áreas cerebrales específicas que se ven modificadas al aparecer palabras directamente relacionadas con la muerte, frente a palabras de diferente valencia.

Con respecto a los procesos de duelo, Maccallum y Bryant (2010) realizaron un experimento utilizando una tarea de *stroop* emocional donde se presentaron palabras relacionadas con la muerte y palabras neutras. Los resultados mostraron un mayor tiempo de reacción para aquellas personas diagnosticadas con duelo complicado, frente a otro grupo de personas que también se encontraban en duelo, pero mostraban una menor sintomatología.

Una de las principales limitaciones con que se encuentran los investigadores en este campo, es la falta de instrumentos o herramientas que estén dirigidas directamente a la evaluación de la experiencia de la pérdida y la muerte. En la actualidad, sin embargo, vemos como cada vez se está solventando mejor este aspecto. Un ejemplo es la escala de evaluación emocional para el sentimiento de muerte a través de imágenes (Martí-García, 2011) o el desarrollo de escalas específicas como la Escala de la Habilidad Percibida en el Afrontamiento del Trauma (Bonanno, Pat-Horenzcyk y Noll, 2012).

En la mayor parte de los estudios comentados anteriormente se utilizan como estímulos palabras relacionadas con la muerte, seleccionadas por los propios autores. En castellano disponemos de la adaptación de la base de palabras emocionales ANEW (Redondo et al., 2007) donde aparecen algunas palabras relacionadas con esta categoría, aunque no son demasiadas (18 aproximadamente). A pesar de contar con índices emocionales, en estas bases de datos no aparece descrita la asociación de las palabras con la muerte, lo que hace que la selección de las mismas dependa de los propios investigadores. En este sentido se hace necesario disponer de un mayor número de palabras para permitir el diseño de experimentos más complejos, así como conocer el grado en que cada una de estas palabras se relaciona con la muerte.

El objetivo del presente estudio ha sido crear una base de datos con palabras relacionadas con la muerte y el sufrimiento, y conocer sus puntuaciones en valencia, activación, frecuencia subjetiva de uso y grado de relación con la muerte. Para ello se realizaron dos estudios, el primero para obtener las palabras que conformarían la base de datos, y el segundo para poder conocer las diferentes dimensiones emocionales de estas palabras (valencia, activación, frecuencia subjetiva y grado de relación con la muerte).

Método

Participantes

En el Estudio 1, donde se obtuvo la base de datos, la muestra estuvo formada por 132 alumnos de primer curso de grado en Enfermería ($M = 20,97$, $DT = 7,12$), siendo el 78,8% mujeres.

En el Estudio 2, donde se validó la base de datos de palabras de muerte y sufrimiento, la muestra estuvo formada por 468 alumnos de grado de psicología, enfermería y trabajo social ($M = 21,14$, $DT = 4,63$), siendo 360 mujeres (76,9%).

Instrumentos

- Cuestionario Sociodemográfico: incluyendo variables como sexo, edad, nivel de estudios y estado civil.
- *Self-Assessment Manikin*: es una escala de evaluación emocional desarrollada por Bradley et al. (2001). Se utilizaron las escalas de valencia y activación para el Estudio 2.

Procedimiento

Para la realización del Estudio 1 se seleccionaron 18 palabras relacionadas con la pérdida, muerte o sufrimiento de la base de datos de Redondo et al. (2007), a las que añadimos 6 que no aparecían en la misma. Las palabras fueron categorizadas y consensuadas por tres de los investigadores. La lista estuvo conformada por las palabras: Funeral, Pena, Muerto, Entierro, Cadáver, Ataúd, Cementerio, Tumba, Suicidio, Accidente, Dolor, Tragedia, Hospital, Enfermedad, Agonía, Culpa, Tumor, Cáncer, Fúnebre, Féretro, Sepultura, Tristeza y Llanto. A los participantes se les pidió que escribiesen dos palabras que se les viniesen a la cabeza al pensar en ellas. Así, cada participante aportó 48 palabras a partir de las facilitadas.

Para la realización del Estudio 2 se aportaron las palabras obtenidas en el anterior junto con el SAM para que cada uno de los participantes señalara los valores de valencia y activación, así como una escala *Likert* (1-9) para medir la frecuencia subjetiva de cada palabra. Al final de cada cuadernillo aparecían de nuevo las palabras para que señalaran el grado en que creían que cada una se relacionaba con la muerte y el sufrimiento. Para evitar posibles sesgos se incluyeron palabras de valencia positiva, negativa y neutra (hasta un total de 20 de cada categoría). El total de palabras se dividió en dos cuadernillos diferentes, cada uno de los cuales tuvo dos versiones diferentes para evitar posibles efectos secuenciales. Los cuadernillos fueron completados en una única sesión grupal.

Diseño

El diseño de ambos estudios fue descriptivo de carácter transversal, siendo los datos recogidos en una única sesión.

Resultados*Estudio 1: Obtención de una base de datos de palabras de muerte y sufrimiento*

Para el análisis de datos se agruparon todas las palabras obtenidas a partir del experimento. A partir de este primer banco de palabras tres de los investigadores seleccionaron aquellas palabras que tenían relación directa con la muerte estableciendo dos categorías diferentes: palabras relacionadas con la muerte y palabras relacionadas con el sufrimiento emocional. El total de palabras obtenidas fue de 66.

Estudio 2: Validación emocional de las palabras

En la Tabla 1 aparecen las medias de valencia, activación, y relación con la muerte de algunas de las palabras de ambas categorías (muerte y sufrimiento emocional).

Tabla 1. Ejemplos de algunas palabras de la base de datos junto con sus valores medios en valencia, activación, frecuencia subjetiva y relación con la muerte.

<i>Palabra</i>	<i>Categoría</i>	<i>Valencia</i>	<i>Activación</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relación con la Muerte</i>
aflicción	Sufrimiento	3,01	5,09	3,11	6
agonía	Sufrimiento	1,87	6,92	2,97	7,06
amargura	Sufrimiento	1,86	6,46	3,77	6,69
angustia	Sufrimiento	2,05	7,03	4,38	7,05
ausencia	Sufrimiento	2,31	5,71	4,47	7,35
catástrofe	Sufrimiento	1,53	7,42	4,48	7,21
desconsuelo	Sufrimiento	1,93	5,87	3,5	6,98
desesperación	Sufrimiento	1,67	7,69	4,69	6,8
desolación	Sufrimiento	1,91	5,8	2,8	7,13
dolor	Sufrimiento	1,51	6,92	5,38	7,83
enfermedad	Sufrimiento	1,58	7,22	6,1	7,49
lamento	Sufrimiento	2,02	5,85	3,65	7,49
pena	Sufrimiento	1,89	6,04	5,07	7,44
pesar	Sufrimiento	3,22	5,43	2,85	5,98
remordimiento	Sufrimiento	2,35	7,05	4,07	4,29
shock	Sufrimiento	2,86	6,63	3,69	6,26
sufrimiento	Sufrimiento	1,45	6,75	5,31	8,13
trauma	Sufrimiento	2,07	6,4	4,15	5,92
tristeza	Sufrimiento	1,59	5,73	5,44	7,44
ataúd	Muerte	2,08	5,73	2,87	8,73
autopsia	Muerte	2,88	5,7	2,93	8,27
cadáver	Muerte	1,85	6,37	3,27	8,89

camposanto	Muerte	3,57	4,96	2,05	6,95
cáncer	Muerte	1,28	7,38	5,4	7,8
cementerio	Muerte	2,41	5,94	4,12	8,71
cenizas	Muerte	3,04	5,4	2,93	7,43

En la Tabla 2 aparecen los valores medios de las diferentes dimensiones de las palabras relacionadas con la muerte y las relacionadas con el sufrimiento emocional. Los resultados apuntan a que las palabras directamente relacionadas con la muerte no muestran diferencias en sus índices de valencia y activación en comparación con las palabras de sufrimiento emocional. Sin embargo, las primeras son percibidas como menos frecuentes y parecen estar más relacionadas con la muerte que las últimas.

Tabla 2. Valores medios de las palabras de muerte y sufrimiento.

	<i>Muerte</i>	<i>Sufrimiento Emocional</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Valencia	2,01	2,09	0,148	Ns
Activación	6,18	6,2	0,251	Ns
Frecuencia	3,21	4,26	15,92	<0,001
Relación con la Muerte	8	6,67	35,437	<0,001

En las Figuras 1 y 2 se muestra la distribución de las diferentes palabras según su categoría en comparación con palabras de valencia positiva, negativa y neutra. Como se puede observar gráficamente, las palabras positivas se agrupan en valores altos de valencia, las neutras en los valores medios, y las de muerte, sufrimiento y negativas en valores bajos de valencia y medio-altos en relación a la activación

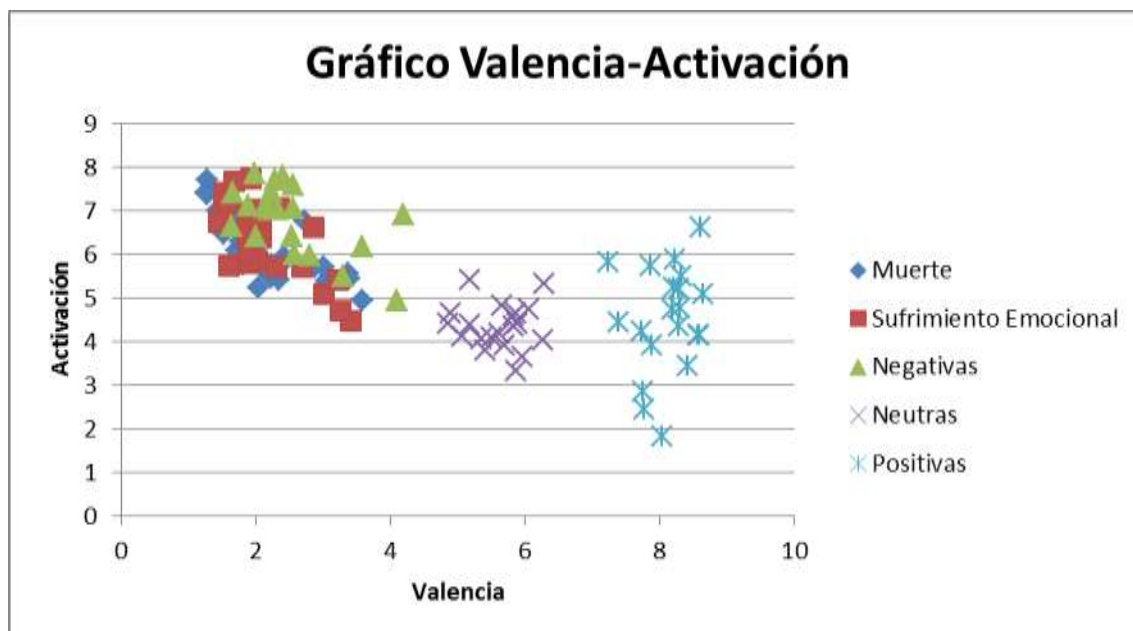


Figura 1. Distribución de las palabras según su valencia y activación.

Sin embargo, es en la variable de relación con la muerte donde más claramente pueden diferenciarse los diferentes tipos de palabras, siendo las palabras categorizadas previamente como de muerte las más relacionadas, seguidas por palabras de sufrimiento emocional y las negativas. Las palabras positivas y las neutras son las que menos relación parecen tener con la muerte y el sufrimiento (ver Figura 2).

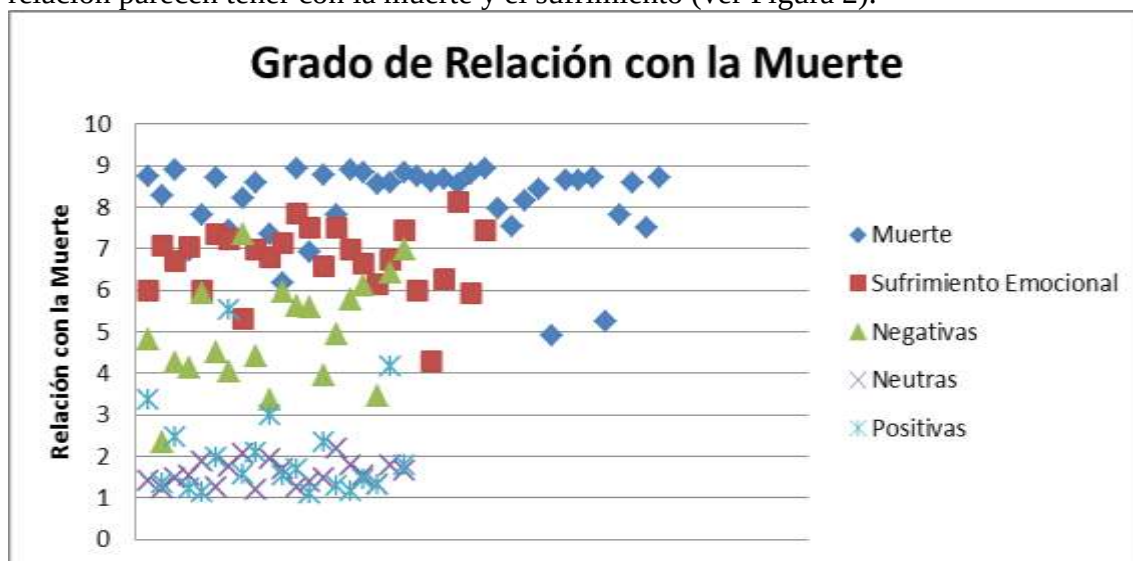


Figura 2. Grado de relación con la muerte según la categoría de la palabra.

Discusión/conclusiones

Este es el primer estudio donde se adapta en una población amplia y se describe el funcionamiento de palabras relacionadas con la muerte y el sufrimiento. Los resultados parecen indicar que las palabras asociadas con la muerte muestran diferencias en su comportamiento en comparación con otro tipo de palabras emocionales.

Si bien en otras bases de datos de palabras hemos encontrado escasas palabras que versen de manera directa sobre la muerte y el sufrimiento, en este estudio hemos obtenido un total de 66. Estudios como el Bryant y MaCallum (2010) usaban un bajo número de palabras relacionadas con la muerte dada la dificultad para encontrar palabras de este tipo en las diferentes bases de datos. A partir de la creación de esta base se pretende disponer de unos índices orientativos para la realización de futuros trabajos de investigación.

La principal limitación del estudio puede encontrarse en la selección de las palabras. Para ello hemos optado por un acuerdo interjueces entre los miembros del equipo investigador, no incluyendo la palabra cuando ha habido algún tipo de discrepancia.

Futuros estudios deberían de ir orientados hacia investigar los posibles efectos diferenciales que puedan tener las palabras relacionadas con la muerte frente a palabras que sean negativas pero no estén asociadas a ella. Un ejemplo de ello es el reciente estudio de O'Connor y Arizmendi (2013) donde compararon la ejecución y el tiempo de reacción frente a este tipo de estímulos en mujeres viudas de edad avanzada.

Referencias

- Bonanno, G. A., Pat-Horenzcyk, R. y Noll, J. E. (2011). Coping flexibility and trauma: The perceived ability to cope with trauma (PACT) scale. *Psychological Trauma*, 3, 117-129.
- Bradley, M. M., Codispoti, M., Cuthbert, B. N. y Lang, P. J. (2001). Emotion and motivation I: Defensive and appetitive reactions in picture processing. *Emotion*, 1, 276-298.
- Han, S., Qin, J. y Ma, Y. (2010) Neurocognitive processes of linguistic cues related to death. *Neuropsychologia*, 48, 3436-3442.
- Marti-García, C. (2011) *Estudio piloto del procesamiento emocional de la muerte en población inglesa*. Trabajo Final de Máster. Universidad de Granada.
- O'Connor, M. F. Wellisch, D.K., Stanton, A.L., Eisenberger, N.I., Irwin, M.R. y Lieberman, M.D. (2008) Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *NeuroImage*, 42, 969-972.
- O'Connor, M.F. y Arizmendi, B.J. (2013) Neuropsychological correlates of complicated grief in older spousally bereaved adults. *Journal of Gereontology*, en prensa.
- Redondo, J., Fraga, I., Padrón, I. y Comesaña, M. (2007) The Spanish adaptation of ANEW (Affective Norms for English Words). *Behavior Research Methods*, 39, 600-605.

DESAFIOS À PSICOLOGIA CLÍNICA EM TEMPOS DE CRISE: DISCURSOS DO PATHOS HUMANOS

Manuela Cruz

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal

Resumo

A sociedade contemporânea tem sofrido nos últimos anos profundas transformações que criaram novos sofrimentos e se refletem em graves implicações na vida dos sujeitos e nas suas relações sociais e laborais. Este estudo exploratório usou uma metodologia qualitativa e incidu sobre os dois últimos anos de crise em Portugal. O objetivo foi explorar empiricamente os fatores psicossociais vivenciados como estressores laborais e verificar as diferenças de género. A amostra foi constituída por 30 sujeitos com queixas de estresse que frequentaram uma consulta de psicologia em consultório privado. Foi feita a análise de conteúdo às entrevistas semiestruturadas que salientaram categorias de fatores da esfera pessoal e da esfera laboral. Os resultados em relação à esfera pessoal evidenciam que os homens têm pouca disponibilidade para a família e adiam a paternidade e as mulheres adiam o casamento e a maternidade. Em relação à esfera laboral os homens referem como estressores a insegurança laboral, a pressão no trabalho e as preocupações de gestão. As mulheres a insegurança laboral, aspetos da organização do trabalho, a remuneração insatisfatória e o medo do desemprego.

Palavras chave: crise, estresse, trabalho, fatores psicossociais.

CHALLENGES TO CLINICAL PSYCHOLOGY IN CRISIS TIMES: TALKS OF HUMAN PATHOS

Abstract

The contemporary society suffered recently a lot of transformations that has provoked new pains in the people and serious implications in their social and work lives. This exploratory study used a qualitative methodology and focused the last two years of economic crisis in Portugal. The aim of this article is to explore empirically psychosocial factors experienced as employment stressors and verify gender differences. The sample consisted of 30 subjects with complaints of stress who attended a consultation psychology in private practice. The analysis of content to structured interviews showed factors from the personal and the employment sphere. The results in personal sphere show that men have limited availability for family and postpone parenthood and women delaying marriage and motherhood. In relation to the employment sphere men reported as employment stressors the job insecurity, pressure at work and management concerns. Women reported the job insecurity, aspects of the organization of work, poor remuneration and the fear of unemployment.

Keywords: Crisis, stress, employment, psychosocial factors.

Introdução

As profundas e diversificadas transformações que a sociedade contemporânea tem sofrido nos últimos anos, têm-se refletido em grandes mudanças no mercado laboral com acentuado impacto nas condições de trabalho, na vida dos sujeitos e nas

suas relações sociais e laborais. Mudanças bruscas e imprevisíveis têm provocado alterações na organização do trabalho e obrigado a rápidas adaptações individuais e sociais, criando incerteza e insegurança que contribuem para elevados níveis de mal – estar individual e social nos trabalhadores. O estresse laboral tem suscitado a atenção dos investigadores e é uma preocupação da União Europeia e da Organização Mundial de Saúde. O psicólogo clínico na sua experiência clínica e de pesquisa confronta-se com o aumento das perturbações ansiosas e com a emergência de novos estressores psicosociais relacionados com o contexto laboral (Cappelli et al., 1997). Neste cenário de crise económica, a organização do trabalho assume configurações como precaridade, flexibilidade, temporalidade, que produzem novos sofrimentos e contribuem para o aumento do mal estar e das perturbações do estresse laboral (Kivimäki et al., 2002).

A literatura salienta a percepção da insegurança laboral como fonte de ansiedade para os sujeitos que a experimentam (Greenhalgh & Rosenblatt, 1984). Vários estudos destacam como estressor a insatisfação laboral onde incluem fatores como a baixa remuneração, pouco apoio das chefias (Cheng e Chan, 2008; Syerke, Hellgreen e Naswall, 2002). Outros trabalhos salientam a importância do apoio dos líderes e destacam que uma inadequada relação supervisor-subordinado é fonte de estresse e se relaciona negativamente com o bem estar no trabalho, (Pieró, 2008; Tepper, 2000).

Autores como De Cuyper e De Witte (2006); Filipkowski e Johnson, (2008) encontraram nos seus trabalhos de pesquisa uma elevada deterioração da saúde psicológica dos trabalhadores. Pesquisas de Andrea Bultmann, Van Amelsvoort e Kant (2009) salientam um aumento da intenção por parte dos trabalhadores de abandonar a organização e mudar de vida, como uma consequência dos estressores laborais.

Trabalhos de Robone et al. (2011), Cottini e Lucifora (2011) relatam o impacto negativo das condições contratuais de trabalho na saúde e bem estar psicológico dos trabalhadores no contexto europeu. O excesso de horas dispensadas às atividades laborais é um fator de estresse psicológico (Holt, 1982). Um estudo feito com enfermeiros portugueses de Gomes, Cruz e Cabaneas (2009) salienta nas mulheres mais que nos homens como estressores a instabilidade profissional, o excesso de trabalho, a baixa remuneração e a falta de reconhecimento. Outras pesquisas salientam a relação entre a percepção do clima de justiça organizacional e as implicações na eficácia coletiva (Naumann e Bennett, 2000; Pieró e Rodrigues, 2008). Vários estudos mostram que trabalhadores expostos a condições adversas tais como: exigências profissionais elevadas e baixo controle estão sujeitos a estresse com impacto negativo na saúde. Nestes estudos as mulheres apresentavam um nível médio de controle mais baixo e mais elevadas exigências psicológicas no trabalho (Cheng et al., 2000; Karasek e Theorell, 1990; Niedhanmer et al., 2000). A mulher surge em outros trabalhos mais exposta a fatores de risco devido a acumulação de trabalho (Areias e Guimarães, 2004; Major, Klein e Ehrhart, 2002; Wharton e Blair-Loy, 2006). Também no nosso trabalho clínico nos deparamos, nestes anos de crise económica, com sujeitos que sofrem pressões no dia a dia laboral que fragilizam a sua saúde e contribuem para situações familiares e sociais desvantajosas. O que predomina na literatura são estudos que relacionam trabalho e saúde, são escassos os que diferenciam o género. O nosso trabalho é um estudo exploratório de pesquisa qualitativa. O objetivo foi explorar empiricamente as variáveis estressoras sinalizadas por sujeitos com perturbações ansiosas que procuraram ajuda psicológica em contexto de consultório privado e perceber as diferenças em relação ao género.

Método

Participantes

Neste estudo participaram 30 sujeitos que marcaram consulta de psicologia, durante o período de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2012. Todos os sujeitos estão no ativo, trabalham em diferentes instituições, todos têm cargos de chefia, estão efetivos e apresentam perturbações da ansiedade. Dos quais 11 (37%) são do sexo masculino e 19 (63%) são do sexo feminino, com uma média de idades de 37 anos, variando entre os 28 e os 50 anos ($M = 36,5$). A maioria dos sujeitos são casados (23; 77%) e apenas 7 (23%) são solteiros. Todos são licenciados, 10 possuem mestrado (10; 33%) e 2 têm doutoramento (2; 7%).

Materiais

Foi passado a todos os sujeitos um questionário demográfico para obter informações sobre o sexo, a idade, o estado civil, o número de filhos, a formação académica e as condições gerais de trabalho.

Foi feita uma entrevista clínica semiestruturada que comporta dados pessoais, sintomas de ansiedade, informações sobre os stressores laborais e outros dados adicionais que os sujeitos achassem importantes na sua vivência do estresse. A entrevista na pesquisa quantitativa permite através da fala do ator social atingir um nível de compreensão humana ao mesmo tempo que proporciona o acesso às opiniões, vivências e significados de cada sujeito. Foi pedida a colaboração através do consentimento informado e garantidos o anonimato e a confidencialidade nos resultados.

Procedimento

Definimos para estudo, todos os sujeitos de primeiras consultas com perturbação de ansiedade, no período de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2012 (últimos dois anos de crise em Portugal). Os dados foram recolhidos através da entrevista clínica semiestruturada, efetuada pela autora aos sujeitos em contexto de consultório privado num Centro de Psicologia Clínica e Psicoterapias.

Foi pedida a colaboração aos sujeitos, explicando o objetivo da investigação, o carácter voluntário da participação e garantidos a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

A partir da análise de conteúdo (Bardin,1977), das entrevistas clínicas semiestruturadas definimos categorias para sistematizar os stressores sinalizados pelos sujeitos e verificámos as semelhanças e diferenças em relação ao género. Por ser um estudo exploratório apresentamos os resultados em percentagem. Da análise de conteúdo das entrevistas destacam-se dois grupos de fatores: esfera pessoal e esfera laboral que englobam diversas categorias.

Resultados

A apresentação dos stressores psicossociais sinalizados pelos sujeitos tem por base dois grupos de fatores: esfera pessoal e esfera laboral, destacando-se as diferenças e semelhanças que podem ser encontradas entre homens e mulheres.

Quadro 1. Esfera Pessoal.

Categorias: <i>Esfera Pessoal</i>	Sexo Feminino (n=19)		Sexo Masculino (n=11)	
	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
Adiar maternidade/paternidade	10	53%	5	45%
Pouca disponibilidade para a família/Dificuldade em gerir vida familiar e profissional	5	26%	5	45%
Adiar casamento	6	32%	2	18%
Outras	-	-	2	18%

Na *Esfera Pessoal*, destaca-se a categoria “*adiar da maternidade/paternidade*” em (45%) dos homens, por quererem alcançar melhores condições de vida, e em (53%), das mulheres que verbalizaram que este facto está relacionado com o medo de ser despedida no caso de uma gravidez. Também “*adiar o casamento*” mais verbalizado pelas mulheres (32% nas mulheres e 18% nos homens). Destaca-se ainda a categoria “*pouca disponibilidade para a família ou dificuldade em gerir vida familiar e profissional*” que é referida por (26%) das mulheres e (45%) dos homens. Na categoria “*Outras*”, incluímos “*preocupação com o futuro dos filhos*” e “*futuro sem saída*” que surge em (18%) dos homens da nossa amostra.

Quadro 2. Esfera Profissional.

Categorias: <i>Esfera Profissional</i>	Sexo Feminino (n = 19)		Sexo Masculino (n = 11)	
	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
Insegurança	13	68%	11	100%
Organização do Trabalho	15	79%	9	82%
Insatisfação no trabalho	14	74%	7	64%
Pressão no trabalho por cumprimento de objetivos/desempenho	11	58%	8	73%
Remuneração baixa para o cargo	10	53%	2	18%
Medo do desemprego	8	42%	3	27%
Desejo de mudança de vida	5	26%	3	27%
Preocupações de gestão	2	11%	4	36%

Na *Esfera Profissional* as preocupações recaem principalmente em questões relacionadas com a “*Insegurança*”, (que inclui preocupação com o futuro, falta de perspectiva de carreira, precaridade laboral) referida por todos os homens (100%) e por 68% das mulheres. Aspetos da “*organização do trabalho*” (excesso de horas de trabalho, trabalho solitário, horário imprevisível, polivalência de funções) referidos por 79% das mulheres e 82% dos homens. A “*insatisfação no trabalho*” (falta de apoios das chefias, falta de identificação com empresa, muita responsabilidade na tomada de decisões) aparece em (74%) das mulheres e (64%) nos homens também é significativo. A “*pressão para cumprir objetivos*” é mais sentida por homens (73%) do que por mulheres (58%). A “*remuneração baixa*” para as responsabilidades, surge em (53% das mulheres e em 18% dos homens). O “*medo do desemprego*” surge em (42% das mulheres), sobretudo se engravidarem e em (27% dos homens). O “*desejo de mudança de vida*” em (26% das mulheres) e em (27% dos homens) traduz a vontade de mudar de emprego e de país. As “*preocupações de gestão*” em (11% das mulheres) e em (36% dos homens) que se traduz sobretudo na responsabilidade pelo desempenho da equipa e

dificuldades em lidar com equipas desmotivadas.

Discussão

De acordo com os nossos resultados na esfera pessoal (Quadro 1) as diferenças percentualmente significativas entre género são em relação aos homens: “a pouca disponibilidade para a família” e em relação às mulheres o “adiar o casamento” (até alcançar melhores condições de vida) e “a maternidade” (por medo de ser despedida se engravidar) nas mulheres.

Na esfera profissional (Quadro 2) o fator estressore mais verbalizado por homens e mulheres é “a insegurança laboral”. Nos homens é percentualmente superior a falta de “perspetiva de carreira” e a “preocupação com o futuro”. Na mulher “a precariedade laboral” e a “preocupação com o futuro”. A categoria organização no trabalho é sinalizada por homens e mulheres sendo “a polivalência de funções” mais verbalizada nos homens e o “horário imprevisível verbalizado pelas mulheres”. Os resultados são semelhantes aos de Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), Kivimalki et al. (2002), Naumann e Bennett (2000), Pieró e Rodrigues (2008). Na categoria insatisfação no trabalho as mulheres referem “falta de apoio das chefias”, “mau ambiente de trabalho”, “muita responsabilidade nas decisões”, “pressão de desempenho”. Os homens referem “sentimento de desvalorização”, “falta de identificação com a empresa”, “pressão por cumprimento de objetivos” semelhante aos resultados dos estudos de Cottini e Lucifora (2011), Greenhalgh e Rosenblatt (1984), Robone et al. (2011). Na categoria remuneração o “salário baixo” é percentualmente mais significativamente referida nas mulheres. O desejo de mudança é equivalente nos dois géneros.

Em síntese, apesar de ser exploratório e da amostra ser pequena, os dados obtidos neste estudo tal como a revisão da literatura, salientam que o sujeito não é a unidade focal da experiência de estresse, e este, não pode ser encarado como o resultado do desajuste entre as exigências com que a pessoa se defronta, os seus recursos e a capacidade de controle, mas, numa perspetiva multicausal (Bliese e Jex, 2002; Peiró & Rodrigues, 2008). As recentes transformações sociais e laborais requerem um novo olhar sobre a complexidade da coexistência sujeito, tecido social e laboral para uma melhor compreensão da complexidade destes processos e a sua implicação no sofrimento humano. Daí a importância da continuação destes estudos.

Referências

- Areias, M.E. e Guimarães, L.A. M. (2004). Género e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 255-262
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Cheng, G.H. Y Chan, D.K.S. (2008). Who suffers more from job insecurity? A meta-analytic review. *Applied Psychology: A typology of composition models. Journal of Applied Psychology*, 83(2), 234-246.
- Cohn, H. (1997). Existential through and therapeutic practice : An introduction to existeexisten- existencial existencialexistential Psychotherapy. *European Journal of Health Economics*, 9(1), 51-61
- Cottini, E. (2012). Is your job bad for your health? Explaining differences in health at work across gender. *International Journal of Manpower*, 33(3), 301-321
- Data Gupta, N. e Kristensen, N. (2007). Work environment satisfaction and employee Health: panel evidence from Denmark, France and Spain, 1994-2001. *The European Journal of Health Economics*, 9(1), 51-61.

- Fontana, A. e Frey, J.H. (2000). The Interview: from structured questions to negotiated text. In N. Denzin e Y.S. Lincoln (Orgs.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 61-106). London, UK: SAGE Publications Ltd
- Gomes, A.R., Cruz, J.F.e Cabanelas, S. (2009). Estresse Ocupacional em profissionais de saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318
- Gracia, F. J., Caballer, A. e Peiró, J.M. (2002). Efectos de la presión temporal sobre la Cohesión grupal en diferentes tipos de tareas y diferentes canales de comunicacio. *Psicothema*,14(2), 434-439
- Karasek, R.A. e Theorell, T. (1990). *Healthy work-stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books
- Kivimaki, M., Leino-Arjas, P., Lukkonen, R., Riihimaki, H, Vahtera, J. e Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, 325(7369).857-861.
- Major,V.S., Klein, K. J. e Ehrhart, M. G. (2002). Work time, work interference with family and psychological distress. *Journal of Applied Psychology* 87(30), 427-436.
- Naumann, E.e Bennett, N. (2000). A case of procedural justice climate: Development test of a multilevel model. *Academy of Managment Journal*, 43, 881-889
- Pieró, J.M. (1999). Valoración de riesgos psicosociales y estrategias de prevención: el modelo “AMIGO” como base de la metodologia “Prevenlab/Psicosocial”. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15(2), 267-314.
- Pieró. J.M. (2008). Stress and coping at work: New research trends and their implications for practice. In K. Naswall (Ed.), *The Individual in the Changing Working Life* (pp. 284-310). Cambridge: Cambridge University Press,
- Péiró, J.M. e Rodrigues,I. (2008).Estrés Laboral, Liderazgo Y Salud Organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 68-82.
- Wharton, A. S. e Blair-Loy, M. (2006). Long Work Hours and Family Life. *Journal of Family Issues*, 27(3), 415-436.
- Robone, S., Jones, A.M. e Rice, N. (2011). Contractual conditions, working conditions, health and well being in the British household panel survey. *European Journal of Health Economics*, 12, 429-444.

INTERVENCION EN UN CASO DE TEPT GRAVE DEMORADO, EN EL CSM DE LORCA, TRAS LOS SEISMOS DE MAYO 2011

M^a Ascensión Albacete-Belmonte*, Jesús Valera-Bernal*,
Antonia Sánchez-López* y Julio Cesar Martin García-Sancho**

*Centro de Salud Mental de Lorca. Servicio Murciano de Salud, España

**Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud, España

Resumen

Se expone la intervención en el caso de una paciente de 47 años, de profesión trabajadora social, con un trastorno de estrés postraumático (TEPT) grave demorado, es decir cuya sintomatología aparece transcurridos 6 meses del acontecimiento traumático, los seísmos de Lorca del 11 de mayo de 2011, que esta paciente vivió personalmente y que además por su profesión asistió y atendió a muchos otros afectados, por tanto se estaría ante un caso de doble trauma. Tras identificar a la paciente, se analiza el motivo de su consulta, la historia del problema, las conductas problemáticas, se establecen las metas del tratamiento, es decir, el objetivo último de la intervención, que será tratar toda la sintomatología postraumática, para normalizar el funcionamiento personal, social y laboral de dicha paciente, los objetivos terapéuticos concretos, cual ha sido el tratamiento seleccionado más adecuado, en este caso, se trata de la terapia cognitiva-conductual focalizada en el trauma, con la adaptación de las técnicas de relajación en grupo (para optimizar uno de los recursos de nuestro centro, llevado a cabo por enfermería), más tratamiento farmacológico, se explicará cómo se ha llevado a cabo su evaluación, las pruebas pasadas antes del tratamiento y los resultados obtenidos en esta fase, la aplicación de dicho tratamiento sesión a sesión y la resolución y eficacia del mismo, demostrada a través de los resultados obtenidos en la fase de evaluación posterior. Por último, se comprobará con el seguimiento que la mejoría se ha mantenido al mes, tres y seis meses del alta en el Centro de Salud Mental (CSM).

Palabras clave: Tratamiento del trastorno de estrés postraumático demorado, terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma, experimento de caso único, estudios de casos, series de casos, caso clínico.

INTERVENTION ON A CASE OF SEVERE DELAYED-ONSET PTSD, AT LORCA MHC, AFTER THE EARTHQUAKE OF MAY 2011.

Abstract

The present paper describes the intervention on the case of a 47-year-old social worker by profession with severe delayed-onset post-traumatic stress disorder (PTSD), ie whose symptoms appeared after 6 months of the traumatic event, Lorca earthquakes of May 11, 2011, which this patient lived personally and, due to her profession, after which she also attended and assisted many other affected people, therefore being a case of double trauma. After identifying the patient, the reason for her visit was analyzed, as well as the history of the problem and problematic behaviors, establishing the treatment goals, ie the ultimate aim of the intervention – treating all the post-traumatic symptoms in order to normalize the personal, occupational and social functioning of the patient, specific therapeutic goals, and which treatment was most appropriate, in this case, trauma-focused cognitive behavioral therapy, with the adaptation of group relaxation techniques (in order to optimize one of centre's resources, performed by

nurses), plus drug treatment. The conduction of the patient's assessment, tests performed before treatment and the results obtained in this phase are presented along with the application of the treatment during each session and its resolution and effectiveness, demonstrated by the results obtained in the posterior phase of evaluation. Finally, the patient's monitoring confirms the maintenance of the improvement one, three and six months after the discharge from the Mental Health Center (MHC).

Keywords: Delayed-onset post-traumatic stress disorder treatment, trauma-focused cognitive-behavioral therapy, single-case experiment, case studies, case series, clinical case.

Introducción

A pesar de la respuesta rápida y ágil que se ofreció en el Centro de Salud Mental (CSM) de Lorca (Valera, Albacete, Sánchez y Martín, 2012) y del dispositivo de atención psicológica que se desplegó en Atención Primaria (A.P.) (Egea, Sainz, Garriga y Martín, 2012) tras los seísmos de mayo de 2011 de esta ciudad, para actuar sobre las reacciones a estrés agudo (REA) y así paliar la aparición e instalación de trastornos de estrés postraumáticos (TEPT) en la población afectada, no se pudo evitar la aparición de casos demorados en el tiempo de TEPT y que esto hiciera que su gravedad fuese mayor.

El caso que se presenta es un TEPT grave demorado, cuya sintomatología aparece transcurridos 6 meses del acontecimiento traumático (American Psychiatric Association [APA], 2000), se explica cómo se ha llevado a cabo su análisis, cómo se han planteado sus objetivos, su evaluación (pre y post-test), y sobre todo, lo que se ha querido comprobar es que la Terapia individual Cognitiva-Conductual focalizada en el trauma (TCC-ft) (Foa y Rothbaum, 1998) se muestra efectiva para el tratamiento del TEPT (Nacional Institute of Clinical Excellence, 2005) demorado, con la adaptación de las técnicas de relajación en grupo (optimizando un recurso de nuestro centro, llevado a cabo por enfermería) y en combinación con el tratamiento farmacológico, en un número corto de sesiones y que esa efectividad se mantiene en el tiempo, al menos 6 meses después del alta en el CSM.

Identificación del paciente

Mujer de 47 años, casada, dos hijos, la chica de 17 años y el chico de 13 y de profesión trabajadora social, que aparte de vivir personalmente los terremotos de Lorca, asistió y atendió a muchos otros afectados, por tanto, se habla de un doble trauma.

Análisis del motivo de la consulta

Acudió el 25 de enero de 2012 (8 meses después de los seísmos), derivada por su médico de Atención Primaria (A.P.), por empeoramiento en sintomatología ansiosa-depresiva y dificultades para la incorporación a su trabajo.

En esa primera visita fue atendida por psiquiatría, para ajuste del tratamiento farmacológico que ya le había recetado su médico, sin resultados y se derivó a psicología para iniciar tratamiento psicológico, siendo su primera consulta el 2 de febrero de 2012. En esta cita la paciente refería encontrarse triste, con ganas de llorar “no puedo parar de llorar”, irritable, “parezco un perro, no hablo, ladro”, “yo no soy así” “¿por qué me está pasando esto?”, “todos lo hemos vivido, ¿porque yo estoy así?” muy nerviosa, con sensaciones de ahogo, en tensión continua, con mucho miedo, de estar en

casa “tiene muchos daños “y en la calle, “la calle está vetada” y que desde hacía dos semanas tenía pesadillas con el terremoto, con tener que esconderse, correr, que no descansaba y se levantaba con mucho malestar y que además, por el día revivía lo ocurrido.

Historia del problema

La paciente vivió los seísmos de Lorca del 11 de mayo de 2011, el primero en su casa y el segundo en la calle. No necesitó asistencia psicológica “yo era fuerte”, es más, por su trabajo, estuvo ayudando y atendiendo a otras muchas personas afectadas (la destinaron a la zona cero). Así estuvo hasta casi finales de junio, en esos días empezó a notar que casi no podía hablar, visitó a su médico de AP y éste le dio la baja, tras la cual y junto con las vacaciones de sus hijos se marchó de Lorca, a su pueblo natal, fuera de Murcia. Allí estuvo más o menos bien, volvió en septiembre cuando sus hijos empezaron el curso escolar y cada fin de semana se iban de nuevo al pueblo, porque la casa no la tenían arreglada del todo y porque empezó a darse cuenta de que “cuando no estoy en Lorca estoy mejor”. En el mes de octubre refería sentir cierta mejoría, pero en noviembre notó un cambio considerable, empezó a encontrarse cada vez peor (este es el momento en el que aparece claramente ya la sintomatología postraumática).

Añadir a la historia de esta paciente, un dato en su biografía que se considera importante: había vivido anteriormente otro terremoto en 2005, en la pedanía donde trabajaba, La Zarzilla de Lorca. Contó que estaba trabajando cuando ocurrió, que “no hubo muertos, pero sí daños materiales”, que “yo llevaba sola esa zona”, “no tuve apoyo de ninguna clase entonces, me toco resolverlo todo a mí con Murcia” (todos los papeleos), “me sentí muy sola”, “fue muy duro”. No necesitó ningún tratamiento.

Análisis y descripción de las conductas problema

Presentaba un estado de hipervigilancia continua, hiperreactividad (respuestas exageradas a cualquier estímulo), imágenes y recuerdos intrusivos de los seísmos durante el día, insomnio de conciliación y de mantenimiento, pesadillas sobre el terremoto, miedo intenso a salir a la calle provocándole conductas de evitación, entre ellas, la incorporación a su trabajo, dificultades de concentración y memoria y estado de ánimo deprimido.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Tratar toda la sintomatología postraumática, para normalizar su funcionamiento personal, social y laboral.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Se concretaron en los siguientes:

- Control del estado de hipervigilancia e hiperreactividad.
- Restauración del sueño.
- Estabilización del estado anímico.
- Afrontamiento de situaciones temidas y evitadas.
- Incorporación a su trabajo.

Selección del tratamiento más adecuado

Fue atendida por psiquiatría en su primera visita, para ajustarle el tratamiento farmacológico ya pautado en A.P. En psicología, el tratamiento de elección, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica de alta calidad para el TEPT, como la National Institute of Clinical Excellence (2005), fue la terapia individual cognitivo-conductual focalizada en el trauma (TCC-ft) (Foa y Rothbaum, 1998), con algunas adaptaciones, como las técnicas de relajación en grupo (para optimizar uno de los recursos de nuestro centro, llevado a cabo por enfermería).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase

En la primera visita en psicología, tras la entrevista y confirmación del diagnóstico: trastorno de estrés postraumático grave demorado, se llevó a cabo la evaluación inicial, con las siguientes pruebas y resultados:

- BSQ-Cuestionario de sensaciones corporales (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984), con una puntuación de 33 y cuyo rango es (0-68); a mayor puntuación, mayor gravedad de los síntomas.
- STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994), con un STAI-E (Pc=95) y un STAI-R (Pc=99).
- DTS-Escala de trauma de Davidson (Davidson et al., 1997), en su versión validada en España por Bobes “et al.” (2000), cuya puntuación total oscila entre 0 y 136 puntos, siendo el resultado en este caso de 124, triplicando el punto de corte, situado por los autores en 40.
- BDI-Inventario de depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961), que alcanza una puntuación de 21, situando la intensidad de la depresión en moderada, estando el rango de ésta entre 17 y 29.

Aplicación del tratamiento

En psicología se llevaron a cabo siete sesiones, con una duración de 45 minutos cada una y con un periodo entre sesiones según la agenda del CSM; en psiquiatría cuatro y en grupo de relajación otras cuatro, llevado a cabo por enfermería semanalmente y con una duración de 90 minutos cada sesión.

Tratamiento farmacológico

- Escitalopram 20mg: 1-0-0
- Lorazepan 1mg: si ansiedad
- Lormetazepan 2 mg: ½ si insomnio

En la segunda visita se le ajustó el tratamiento, quedando de la siguiente manera:

- Escitalopram 20mg: 1-0-0
- Mirtazapina 15 mg: 0-0-1/2

El alta en psiquiatría fue dada un mes y medio después de psicología, el 18 de diciembre de 2012. Continuaba con la misma medicación, no requiriendo hipnóticos para dormir y con la indicación de que el seguimiento de la misma, se llevara a cabo en Atención Primaria.

Tratamiento psicológico

En la primera sesión se llevó a cabo la entrevista clínica y se le pidió el relato de lo vivido, de la forma más completa posible. Se confirmó el diagnóstico: trastorno de estrés postraumático grave demorado y se procedió a hacer la evaluación inicial.

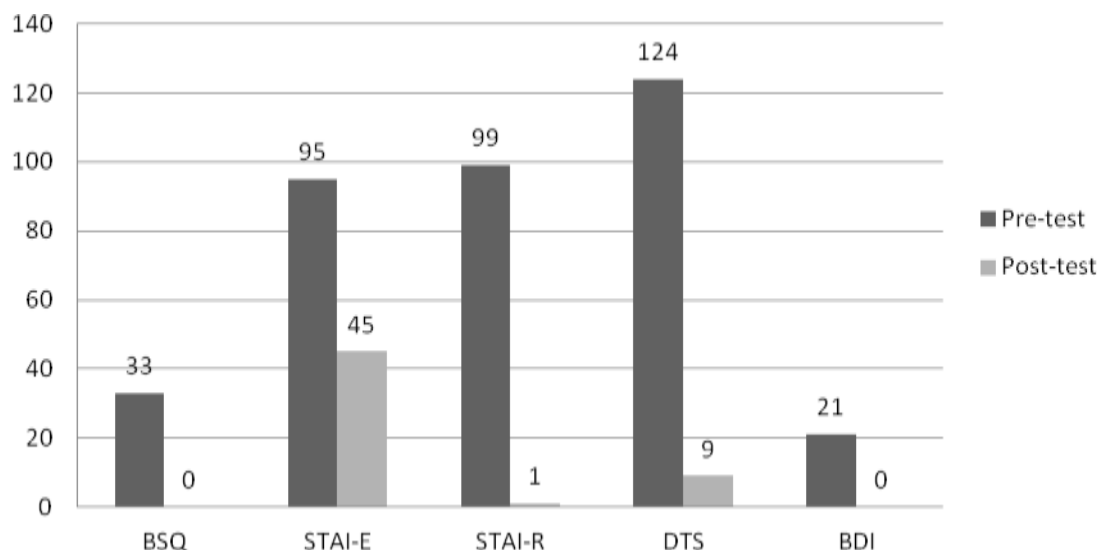
En la segunda se le hizo una devolución a la paciente, donde se le informó de su patología, de los síntomas de la misma, se plantearon las metas y objetivos a conseguir y se le explicó el tipo de tratamiento que llevaríamos a cabo: que trabajaríamos las reexperimentaciones y recuerdos del suceso, hablando una y otra vez sobre ellos, para atribuirles nuevos significados y quitarles la carga emocional que presentaban, los pensamientos distorsionados que habían surgido a raíz del trauma, se le enseñó el concepto de pensamiento distorsionado, que los trabajaríamos con ejercicios, autorregistros de detección de ideas distorsionadas, emociones, situaciones y cómo se haría mediante reestructuración cognitiva para generar pensamientos alternativos y racionales. También se le explicó la influencia de esos pensamientos distorsionados sobre la conducta y sobre el mantenimiento del malestar. Que al mismo tiempo que trabajábamos a nivel cognitivo, trabajaría sobre la ansiedad, cuándo y cómo surge, su duración y técnicas para controlarla, como las respiraciones y la relajación. Este aprendizaje lo haría en grupo, con enfermería y se llevaría a cabo de forma paralela tras esta segunda visita, hasta un total de cuatro sesiones. También se le planteó que actuaríamos a nivel de conducta, con tareas inter-sesiones, de exposición en vivo, gradual a lo temido y a situaciones evitadas, se le aclararon las características y el fundamento de dichas exposiciones y lo que se esperaba de ella en esa fase. Y para terminar se le remarcó que todo este tratamiento iba dirigido a alcanzar los objetivos propuestos, concretados con ella y encaminado todo hacia una meta, recuperar su funcionamiento normal a nivel personal, social y laboral.

De la tercera a la sexta sesión se llevó a cabo todo el trabajo que le explicamos en la segunda visita, tanto a nivel cognitivo, como a nivel conductual, introduciendo gradualmente la exposición en vivo a todas las situaciones temidas y evitadas por la paciente.

En la séptima y última sesión, el 1 de octubre de 2012, se evaluó la eficacia del tratamiento, dado que se procedió a dar el alta en psicología, por mejoría, tras alcanzar todos los objetivos y metas propuestos. Además, se pactó con ella tres sesiones de seguimiento, al mes, tres y seis meses, para comprobar que la mejoría se mantenía.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Para evaluar la eficacia del tratamiento pasamos las mismas pruebas que en la evaluación inicial y comparamos los resultados con los obtenidos en la misma. Aquí presentamos de forma gráfica dichos resultados (ver Gráfica 1).



Gráfica 1. Comparación entre puntuaciones pre y post-tratamiento.

Seguimiento

Tras el alta en psicología por mejoría, el 1 de octubre de 2012, se plantearon tres sesiones de seguimiento con la paciente: al mes (noviembre 2012), a los tres meses (enero 2013) y a los seis meses (abril 2013), con el resultado de mantenimiento de la mejoría.

Discusión/conclusiones

La Terapia Cognitiva-Conductual focalizada en el trauma (TCC-ft) (Foa y Rothbaum, 1998) se muestra efectiva, para el tratamiento del TEPT (Nacional Institute of Clinical Excellence, 2005) demorado, con la adaptación de las técnicas de relajación en grupo (optimizando un recurso de nuestro centro, llevado a cabo por enfermería) y en combinación con el tratamiento farmacológico, dados los resultados obtenidos y en tan poco número de sesiones.

Con esta terapia (TCC-ft) y la adaptación utilizada se optimiza el coste-beneficio en el servicio público de salud, en nuestro caso: el Servicio Murciano de Salud.

Uno de los puntos débiles de este caso, es no saber cuál es el efecto real de cada uno de los tratamientos por si solos, puesto que aquí se combinaron tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV-TR* (4a. ed.). Washington, D.C.: Author.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, E., González, M.P., Bascarán, M.T., Bousoño, M. y Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por

- estrés postraumático. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 207-18.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobics cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J.C., Smith, R.D., Davison, R.M., Katz, R. y Feldman, M.E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Egea, C., Sainz, C., Garriga, A. y Martín, J.C. (2012). Lorca: historia de una vida. Intervención psicológica en el barrio de la viña tras los seísmos del 11 de mayo. Intervención individual en un caso de estrés postraumático. En R. Quevedo y V.J. Quevedo (Dirs.), *Avances en psicología Clínica* (pp. 333-337). Santander: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- Foa, E. y Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive –Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- National Institute of Clinical Excellence, NICE. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Recuperado el 2 de febrero de 2012 de [http:// www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1994). *STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.
- Valera, J., Albacete, M.A., Sánchez, A., Martín, J.C. (2012). Intervención psicológica grupal en un centro de salud mental con afectados por los seísmos de Lorca (Murcia). En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comp.), *Avances en psicología Clínica* (pp. 947-950). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: PROGRAMA DE DESARROLLO DE LA
INTELIGENCIA EMOCIONAL DESTINADO A PACIENTES CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE**

María Ángeles Alayeto-Gastón y Naiara Sánchez-Lucas

Hospital General San Jorge de Huesca, España

Resumen

La Inteligencia Emocional (IE) puede ser entendida como la identificación, comprensión, gestión y utilización de las emociones para solucionar problemas. Es reconocida la importancia que desempeña en la adaptación y funcionamiento social de las personas. En relación al trastorno mental grave, los individuos con esquizofrenia muestran déficits a través de múltiples dominios del procesamiento de la emoción y en diversos aspectos de la cognición social, mientras que por su parte respecto al trastorno bipolar, parece que parte del déficit social correspondería a una menor capacidad para entender los pensamientos y sentimientos de los otros, y responder ante ellos de una manera adaptativa. En el presente proyecto y en el marco de la rehabilitación psicosocial se quiere determinar la eficacia de un programa grupal elaborado para mejorar el nivel de IE en pacientes con TMG. Los participantes del estudio serían pacientes ingresados en la unidad de media estancia psiquiátrica de Huesca (España) con un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante o trastorno bipolar. Aleatoriamente serían divididos en grupo experimental y control. El grupo experimental recibiría el entrenamiento en el “programa de desarrollo emocional”, mientras que los participantes del grupo de control lo recibirían más adelante en caso de demostrarse su eficacia. Se tomarían medidas de los pacientes antes y después de la intervención a través del cuestionario “Emotional Intelligence Test” (MSCEIT), instrumento usualmente utilizado como medida de IE y de cognición social global. Finalmente se discutirá acerca de la necesidad de mejorar los instrumentos de medida respecto a la cognición social y de la validación y adaptación al castellano de algunas pruebas más adecuadas para la evaluación de los sesgos cognitivos.

Palabras clave: inteligencia emocional, cognición social, trastorno mental grave, esquizofrenia.

**RESEARCH PROJECT: DEVELOPMENT PROGRAM OF EMOTIONAL
INTELLIGENCE FOR PATIENTS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS**

Abstract

Emotional Intelligence (EI) may be defined as the identification, understanding, management and use of emotions to solve problems. It is recognized the importance it plays in the adaptation and social functioning of people. In relation to serious mental disorder, individuals with schizophrenia show deficits across multiple domains of emotion processing and in various aspects of social cognition, while meanwhile regarding bipolar disorder, it seems that part of social deficits correspond to less able to understand the thoughts and feelings of others, and respond to them in an adaptive manner. The object of this project in the context of psychosocial rehabilitation is to determine the effectiveness of a group program designed to improve the level of IE in patients with severe mental illness. Study participants would be admitted medium-stay psychiatric patients to Huesca (Spain) with a diagnosis of schizophrenia, schizoaffective disorder, delusional disorder or bipolar disorder. They will be randomly dividing in

experimental and control group. The experimental group will be receiving training in the "emotional development program", while patients in the control group will be receiving this training if the program proves effective. Patients will be evaluating before and after "emotional development program" training through the questionnaire "Emotional Intelligence Test" (MSCEIT), usually used as a measurement tool of IE and global social cognition. Finally we discuss about the need to improve the measuring instruments concerning social cognition and validation and adaptation of some tests castilian most appropriate for the evaluation of cognitive biases.

Key words: emotional intelligence, social cognition, mental disorder, schizophrenia.

Introducción

Salovey y Mayer (1990) crearon el constructo de inteligencia emocional, comprendía tres tipos de habilidades adaptativas: a) identificación y expresión emocional; b) regulación emocional; y c) el uso de las emociones para solucionar y gestionar problemas.

Actualmente, podemos distinguir dos grandes modelos de la IE, el modelo de "habilidades" y el modelo "de personalidad" o también llamado "mixto". El modelo de habilidades que actualmente está teniendo mayor aceptación en la literatura científica, el de Mayer, Salovey y Caruso (1999), divide la inteligencia emocional en cuatro ramas básicas: percepción, apreciación y expresión de emociones; facilitación emocional del pensamiento; comprensión, análisis y utilización del conocimiento emocional; regulación reflexiva de las emociones para el desarrollo intelectual y emocional. Cada rama incluye diferentes estadios de habilidad que se aprenden a dominar de manera secuencial (Oberst y Lizeretti, 2004). Esta definición de la inteligencia emocional está concebida en términos de conjuntos de habilidades, como las de percibir, asimilar, entender o manejar emociones; concepción claramente diferente a la propuesta por los modelos de inteligencia emocional basados en rasgos de personalidad, como el modelo de Goleman (1995) o Bar-On (1997) (Pena y Repetto, 2008). En los modelos de habilidades, además de prescindir de todas aquellas nociones próximas a la personalidad, se considera que las habilidades emocionales son elementos de la inteligencia que se pueden mejorar y desarrollar. El modelo mixto considera la IE como una mezcla de habilidades emocionales y rasgos de personalidad, y las definiciones incorporan conceptos como empatía, asertividad, optimismo, etc. Esta forma de entender la inteligencia emocional propia de los modelos de personalidad y los modelos mixtos, así como las medidas de inteligencia emocional, han sido fuertemente criticadas (Chamarro y Oberst, 2004).

Consecuentemente a que los modelos de habilidades conciben la IE como un conjunto de habilidades cognitivas referentes a las emociones (con poca relación a factores de la personalidad), estas habilidades son candidatas a poder ser evaluadas mediante "tests", en el sentido de prueba, a través de los cuales se pretende medir de forma objetiva la conducta óptima (Extremera, Fernández-Berrocal, Maestre y Guil, 2004). Mayer, Salovey y Caruso (2002) desarrollaron el *Emotional Intelligence Test* (MSCEIT), basado en la idea de que la inteligencia emocional implica la solución eficaz de problemas emocionales y la solución de problemas mediante la utilización de las emociones.

En general, habilidades tales como “un mayor autoconocimiento emocional, la identificación correcta de las vivencias emocionales de los demás, la auto-regulación de los estados afectivos, el uso de las emociones para facilitar el pensamiento..., contribuyen al bienestar psicológico permitiendo superar adecuadamente situaciones estresantes y mejorar las relaciones sociales” (Oberst y Lizeretti, 2004).

Respecto a la relación de la IE y la patología psiquiátrica, se observa déficit socio-emocional en prácticamente todos los trastornos de personalidad, considerando por otra parte una IE baja como factor de vulnerabilidad para desarrollar y mantener ciertas patologías del Eje I del DSM-IV como la depresión (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2003), trastornos de ansiedad, de control de impulsos, trastornos psicosomáticos, alexitimia, y finalmente el abuso de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria (Oberst y Lizeretti, 2004).

En relación al trastorno mental grave, los individuos con esquizofrenia demuestran déficits a través de múltiples dominios del procesamiento de la emoción. Kee et al. (2009) refieren que los déficits emocionales tienen vínculos significativos con síntomas clínicos de la esquizofrenia; las puntuaciones más bajas en IE correlacionaron significativamente con los síntomas negativos y de desorganización.

El proyecto MATRICS (Investigación en la medición y tratamiento para mejorar la cognición en esquizofrenia) incluyó en 2003 la cognición social entre las áreas a tratar (Rodríguez, Acosta Ojeda y Rodríguez Del Rosar, 2011). Los pacientes con esquizofrenia tienen más dificultades en reconocer y entender las expresiones faciales de las emociones de los otros, especialmente las emociones negativas, como miedo y asco; tienen comprometida su capacidad para inferir cuales son los estados mentales de las otras personas y los suyos propios; en lugar de atribuir los problemas a los acontecimientos negativos, tienden a culpar a otras personas; también se observa que las personas con delirios de persecución con frecuencia “saltan directamente a las conclusiones”, y manifiestan “sesgo de confirmación”; no utilizan el contexto cuando procesan estímulos sociales; tienen dificultades para conocer su propia enfermedad y la necesidad de tratamiento; y suelen utilizar patrones emocionales de evitación más frecuentemente que los sujetos sanos (García et al., 2003).

Respecto al trastorno bipolar, cada vez más estudios orientan al hecho de que parte del déficit social correspondería a una menor capacidad para entender los pensamientos y sentimientos de los otros, y responder ante ellos de una manera adaptativa (Ruiz-Murugarren, García-Ramos y Lahera, 2011).

Se ha documentado el papel mediador de la cognición social sobre el funcionamiento social de estos pacientes. Ruiz, García y Fuentes (2006) hablan de la implicación directa que la cognición social tiene sobre el funcionamiento social o comunitario de las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Kee et al. (2009) por su parte refieren que los déficits emocionales influyen en cómo los pacientes funcionan en sus vidas cotidianas. Puntuaciones más bajas en IE correlacionaron significativamente con un desempeño comunitario peor. Los problemas comportamentales de tipo social o de funcionamiento social frecuentemente preceden también al desencadenamiento de la psicosis, suelen empeorar en el transcurso de la enfermedad y contribuyen a aumentar el número de recaídas.

Son muchas las intervenciones destinadas a desarrollar distintos aspectos de la cognición social de pacientes con esquizofrenia, en cambio no se conocen programas específicos para desarrollar la IE de estos pacientes, probablemente porque se trata de

un constructo todavía “joven” o porque se considera incluido en el concepto más amplio de cognición social.

La premisa fundamental que subyace en este proyecto es que los aspectos emocionales, al estar implicados en las interacciones sociales relevantes merecen especial consideración en rehabilitación. En este proyecto de investigación se plantea la posibilidad de incrementar la medida en inteligencia emocional de pacientes aquejados por un trastorno mental grave a través de un programa “piloto” de desarrollo emocional (grupal) diseñado a tal efecto.

Método

Participantes

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Los pacientes que durante en el momento de la aplicación se encuentren ingresados en la unidad de media estancia del Centro de Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de los Milagros de Huesca.
- Los pacientes diagnosticados de un trastorno mental grave, sea esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante o trastorno bipolar, con independencia de que en el momento de aplicación exista sintomatología positiva o no.

Respecto a los criterios de exclusión:

- Los pacientes que no tengan estabilidad clínica suficiente que a parecer clínico garantice el aprovechamiento del entrenamiento en el programa.
- Los pacientes cuyo deterioro cognitivo imposibilite el entrenamiento.

Aleatoriamente se repartirán en dos grupos, uno experimental y otro de control.

Instrumentos/materiales

El instrumento que se utilizará para medir la IE es la Versión española del *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT; Extremera, Fernández-Berrocal y Salovey, 2006). El MSCEIT es un test de 141 ítems que evalúan cómo la gente actúa y resuelve problemas emocionales en ocho tareas divididas en cuatro clases de habilidades: a) percepción de emociones, b) integración de las emociones para facilitar el pensamiento, c) comprensión de las emociones, y d) manejo de las emociones. El MSCEIT es una herramienta útil para la investigación del procesamiento de la emoción en la esquizofrenia. En la versión española del MSCEIT los coeficientes de fiabilidad para las tareas individuales oscilan desde .63 hasta .90, buena consistencia interna y alta convergencia.

Procedimiento

Variables: Variable independiente = Aplicación del “Programa de desarrollo de la IE”; Variable dependiente = IE (medida a través del MSCEIT).

En primer lugar se seleccionará la muestra entre los pacientes ingresados en el momento de la aplicación del programa. Una vez la muestra esté seleccionada, aleatoriamente se formarán dos grupos, el experimental al que se le aplicará el “programa de desarrollo de la IE”, y el grupo de control que lo recibiría más adelante en caso de confirmarse su efectividad. Se pasará el MSCEIT a toda la muestra, tanto grupo

experimental como grupo de control previamente a la aplicación del “programa de desarrollo de la IE” para tomar medidas de la IE (pre). Se aplicará al grupo experimental el programa de desarrollo de la IE, el cual constaría de 11 sesiones, dos por semana aproximadamente, de entre 45 y 60 minutos de duración, impartido por psicoterapeuta cualificado. En cuanto al contenido del programa, en las tres primeras sesiones se aborda la comunicación verbal y no verbal, en las sesiones 4, 5 y 6 la identificación y expresión emocionales, las sesiones 7, 8 y 9 la comprensión de las emociones experimentadas por uno mismo y las de los demás, la relación entre las emociones y pensamientos, motivaciones y conductas, así como el entrenamiento en respuesta empática y por último en las dos últimas sesiones, 10 y 11 se centran en la gestión emocional y la solución de problemas. Las técnicas utilizadas en las dinámicas propuestas son el debate, role playing y feedback (del terapeuta y de los compañeros fundamentalmente). Se tomarán de nuevo medidas del MSCEIT (post) a toda la muestra. Caso de probarse eficacia del programa a partir del análisis de las medidas en inteligencia emocional evaluadas a través del MSCEIT se procederá al entrenamiento en el programa de inteligencia emocional del grupo de control.

Se propone realizar el análisis estadístico utilizando el paquete estadístico SPSS Versión 20.0 para Windows. Para probar la hipótesis eficacia del programa de IE, se aplicará prueba no paramétrica de contraste de hipótesis, requerida debido al pequeño tamaño de la muestra: “Prueba U de Man-Whitney” para muestras independientes, por la que se tratará de averiguar si existe una diferencia significativa entre la variación de medias de la variable IE (MSCEIT) de los grupo experimental y control antes y después de la aplicación del “programa de desarrollo de la IE”. Se tendrá en cuenta un análisis con error tipo I máximo inferior al 5% y un nivel de confianza del 95%.

Discusión

Como limitaciones principales al proyecto de investigación destacar que la muestra se prevé pequeña, esto unido al factor temporal hace que los resultados puedan contaminarse por el efecto de otras variables ajenas al estudio. Entre las variables extrañas a tener en cuenta: los efectos de las terapias individuales recibidas, de los fármacos, efectos de otras terapias grupales u ocupacionales impartidas simultáneamente, la progresión idiosincrática del cuadro psicopatológico, otras variables ambientales y las posibles interacciones de estos factores.

En caso de ser probada la eficacia del programa de desarrollo de la IE en la muestra, se propone una nueva hipótesis de cara a futuras investigaciones. Los pacientes actualmente son entrenados en el desarrollo de la cognición social a través del programa “EMC” (entrenamiento meta-cognitivo) (Moritz y Woodward, 2010). La nueva hipótesis propuesta consiste en que el programa de desarrollo de la inteligencia emocional potenciaría los efectos del “EMC”, incrementándose la mejora en cognición social de los pacientes, por lo que aquellos que participaran en ambos entrenamientos cometerían menos sesgos cognitivos (en relación a las intenciones de los demás) que los que sólo participasen en el EMC. Se cree que al incluir el manejo emocional tal vez el efecto de las terapias destinadas al entrenamiento de la cognición y funcionamiento social se vean potenciadas. Como antecedente, la IPT (terapia psicológica integrada), programa de intervención grupal, de orientación conductual, para el mejoramiento de las habilidades cognitivas y sociales de pacientes esquizofrénicos ha desarrollado en años recientes un nuevo subprograma, conocido como entrenamiento en el manejo de

emociones, cuyos resultados en la primera evaluación describen un impacto positivo sobre el control cognitivo (Vallina y Lemos, 2001). Incluso algunos entrenamientos en habilidades sociales para pacientes que padecen esquizofrenia van incorporando entrenamiento específico en aspectos emocionales.

El “EMC” es un entrenamiento muy completo que abarca aspectos propios de la cognición social tales como: distorsiones en el estilo atribucional, salto a conclusiones, sesgo hacia las evidencias confirmatorias de creencias iniciales, incapacidad de tomar perspectiva o empatizar con otros, el exceso de confianza en los errores de memoria, y los patrones cognitivos depresivos (Moritz, Woodward, 2010). No obstante adolece de algunas carencias en referencia a un entrenamiento más específicamente “emocional”, que se considera impartido previamente podría potenciar sus efectos. Los pacientes con TMG tienen dificultades en el procesamiento emocional; en la investigación de Kee et al. (2009) los pacientes esquizofrénicos puntuaron significativamente peor que los controles en inteligencia emocional global medida con el MSCEIT, y también eran peores identificando, entendiendo y manejando las emociones.

El programa de entrenamiento meta-cognitivo “EMC” se compone de ocho módulos que cubren diferentes temas acerca de los errores cognitivos más comunes y los sesgos cognitivos que son típicos de la esquizofrenia. Las sesiones tienen por objeto aumentar la conciencia del paciente sobre estas distorsiones y enseñarles a reflexionar sobre ellas de una forma crítica, a complementar y a cambiar su actual repertorio de solución de problemas (Moritz, Woodward, Barrigón, Rubio y Ruiz-Veguilla, 2010). Se aplicarán 16 sesiones, de 45-60 minutos de duración, dos sesiones semanales. Impartido por psicoterapeuta cualificado.

La principal limitación para abordar esta empresa es la que plantea la medición de la variable “cognición social”. Son pocos los instrumentos elaborados para realizar una evaluación global, y en cambio numerosos los que tratan de medir aspectos concretos del constructo. Entre los instrumentos globales, el *Interpersonal Perception Task* (IPT; Archer y Costanzo, 1998) muestra 30 escenas de video sobre diferentes interacciones sociales y evalúa la percepción de aspectos no-verbales de la interacción social, incluyendo la expresión facial y el lenguaje corporal, o el significado social de las afirmaciones. Por su parte El MSCEIT, aunque no exento de críticas es el instrumento seleccionado por el proyecto MATRICS (Investigación en la medición y tratamiento para mejorar la cognición en esquizofrenia) para medir la cognición social de forma global en la esquizofrenia, (Fuentes, Ruiz, García, Soler y Dasí, 2008; Ruiz, García, y Fuentes, 2006). Son dos los motivos principales que impedirían la utilización de estas pruebas para evaluar los resultados en cognición social del EMC, el primero el solapamiento que se produce respecto al constructo “inteligencia emocional”, que definida esta como “la habilidad para percibir las emociones y sentimientos tanto propios como de los demás, discriminar entre éstos, y usar esta información como guía de los propios pensamientos y crecimiento personal” parece evidente que es esto lo que precisamente miden y no otra cosa, por lo que se reserva el MSCEIT para la medición de la IE de los participantes del grupo experimental que reciben el “programa de desarrollo de la IE”. Un segundo motivo para no utilizar estas medidas en este proyecto es que no se adecúan a lo que se pretende entrenar a través de la intervención del EMC. Existen algunos instrumentos más idóneos para medir los sesgos cognitivos en referencia a las intenciones de los otros, como por ejemplo el *Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire* (AIHQ; Combs, Penn, Wicher y Waldheter, 2007), que al

centrarse en distintos sesgos cognitivos y en atribuciones parece mucho más adecuado a tal efecto. Presenta buenos niveles de fiabilidad -consistencia interna y fiabilidad entre evaluadores- (Combs et al., 2007). No obstante no está validado en población castellana.

Parece pues necesario un esfuerzo en mejorar el diseño de los instrumentos destinados a evaluar los entrenamientos destinados al desarrollo y mejora en “cognición social”, con los que poder medir el constructo de forma más ajustada, que fuesen más “ecológicos” que los actuales y estuviesen validados para población con trastorno mental grave. Así mismo sería deseable complementar medidas de eficacia con otras medidas funcionales, es decir, tratar de averiguar si este tipo de intervenciones revierten en un mejor funcionamiento adaptativo, social y comunitario de los pacientes.

Referencias

- Archer, D. y Costanzo, M. (1998). *Guide to the Interpersonal Perception Task*. Berkeley, CA: University of California Extension Center.
- Chamarro, A. y Oberst, U. (2004). Modelos teóricos en inteligencia emocional y su medida. *Aloma*, 14, 209-217.
- Combs, D.R., Penn, D.L., Wicher, M. y Waldheter, E. (2007). The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 128-143.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Maestre, J. y Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la Inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 209-228.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Salovey, P. (2006) Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: Reliabilities, age and gender differences. *Psicothema*, 18, 42-48.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 251-254.
- Fuentes, I., Ruiz, J.C., García, S., Soler, M. y Dasí, C. (2008). Esquizofrenia: Déficits en cognición social y programas de intervención. *Informació psicològica*, 93, 53-64.
- García, S., Fuentes, I., Ruíz, J. C., Gallach, E. y Roder, V. (2003). Application of the IPT in a Spanish sample: Evaluation of the “social perception subprogramme”. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 299-310.
- Kee, K., Horan, W., Salovey, P., Kern, R., Sergi, M., Fiske, A., Lee, J., et al. (2009). Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107, 61-68.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. y Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1, 232-242.
- Moritz, S. y Woodward, T. S. (2007): Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive training in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 561-569.
- Moritz, S., Woodward, T. S. Barrigón, J., Rubio, J.L. y Ruiz-Veguilla M. (2010) *Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia (EMC). Volumen cuarto, versión 4.0*. Recuperado el 2 de diciembre de 2012 de <http://es.scribd.com/doc/43712229/Manual-4ed-MCT-Espanol>
- Oberst, U. y Lizeretti, N.P. (2004). Inteligencia emocional en psicología clínica y en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 60, 5-22.
- Pena, M. y Repetto, E. (2008). Estado de la investigación en España sobre Inteligencia Emocional en el ámbito educativo. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6, 400-420.
- Rodríguez J.T., Acosta Ojeda, M. y Rodríguez Del Rosar, L. (2011). Teoría de la mente, reconocimiento facial y procesamiento emocional en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4, 28-37.

- Ruiz, J. C., García, S. y Fuentes, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24, 137-155.
- Ruiz-Murungarren, S., García-Ramos, P. y Lahera, G. (2011). Déficit de cognición social en el trastorno bipolar: relevancia y estrategias de rehabilitación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 99-114.
- Salovey, P. y Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345-364.

VIOLÊNCIA CONJUGAL IMPLICAÇÕES DELETÉRIAS PARA A SEXUALIDADE DA MULHER

Maria de Fátima Scaffo, Francisco Ramos de Farias e Glaucia Regina Vianna

*Programa de Pós-Graduação em Memória Social (UNIRIO), Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Resumo

Este trabalho apresenta pesquisa em curso na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO sobre o fenômeno violência contra a mulher e as consequências para seu psiquismo especificamente no tocante à sexualidade. Objetivo Geral: Investigar a categoria violência conjugal por indicar o caráter relacional da violência, ser mais frequentemente dirigida à mulher, ocorrer no espaço privado. Objetivo Específico: Focalizar as implicações deletérias da violência conjugal para a sexualidade da mulher. Método: Levantamento de campo realizado no município de Niterói. Sujeitos: Mulheres vítimas de violência conjugal. Instrumento contendo 10 questões dialógicas sobre percepções acerca da violência sofrida. Análise do material terá como suporte teórico o método qualitativo – Estudo de Caso. Resultados Parciais: Especificamente em relação à sexualidade foram encontrados ausência de desejo, aversão, sentimentos de nojo, hipoatividade sexual, dificuldade de lubrificação vaginal, dores durante a penetração. Fica evidente na maioria dos relatos que as feridas psíquicas criam no inconsciente feminino estruturas rígidas que as impede de se envolver no ciclo de resposta sexual.

Palavras-Chave: violência conjugal, implicações, sexualidade feminina.

IMPLICATIONS FOR MARITAL VIOLENCE DELETERIOUS SEXUALITY OF WOMEN

Abstract

This paper presents ongoing research at the Federal University of the State of Rio de Janeiro - UNIRIO about the phenomenon violence against women and the impact on his psyche specifically with regard to sexuality. General Purpose: To investigate the domestic violence category for indicating the relational nature of violence, most often be directed to women, occur in the private space. Specific Objective: To focus the deleterious implications of domestic violence for women's sexuality. Method: Field survey conducted in the city of Niteroi. Subject: Women victims of domestic violence. Dialogical instrument containing 10 questions about perceptions of violence suffered. Analysis of the material will theoretically supported the qualitative method - Case Study. Partial Results: Specifically regarding sexuality absence of desire, hate, feelings of disgust, sexual hypoactivity, impaired vaginal lubrication, pain during intercourse were found . It is evident in most reports that the psychic wounds create rigid structures in the female unconscious which prevents them from engaging in the sexual response cycle.

Keywords: Domestic violence, implications, sexuality women.

Revisão Bibliográfica

A violência contra a mulher continua sendo um grave problema social no Brasil e no mundo, apesar da luta feminista em torno deste fenômeno desde 1970. A medida de sua entrada no debate acadêmico, nas políticas públicas e práticas sociais, ganhou denominações distintas, tais como violência de gênero, violência doméstica, violência contra a mulher e violência intrafamiliar, tendo cada uma destas expressões concepções teóricas e implicações práticas distintas. Produzida num quadro de relações desigualdades de origem na ideologia patriarcal, a violência contra a mulher deve ser perscrutada pelos vieses: psicológico, moral, sexual e patrimonial, uma vez que em todos eles causa desqualificação, constrangimento, cerceamento da liberdade, ameaças, condutas abusivas, estupro, confisco de bens documentais, materiais, dentre outros.

A violência conjugal contra a mulher tem sido considerada por diversos pesquisadores como uma das modalidades de violência que causa mais danos psíquicos, uma vez que geralmente se dá no contexto das relações amorosas, realizada pelo parceiro em que a mulher confia, se dedica, tem afeto e nutre esperanças de um relacionamento feliz e duradouro. A passividade diante dos maus tratos tem sido atribuída ao potencial destrutivo da violência como também à ocorrência traumática.

Para Farias (2008, p. 101) o trauma fratura o aparelho psíquico (aparelho de linguagem ou de memória), fazendo surgir algo que exige a produção de mecanismos de significação.

Para ratificar a experiência traumática da violência conjugal e suas consequências, recorreremos a Walker (1979), que desenvolveu o conceito de desamparo aprendido, no qual evidencia a passividade produzida pelo impacto da violência. De acordo com este autor, a incapacidade de expressar raiva, indignação e cólera a mulher apresenta depressão e ansiedade.

No que tange a essa questão entendemos que é fundamental considerar as condições socioinstitucionais, reprodutoras tanto da violência conjugal da mulher quanto de sua submissão e passividade à violência conjugal que lhe é imputada.

Sócio-historicamente instalou-se na mulher traços identitários, que reforçados continuamente pela cultura, parecem imutáveis e, mesmo quando expectativas contrárias aos valores, crenças e costumes tradicionais emergem também estimuladas pelas mudanças sociais, a socialização tradicional permanece paralela às novas possibilidades.

Em razão dessa polaridade papel-tradicional (mãe, esposa) versus papel transformador (profissão, carreira), as mulheres têm experimentado toda sorte de conflitos para o enfrentamento ou conciliação do paradigma tradicional, construído para ela e o novo paradigma moderno tão sonhando por ela.

A doutrina da maternidade, da responsabilidade pelo lar e obediência ao cônjuge têm total semelhança à casa do pai, réplica familiar de várias gerações. Nestas os cenários se configuravam como Rocha-Coutinho (1994, p. 74) enfatiza:

(...) mundo sentimentalizado da casa que a mulher exerceu seu mando, buscou formas de controlar o homem, os filhos, a família, usando como armas, muitas vezes, exatamente as virtudes que se esperava de seu sexo: a fraqueza, quase sempre aparente, a doçura, a indulgência, a abnegação. Com seu modelo de recato, fidelidade e resignação, representado na metáfora da mãe, ela criou naqueles à sua volta um tipo de dependência em relação à sua força e a este

modelo sagrado que, assumindo formas mais ou menos distintas perdura até hoje.

Como podemos observar é a mãe a responsável primordial pela inserção do indivíduo no mundo e o vínculo estabelecido com ela irá influenciar sobremaneira suas ações no porvir.

Em relação à mulher a relação mãe-filha tem um peso fundamental. Trata-se da transmissão da condição de dependência que a mãe apresenta para a filha em termos naturais. Quanto a esta posição, Benjamin (1990, p. 57) argumenta que será refletida em outras relações, onde: “a posição do homem é de fazer da mulher um objeto, tanto na sua violência contra ela como no seu autocontrole racional. Já a posição da mulher é de se sentir um objeto passivo e aceitar sua falta de controle”. No que tange ao comportamento da mulher relegar suas necessidades afetivas a segundo plano, Carneiro Vianna, Teodoro Bomfim e Chicone (2006, p. 16) ressaltam que: “é exatamente aqui que acontece a vivência do vazio interior como sensação de carência e confusão que as faz sentirem débeis, fracas e tender a estar compulsivamente dependendo de outra pessoa, terreno fértil para a violência de gênero.

Portanto, presa ao lugar que lhe é destinado pelo discurso da natureza feminista, a mãe-mulher produz e reproduz suas memórias e significações para a filha-mulher: processo que se tornará pilar na subjetivação do feminino. Na transmissão de sua história não há necessariamente a busca do que é verdadeiro, mas a alimentação de estereótipos que visam à localização do homem e da mulher no cenário social (Scaffo, 2011; Scaffo e Farias, 2011, p. 10).

A aderência aos protocolos internalizados acaba por se interpor no momento presente, fazendo com que a mulher irrefletidamente, se mantenha numa relação violenta que lhe causa uma série de consequências deletérias, dentre os quais damos destaque à sexualidade.

Resultados Parciais

A violência conjugal provoca subtração da alteridade, da autonomia, fragilização e fratura psíquica. Impede a busca de redes sociais de apoio pelo sentimento de vergonha e fracasso. Este sentimento leva a mulher na maioria das situações de violência ao estado de completo silêncio em função do abalo pela experiência brutal sofrida. O fato de ter depositado crença de afeto duradouro, proteção e estabilidade, faz com que a mulher experimente contradições e impasses, uma vez que julga seu agressor como bom e mau. A representação da violência como inerente às relações conjugais e o desejo maior de reparar do que de romper o relacionamento conjugal violento são provocados por sentimentos ambivalentes: o mesmo homem que bate, desvaloriza, é também o que protege, sustenta, é bom pai e amante. A vivência de contradições parece incidir com maior frequência em relação à sexualidade feminina. São recorrentes: estado confusional, ansiedade, medo alternado de expressões de esperança de mudança da dinâmica conjugal. Em relação à sexualidade propriamente dita, oito se queixaram de falta de desejo, aversão, nojo e aceitação passiva da relação sexual, mas ressaltaram a ausência de prazer. Em alguns relatos fica evidente que as feridas psíquicas criam no inconsciente feminino estruturas rígidas que as impede de se envolver no ciclo de resposta sexual. Todas se queixaram de hipoatividade sexual, ausência de desejo ou mesmo aversão, dificuldade de lubrificação vaginal, dores durante a penetração.

O final do ato sexual é invariavelmente considerado pelas entrevistadas como um verdadeiro alívio, embora a preocupação quanto à constituição de uma possível frigidez faz com que se sintam mais destruídas ainda. Algumas argumentam que para evitar embates que podem gerar desqualificações, agressões verbais e até físicas, optam por simular excitação e orgasmo para o parceiro escondendo dispareunias, vaginismo e anorgasmia. A insatisfação com sua forma existencial pode provocar abuso de álcool, uso excessivo de tabaco, apresentem compulsividade, síndrome do pânico, enfim, uma série de distúrbios psicossomáticos.

Considerações Finais

A violência conjugal é uma transgressão que nega os códigos sociais e o respeito à alteridade. Torna-se contínua e intencional, se agravando com os passar do tempo. Explicita o desejo do agressor de tornar a mulher nadificada. Sua natureza traumatizante provoca profundas feridas físicas e psíquicas de diferentes ordens, em especial, a fragilização identitária. Como dispositivo de degradação provoca uma série de disfunções relativas à sexualidade, fenômeno bastante comum entre as mulheres que silenciam em função do aprisionamento na estreita moldura educativa construída geracionalmente é reforçada pela sociedade.

Consideramos que mesmo na atualidade, a mulher já dispondo de leis e dispositivos protetivos, a socialização recebida é ainda preponderante, tornando-se raiz modeladora de sua conduta, das atitudes e base das escolhas entre si mesma e a manutenção da estrutura familiar. Esta socialização recebida geracionalmente de mãe para filha influencia na negação da alteridade, na ruptura da relação violenta e, conseqüente submissão à violência conjugal, que em última análise propicia o surgimento de patologias de diversas ordens, aqui em destaque as relativas à *Feminist Studies*, 14sexualidade.

Referências

- Benjamin, J. (1990). The bonds of love: rational violence and erotic domination. In H. Eisenstein e J. Alice (Eds.), *The Future of Difference* (pp. 41-70, New Brunswick/London: Rutgers Press.
- Carneiro Vianna, L.M., Teodoro Bomfim, G.F. e Chicone, G. (2006). Auto-Estima de Mulheres que Sofreram Violência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 695-701.
- Farias, F. R. (2008). *O acontecimento traumático: fraturas da memória e descontinuidade histórica*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Rocha-Coutinho, M. L. (1994). *Tecendo por trás dos panos: A mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Scaffo, M. F. (2011). Violência de Gênero e Memória Social: Investigando a complexidades destas relações. Em F. Ramos de Faria (Org.), *Apontamentos em Memória Social* (pp.113-129). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Scaffo, M. F. e Farias, F. R. (2011). *A transmissão dos protocolos de gênero como dispositivo de submissão feminina à violência conjugal*. Porto Alegre: Interthesis.
- Scott, J. (1988). Deconstructing equality – versus difference: or the uses poststructuralist theory of feminism.
- Walker, L. E. (1979). *The Battered Woman*. Nova York: Harper and Row.

**CASO CLINICO.
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE CRISIS
PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS, Y TERAPIA BREVE
MULTIMODAL. DUELO EN ADULTOS**

María del Carmen Olarte

Universidad San Buenaventura, Bogotá, Colombia

Resumen

Mujer adulta quien consulta por la crisis que vive, debido a la muerte de la madre ocurrida tres días antes; la señora falleció por enfermedad terminal a los 94 años de edad; en la paciente se observa aturdimiento emocional y cognitivo, gran dolor y tristeza, ansiedad y disgusto, culpa por no haber podido evitar el desenlace, percepciones alteradas con la madre a quien ve en todas partes, tiene dificultades en el sueño, aislamiento social, pérdida de energía, fatiga, cambios en la actividad fisiológica, y dolor de cabeza, se niega a aceptar la realidad de los hechos, y se encuentra desorientada ante el suceso traumático. Se seleccionó un tratamiento de Intervención Psicológica en situaciones de crisis que son los Primeros Auxilios Psicológicos por medio de la terapia Cognitivo Conductual (siguiendo el Manual para práctica e investigación de Karl A Slaikeu); se planteó una sesión de 4 horas y una terapia breve de 8 sesiones buscando proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y buscar los recursos apropiados, que en este caso son de tipo social o sea la familia que la acompaña y apoya, como son el esposo e hijos. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios por cuanto se translaboraron las etapas del duelo, se tomó consciencia de la realidad, se hizo un análisis y reconocimiento de creencias irracionales respecto a la muerte y una búsqueda de metas para el futuro próximo y se realizó el seguimiento por medio del departamento de asesoría de la institución donde trabaja.

Palabras clave: crisis, primeros auxilios psicológicos, crisis vitales, terapia de crisis.

**CLINICAL CASE
PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN CRISIS
PSYCHOLOGICAL FIRST AID AND MULTIMODAL BRIEF THERAPY.
MOURNING IN ADULTS.**

Abstract

Adult woman who consults for a crisis she is living at the moment due to her mother's death three days earlier; her mother died of a terminal illness at 94-years-old; the patient has cognitive and emotional numbness, severe internal pain and sadness, anxiety and disgust, she is feeling guilt for failing to prevent this tragic ending, she thinks her mother appears everywhere (altered perceptions), insomnia, social isolation, loss of energy, fatigue, changes in physiological activities, headache; she refuses to accept the reality and is disoriented due to this traumatic event. A "Psychological Intervention in crisis" treatment was selected which is the Psychological First Aid through cognitive behavioural therapy (following the "Practice and Research Handbook" of Karl A Slaikeu); a session of 4 hours and 8 brief therapy sessions were agreed in order to seek and provide support, reduce risk of death and look for the best resources; which in these cases are usually social or family support, such as the spouse, children or other relatives. Results were satisfactory because the patient was able to go through all the grief's stages and she became aware about her reality; there was a deep analysis and recognition of

irrational beliefs about death and also goals and perspectives about future were written; all of this thanks to the advice's department at her workplace.

Keywords: Crisis, psychological first aid, life crises, crisis therapy.

Introducción

La crisis es un: “Estado temporal de malestar y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad de un individuo para afrontar una situación específica empleando métodos habituales de solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikeu, 2000).

El ser humano presenta diferentes tipos de crisis como son: 1- Crisis vitales durante el desarrollo, Erikson (1963) considera la personalidad como algo que se desarrolla en el ciclo completo de la vida; el desarrollo psicosocial sigue una trayectoria de ocho etapas cada una de las cuales posee un potencial de crisis, los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo se entienden en el entorno de la historia personal de cada individuo, las crisis en el desarrollo son desorganizaciones que preceden al crecimiento y de hecho lo hacen posible. (Danish y D'Augelli, 1980; Riegel, 1975). 2- Crisis circunstanciales en la vida: Salud, muerte, desastres naturales o provocados por el hombre, guerras, crisis familiares, etc tienen como características: aparición repentina, imprevisión, calidad de urgencia, impacto potencial sobre la comunidad, peligro y oportunidad.

La terapia de crisis es un proceso por medio del cual se auxilia a una persona o a una familia ayudándole a sobrevivir un suceso traumático imprevisto que ha surgido en su vida y que le afecta en sus aspectos cognitivos, emocionales, somáticos y conductuales buscando maximizar las habilidades de afrontamiento, perspectivas y opciones individuales y sociales; se subdivide en dos fases: Primeros auxilios Psicológicos: Puede durar desde minutos a horas y terapia de crisis: semanas o meses. El área objeto de estudio fue iniciada en los trabajos de Lindemann en 1944 sobre el incendio del centro nocturno Coconut Grove en Boston en la ayuda psicológica a los sobrevivientes que fue la piedra angular de teorizaciones subsecuentes sobre el proceso del duelo, en el caso del doliente para aceptar y resolver la pérdida, Gerald Caplán miembro de la escuela pública de Harvard y del hospital de Massachusetts fue el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos; y a partir de 1960 el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en E. U. A. apoyándose en la teoría de crisis de Caplán (1996) y aparecen publicaciones en psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, órganos informativos “Crisis Intervention y Journal of Life Threatening Behavior.” y muchos textos sobre el tema, evaluaciones y reseñas importantes, por tanto la intervención en crisis desempeña un papel importante en los paquetes de salud completos, y por su carácter interdisciplinario conduce a la unificación en los profesionales de la salud. Se trata de un estudio de caso, según la clasificación propuesta por Montero y León (2007) y para la redacción se han seguido las normas de Buela-Casal y Sierra (2002).

Identificación del paciente

Mujer de 54 años de edad, casada con 4 hijos varones adultos y profesionales, es una madre comunitaria de un Instituto dedicado a la niñez y las familias vulnerables, de escasos recursos económicos en la ciudad de Bogotá, tiene a su cargo 14 niños en

edades de 3 a 5 años, su nivel de estudios es básico- secundario y técnico en preescolar su nivel económico es de estrato 3, sueldo relativamente bajo, pertenece a la asociación de la Institución y es dirigente activa, vive con el esposo y sus hijos de los cuales hay dos casados que habitan con la madre y el padre, las esposas y los hijos en una misma casa; continuamente tiene problemas con una de las nueras quien presenta un trastorno de tipo bipolar sin tratar, en el momento consulta por su incapacidad para resolver la crisis que vive a causa de la muerte de la madre.

Análisis del motivo de la consulta

El problema que la paciente plantea se refiere a la muerte de la madre ocurrida tres días antes en un hospital de la localidad, era una persona de 94 años de edad quien vivió la mayor parte del tiempo con la hija con quien tenía un gran lazo afectivo, y que en la última época de su vida estaba sufriendo de depresión por encontrarse lejos de sus otros hijos a quienes veía muy poco, por tal motivo resolvió viajar a casa de uno de sus hijos, allí no recibió los cuidados que requería de acuerdo a su edad y a la osteoporosis que sufría desde hacía varios años y que limitaba sus movimientos, así como la comorbilidad con otras enfermedades, la señora sufrió un infarto cardiaco y fue trasladada a un hospital donde murió; la paciente se encuentra con aturdimiento emocional y cognitivo, dolor y reacciones emocionales de tristeza, ira, ansiedad, soledad, culpa, inseguridad y remordimiento, conductualmente presenta falta de interés en actividades, dificultades para conciliar el sueño, aislamiento social, dificultades para compartir recuerdos, percepciones alteradas, pérdida de energía, fatiga y cambios en la actividad fisiológica entre otros. Se siente incapaz de aceptar la realidad y de resolver el problema que le ha planteado esta crisis en forma normal.

Historia del problema

La situación problemática se inició cuando la madre después de haber vivido muchos años al lado de la consultante, empezó a sufrir de depresión por la lejanía de algunos de sus hijos, los cuales fueron llamados por la madre sin tener una respuesta positiva esta situación afectó a la consultante por ver sufrir a la madre sin poder resolver el problema, la poca comunicación efectiva con los hermanos quienes pertenecían a dos uniones anteriores de la madre; la falta del padre quien ya había muerto antes, la edad de la madre y sus enfermedades en esta última etapa de la vida y el no haberla podido detener cuando decidió viajar a ver a uno de sus hijos; forman parte del problema, igualmente el sentirse sola como hija respondiendo por la situación y atención de la enfermedad terminal teniendo a la vez un trabajo por el cual responder un esposo y unos hijos a quien atender, constituyen la base del problema, la consultante se encuentra en su ciclo vital de vejez, menopausia, problemas de tensión arterial y otros que dificultan el proceso del duelo en forma normal.

Análisis y descripción de las conductas problema

Las conductas problema

Falta de interés en actividades habituales, dificultad para conciliar el sueño, aislamiento social, introversión, y otras conductas relacionadas con cambios de tipo fisiológico como: percepciones alteradas, pérdida de energía, fatiga, y problemas de

tensión muscular y arterial. Se busca eliminar estas conductas y equilibrarlas en forma normal.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema que le permita superar el momento crítico. (Caplan 1964; Lazarus, 1980). Las metas básicas son: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad, proporcionar enlace con fuentes de asistencia.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Translaborar el proceso del duelo en forma normal en sus etapas de negación y aislamiento, ira, negociación, depresión y aceptación; buscando lograr el equilibrio emocional (Worden, 1991).

Selección del tratamiento más adecuado

Inicialmente aplicación de “Los primeros auxilios Psicológicos” en sus etapas de: apoyo psicológico, análisis del problema, posibles soluciones, ejecución de la acción concreta y seguimiento; buscando preservar la vida proporcionar apoyo afectivo y contactar enlace con fuentes de asistencia ya fueran a nivel familiar, social o institucional. Este tratamiento se planteó para una sesión de 4 horas con la paciente y su familia.

En el tratamiento de: Primeros auxilios psicológicos se trabajó con la paciente y su familia nuclear: esposo e hijos; quienes participaron activamente para normalizar la situación y procurar a la paciente un ambiente adecuado en el cual hubiera comunicación, afecto y expresión de sentimientos; y además los cuidados necesarios para lograr llevar el proceso de duelo en forma normal, se escuchó la situación del duelo planteada por la señora, su dolor, pesar por la muerte de la madre, ira por la indiferencia de los hermanos; culpa por no haber impedido la situación de que la madre se desplazara en busca de sus otros hijos, y falta de aceptación de la realidad.

Análisis funcional: Los factores causales se relacionan directamente con la pérdida de la madre y la conducta social asumida por el grupo familiar; familia extensa, la falta de afecto y comunicación entre los hermanos de la consultante con la madre, y entre sí constituyen un sistema disfuncional; ya que al ser hijos de dos uniones de diferente padre, en este caso, presentan dificultades en la interacción de sus miembros; y la probabilidad individual y familiar de encontrar un equilibrio, depende de los esfuerzos, recursos, necesidades y satisfacción individual y grupal, los cuales son reforzadores del estado de salud, o desequilibrio del grupo familiar; después de escuchar a la paciente se explicó a la familia el proceso del duelo, sus etapas y como estas iban apareciendo en los primeros meses; por medio de una Pico-educación se les orientó en la forma de apoyar a la madre en forma efectiva y colaborar en la realización normal del proceso del duelo; igualmente de la importancia de continuar con algunas sesiones de seguimiento por medio de una terapia breve que buscaría estabilizar y translaborar las etapas del duelo y la crisis.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase

Así se seleccionó “la Terapia breve” planteada por (Lazarus, 1976; Slaikeu, 1996) quienes plantean este tratamiento como efectivo en situaciones de crisis; para un total de 8 sesiones con el objetivo de realizar la evaluación CASIC, perfil básico de la personalidad, en los aspectos . Conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo; y las tareas para la resolución de la crisis: Supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales e interpersonales, buscando lograr por parte de la paciente, un proceso normal en las etapas del duelo.

La evaluación CASIC se realizó por medio de un formulario que plantea Slaikeu (Slaikeu, 2000, p. 162-173, 467-472) en el cual la señora se autoevaluó, en forma escrita sobre su situación en los aspectos citados, antes de la crisis y después de ella; al analizar la situación del antes y el después, se pudo establecer:

- Conductual: Cambios en los patrones de trabajo, interacción, descanso, comportamiento sexual, hábitos de sueño y conductas depresivas.
- Afectivo: Presencia de ansiedad, ira, temor y culpa.
- Somático: Trastornos físicos como dolores de cabeza, cambios en su tensión arterial, malestar estomacal, debilidad, y tensión física.
- Interpersonal: Relaciones conflictivas con algunos de sus hermanos, relación equilibrada con el esposo y los hijos, buena relación Interpersonal con sus compañeras de trabajo, amistad y colaboración de algunos amigos allegados a la familia, estilo en la resolución de conflictos asertivo y estilo interpersonal básico congeniante.
- Cognoscitiva: Representaciones mentales acerca del pasado, percepciones frecuentes acerca de la madre, creencias religiosas profundas, presencia de catastrofización, sobregeneralización, racionalizaciones un poco negativas, y actitud general hacia sí misma y hacia la vida positiva y negativa a la vez.

En base a los resultados obtenidos se seleccionaron las siguientes técnicas, de la terapia cognitivo conductual, las cuales se trabajaron en las sesiones correspondientes: Respiración profunda, Relajación muscular progresiva de Jacobson, Relajación con imaginación temática y pasiva, Reforzamiento positivo, Entrenamiento en resolución de problemas, Entrenamiento en habilidades sociales (psico-educación) Terapia cognitiva de Beck. Reatribución de culpa, además Métodos de Autocontrol: Autoregistros y Autoevaluación.

Aplicación del tratamiento

Las sesiones consistían en: Escuchar las expresiones de la paciente, análisis del problema, soluciones, el terapeuta se involucra en la ejecución de la acción concreta, revisión de tareas, psico-educación sobre las etapas y el proceso del duelo, observación y evaluación de la situación y los cambios que aparecen, metas para el futuro próximo.

Aplicación de técnicas: algunas técnicas se trabajaron en las sesiones y se dejaron de tarea para realizar fuera de la sesión igualmente los métodos de autoregistros en cuanto a identificar los pensamientos distorsionadores y las creencias negativas; el reforzamiento positivo con frases se efectuó en todas las sesiones, las técnicas se aplicaron en forma combinada, y la Evaluación CASIC se realizó en una de las sesiones.

Las tareas de resolución de la crisis fueron: supervivencia física; expresión de sentimientos; Dominio cognoscitivo; ajustes conductuales e Interpersonales para el futuro próximo; práctica de algunas técnicas como: respiración, relajación, reforzamiento positivo, autoregistros y autoevaluación.

Se trabajaron algunas tareas en la cual la paciente involucra su familia extensa alrededor del afecto por la madre muerta, reuniones familiares y mayor comunicación, planeación con la familia nuclear sobre diversión y viajes a corto plazo.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Las metas del tratamiento se alcanzaron en su totalidad, ya que la paciente recuperó el nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, control de sentimientos, y empezó su recuperación en los aspectos cognitivo, somático, interpersonal y cognoscitivo.

Días		Áreas trabajadas	Técnicas empleadas	Secuencia de las sesiones
Septiembre 20/2012		Apoyo Psicológico, Análisis del problema, Posibles soluciones, Ejecución de la acción concreta.	Respiración profunda. Relajación muscular progresiva.	1 sesión Primeros auxilios psicológicos
Septiembre 27/2012		Evaluación CASIC	Formulario y Autoevaluación.	1 sesión Inicia Terapia breve
Octubre 3/2012		Somática	Respiración profunda, Relajación y Visualización	2 sesión
Octubre 10/2012		Cognitiva Revisión de creencias y búsqueda de soluciones al problema de crisis.	Reforzamiento positivo Entrenamiento en solución de problemas. Autoregistro.	3 sesión
Octubre 17/2012		Interpersonal Soluciones a la poca comunicación con los hermanos y otros miembros de la familia Planeación de reuniones conjuntas. Metas para un futuro próximo.	Entrenamiento en habilidades sociales Psico-educación	4 sesión
Octubre 24/2012		Cognitiva y Conductual Modificación de patrones de pensamiento disfuncionales	Terapia cognitiva de Beck. Relación de : Pensamientos negativos – emociones – conductas.	5 sesión
Octubre 31/2012		Cognitiva –y Conductual.	Identificación de distorsiones cognitivas. Personalización y Sobregeneralización	6 sesión
Noviembre 7/2012		Cognitiva y Conductual. Cambiar las cogniciones de auto-condena y enfrentarse mejor con la pérdida	Reatribución de culpa.	7 sesión

Noviembre 14/2012	Autoevaluación en cada área.	Oral y escrita en el cuestionario CASIC	sesión

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios:

- Se translaboraron las etapas del duelo.
- La señora acudió cumplidamente a las sesiones y cumplió con las tareas asignadas.
- Recuperó el sueño, el apetito, normalizó su tensión arterial y acudió al control médico.
- Normalizó sus actividades diarias, se integró a un grupo de recreación y ejercicio físico, planeó actividades con su familia y algunos viajes con su esposo e hijos, igualmente recuperó su interés y amistad con sus compañeras de trabajo.

Se fijó unas metas personales a corto plazo de ayuda a los demás y conducta altruista; recobró la expresión verbal en sus expresiones de afecto y sentimientos, e integró el acontecimiento doloroso a su vida personal aumentando el recuerdo de las vivencias positivas compartidas; superó la ira y la culpa, y corrigió sus creencias negativas hacia el trauma, proyectando así su vida hacia el futuro en compañía de su grupo familiar.

Seguimiento

El seguimiento se realizó al principio de cada sesión en la cual se interrogaba al paciente sobre las tareas acordadas en la sesión anterior que tenían como finalidad la resolución de la crisis; estas tareas ya fueron explicadas anteriormente (Trujillo, 2004).

Observaciones

Aunque la terapia breve que plantea Lazarus es un tanto ecléctica, sin embargo las técnicas utilizadas corresponden a la terapia cognitivo conductual y están inmersas en la Terapia de Conducta, ya que como vemos: toda conducta es aprendida y puede modificarse con los principios del aprendizaje, cuyo objetivo es el cambio de conductas pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas a una situación específica.

Referencias

- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 525-532.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caplán, G. (1996). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Danish, S. y D'Augelli, A. (1980). *Promoting Competence and Enhancing Development Through Live Development Intervention*. Hanover, New Hampshire: University Press of New England.
- Lazarus, A. A. (1976). *Multimodal Behavior Therapy*. New York: Springer Publishing.
- Lazarus, A. A. (1980). The stress and coping paradigm. En L.A. Bond y R.C. Rosen (Eds.), *Competence and coping during adulthood*. Hanover, New Hampshire: University Press of New England.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Riegel, K. (1975). *Adult Life Crisis. A Dialectic Interpretation of Development*. New York: Academic Press.

- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica en investigación*. México: Manual Moderno.
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica en investigación (2a. ed.)*. Manual Moderno.
- Trujillo, M. (2004) Psicología para después de una crisis. *Clínica y Salud*, 15, 399-400.
- Worden, J.W. (1991). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

PROCEDIMIENTOS EDUCATIVO-PRÁCTICOS PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN ALUMNOS CON SÍNDROME DE ASPERGER

María del Mar Villanueva-Martín

Universidad de Málaga, España

Resumen

El Síndrome de Asperger es un trastorno de origen cerebral que puede ocasionar problemas de tipo cognitivo y social en quienes lo padecen, por cuyo motivo conviene estudiarlo mejor para conocerlo con más exactitud y para mejorar la calidad de vida de las personas por él afectadas, tras aplicarles la metodología terapéutica correspondiente. Hay que tener en cuenta que, cuanto más temprana sea la edad a que se aplique el tratamiento, más posibilidades de éxito habrá con el mismo.

Palabras clave: síndrome de asperger, trastornos del espectro autista de alto funcionamiento cognitivo, interacción social, estrategias metodológicas.

PRACTICAL PROCEDURES FOR EDUCATIONAL DEVELOPMENT SOCIAL ABILITY STUDENTS ASPERGER SYNDROME

Abstract

Asperger Syndrome is a disorder of cerebral origin that may lead to cognitive and social problems. Therefore, it is convenient to study it better in order to know it more accurately and, applied the appropriate therapeutic approach, improve the quality of life of people affected. It must be noticed that the younger the affected is, the more likely to be successful the treatment.

Key words: Asperger syndrome (AS), high-functioning autism spectrum disorders, social interaction, methodological strategies.

Introducción

La *psicopatía autista*, también llamada Síndrome o Trastorno de Asperger, por su descubridor Hans Asperger, en 1994, es una psicopatía con posible base herencial que se caracteriza por una tendencia a la soledad, alteraciones en la comunicación no verbal y en el habla y unos rasgos que quedan fuera del simple autismo. En la catalogación de Gilberg (1991) son seis aspectos los que determinan este trastorno: egocentrismo extremado, escasos intereses, repetitividad rutinaria, habla y lenguaje peculiares, torpeza motora y difícil comunicación no verbal. Esta es la clasificación aprobada por la *American Psychiatric Association* (APA) desde 1994¹, siendo sobre ella y su posible mejora, según lo que la realidad vaya determinando, en lo que se fundamenta el presente trabajo.

Insistiendo en los rasgos clínicos nucleares de la psicopatía autista y como prueba de que puede ser revisable lo dicho, se expone ahora otro cuadro de ocho rasgos

¹ García-Sánchez, J.N. (2003). Trastornos penetrantes del desarrollo. Diagnóstico y evaluación. En vol. *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo* (pp. 123-126). Madrid: Pirámide.

para esta sintomatología, y que son los siguientes: el trastorno aspergiano llega hacia el tercer año de vida o después, el desarrollo lingüístico del niño es bueno en relación con la gramática, el lenguaje falla en sus usos práctico y social, el desarrollo motriz fracasa por falta de coordinación motora, la interacción social se hace difícil al no haber reciprocidad emotiva, la comunicación no-verbal se hace muy dificultosa, los aspergianos suelen ser repetitivos y obsesivos al defender sus intereses, y hay pensamientos originales y estrategias cognitivas muy rebuscadas en estas personas².

Método

El colegio suele ser una experiencia difícil para alumnos con SA, por sus desequilibrios funcionales y la inadaptación que les provoca su déficit social primario³. Los educadores deben saber cuáles son las características que identifican a estos alumnos, para poder actuar con ellos convenientemente. Tales características a tener en cuenta por los formadores son estas nueve que siguen: 1ª) dificultad de organización y de planificación, 2ª) déficit para entender conceptos abstractos, 3ª) dificultad para generalizar y para resolver problemas, 4ª) falta de motivación por competir y por los temas de estudio, 5ª) dificultad en actividades de grupo, 6ª) dificultad en comprensión lectora, 7ª) dificultad para actividades no verbales como el arte y la geometría, 8ª) dificultades en la escritura, y 9ª) problemas en la organización del tiempo libre⁴.

Como la inadaptación social es el peor problema que soporta el afectado de SA, el tratamiento ha de cuidar mucho los aspectos sociales, aplicando procedimientos adecuados como: lectura de historias sociales, hacer listas de compromisos sociales, practicar juegos de equipo, fomentar la amistad, enseñar a controlar emociones, mostrar efectos de emotividad en otros, y grabar conversaciones para escucharlas después⁵.

En relación con el diagnóstico diferencial, hay que tener en cuenta que existen patologías clínicas independientes que comparten algunos síntomas con el SA, aunque son otras cosas. Son los casos del trastorno obsesivo compulsivo, la esquizofrenia, la depresión, el trastorno de atención e hiperactivo y el trastorno de la Tourette. Los trastornos que sí se dan en el SA y que no deben de llamar a error con otras patologías son los siguientes: a) el de la personalidad esquizoide, b) el semántico-pragmático del lenguaje, c) el del aprendizaje no verbal, d) el obsesivo-compulsivo, e) el hiperactivo, y f) el de la depresión y ansiedad. Tampoco hay que confundir un síntoma secundario con el mal principal. Todo esto hay que averiguarlo bien para no aplicar remedio distinto al mal que se padece⁶.

Por otra parte, junto con el centro educativo, también tiene que colaborar el entorno familiar en la aplicación de técnicas e intervenciones que se recomienden a los afectados, los cuales, junto con sus familiares han de participar en la toma de decisiones sobre la intervención psico-pedagógica que convenga aplicar, así como dar el oportuno consentimiento a la terapia que proceda emplear. Igualmente los servicios sociales y las

² Martín-Borreguero, P. (2006). *El Síndrome de Asperger, ¿Excentricidad o discapacidad social?* 1ª, 1, 2º (p. 31). Madrid: Alianza Editorial.

³ Martín-Borreguero, P. (2006). *El Síndrome de Asperger, ¿Excentricidad o discapacidad social?* 2ª, 6, 3º (p. 158). Madrid: Alianza Editorial.

⁴ Martín-Borreguero, P. (2006). *El Síndrome de Asperger, ¿Excentricidad o discapacidad social?* 2ª, 6, 3º (p. 163). Madrid: Alianza Editorial.

⁵ Martín-Borreguero, P. (2006). *El Síndrome de Asperger, ¿Excentricidad o discapacidad social?* 2ª, 7, 2º (p. 184). Madrid: Alianza Editorial.

⁶ Martín-Borreguero, P. (2006). *El Síndrome de Asperger, ¿Excentricidad o discapacidad social?* 1ª, 5, 1º (pp. 137-138). Madrid: Alianza Editorial.

redes de apoyo social deben de facilitar a la familia de esos alumnos la tarea del cuidado de los mismos.⁷

Concretando sobre la manera de actuar en los oportunos tratamientos, hay que decir que, con una metodología investigadora en el entorno escolar, y desde la observación cualitativa, holística y ecológica como procedimientos aplicables, se pueden considerar las siguientes pautas como las más oportunas para el seguimiento y remedio de la sintomatología aspergiana: 1ª) formulación de preguntas concretas de lo esencial, 2ª) estimular el uso de la memoria para la interpretación de situaciones, 3ª) aumentar el interés por las materias fraccionándolas, 4ª) hacer que se planifique la vida cotidiana, 5ª) conseguir que se use el cuaderno de notas para las tareas, 6ª) tomar la costumbre de felicitar por los éxitos obtenidos por estos niños, 7ª) fomentar el sentido de la responsabilidad, 8ª) evitar los ataques de ansiedad, 9ª) animar a los implicados a participar en juegos integradores, y 10ª) invitar a hablar ante los demás a los afectados.

Con estas sugerencias, inferidas a modo de síntesis de lo comentado sobre el método a utilizar, se puede pasar a una actuación eficaz, lo que no excluye la posibilidad de que se pueda proseguir aplicando el tratamiento con otras pautas nuevas, si las circunstancias lo aconsejan.

Resultados

Tras el oportuno tratamiento, después viene el análisis de los resultados. Al respecto, se tendrá en cuenta que, por la diversidad individual del SA, la terapia ha de ser personalizada, de modo que las consecuencias han de ser vistas caso por caso, atendiendo al carácter, la edad, la tolerancia al fracaso y el perfeccionismo egocentrista de los baremados. De no verse resultados apreciables con el método empleado, se estudiará la causa y se puede repetir el proceso, incluyendo alguna variante. El recurso a los fármacos será lo último que se intente y sólo en casos extremos, como el de la hiperactividad frenética. Aun en la circunstancia de obtenerse un resultado muy mezquino, no hay que desanimarse porque la detección temprana del Síndrome de Asperger permite: a) que el afectado conozca sus problemas pasados, b) que el diagnosticado se prepare mejor para el futuro, c) que otras personas puedan ayudar al paciente, d) que una vez informado pueda buscar ayuda, e) que mejor será el pronóstico cuanto más pronto se acuda a tratarlo, y f) que la terapia del SA a tiempo evita ulteriores problemas psiquiátricos.

Los objetivos, en efecto, del tratamiento curativo del SA deben de orientarse hacia el futuro adulto del niño afectado, pues de ello depende su ulterior integración en el mundo laboral, la posibilidad de que pueda cursar estudios superiores, el éxito de sus relaciones sociales y afectivas, el logro de su emancipación familiar y su triunfo o fracaso en la vida⁸.

Por todo ello, se comprende que el tratamiento ha de ser muy completo y sin dejar resquicios sin tupidar, a fin de mejorar la calidad vital de las personas tanto con TEA-AF como con SA. El enfoque de esa curación habrá de ser “funcional” y se sostendrá en los puntos fuertes del afectado para, a partir de ellos, potenciar los

⁷ García-Sánchez, J.N. (2003). Trastornos penetrantes del desarrollo. Diagnóstico y evaluación. En vol. *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo* (p.149). Madrid: Pirámide.

⁸ Martín-Borreguero, P. (2006). *El Síndrome de Asperger, ¿Excentricidad o discapacidad social?* 2ª, 10, 7º (pp. 277-279). Madrid: Alianza Editorial.

débiles⁹. Las estrategias metodológicas, en consecuencia, han de incluir: 1º) la acción del centro educativo, a partir de modelos reales; 2ª) la propia aula, con la fijación de las cosas en ella; 3º) el alumno en particular, poniéndole un gran tablón y agenda; 4ª) la práctica educativa, mediante esquemas y la exposición de temas en clase por parte del alumno; 5ª) el entorno social, buscándole un “amigo” al afectado, y; 6ª) la coordinación de todo el equipo educativo en una acción conjunta¹⁰.

Tampoco se deberá de omitir para la consecución de buenos resultados la práctica de juegos educativos como el juego “Party”, que mejora el área social y emocional¹¹, y el juego “¡Dímelo bien!”, que permite diferenciar objetos¹².

De todas las actividades lúdico-educativas la más apropiada para el caso es la técnica puzzle de Aronson (TPA), que facilita el aprendizaje cooperativo a través de estos mensajes: 1º) favorecer la cooperación entre los miembros del grupo, 2º) fomentar entre ellos una actitud positiva, y 3º) aumentar el rendimiento académico. Con esta técnica se presentiza el conflicto socio-cognitivo (Ovejero, 1990) y el proceso de enseñanza-aprendizaje (Bisquerra, 2006). Con esto descubre el participante que posee habilidades sociales que desconocía tener, incrementa su compromiso cívico y su solidaridad con los compañeros, aprende formas de relacionarse y de hablar para el grupo, consigue exponer su punto de vista sin temor y se da cuenta de que todos los componentes de ese juego son importantes por igual y que es necesaria en igual grado la participación activa de todos, sin que nadie sobre. El mensaje, pues, con su sentido integrador, es muy oportuno para el afectado por el Síndrome de Asperger¹³.

Discusión

Aplicado el tratamiento y vistos los resultados que con él se hayan obtenido, quedan las posibilidades de que esos resultados sean satisfactorios o negativos. En el primer caso el niño resuelve sus problemas de comunicación, sentimientos, empatía, cooperatividad y autoestima; por lo que hay que inferir que el método utilizado ha sido eficaz y correcto. En el segundo caso se puede deducir que el procedimiento empleado, para ese caso, no ha sido el adecuado, por lo que se procederá a la discusión o debate constructivo de por qué esa metodología no ha sido la oportuna ni ha dado el resultado apetecido, aunque otras veces lo hubiese conseguido. Esto refleja, simplemente, la complejidad que implican las estructuras del neuro-psiquismo humano. Nada más. Y hay que extraer la lección oportuna.

Conclusiones

A modo de conclusiones se ha de inferir que si la interacción social conseguida ha acercado al niño al mundo social y de la comunicación y lo ha integrado en la sociedad realmente, la actuación ha sido realmente exitosa; pero que si el niño se siente excluido, incómodo y no quiere comunicar con sus compañeros, esa actuación ha

⁹ Olivar-Parra, J.S. y De la Iglesia-Gutiérrez, M. (2007). *Intervención psicoeducativa en personas con autismo de alto funcionamiento y Síndrome de Asperger* (Manual Práctico) (Vol. II, 2, pp. 25-26). Madrid: CEPE.

¹⁰ Olivar-Parra, J.S. y De la Iglesia-Gutiérrez, M. (2007). *Intervención psicoeducativa en personas con autismo de alto funcionamiento y Síndrome de Asperger* (Manual Práctico) (Vol. II, 3, pp. 27-30). Madrid: CEPE.

¹¹ Olivar-Parra, J.S. y De la Iglesia-Gutiérrez, M. (2007). *Intervención psicoeducativa en personas con autismo de alto funcionamiento y Síndrome de Asperger* (Manual Práctico) (Vol. VI, 1, pp. 70-71). Madrid: CEPE.

¹² Olivar-Parra, J.S. y De la Iglesia-Gutiérrez, M. (2007). *Intervención psicoeducativa en personas con autismo de alto funcionamiento y Síndrome de Asperger* (Manual Práctico) (Vol. VI, 2, p. 90). Madrid: CEPE.

¹³ Martínez-Ramón, J.P. y Gómez-Barba, F. (2010). La técnica puzzle de Aronson: descripción y desarrollo. *Revista 25 años de Integración escolar en España*, 1-2, 1-2.

fracasado y habrá que buscar otra terapia o matizar con nuevos aportes la anterior. Vías en las que, al respecto, habrá que insistir serán las siguientes: hacer que el niño llegue a intercambiar cosas con sus compañeros, inducirlo a que practique con ellos “gestos educados”, lograr que preste un favor o servicio a alguien, impulsarle a que adquiera un “compromiso” con quien fuere, animarlo a que se esfuerce en descubrir la personalidad del “otro”, y alcanzar el objetivo de que se sienta “incluido” en el grupo con el que actúe¹⁴. El aspecto del habla o lenguaje se ha de observar mucho para determinar si el tratamiento ha triunfado o no, ya que los alumnos con Asperger reducen su habla a un “monólogo” y deben de aprender a usarla en forma de “conversación activa”, mediante la cual sepan y comprendan que pueden “comunicar algo” a los demás.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [Diagnóstico y manual estadístico de desórdenes mentales] (4a. ed.). Washington DC: APA
- García-Sánchez, J.N. (2003). *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- Martín-Borreguero, P. (2006). *El Síndrome de Asperger, ¿Excentricidad o discapacidad social?* Madrid: Alianza Editorial.
- Martínez-Ramón, J.P. y Gómez-Barba, F. (2010). La técnica puzzle de Aronson: descripción y desarrollo. *Rev. 25 años de Integración escolar en España*. Murcia.
- Olivar-Parra, J.S. y De la Iglesia-Gutiérrez, M. (2007). *Intervención psicoeducativa en personas con autismo de alto funcionamiento y Síndrome de Asperger* (Manual Práctico). Madrid: CEPE.

¹⁴ García-Sánchez, J.N. (2003). Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo. Conceptualización, ámbito y modelo integral. Vol. *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Ponencia 1, ap. 3, 2, 3, p. 41. Madrid: Pirámide.

COMPETENCIAS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA: LA CONCEPCIÓN DEL ALUMNADO

**María del Pilar Ceballos-Becerril, María del Pilar Niño-Martínez y
José Manuel Rodríguez-González**

Universidad de Sevilla, España

Resumen

Con frecuencia, las funciones desarrolladas por los profesionales de la Psicología y de la Psiquiatría son confusas y difíciles de delimitar para la población general, dificultando el reconocimiento público de la identidad propia de cada una de ellas y perpetuando estereotipos manidos sobre las mismas. Pero ¿qué ocurre respecto al alumnado de dichas disciplinas? Sería esperable un mayor grado de conocimiento y concreción en cuanto a las competencias que implican a estas dos profesiones, sin embargo, la investigación no siempre secunda esta afirmación. El presente estudio tiene como objetivo una aproximación inicial a las competencias que corresponden, según el alumnado de Psicología, a los profesionales de la Psicología y de la Psiquiatría, manifestando sus diferencias y similitudes. Para ello se tomó una muestra de 210 alumnos/as pertenecientes a la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, divididos en grupos de 70 según su pertenecía a 3º, 4º o 5º de licenciatura y 3º curso del nuevo Grado en Psicología, a quienes se les administró el Cuestionario de Actitudes hacia la Psicología Clínica y los Psicólogos, de elaboración propia, del cual se seleccionó un único ítem consistente en una tabla resumen de afirmaciones acerca de posibles aptitudes y tareas características de dichos profesionales, debiendo mostrar los participantes su acuerdo o desacuerdo con las mismas respecto a uno u otro profesional (psicólogo / psiquiatra). Los resultados parecen indicar el establecimiento de diferencias precisas entre las características y funciones que comparten ambas disciplinas y cuáles las diferencian con independencia del plan de estudios o curso de pertenencia. No obstante se detecta un considerable número de atribuciones populares hacia una y otra profesión, por lo que se estima necesario en el futuro modificar algunas de las premisas docentes actuales, más orientadas a las cuestiones técnicas y menos a establecer las bases de lo que podría denominarse “*Rol del psicólogo clínico*”.

Palabras clave: psicología clínica, psiquiatría, competencias, alumnado, licenciatura y grado.

PROFESSIONAL COMPETENCIES IN PSYCHOLOGY: STUDENTS' CONCEPTION

Abstract

Frequently the functions developed by professionals of Psychology and Psychiatry are confused and hard to delimit for the general population, obstructing the general recognition of the own identity of each one and perpetuating stereotypes about them. But, what happens with the students of these areas? It was expected a bigger grade of knowledge and concretion about the competencies that involve both professions, however, the investigation is not always supporting this affirmation. The present study has as objective an initial approximation to the competencies that correspond, according to the Psychology student body, to Psychology and Psychiatry professionals, manifesting their similarities and differences. For this it was taken a sample of 210 students that belong to the Psychology Faculty from the University of Sevilla, divided according to belong to 3rd, 4th or 5th degree of the old plan of studies (*licenciatura*), and 3rd

degree of the new plan of studies (*grado*), whom were administer the Questionnaire of Atitudes about Clinical Psychology and the Psychologists, of own elaboration, from which was selected a single item that consisted in a resume table of affirmations about the probable aptitudes and characteristic tasks of this professionals, where the participants have to answer agreement or disagreement with these affirmations according to one or other professional (Psychologist/Psychiatric). The results seem indicate the establishment of differences between the characteristics and functions that share both disciplines and which differences, independently from the study plan or course. However it's detected a huge number of popular attributions towards one or another profession, why is estimated the need in the future of modify some present teaching premises, more oriented to technical questions and less to establish the basis of what could be named "*Role of the clinical psychologist*".

Key Words: Clinical psychology, psychiatry, competences, student body, old degree and new degree.

Introducción

El estudio de la imagen de la Psicología como disciplina científica y profesional ha generado un notable interés en las últimas décadas, materializado en el considerable número de trabajos dedicados a esbozar la idea general que sobre esta profesión tienen diversos colectivos. Algunos de los más importantes son los realizados en población general, entre los que destacan los trabajos de Berenguer y Quintanilla (1994) y Buela-Casal et al. (2005a), por la representatividad de las muestras utilizadas. Pero, sin duda, el colectivo más recurrente es el que conforma el alumnado de Psicología, que ha protagonizado multitud de estudios sobre esta cuestión en solitario o en comparación con el profesorado o el alumnado de otras carreras (Buela-Casal et al., 2005b; Freixa i Baqué, 1980, 1984, 1985, 1993; García, 1994; García, Gutiérrez, Gómez, Pérez y Freixa i Baqué, 2006; García, Pérez, Gutiérrez, Gómez y Bohórquez, 2004; Llovet, García, Camino, Gómez y Gutiérrez, 1998; Oliver, Bernstein, Anderson, Blashfield y Roberts, 2004; Sáiz y Sáiz, 1991; Sans de Uhlant, Rovella y Barbenza, 1997; Sierra et al., 2005; Sierra y Freixa, 1993; Sierra, Pal- Hegedüs, Alvarez-Castro y Freixa i Baqué, 1995), por razones obvias, ya que como futuros profesionales se espera que alberguen una visión más o menos definida y uniforme de su especialidad, sirviendo pues estos estudios para conocer dicha visión y como autoevaluación de la labor docente (García et al., 2006).

Frente a los acontecimientos acaecidos en los últimos años en pro del reconocimiento de la Psicología con Profesión Sanitaria, y el gran número de información transmitida al respecto, es de esperar que los estudiantes de esta disciplina hoy día cuenten con una visión más definida de la Psicología Clínica. Con el paso del tiempo, desde la salida de las primeras promociones de Psicología, el rol y las competencias de los clínicos se han ido definiendo de manera paulativa, de manera que hoy en día, en las facultades se hace mucho hincapié en estos aspectos. Ahora bien, desde el ámbito académico ¿se logra transmitir de manera efectiva las cuestiones menos teóricas y más directamente relacionadas con la práctica profesional?

El presente estudio tiene como objetivo una aproximación inicial a las competencias que corresponden, según el alumnado de Psicología, a los profesionales de la Psicología y de la Psiquiatría, manifestando sus diferencias y similitudes. Dicha aproximación permite dilucidar si concepciones equivocadas acerca del propio rol profesional se mantienen en la población estudiantil aún en la actualidad, cómo difieren

y se asemejan en función de la pertenencia a uno u otro plan de estudios (Grado o Licenciatura) o ciclo educativo (Primer o Segundo Ciclo).

Método

Participantes

Participan en el presente estudio 210 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, 171 (81,4%) mujeres y 39 (18,6%) varones, de edades comprendidas entre los 19 y los 49 años, con una media de 21,42 años y una desviación típica de 2,47, divididos en tres grupos de 70 alumnos/as según el curso al que pertenecían. Así pues, un primer grupo está compuesto por 70 estudiantes de tercer curso, primer ciclo de la licenciatura, el segundo grupo lo integran 70 alumnos/as de cuarto y quinto curso, segundo ciclo de licenciatura, por último, el tercer grupo está formado por 70 estudiantes de 3º de Grado, la nueva titulación implantada tras la entrada en vigor del Plan Bolonia.

Instrumentos

Cuestionario de Actitudes hacia la Psicología Clínica y los Psicólogos. Instrumento de elaboración propia, compuesto por 30 ítems acerca de conocimientos, expectativas, actitudes, motivaciones y referentes del alumnado en relación a la Psicología. Para el presente estudio se ha seleccionado un único ítem consistente en una tabla resumen con 21 afirmaciones acerca de posibles aptitudes y tareas características de los profesionales de la Psicología y de la Psiquiatría, debiendo mostrar los participantes su acuerdo o desacuerdo con las mismas respecto a uno u otro profesional (psicólogo / psiquiatra).

Procedimiento

Se procedió a la aplicación del cuestionario durante las horas de clase de los respectivos grupos analizados, previo consentimiento informado y con total voluntariedad, utilizando para ello los grupos de clase correspondientes a las materias de Evaluación Psicológica de 3º curso de licenciatura y 3º curso de grado y Evaluación Clínica, optativa de 4º curso de licenciatura. Los datos fueron recabados entre los años 2010 y 2012, en consonancia con el acceso a las materias indicadas.

Diseño

Los 21 enunciados proceden de una selección de las características adjudicadas a los profesionales de la Psicología Clínica en diversos manuales al uso. Dichas tareas se convirtieron en la serie de afirmaciones incluidas en el presente estudio.

Resultados

Atendiendo al porcentaje de acuerdo con las afirmaciones propuestas del alumnado de 3º de Licenciatura y de 3º de Grado, se observa una concepción de ambos profesionales (psicólogos y psiquiatras) altamente similar. (Tabla 1). Algo análogo ocurre entre el alumnado de Primer y Segundo Ciclo (Tabla 2).

Tabla 1. Porcentajes* de acuerdo con las afirmaciones en función de la profesión del alumnado de 3º de Licenciatura frente al de 3º de Grado.

Ítems	3º L.	3º G	3º L.	3º G
	Psicólogos/as		Psiquiatras	
	Acuerdo (%)			
1. Tienen facilidad para las relaciones sociales	90	94	-	65
2. Tienen alta capacidad de introspección	77	96	57	-
4. Son personas bastante maduras	75	88	74	87
7. Son estables emocionalmente	-	60	-	57
8. Pueden solucionar problemas orgánicos	-	-	86	91
9. Tienen formación en psicoterapia	87	92	-	-
10. Tiene formación médica	-	-	96	96
12. Usan técnicas de psicoterapia específica	74	81	-	-
13. Prescriben fármacos	-	-	94	97
14. Animar a la expresión de las emociones y sentimientos Reprimidos	88	98	-	-
15. Ayudan a sus clientes a enfrentarse a situaciones y objetos Temidos	97	98	-	-
17. Preguntan por los sueños	50	63	-	-
18. Usan cuestionarios de personalidad	93	97	-	-
19. Fuerzan al cliente a tomar responsabilidad sobre las consecuencias de su conducta	66	58	-	-
20. Fomentan el autoconocimiento	95	94	-	-

* Porcentajes superiores al 50%, el valor restante para alcanzar el 100% corresponde a desacuerdo y NS/NC.

Tabla 2. Porcentajes* de acuerdo con las afirmaciones en función de la profesión del alumnado de Primer Ciclo frente al de Segundo Ciclo.

Ítems	1º C	2º C	1º C	2º C
	Psicólogos/as		Psiquiatras	
	Acuerdo (%)			
1. Tienen facilidad para las relaciones sociales	90	94	-	61
2. Tienen alta capacidad de introspección	77	88	57	-
4. Son personas bastante maduras	76	78	74	74
7. Son estables emocionalmente	-	61	-	53
8. Pueden solucionar problemas orgánicos	-	-	85	78
9. Tienen formación en psicoterapia	87	91	-	-
10. Tiene formación médica	-	-	96	97
12. Usan técnicas de psicoterapia específica	74	84	-	-
13. Prescriben fármacos	-	-	94	97
14. Animar a la expresión de las emociones y sentimientos reprimidos	88	93	-	-
15. Ayudan a sus clientes a enfrentarse a situaciones y objetos temidos	97	98	-	-
18. Usan cuestionarios de personalidad	92	97	-	-
19. Fuerzan al cliente a tomar responsabilidad sobre las consecuencias de su conducta	65	67	-	-
20. Fomentan el autoconocimiento	96	97	-	-

* Porcentajes superiores al 50%, el valor restante para alcanzar el 100% corresponde a desacuerdo y NS/NC.

La comparación de resultados entre los tres grupos arroja diferencias significativas tan solo en dos de las 21 afirmaciones en el caso de los Psicólogos (Tabla 3). La inmensa mayoría del alumnado de 3º de Grado (98,5%) está de acuerdo con la afirmación que explicita que los psicólogos tienen una alta capacidad de introspección, frente al 79,4% del grupo de 3º de Licenciatura. Por otra parte, un 19,7% del alumnado de Segundo Ciclo (4º y 5º de Licenciatura) piensan que los psicólogos presenta un alto índice de suicidio, frente al escaso 4.5% en el caso del alumnado de 3º de Grado.

Tabla 3. Prueba de independencia para los ítems referidos a los Psicólogos.

Ítem	X^2	gl	N	Sig	V de Cramer
2 Tienen alta capacidad de introspección	13,099	2	205	0,001**	0,252
3 Tiene un alto índice de suicidio	7,677	2	200	0,022*	0,196

Tres son las afirmaciones que presentan diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el caso de los Psiquiatras (Tabla 4). En primer lugar, un 69,7% de alumnos de 3º de Grado creen que los psiquiatras tienen facilidad para las relaciones sociales, frente al 50% de estudiantes de 3º de Licenciatura. Asimismo, el 89,9% del alumnado de Segundo Ciclo opina que los psiquiatras no son raros, cifra que se reduce en el caso de los alumnos de 3º de Licenciatura (73,5%). Por último, un 50% de alumnos de 3º de Grado creen que los psiquiatras fomentan el autoconocimiento, en cambio, el 29,9% del alumnado de Segundo Ciclo secunda dicha afirmación.

Tabla 4. Prueba de independencia para los ítems referidos a los Psiquiatras.

Ítem	X^2	gl	N	Sig	V de Cramer
1 Tienen facilidad para las relaciones sociales	6,718	2	198	0,035*	0,184
6 Son raros.	6,385	2	204	0,041*	0,177
20 Fomentan el autoconocimiento.	6.093	2	204	0,048*	0,173

Así pues, con independencia del curso y plan de estudios, el alumnado describe un perfil del Psicólogo Clínico que se divide en *Atribuciones Populares* (o estereotipos) y *Competencias Profesionales*:

- Psicólogo Clínico.

Atribuciones Populares: Facilidad para las relaciones sociales, personas maduras, estables emocionalmente y preguntan por los sueños.

Competencias Profesionales: Tienen formación en psicoterapia, usan técnicas de psicoterapia específica, animan a la expresión de las emociones y sentimientos reprimidos, ayudan a sus clientes a enfrentarse a situaciones y objetos temidos, usan cuestionarios de personalidad, alientan al cliente a responsabilizarse sobre las consecuencias de su conducta.

- En cuanto a los Psiquiatra.

Atribuciones Populares: Son personas bastante maduras.

Competencias Profesionales: Pueden solucionar problemas orgánicos, tienen formación médica y prescriben fármacos.

Discusión y conclusiones

Los resultados contrastan con los de autores como Sierra *et al.* (2005) quienes encontraron valores elevados de afinidad entre la Psiquiatría y la Psicología Clínica, al describirse en el presente estudio un perfil eminentemente diferenciado entre ambos profesionales, no obstante ambos procedimientos no son contratables.

Se concluye que el alumnado de Psicología asume de manera general atribuciones populares acerca de las figuras del Psicólogo Clínico y el Psiquiatra, justificadas quizás por el deseo de mostrar una imagen positiva de su futura profesión. Además, los estudiantes establecen a su vez diferencias precisas entre el rol que atañe a profesionales de la Psicología Clínica y de la Psiquiatría. Finalmente, delimitan de manera oportuna el rol profesional del Psicólogo Clínico como evaluador y terapeuta que emplea técnicas validadas científicamente, con una serie de objetivos a lograr mediante dichas técnicas, poniéndose así en evidencia una evolución con respecto a los últimos años. No obstante se aconseja no subestimar el gran número de estereotipos mostrados, trabajando en el aula una definición precisa de los roles profesionales alejada de la deseabilidad social.

Referencias

- Berenguer, G. y Quintanilla, I. (1994). La imagen de la Psicología y los psicólogos en el estado español. *Papeles del Psicólogo*, 58, 41-68.
- Buela-Casal, G., Teva, I., Sierra, J.C., Bretón-López, J., Agudelo, D., Bermúdez, M.P. y Gil Roales-Nieto, J. (2005a). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria entre la población general. *Papeles del Psicólogo*, 91, 30-38.
- Buela-Casal, G., Gil Roales-Nieto, J., Sierra, J.C., Bermúdez, M.P., Agudelo, D., Bretón-López, J. y Teva, I. (2005b). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria en profesores universitarios de Psicología y de Medicina. *Papeles del Psicólogo*, 91, 4-15.
- Freixa i Baqué, E. (1980). Image de la Psychologie chez les étudiants en Psychologie. *Psychologie Française*, 25, 161-175.
- Freixa i Baqué, E. (1984). Evolution de l'image de la Psychologie chez les étudiants en Psychologie. *Psychologie Française*, 29, 209-212.
- Freixa i Baqué, E. (1985). Epistémologie implicite chez les étudiants en Psychologie. *Tecnologie et thérapie du comportement*, 9, 61-70.
- Freixa i Baqué, E. (1993). Estudio preliminar de la evolución de la imagen de la psicología en estudiantes españoles de esta carrera. *Psicothema*, 5, 67-82.
- García, A. (1994). Algunas consideraciones de los estudiantes de psicología acerca de su disciplina. En *Estudios de Psicología: Primeras investigaciones*. Monografía 3 (pp.13-17). Sevilla: Editorial Kronos.
- García, A., Gutiérrez, M. T., Gómez, J., Pérez, V., y Baque, E. F. (2006). ¿Qué es la Psicología para los estudiantes españoles de educación a distancia? *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 383-396.
- García, A., Pérez, V., Gutiérrez, M.T, Gómez, J. y Bohórquez, C. (2004). Algunas consideraciones en torno a la Psicología por parte de los estudiantes y profesores de la licenciatura y de universidades en general. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57, 113-127.
- Llovet, R., García, A., Camino, G., Gómez, J. y Gutiérrez, S. (1998). Algunas consideraciones de los profesores de psicología en torno a su disciplina. En *Estudios de Psicología: Primeras investigaciones*. Monografía 4 (pp. 31-36). Sevilla: Editorial Kronos.
- Oliver, M.N.I., Bernstein, J.H., Anderson, K.G., Blashfield, R.K y Roberts, M.C. (2004). An exploratory examination of students attitudes toward "impaired" peers in clinical

- psychology training programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 141-147.
- Sáiz, D. y Sáiz, M. (1991). Imagen y conceptualización de la Psicología en estudiantes que inician el estudio de esta disciplina. En J. C. Sierra (Ed.), *Perspectivas actuales en Psicología Conductual*. Jaén: AEPC.
- Sans de Uhlandt, M.S, Rovella, A.T. y Barbenza, C.M. (1997). La imagen del psicólogo en estudiantes de Psicología y en el público en general. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 43, 57-62.
- Sierra, J.C., Bermúdez, M.P., Teva, I., Agudelo, D., Bretón-López, J., Gutiérrez, O., González-Cabrera, J., León Jaime, J., Gil Roales-Nieto, J. y Buela-Casal, G. (2005) Imagen de la Psicología como profesión sanitaria entre los estudiantes de Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 26, 24-29.
- Sierra, J.C. y Freixa, E. (1993). Estudio preliminar de la evolución de la imagen de la Psicología en estudiantes españoles de esta carrera. *Psicothema*, 5, 67-82.
- Sierra, J.C., Pal-Hegedüs, C., Alvarez-Castro, S. y Freixa i Baqué, E. (1995). Imagen de la Psicología en estudiantes de esta licenciatura de España y Costa Rica. *Revista de Psicología Contemporánea*, 2, 60-69.

RELACIÓN ENTRE ESTILO DE AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE CÁNCER DE MAMA

María Díaz-Medina, Carolina Rojas-Rocha, Thais López-Moreno, Nuria Giner-Gosálbez, Francisco Gómez-Holgado, Blanca Quintana, Elena Domínguez-Perandones, Francisca Denia-Ruiz, Vanesa Fernández, Diana Taboada y Miguel Ángel Jiménez-Arriero

*Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.
Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid), España*

Resumen

Introducción: Las emociones son reacciones automáticas ante situaciones que se valoran como importantes. La forma en que afrontamos estas situaciones depende de la valoración cognitiva que hagamos sobre ellas y nuestros recursos. El diagnóstico de cáncer se considera una situación vital estresante que puede percibirse como una amenaza/pérdida. El cáncer de mama ha generado estudios sobre la relación entre el diagnóstico de una enfermedad grave y las emociones, así como la posible influencia de las estrategias de afrontamiento en la adaptación psicológica a este tipo de enfermedad. El objetivo de nuestro estudio es comprobar si existe relación entre el estilo de afrontamiento y el desarrollo de síntomas ansioso-depresivos en mujeres con este diagnóstico, que justifique la necesidad de una intervención en dichos factores. **Método:** Muestra de 89 mujeres con edad media 51,7 años ($DT = 9,11$) intervenidas de patología mamaria en el Hospital U. 12 de Octubre de Madrid. Fueron evaluadas mediante los cuestionarios autoadministrados CAEPO y HADS antes de acudir a un grupo psicoeducativo. Se trata de un estudio correlacional entre las 7 Escalas de estilo de afrontamiento de la CAEPO (ELA, ACE, BAS, APA, PRP, HD, N) y las puntuaciones totales de ansiedad y depresión del HAD. **Resultados:** Se observa una correlación negativa moderada entre las estrategias de afrontamiento activo y las basadas en la autorregulación emocional (ELA, ACE) y la presencia de síntomas ansioso-depresivos. Además, se observa una correlación positiva moderada entre la estrategia APA y la sintomatología ansioso-depresiva ($r > 0,5$, nivel de significación $p < 0,001$). **Conclusión:** Estos resultados indican que existe una relación entre el estilo de afrontamiento y el desarrollo de sintomatología ansioso-depresiva que justifica la importancia de un trabajo psicoterapéutico centrado en el desarrollo de estrategias de afrontamiento activas y la regulación emocional.

Palabras clave: Cáncer de mama, ansiedad, depresión, afrontamiento.

RELATIONSHIP BETWEEN COPING STYLE AND SYMPTOMS IN ANXIOUS-DEPRESSIVE PATIENTS OPERATED BREAST CANCER

Abstract

Introduction: Emotions are automatic reactions that allow us to face situations that are important to us. The way we face these situations depends on our cognitive appraisal of the situation and our coping strategies. Cancer diagnosis is considered a stressful vital situation that can be perceived as a threat or as a loss. Breast cancer has generated researches about the relationship between emotions and serious diseases. The influence of coping strategies in psychological adaptation to this kind of diseases has also been investigated. The objective of our

research is to study if there is a relationship between the coping strategies and the development of anxiety and depression in women with this diagnosis. If so, it could be justified a psychotherapeutical work focused on these factors. **Method:** Sample of 89 women with a mean age of 51.7 years old ($SD = 9,11$). These women were operated on breast cancer at 12 de Octubre Hospital (Madrid, Spain). They were assessed using two self-administered questionnaires (CAEPO and HADS) before they went to a psychoeducational group therapy. This is a correlation study between the 7 coping strategies assessed by CAEPO and the depression and anxiety scores in HADS. **Results:** There is an observed negative correlation between active coping strategies and emotional self-regulation and the presence of symptoms of anxiety and depression. Furthermore, there is an observed positive correlation between anxious concern and symptoms of anxiety and depression. ($r > 0,5$, level of statistical significance $p < 0,001$). **Conclusion:** There is a relationship between the coping strategies and the outcome of symptoms of anxiety and depression. This justifies the importance attached to the psychotherapeutic work based on the development of active coping strategies and emotional self-regulation skills.

Keywords: Breast cancer, anxiety, depression, coping strategies.

Introducción

Las emociones son reacciones automáticas que aparecen en los seres humanos ante situaciones que se valoran como importantes. Estas reacciones, aunque en ocasiones son desagradables, tienen una función adaptativa fundamental para la supervivencia (Cano, 2005). Las emociones nos ayudan a detectar situaciones que nos pueden poner en peligro o que suponen una amenaza para nosotros y también permite a las personas que están a nuestro alrededor darse cuenta de ello. De todas las emociones, la ansiedad es la que aparece como un estado de alarma ante una situación difusa y anticipada y nos prepara para enfrentarnos a ella. La tristeza, sin embargo, aparece cuando sufrimos una pérdida. La forma en que afrontamos las situaciones depende de la valoración cognitiva que hagamos de ellas. Según Lazarus y Folkman (1986), realizamos una valoración primaria en la que evaluamos la situación a la que nos vamos a enfrentar como una amenaza o como un reto. Después de esto, evaluamos nuestros propios recursos y determinamos si son suficientes o insuficientes para enfrentarnos a la situación. Esto es lo que llamamos valoración secundaria (Cano, 2005).

El diagnóstico de cáncer se considera una situación vital estresante que puede suponer o percibirse como una amenaza o una pérdida (Cano, 2005; González-Martínez, 2008). De hecho, esta enfermedad ha generado estudios pioneros sobre la relación entre el diagnóstico de una enfermedad grave/crónica y las emociones (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004; Cano, 2005). También se ha estudiado la influencia de las estrategias de afrontamiento en la adaptación psicológica a este tipo de enfermedad (Campos, 2004; Cano, 2005; González-Martínez, 2008). Se considera que el tipo y número de recursos disponibles para hacer frente a la situación es el factor psicológico más influyente en el desarrollo del cáncer y su evolución (González-Martínez, 2008).

El objetivo de nuestro estudio es comprobar si existe relación entre el estilo de afrontamiento y la presencia de síntomas ansioso-depresivos en mujeres que han sido operadas de cáncer de mama. Nuestra hipótesis es que si los síntomas ansioso-depresivos están relacionados con las estrategias de afrontamiento, entonces existirá una correlación negativa entre las puntuaciones en las subescalas que miden tipos de afrontamiento activo del CAEPO y las puntuaciones totales de ansiedad y depresión del

HADS y una correlación positiva entre las puntuaciones en las subescalas que miden tipos de afrontamiento pasivos del CAEPO con las puntuaciones totales de ansiedad y depresión en el HADS. Esperamos encontrar correlaciones significativas que justifiquen la intervención clínica sobre dichos factores.

Método

Participantes

Se trata de una muestra de 89 mujeres con una edad media de 51,7 años ($DT = 9,11$) que han sido intervenidas de patología mamaria en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid entre el año 2008 y el 2012. Las participantes no tenían experiencia previa con las escalas y procedimiento utilizados en este estudio.

Materiales/instrumentos utilizados

Las pacientes fueron evaluadas a través de dos cuestionarios autoadministrados. Se empleó un cuadernillo de cada escala por participante:

- Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital (HADS) de Zigmond y Snaith (1983) Esta escala permite evaluar los niveles de ansiedad y depresión sin confundir los síntomas físicos del cáncer con los síntomas somáticos que pueden ser producidos por la sintomatología afectiva. Consta de 14 ítems y tiene un punto de corte de 8 (Cano, 2005). La fiabilidad, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach es de 0,86 para la ansiedad y también para la depresión. Existe validez concurrente con el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (Quintana et al., 2003).
- Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO) de González-Martínez (2008). Este cuestionario proporciona una medida objetiva para conocer el estilo de afrontamiento en pacientes oncológicos, basándose en la teoría de Lazarus y Folkman. Consta de 40 ítems organizados en 7 escalas (Apéndice A): 3 de afrontamiento activo y adaptativo (Enfrentamiento y Lucha Activa, Autocontrol y Control Emocional, Búsqueda de Apoyo Social) y 4 de afrontamiento pasivo o no adaptativo (Ansiedad y Preocupación Ansiosa, Pasividad y Resignación Activa, Huída y Distanciamiento, Negación). La fiabilidad de esta escala, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, se sitúa en una media de 0,884. La validez de constructo se estudió a través de saturaciones factoriales, las cuales oscilan entre 0,64 y 0,87 (González-Martínez, 2008).

Procedimiento

Se realizó un primer contacto con las pacientes un día después de que se les realizase una tumorectomía o una mastectomía. En ese primer contacto se realizó una valoración psicológica y se las invitó a participar en un grupo psicoeducativo que se realiza periódicamente en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. En dicha entrevista se les entregó una copia de las dos escalas referidas. Las mujeres que acudieron al grupo psicoeducativo entregaron los cuestionarios contestados en la primera sesión. Una explicación más detallada del procedimiento se encuentra en Giner-Gosálbez et al. (2013).

Diseño

Se trata de un estudio correlacional entre las puntuaciones totales de las siete escalas de estilo de afrontamiento del CAEPO y las puntuaciones totales de ansiedad y depresión del HADS. Se usó el estadístico de correlación de Pearson. El programa utilizado para el análisis estadístico fue el paquete SPSS v.15.

Resultados

Los resultados de nuestra investigación indican correlaciones estadísticamente significativas entre tres de los siete estilos de afrontamiento del CAEPO y ambos tipos de síntomas, ansiosos y depresivos, medidos por el HADS (Tabla 1). Específicamente, los resultados del análisis correlacional determinan: a) una correlación *negativa* moderada entre la estrategia Enfrentamiento y Lucha Activa y los síntomas ansiosos ($r = -0,4$ con $p < 0,001$) y los síntomas depresivos ($r = -0,543$ con $p < 0,01$), b) una correlación *negativa* moderada entre la estrategia Autocontrol y Control Emocional y los síntomas ansiosos ($r = -0,395$ con $p < 0,001$) y los síntomas depresivos ($r = -0,497$ con $p < 0,001$); y c) una correlación *positiva* moderada entre la estrategia Ansiedad y Preocupación Ansiosa y la sintomatología ansiosa ($r = 0,567$ con $p < 0,001$) y depresiva ($r = 0,650$ con $p < 0,001$). El resto de las correlaciones no han resultado estadísticamente significativas.

Tabla 1. Correlaciones de Pearson entre las 7 escalas de afrontamiento del CAEPO y los síntomas ansiosos y depresivos del HADS.

	<i>Ansiedad HADS</i>	<i>Depresión HADS</i>
Enfrentamiento y Lucha Activa CAEPO	-0,400**	-0,543**
Autocontrol y Control Emocional CAEPO	-0,395**	-0,497**
Búsqueda de Apoyo Social CAEPO	-0,190	-0,184
Pasividad y Resignación Pasiva CAEPO	-0,085	-0,166
Huída y Distanciamiento CAEPO	0,212	0,186
Ansiedad y Preocupación Ansiosa CAEPO	0,567**	0,650**
Negación CAEPO	-0,053	0,047

Nota. ** La correlación de Pearson es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Discusión/conclusiones

Este estudio tuvo como objetivo comprobar si existe relación entre el estilo de afrontamiento y la presencia de síntomas ansioso-depresivos en mujeres que han sido operadas de cáncer de mama, lo cual justificaría una intervención sobre dichos factores. Los resultados obtenidos indican que existe relación entre algunos estilos de afrontamiento y la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, lo cual confirma parcialmente nuestra hipótesis y la necesidad de intervención sobre las estrategias de afrontamiento para prevenir la presencia de síntomas ansioso-depresivos en pacientes con cáncer de mama que se encuentran en la fase post-quirúrgica.

En estudios previos sobre las estrategias de afrontamiento se ha observado que en situaciones poco controlables, como puede ser el cáncer de mama, es importante mantener una actitud realista. También se ha evidenciado el beneficio de la expresión del malestar, pero de una forma modulada para que no se deteriore el apoyo social disponible ni la propia autoestima (González-Martínez, 2008). Esto es congruente con

nuestros resultados, en los que encontramos que una disposición activa y el autocontrol emocional se relacionan de forma significativa con una menor presencia de síntomas ansiosos y depresivos, no así la búsqueda de apoyo social, que por sí sola parece no ser una estrategia suficiente para prevenir el malestar emocional (González-Martínez, 2008).

Hemos encontrado una correlación más fuerte entre las estrategias de afrontamiento y los síntomas depresivos que entre las estrategias de afrontamiento y los síntomas ansiosos. Esto podría ser explicado por el momento de la enfermedad en el que las mujeres de la muestra contestaron los cuestionarios. Estas mujeres ya habían sido operadas, suponiendo esto una disminución de la incertidumbre y, por lo tanto, de la ansiedad. Es probable que, también, una vez intervenidas comiencen a ser más conscientes de lo que les está ocurriendo, lo que podría suponer una mayor tendencia a desarrollar síntomas depresivos. En estudios previos se ha comprobado que la ansiedad fluctúa a lo largo de todo el proceso de enfermedad, siendo la depresión más estable (Cano, 2005).

A la hora de interpretar estos resultados hay que tener en cuenta las limitaciones de nuestro estudio. La muestra incluye sólo a las mujeres que acudieron al grupo psicoeducativo posterior, no así a aquellas que fueron evaluadas pero finalmente no acudieron a dicho grupo. En estudios posteriores sería interesante incluir también a estas mujeres en la muestra, para evitar posibles sesgos.

Teniendo en cuenta todo esto, podríamos concluir que un trabajo psicoterapéutico en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que ya han sido intervenidas podría ayudar a disminuir la sintomatología ansioso-depresiva asociada. Este trabajo psicoterapéutico debería ir enfocado a aumentar la expresión emocional de forma constructiva y modulada y a fomentar el manejo del malestar de forma activa (González-Martínez, 2008).

Referencias

- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2, 71-80.
- Giner-Gosálbez, N., López-Moreno, T., Rojas-Rocha, C., Gómez-Holgado, F., Quintana, B., Díaz-Medina, M., Rojas-Rocha, C., Denia-Ruiz, F., Fernández, V., Taboada, D. y Jiménez-Arriero, M.A. (2013, junio). Valoración psicológica tras cirugía oncológica en pacientes de patología mamaria. Descripción del programa y características de la muestra incluida. Comunicación escrita presentada en el VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica, Santiago de Compostela, España.
- González-Martínez, M.T. (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer. *RIDEP*, 25, 35-49.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Quintana, J.M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A. y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 216-21.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Apéndice

Definiciones de las 7 escalas del CAEPO (Tomado de González-Martínez, 2008)

La Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA). Esta escala evalúa aquellas estrategias de un sujeto que tiene una visión optimista respecto al pronóstico de la enfermedad y de sus posibilidades para luchar contra ella. El sujeto, aunque valora la situación como grave y difícil, sin embargo, ve en ella un reto al que está dispuesto a responder de forma activa y colaboradora.

La Escala de Autocontrol y Control Emocional (ACE). Evalúa las estrategias que le llevan al sujeto a responder de forma activa utilizando pensamientos y conductas dirigidos a disminuir o desaparecer el esto emocional displacentero causado por la enfermedad. Como en el caso anterior, está valorando su situación como muy difícil.

La Escala de Búsqueda y Apoyo Social (BAS). Desde una valoración de la situación semejante a los dos casos anteriores, esta escala explora la valoración que el sujeto hace del apoyo social percibido y las estrategias que pone en marcha para lograr un mejor apoyo social e informativo.

La Escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA). Evalúa aquellas estrategias en las que el sujeto valora su situación como muy grave y amenazante y con un pronóstico inseguro. Al mismo tiempo, se siente ansioso y poco optimista respecto a sus posibilidades para controlar la situación.

La Escala de Pasividad y Resignación Pasiva (PRP). Evalúa aquellas estrategias en las que el sujeto, igual que en anterior, valora su situación como muy grave, sintiéndose incapaz de hacer frente a una enfermedad para la que, además prevé un pronóstico negativo, adoptando una actitud fatalista.

La Escala de Huida y Distanciamiento (HD). Valora aquellas estrategias en las que el sujeto trata de escapar o huir de la realidad o distanciarse de forma irreal. Sus conductas no afrontan ni la situación ni su malestar emocional con lo cual tenderá a aumentar su nivel de ansiedad.

La Escala de Negación (N). Evalúa las conductas de negación del sujeto acerca de la evidencia de la enfermedad. Esta escala se valora relacionándola con las otras seis escalas. Puede suceder, aunque no es muy probable, que la negación se acompaña de puntuaciones elevadas en las escalas positivas, lo que se podría interpretar que la negación puede ser adaptativa. En caso contrario, que es lo habitual, es decir que haya un predominio de las escalas negativas, la negación funciona como una estrategia inadecuada y no adaptativa. Apoyándonos en la experiencia valoramos esta estrategia como negativa.

FACTORES ASOCIADOS AL PERDÓN

Patricia Díez, María Fernández-Capo, Pilar Gual y Montserrat Girabent-Farrés

Universitat Internacional de Catalunya, España

Resumen

Antecedentes: El tema del perdón ha sido sujeto de estudio desde hace décadas pero ha cobrado mayor interés en los últimos años. Son muchos los factores que influyen en que dicho proceso se lleve a cabo o no. Estudios previos han analizado la importancia de variables relacionadas con el tipo de ofensa, las características del ofensor y sobre todo, variables propias de la persona ofendida como los rasgos de su personalidad, su predisposición a perdonar, etc. **Método:** A través de un diseño transversal de muestreo por voluntarios simple, se ha analizado los datos recogidos sobre 70 sujetos que contestaron a un cuestionario de recogida de información sobre variables del perdón y cumplieron el inventario de personalidad MMPI-2 y la escala de evaluación del perdón TRIM-18. **Resultados:** las variables del ofendido son las que se relacionaron de modo más significativo con alguna de las subescalas del TRIM-18. **Conclusiones:** Se resalta la importancia de diseñar estrategias psicológicas que enfatizen el protagonismo del propio ofendido en el proceso de perdonar una ofensa.

Palabras clave: Perdonar, personalidad, evaluación, ofensa, ofensor, ofendido.

FACTORS ASSOCIATED WITH FORGIVENESS

Abstract

Background: The subject of forgiveness has been studied for decades but has gained increasing interest in recent years. There are many factors influencing if the process is carried out or not. Previous studies have analyzed the importance of variables related to the type of offense, offender characteristics and above all variables of the offended as age, sex, personality, willingness to forgive, etc. **Methods:** Through a cross-sectional sampling single volunteers, we analyzed the data collected on 70 subjects who responded to a questionnaire of variables of forgiveness and completed the MMPI-2 personality inventory and the TRIM-18 forgiving scale. **Results:** offended variables were those most significantly associated with any of the subscales of the TRIM-18. **Conclusions:** It is important to design psychological strategies that emphasize the role of oneself in the process to forgive an offense.

Key words: Forgive, personality, assessment, offense, offender, offended.

Introducción

En los últimos años ha crecido el interés por el estudio del fenómeno del perdón. Existe un acuerdo generalizado sobre los beneficios de perdonar tanto para la salud física (Lawler et al., 2005) y psíquica del que perdona (Ysseldyk, Matheson y Anisman, 2007) como para la calidad de las relaciones interpersonales a todos los niveles. Perdonar implica la movilización en la persona de aspectos tanto emocionales como racional-volitivos (McCullough, Fincham y Tsang, 2003) influyendo en el proceso diferentes variables relacionadas con la ofensa ocasionada (severidad de la ofensa, consecuencias, etc.), el ofensor (intencionalidad de daño, si existe

arrepentimiento, etc.,) y el sujeto ofendido (edad, sexo, personalidad, voluntad de perdonar, etc.,). Sin embargo, los resultados de los estudios no son concluyentes respecto a cuáles son los determinantes concretos que facilitan el perdón. Así, en relación a las variables de la ofensa, parece que cuanto más severa se considera, más difícil resulta perdonarla (Karremans, Van Lange y Holand, 2005). En cuanto al papel del ofensor, estudios previos demostraron que cuando éste se disculpó, decreció en la persona ofendida la motivación para vengarse (Bono, McCullough y Root, 2008), siendo un facilitador del perdón (Eaton y Struthers, 2006; Hareli y Eisikovits, 2006). Finalmente, respecto al perfil del ofendido, los estudios no han hallado diferencias entre el sexo y/o la edad del ofendido y la capacidad de perdonar (Fehr, Gelfand y Nag, 2010). También, en cuanto a la personalidad del ofendido y su relación con el perdón, se ha hallado que los narcisistas (Strelan, 2007) y los paranoides (Muñoz Sastre, Vinsonneau, Chabrol y Mullet, 2005) son menos proclives a perdonar y, por el contrario, los más empáticos se muestran más dispuestos a perdonar (Berry, Worthington, O'Connor, Les Parrot III y Wade, 2005). Altos índices de neuroticismo se han relacionado con más motivación para la venganza (McCullough, Bellah, Kilpatrick y Johnson, 2001) mientras que la voluntad para perdonar se asoció, en el estudio de Ahadi (2009), con menos venganza y evitación.

Se pretende a través de este estudio transversal recoger información sobre las principales variables estudiadas en relación a la ofensa, el ofensor y el ofendido y estudiar su relación con la capacidad de perdonar. El conocimiento de dichas variables ayudará en la orientación de programas de educación, psicoterapia, y prevención y resolución de conflictos tanto en el ámbito de la familia como del trabajo y resto de relaciones interpersonales.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 70 sujetos de ambos sexos españoles adultos entre 20 y 55 años.

Materiales

Los sujetos cumplimentaron un cuestionario de diseño propio de recogida de información sobre variables relacionadas con la ofensa, el ofensor y el ofendido. También cumplimentaron la versión española del inventario multifásico de personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1999; adaptación española de Ávila Espada y Jiménez Gómez), que recoge información sobre la estructura de la personalidad, proporcionando 10 escalas básicas, 15 escalas de contenido, 18 suplementarias y 31 subescalas. Para la evaluación de la variable perdón se usó la traducción castellana de la escala *Transgression-Related Interpersonal Motivations Inventory* (TRIM-18) (McCullough, Rachal, Sandage, Worthington, Brown y Hight, 1998), escala de 18 ítems que mide motivaciones para perdonar al ofensor una ofensa concreta en 3 dimensiones: evitación, venganza y benevolencia. Los ítems se puntúan mediante una escala de Likert de 5 puntos (1 = fuertemente en desacuerdo a 5 = fuertemente de acuerdo). La puntuación mínima para cada una de las escalas es 8 y la máxima 45. Hay más perdón en la medida que se obtienen menores puntuaciones en

evitación y venganza y puntuaciones elevadas en benevolencia. La consistencia interna para cada una de las tres subescalas fue de 0,93, 0,80 y 0,89, respectivamente.

Procedimiento

Se informó de los objetivos del estudio y se solicitó el consentimiento informado a todos los sujetos voluntarios que accedieron a participar. A cada participante se le entregó un sobre que incluía el cuestionario de diseño propio, un ejemplar del MMPI-2 con su hoja de respuestas y la escala TRIM-18. Cumplimentar todo el protocolo requirió una media de 90 minutos.

Diseño

Transversal.

Resultados

En cuanto a las variables del ofendido, la muestra estuvo compuesta por 43 mujeres y 27 varones, de una media de edad de 34 (7,2) años. El 47,8% estaban casados, el 50,7% solteros y el 1,4% restante separados/divorciados. En relación a la confesión religiosa, el 54,1% dijo ser católico practicante, el 26,4% católico no practicante, el 16,1% agnóstico y el 2,9% ateo.

El 84% consideró que siempre tiene voluntad de perdonar aunque el 70,5% de la muestra contestó no haber perdonado en alguna ocasión en el pasado y el 55% de la muestra consideró que hay hechos que no pueden ser perdonados.

En cuanto a la experiencia previa de perdón, casi la totalidad de la muestra (98,5%) se sintió perdonado como ofensor en el pasado. La relación previa con el ofensor antes de la ofensa fue valorada como positiva/armoniosa aunque después de la ofensa había pasado a ser neutra en un 39,1% de los casos, un 26% entre neutra y positiva y en un 24,6% se siguió manteniendo igual de positiva/armoniosa.

La puntuación media obtenida en las tres subescalas del TRIM-18 fue de 18 (8,1) en evitación, 7,5 (4) en venganza y 21,7 (6,3) en benevolencia.

Respecto a las variables del ofensor, la persona ofendida refirió que no percibió intención de hacer daño por parte del ofensor en el 46,3% de los casos, sí la percibió en el 16,9% y que la desconocía en el 37,6% de los casos. El ofensor no era reincidente de ofensa en el 63,6% de los casos frente al 46,3% que sí lo era. El 73,5% de los ofensores no pidió disculpas frente al 26,4% sí que las ofreció.

En cuanto a las variables de la ofensa, al preguntar a los ofendidos en qué medida le había herido la ofensa, sobre una escala de Likert de 1 a 5 (de menos a más), el 11,7% contestó un 3, el 44,1% contestó un 4 y el 33,8% un 5. En cuanto a la gravedad de las consecuencias de la ofensa, el 69,5% consideró que fueron leves y el 30,4% graves. Las ofensas fueron ocasionadas por un amigo en el 51% de los casos, seguido por la pareja o un familiar en el 28%, el 18% de tipo laboral y sólo el 3% por desconocidos.

Al realizar un análisis bivariante entre cada una de las variables de la ofensa, del ofensor y del ofendido, y las tres subescalas del TRIM-18, no se halló ninguna relación significativa entre las variables de la ofensa y las subescalas del TRIM-18. Respecto a las variables del ofendido, aquellos que contestaron estar dispuestos siempre a perdonar, puntuaron más bajo en la subescala de venganza. Los que decidieron no perdonar en alguna ocasión a alguien se mostraron más vengativos, más evitativos y menos

benevolentes. En cuanto a las escalas principales del MMPI-2, se halló una sola relación significativa entre la escala Desviación Psicopática (Pd) y la subescala venganza del TRIM-18 (Tabla 1). Respecto a las escalas secundarias del MMPI-2, se hallaron relaciones significativas sobre todo con la subescala venganza. Las escalas hostilidad, depresión subjetiva, discordia familiar, alineación social y ausencia de control del yo se asociaron de manera positiva con la venganza, mientras que hostilidad controlada, responsabilidad social y necesidad de afecto se relacionaron de manera inversa. La subescala evitación se asoció de manera positiva con las escalas secundarias cinismo y alineación emocional del MMPI-2 y de manera inversa con ingenuidad y responsabilidad social. Por último, la subescala benevolencia se asoció de manera positiva con ingenuidad e inversa con conductas antisociales y alienación emocional. A parte del MMPI-2, otra variable del ofendido que se relacionó con alguna de las subescalas del TRIM-18 fue la relación actual que se mantenía con el ofensor que, cuanto más positivamente se valoró, menos se relacionó con la subescala evitación y más con la subescala benevolencia.

Tabla 1. Coeficiente de correlación entre las escalas principales del MMPI 2 y TRIM18.

<i>MMPI-2</i>	<i>TRIM-E</i>	<i>TRIM-V</i>	<i>TRIM-B</i>
MMPI-Hs	-0,085	-0,130	0,021
MMPI-D	-0,019	0,109	0,070
MMPI-Hy	-0,139	-0,195	0,127
MMPI-Pd	0,153	0,289*	-0,136
MMPI-Mf	-0,049	0,020	-0,040
MMPI-Pa	-0,037	-0,052	0,053
MMPI-Pt	0,063	0,147	-0,079
MMPI-Sc	0,165	0,227	-0,163
MMPI-Ma	0,080	0,067	-0,064
MMPI-Si	0,129	0,095	-0,111

Nota. E= Evitación; V= Venganza; B= Benevolencia;

Hs= Hipocondriasis; D= Depresión; Hy=Histeria; Pd=Desviación

Psicopática; Mf= Masculinidad-feminidad; Pa=Paranoia;

Pt=Psicastenia;

Sc=Esquizofrenia; Ma= Hipomanía; Si= Introversión Social

*Correlación significativa, $p < 0,05$

Finalmente, en cuanto a las variables del ofensor, se halló una relación inversa y significativa entre pedir disculpas y la subescala Evitación. (Figura 1).

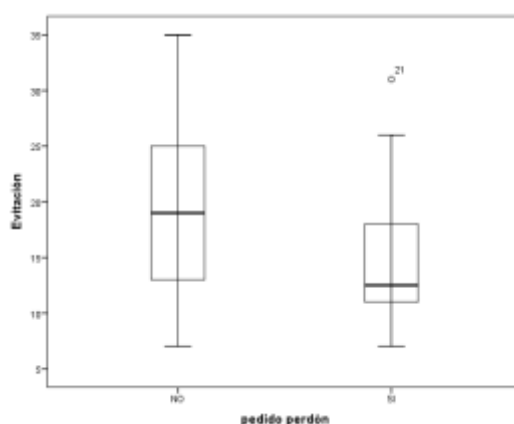


Figura 1. Relación entre pedir disculpas y subescala Evitación del Trim-18.

Discusión/conclusiones.

En función de los resultados obtenidos y respecto al ofensor, se podría afirmar que las personas cercanas (amigos/familiares) son las que más a menudo suelen ofender pero el hecho de que ofrezcan sus disculpas, al igual que en estudios previos (Eaton y Struthers, 2006; Hareli y Eisikovits, 2006) es un factor facilitador del perdón y de la reconciliación, tal como ya que se producen menos conductas evitativas por parte de la persona ofendida. No obstante, las variables relacionadas con el ofendido son las que se asociaron de modo más significativo con la capacidad de perdonar, aspecto que resalta la importancia de diseñar estrategias psicológicas que enfatizen el protagonismo del propio ofendido en el proceso de perdonar una ofensa, por encima del peso que puedan tener las características de la ofensa y del ofensor.

En el presente estudio se han presentado los resultados de una primera fase de un proyecto sobre el perdón. En dicho proyecto se tiene por objetivo ampliar la muestra a fin de cubrir una franja más amplia de la población para, con ella, determinar a través de análisis multivariantes cuáles son los factores que están más asociados al perdón y que realmente son discriminantes de la capacidad de perdonar del ser humano y como interaccionan entre ellos.

Referencias

- Ahadi, B. (2009). Situational Determinants of Forgiveness. *Research Journal of Biological Sciences*, 4, 651-655.
- Berry J.W., Worthington E.L., O'Connor, L.E., Parrott L.III. y Wade, N.G. (2005). Forgiveness, vengeful rumination, and affective traits. *Journal of Personality*, 73, 183-225.
- Bono, G., McCullough, M.E. y Root, L.L. (2008). Forgiveness, feeling connected to others, and well-being: Two longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 182-195.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1999). *MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*. (Adaptación española realizada por A. Avila-Espada y F. Jiménez-Gómez). Madrid: TEA Ediciones.
- Eaton, J. y Struthers, C. W. (2006). The reduction of psychological aggression across varied interpersonal contexts through repentance and forgiveness. *Aggressive Behavior*, 32, 195-206.
- Fehr, R., Gelfand, M.J. y Nag, M. (2010) The road to Forgiveness: A Meta-Analytic Synthesis of Its Situational and Dispositional Correlates. *Psychological Bulletin*, 136, 894-914.
- Hareli, S. y Eisikovits, Z. (2006). The role of communicating social emotions accompanying apologies in forgiveness. *Motivation and Emotion*, 30, 189-197.
- Karremans, J.C., Van Lange, P.A. y Holland, R.W. (2005). Forgiveness and its associations with prosocial thinking, feeling, and doing beyond the relationship with the offender. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 1315-1326.
- Lawler, K.A., Younger, J.W., Piferi, R.L., Jobe, R., Edmondson, K. y Jones, W.H. (2005). The unique effects of forgiveness on health: An exploration of pathways. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 157-167.
- McCullough, M.E., Bellah, C.G., Kilpatrick, S.D. y Johnson, J.L. (2001). Vengefulness: Relationships with Forgiveness, Rumination, Well-being, and the Big Five. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 601-610.
- McCullough, M.E., Fincham, F.F. y Tsang, J. (2003). Forgiveness, forbearance, and time: The temporal unfolding of transgression-related interpersonal motivations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 540-557.

- McCullough, M.E., Rachal, K.C., Sandage, S.J., Worthington, E.L., Brown, S.W. y Hight, T.L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships. II: Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1586-1603.
- Muñoz Sastre, M.T., Vinsonneau, G., Chabrol, H. y Mullet, É. (2005). Forgivingness and the paranoid personality style. *Personality and Individual Differences*, 38, 765-772.
- Strelan, P. (2007). Who forgives others, themselves, and situations? The roles of narcissism, guilt, self-esteem, and agreeableness. *Personality and Individual Differences*, 42, 259-269.
- Ysseldyk, R., Matheson, K. y Anisman, H. (2007). Rumination: Bridging the gap between forgiveness, vengeance, and psychological health. *Personality and Individual Differences*, 42, 1573-1584.

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD LIBRE DE HUMOS EN SALUD MENTAL

**María Frenzi Rabito- Alcón^{*/**}, M^a Aránzazu de la Calle- Prieto^{*},
María Luisa- Torre Burgos^{*}, Leonor Ortiz- Martins^{*},
Julia Torres- Morales^{*} y Javier Correas- Lauffer^{*}**

**Hospital del Henares, España*

***Universidad Autónoma de Madrid, España*

Resumen

Introducción: La dependencia al tabaco es altamente prevalente en pacientes con trastornos mentales graves, tales como la depresión (60%) o la esquizofrenia (65-90%) y el hábito tabáquico se mantenía durante los ingresos en las Unidades de Psiquiatría, hasta la implementación de Unidades Libres de Humo (ULH). En el presente trabajo se describe la experiencia llevada a cabo en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del Hospital Universitario del Henares para prohibir totalmente el uso del tabaco en sus instalaciones.

Método: Estudio piloto de tipo descriptivo con un diseño longitudinal de medidas repetidas. Nuestra muestra total estuvo compuesta por 105 (66 hombres y 39 mujeres) con una media de edad de 42,27 años y se establecieron dos grupos de pacientes: uno con intervención con sesiones diarias de psicoeducación sobre el hábito tabáquico ($n = 64$) y uno control sin intervención ($n = 41$). En el ingreso se les administraron el Test de Richmond (TR) que mide el nivel de motivación para el dejar de fumar y el Test de Frageström (TF) para medir el nivel de dependencia a la nicotina. Al alta, se les volvió a administrar el TR para ver los cambios en la motivación a los dos grupos. **Resultados:** Hubo un incremento casi 5 veces mayor de la motivación al alta en el grupo de intervención respecto al grupo control (incremento de 0,71 y 0,16 respectivamente), sin embargo, no hay diferencias estadísticamente significativas en la motivación al alta en función del grupo de pacientes según la prueba T para muestras independientes ($0,687 > 0,005$), aunque hay que tener en cuenta que se produjeron un gran porcentaje de valores perdidos. **Conclusiones:** A modo de conclusión, parece ser que si que hay un incremento de motivación en el grupo de intervención que tiende a ser más significativa a medida que aumentamos la muestra.

Palabras clave: tabaquismo, unidades de hospitalización de psiquiatría, educación para la salud, pacientes hospitalizados.

EXPERIENCE OF A NON SMOKING MENTAL HEALTH WARD**Abstract**

Introduction: The tobacco dependence is highly prevalent in patients with severe mental disorders such as depression (60%) or schizophrenia (65-90%) and smoking during hospitalization remained in Psychiatric Units until the implementation of Smoke-Free Units (ULH). This paper describes the experiment conducted in Brief Hospitalization Unit of Psychiatry, Hospital Universitario del Henares to totally ban the use of smoking in their facilities. **Method:** Descriptive pilot study with a longitudinal design with repeated measures. Our total sample consisted of 105 (66 men and 39 women) with a mean age of 42.27 years and there were two groups of patients: one with daily sessions of intervention with psychoeducation about smoking ($n = 64$) and a control group without intervention ($n = 41$). On admission were administered the Test of Richmond (TR) that measures the level of motivation to quit and

Frageström Test (TF) to measure the level of nicotine dependence. At discharge, they returned to manage the TR to see the changes in motivation between the two groups. **Results:** There was an increase of almost 5 times in motivation at discharge in the intervention group comparing the control group (increase of 0.71 and 0.16 respectively), however, we found no statistically significant differences in the motivation at discharge depending on the group of patients according to the T-test for independent samples ($.687 > .005$), although it should be noted that there were a large percentage of missing values. **Conclusions:** In conclusion, it seems that if there is an increase of motivation in the intervention group that tends to be more significant as we increase the sample.

Key words: Smoking, psychiatric ward, health education, inpatients.

Introducción

Los pacientes con trastornos mentales graves tienen una prevalencia de consumo de tabaco mayor que la población general (Etter y Etter, 2007; Iglesias, López y Alonso, 2008; McNeil, 2004; Williams, 2007) y tienen más dependencia al tabaco que otros pacientes. Hay varias explicaciones que contribuyen a esta situación (Etter y Etter, 2007): los pacientes psiquiátricos pueden automedicarse con el tabaco para controlar su estado de ánimo o fuman para compensar los efectos secundarios a los medicamentos antipsicóticos. El hábito de fumar tabaco es un problema grave de salud que se asocia con importantes morbilidad y mortalidad en pacientes con patología psiquiátrica.

Los pacientes con problemas graves de salud mental tienen un mayor riesgo de muerte prematura que la población general. Un estudio reciente de una muestra representativa de 8.000 adultos encontró que en los finlandeses con trastorno mental se predecía un riesgo elevado de muerte por enfermedad cardiovascular, cardiopatía coronaria, enfermedades respiratorias y el suicidio (McNeil, 2004).

Además, las personas con problemas de salud mental pueden gastar una gran parte de sus ingresos en tabaco. Esto puede ser un problema adicional a tener en cuenta ya que, muchas personas con problemas de salud mental viven con unos ingresos bajos, y el dinero que gastan en tabaco no está disponible para gastarlo en ropa, actividades de ocio y las posesiones personales que podrían ayudar a mejorar su calidad de vida.

En Estados Unidos, la Asociación Americana de Psiquiatría publicó en 1995 una guía que recomienda el tratamiento del hábito de fumar en pacientes psiquiátricos (McNeil, 2004). El tratamiento para dejar de fumar, por un lado, se ve dificultado por la escasa motivación que presentan los propios pacientes, muchas veces debido a los mitos que hay en torno al tema: “el consumo de tabaco es una forma de automedicación para los enfermos psiquiátricos”, “éstos no tienen interés en dejar de fumar”, o bien “son incapaces de dejar de fumar” entre otros. Sin embargo, en un estudio reciente (Asthon, Rigby y Galletly, 2013) sobre la motivación para dejar de fumar en pacientes con enfermedad mental se concluyó muchos fumadores que viven con enfermedades mentales graves están preocupados por el impacto del consumo de tabaco en la salud y en su economía y están motivados para hacerle frente e indican que programas de tratamiento de grupo diseñados específicamente para estas personas pueden lograr buenas tasas de abandono y deben ser de fácil acceso para todos los fumadores con enfermedad mental. Por otro lado, a veces el tratamiento para dejar de fumar también se ve dificultado por el escaso interés que demuestra el personal clínico que les atiende en

abordar y promover el abandono tabáquico (Sendra- Gutiérrez, Casanova y Vargas, 2012).

Desde hace algunos años, en Europa se ha ido planteando la necesidad de la limitación del uso del tabaco en los centros sanitarios, incluidos los de Salud Mental. Sin embargo, la opción de prohibir el consumo de tabaco en unidades de hospitalización de salud mental ha ocasionado ideas controvertidas (Villagrán, González, García y Fernández, 2013). Por un lado, la idea de que los pacientes de salud mental fuman por necesidad, por lo que su deshabituación al ingreso podría producir un aumento de la psicopatología. Por otro lado, la aparición de nuevos síntomas que podrían confundir el cuadro clínico previo y podría producirse un aumento de los niveles plasmáticos de psicofármacos con el consiguiente riesgo de toxicidad. Además, se plantean la posibilidad de varias dificultades a la hora del ingreso en la unidad de hospitalización de un paciente psiquiátrico: el paciente podría oponerse a ingresar al no poder fumar en la unidad de hospitalización u ocasionar altas voluntarias prematuras.

Por el contrario, ni la reducción del consumo de cigarrillos ni la abstinencia parecen afectar de manera adversa al funcionamiento psiquiátrico. En esta línea, se ha encontrado que dejar de fumar mejora la depresión y los síntomas de ansiedad (Thorsteinsson et al., 2001) y los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (Evins et al., 2005). Hay otros estudios que no han encontrado cambios clínicos a la hora de dejar de fumar (Currie et al., 2008).

Para facilitar la abstinencia de los pacientes, las guías actuales de tratamiento (Batra, Friederich y Lutz, 2009; Becona, 2007; Costa, 2008; McNeil, 2004) recomiendan la combinación de técnicas psicoterapéuticas (pautas cognitivo-conductuales, entrevista motivacional, etc.) junto con apoyo farmacológico como la terapia sustitutiva de nicotina.

En 2010 se aprueba la ley 42/ 2010 que incluía a las Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría como espacios libres de humos tal y como lo era ya anteriormente el resto del Hospital. Se ha mantenido la posibilidad de espacios exclusivos para fumar tabaco en las Unidades de Larga y Media Estancia de Psiquiatría. En la Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario del Henares se planteó un programa de intervención en línea con las guías actuales para facilitar la abstinencia nicotínica de los pacientes que ingresaban en la unidad mientras permanecieran en la Unidad y con el objetivo de mantener la abstinencia al alta o lograr al menos una reducción del consumo.

Método

Participantes

Nuestra muestra la componen los pacientes que ingresaron entre el 1 de enero del 2012 y el 30 de noviembre del 2012 en la Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario del Henares. En total son 105 sujetos (66 hombres y 39 mujeres) con una edad media de 42 años. Se hicieron dos grupos, un grupo de intervención compuesto por 64 pacientes que participaron en el programa psicoeducativo para dejar de fumar durante su ingreso y tuvieron la opción de terapia sustitutiva de nicotina en forma de parches. La dosis de los parches se establecía de acuerdo al nivel de dependencia de nicotina que presentaba el paciente establecida por la puntuación en el Test de Frageström al ingreso. Si la dependencia era leve, se

administraba 7mg, si la dependencia era moderada, 14mg y por último, si la dependencia era alta se administraban parches de 21mg. Y un grupo control formado por 41 pacientes que no participó en el programa psicoeducativo ya que, su periodo de ingreso coincidió con los meses de vacaciones y por motivos de organización no fue posible continuar con el programa en la unidad.

Materiales/instrumentos utilizados

Estudio piloto de tipo descriptivo con un diseño longitudinal de medidas repetidas. El programa psicoeducativo consta de 10 sesiones de 30-45 minutos/día integrado por 5 módulos con contenidos sobre información sobre fumar, tolerancia y síndrome de abstinencia, estrategias cognitivo- conductuales, relajación, educación nutricional y hábitos de vida saludable y prevención de recaídas. El material se elaboró siguiendo las directrices de programas con evidencia empírica y las guías clínicas actuales para el tratamiento de la deshabituación al tabaco (Becoña, 2007; Costa, Moreno, Sánchez- Vegazo y Ayllón, 2008; McMeil, 2004).

En el ingreso se les administraron el Test de Richmond (TR) que mide el nivel de motivación para el dejar de fumar y el Test de Frageström (TF) para medir el nivel de dependencia a la nicotina. Al alta, se les volvió a administrar el TR para ver los cambios en la motivación a los dos grupos.

Resultados

Por un lado, del grupo de intervención se obtuvieron 59 TR y TF al ingreso y de los mismos sujetos se pudieron obtener 39 TR al alta del ingreso. La puntuación media que se obtuvo en el TR fue 3,83 y en el TF 6,25 de al ingreso. Al alta, la media del TR se incrementó un 0,71 siendo 4,54. Por otro lado, en el grupo control se obtuvieron 35 TF y 36 TR con una puntuación media de 6,20 y 4,42 respectivamente. Al alta fueron recogidos 19 TR de este grupo con una media de 4,26, por lo que el incremento en motivación para dejar de fumar fue 0,16 tras el ingreso.

De los datos anteriores podemos observar que hubo un incremento casi 5 veces mayor de la motivación al alta en el grupo de intervención respecto al grupo control (incremento de 0,71 y 0,16 respectivamente), sin embargo, no hay diferencias estadísticamente significativas en la motivación al alta en función del grupo de pacientes según la prueba T para muestras independientes ($0,687 > 0,005$), aunque hay que tener en cuenta que se produjeron un gran porcentaje de valores perdidos.

En último lugar se realizó un análisis de regresión para ver si hubo relación entre el nivel de dependencia y de motivación en el momento del ingreso. En este análisis la significación fue $1,66 > \alpha ,005$ por lo que no encontramos relación.

Discusión/conclusiones

Coincidiendo con el resultado de otros estudios (Etter y Etter, 2007) parece ser que la prohibición de dejar de fumar en unidades de salud mental acaba siendo bien aceptada por los pacientes y el personal pese a los miedos previos a la implantación de la ley.

En el grupo de intervención se incrementó la motivación más que en el grupo que no recibió las sesiones de psicoeducación sobre la deshabituación tabáquica. Aunque una inferencia con los datos que tenemos hasta ahora no es significativa, parece

ser que sí que hay un incremento de motivación en el grupo de intervención que tiende a ser más significativa a medida que aumentamos la muestra.

Dentro de las limitaciones de este estudio hay que mencionar la pérdida de muchos valores de TR al alta del ingreso y que no se contempla las diferencias individuales en la intervención psicoterapéutica.

Como líneas de acción futura planteamos hacer un seguimiento de las personas que se hayan propuesto seguir la deshabituación una vez que han sido dados de alta, decrementar el número de valores perdidos de TR al alta estandarizando la recogida de datos junto con los procedimientos ya existentes que se desarrollan de forma protocolaria al alta del paciente.

Referencias

- Asthon, M., Rigby, A. y Galletly, C. (2013). What do 1000 smokers with mental illness say about their tobacco use?. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(7), 631- 636.
- Batra, A., Friederich, H. M. y Lutz U. (2009). Treatment of tobacco dependence: a responsibility of psychiatry and addiction medicine. *Der Nervenarzt*, 80(9), 1022- 9.
- Becoña, E. (2007). *Programa para dejar de fumar*. Galicia: Nova Edicions S.L.
- Costa, M., Moreno, J. J., Sánchez- Vergazo, E y Ayllón J. L. (2008). *¡Dispuestos a dejar de fumar! Cómo hacerlo fácil*. Recuperado el 22 enero del 2013 de <http://www.madridsalud.es/pdfs/GuiaDEJARdeFUMAR.pdf>
- Currie, S.R, Karltn, J., Lussier D., de Denus, E., Brown, D. y El- Guebaly, N. (2008). Outcome from a community-based smoking cessation program for persons with serious mental illness. *Community Ment Health Journal*, 44(3), 187-194.
- Etter, M. y Etter, J. M. (2007). Acceptability and impact of a partial smoking ban in a psychiatric hospital. *Preventive Medicine*, 44, 64-69.
- Evins, A. E., Cather, C., Deckersbach, T., Freudenreich, O., Culhane, M. A., Olm- Shipman, C. M., Henderson, D. C., Schoenfeld, D. A., Goff, D. C. y Rigotti, N. A. (2005). A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(3), 218-225.
- Iglesias, C., López, G. y Alonso, M. J. (2008). Efectos de la prohibición de fumar en una unidad de hospitalización psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(1), 60-62.
- McNeil, A. (2004). *Smoking and patients with mental health problems*. London: Health Development Agency. Recuperado el 14 de enero del 2013 de http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/smoking_mentalhealth.pdf
- Sendra- Gutiérrez, J. M., Casanova, B. Y Vargas, M. L. (2012). Tabaquismo y trastorno mental grave: conceptualización, abordaje teórico y estudios de intervención. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (116), 707-722.
- Thorsteinsson, H. S., Gillin, J. C., Patten, C. A., Golshan, S., Sutton, L. D., Drummond, S., Clark C. P., Kelsoe, J. y Rappaport M. (2001). The effects of transdermal nicotine therapy for smoking cessation on depressive symptoms in patients with major depression. *Neuropsychopharmacology*, 24(4), 350-358
- Villagrán, J. M., González, F., García, M. J. y Fernández, E. (2013). Análisis de la experiencia de prohibir el uso de tabaco en la Unidad de Agudos del Hospital de Jerez. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 11-34.
- Williams, A. (2007). Smoke- free mental health units. *British Journal of Psychiatry*, 190, 449-450.

SEXUALIDAD EN EL VARÓN AFECTADO DE LESIÓN MEDULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

María José Lara-García, Hélade María Verdet-Martínez,
Patricia Navarro Gómez y María Pilar Arnal Val

H.U.P. LA FE, Valencia, España

Resumen

Introducción: La lesión medular es un suceso estresante cuya aparición produce muchos cambios en la vida de la persona y requiere de un proceso de adaptación. Los individuos con lesión medular siguen expresando deseo sexual y manteniéndose sexualmente activos. Es frecuente la disminución del deseo, frecuencia y satisfacción sexual. Retomar la vida sexual constituye una de sus prioridades, manifestando como principal razón para ello la necesidad de intimidad. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es ilustrar la vivencia de la sexualidad en el varón afectado de lesión medular así como su posible tratamiento psicológico. **Método:** Varón de 34 años que acude a psicóloga clínica derivado por Unidad de Lesionados Medulares por presentar ánimo disfórico secundario a la disfunción sexual y reproductiva que padece tras lesión parcial de raíces de cola de caballo. Esta lesión supone ausencia de erección refleja, sensación de orgasmo y eyaculación y problemas de fertilidad. Con pareja desde hace dos años, dispuesta a colaborar en el tratamiento. Previamente derivado a Unidad de Infertilidad, la intervención psicológica fue dirigida a desarrollar una concepción de la sexualidad en sentido amplio, no reduciéndola a genitalidad y a coito, contribuyendo a ello las técnicas de focalización sensorial y de reestructuración cognitiva. Además se trabajaron aspectos de la relación de pareja para fomentar la cohesión e intimidad. **Resultados:** La colaboración de la pareja, además de ser una fuente de apoyo social y emocional, posibilitó la exposición. Progresivamente se evidenció una mayor satisfacción sexual así como la sensación que al mejorar la función sexual su estado de ánimo y calidad de vida también mejoró. **Conclusiones:** Los estudios y la experiencia clínica demuestran que, una vez retomada la actividad sexual, la mayoría de los individuos califican su vida sexual como satisfactoria.

Palabras clave: Sexualidad, lesión medular, varón, psicología de la salud, psicoterapia.

SEXUALITY IN MALE AFFECTED BY A SPINAL CORD INJURY. A CASE- STUDY

Abstract

Introduction: Spinal cord injury is a stressful event that requires a major life readjustment. Individuals with Spinal cord injury feel sexual desire and they can be sexually active. A temporary decrease of sexual desire, satisfaction or frequency can be expected after a spinal cord injury. However, restart sexual life seems to be a priority in men with spinal cord injury, among other reasons, to ensure the need of intimacy. **Objectives:** The aim of this paper is to illustrate the experience of sexuality in spinal cord injury affected male and its possible psychological treatment. **Method:** 34-year-old man who comes to clinical psychologist referred by Spinal Injuries Unit. He presents a dysphoric mood due to sexual and reproductive dysfunction suffering after "horse's tail" injury. Damage to nerves roots in the sacral area can cause erectile dysfunction, anejaculation, absence of orgasm and infertility. He maintains a relationship for two years, his partner wants to collaborate in the treatment. Previously referred

to Infertility Unit, the psychological intervention was directed to develop a broad conception of sexuality, contributing to achieve this goal the sensate focus techniques and cognitive restructuring. Couple therapy was used to promote cohesion and intimacy. **Conclusions:** Research and clinical experience show that individuals who resume sexual activity after spinal cord injury are sexually satisfied.

Keywords: Sexuality, spinal cord injury, male, health psychology, psychotherapy.

Introducción

La Lesión Medular es la discapacidad física adquirida que más atención ha recibido, siendo objeto de más observación, investigación y de mayor número de publicaciones (Aguado y Alcedo, 1995). Brucker (1983) definió la lesión medular como: “una *conmoción, compresión, laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión. El daño puede implicar la ausencia del control voluntario de los músculos esqueléticos, la pérdida de sensación y la pérdida de función autonómica. El alcance de tales pérdidas depende del nivel de la lesión y de la cantidad de daño neural residual*”. Así pues, la lesión en la médula espinal produce diversas alteraciones orgánicas y fisiológicas. Las secuelas de la lesión pueden alterar la movilidad voluntaria, el control de esfínteres, la sensibilidad, la respuesta sexual y el funcionamiento del sistema de Sistema Nervioso Autónomo. Estos cambios afectan al individuo de manera global, por lo que la lesión medular puede considerarse un suceso estresante cuya aparición produce muchos cambios en la vida de la persona y requiere un proceso de adaptación.

LA NATURALEZA ESTRESANTE DE LA LM		
	Dimensiones del suceso estresante	Respuesta
Múltiples Fuentes de estrés	• Cambios orgánicos y fisiológicos. • Entorno hospitalario y tratamientos médico-rehabilitadores. • Entorno socio-familiar.	Impacto Multidimensional
Naturaleza mixta del suceso estresante	• <u>Suceso vital</u> (afectación severa con grandes cambios). • <u>Estrés diario</u> (molestias en el desempeño de las actividades de la vida diaria).	Respuesta Individual de ansiedad
Dimensión Objetiva y subjetiva	• Pérdida objetiva de movilidad, sensibilidad y funcionalidad. • Valoración subjetiva de la pérdida (significado personal de la discapacidad).	
Eje temporal: Fase aguda		Fase crónica o de larga evolución

Figura 1. La naturaleza estresante de la lesión medular (tomado de Rueda y Aguado, 2003).

La lesión medular, como enfermedad crónica, con frecuencia se asocia disfunciones sexuales. En estas alteraciones de la sexualidad influyen factores tanto físicos, como psicológicos. Los factores físicos incluyen los derivados de la propia enfermedad y los tratamientos empleados. Entre los factores psicológicos pueden

aparecer problemas de autoestima, de ansiedad, y sobre todo de depresión (Oliver, 2008).

La investigación sobre sexualidad en lesionados medulares ha evolucionado muy poco a lo largo de las últimas décadas, pese a constituir un aspecto relevante y de vital importancia en el proceso de adaptación a la lesión medular (Carenas y Aguado, 2008). Atendiendo a cuestiones de género, existe un mayor número de publicaciones referidas a varones afectados; éstas suelen centrarse en aspectos relacionados con la respuesta y la satisfacción sexual. Los estudios evidencian que los individuos con lesión medular siguen expresando deseo sexual y manteniéndose sexualmente activos; a pesar de que es frecuente una disminución inicial del deseo, frecuencia y satisfacción sexual. No obstante, parece que retomar la vida sexual constituye una de las prioridades en los varones afectados y que la principal razón para la búsqueda de actividad sexual es la necesidad de intimidad (Castillo y Tapia, 2012). El abordaje de la sexualidad durante el proceso de rehabilitación es escaso, pese que los aquejados expresan la necesidad de trabajar principalmente aspectos relacionados con el mejoramiento de las relaciones sexuales genitales y de pareja, así como de la autoestima (Chacón, 2009). Los estudios demuestran que una vez retomada la actividad sexual, la mayoría de los individuos califican su vida sexual como satisfactoria (Castillo y Tapia, 2012).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es ilustrar la vivencia de la sexualidad en el varón afectado de lesión medular, así como su posible intervención psicológica, a propósito de un caso.

Método

A continuación se presenta un caso clínico relacionado con el tema de este trabajo, la sexualidad en el varón afectado de lesión medular. Se expondrá siguiendo los siguientes epígrafes: identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema, análisis y descripción de las conductas problema, metas de tratamiento, selección del tratamiento, aplicación del tratamiento, evaluación de la eficacia del tratamiento y seguimiento.

Identificación del paciente

Varón de 34 años, natural de Madrid. Soltero y sin hijos, mantiene una relación de pareja desde hace 2 años con la cual convive desde el inicio de la relación en una vivienda en propiedad. Cursó estudios primarios y trabaja en el sector de la construcción. Es el mediano de tres hermanos, todos varones. Mantiene buena relación con su familia de origen y con su familia política. Adecuada red de apoyo social.

Análisis del motivo de la consulta

Acude a psicóloga clínica derivado por Unidad de Lesionados Medulares por presentar estado de ánimo disfórico secundario a la disfunción sexual y reproductiva que padece, tras sufrir una lesión medular de raíces de cola de caballo en el contexto de un accidente laboral.

Historia del problema

El paciente ingresa en Unidad específica de Lesionados Medulares tras politraumatismo por precipitación por caída desde gran altura mientras desempeñaba su trabajo habitual. Fue diagnosticado de lesión parcial de raíces de cola de caballo.

Desde la Unidad de Rehabilitación se realizó interconsulta a psiquiatría y psicología clínica dada la gravedad del cuadro. En la exploración del estado mental destacaba un humor lábil, con reactividad emocional preservada y adecuada, congruente con su estado físico. Se mostraba preocupado por el pronóstico de sus lesiones y expresaba sentimientos de culpa por no haber tomado las medidas de seguridad necesarias. Asimismo, aquejaba insomnio de tres fases y dolor resistente al tratamiento analgésico que requirió de tratamiento psicofarmacológico. Estos síntomas cesaron durante el primer mes de ingreso, encontrándose el paciente psicopatológicamente asintomático. Recibió durante cinco meses un programa de rehabilitación integral con la finalidad de optimizar y potenciar al máximo sus capacidades de cara a su pleno funcionamiento y su reinserción en la sociedad. Su evolución fue muy positiva y fue dado de alta con un buen nivel de funcionalidad. Se decidió seguimiento con psicología clínica para valorar adaptación en el domicilio y trabajar preocupaciones relacionadas con el área sexual y de pareja.

Análisis y descripción de las conductas problema

El paciente presentaba múltiples temores y conductas de evitación. Así pues, existía la creencia irracional de poder generar una lesión mayor en la médula si realizaba algún movimiento inadecuado al intentar retomar la actividad sexual. Asimismo también presentaba un miedo excesivo a experimentar de nuevo clínica de dolor asociada a las relaciones sexuales. Por otro lado, creía firmemente en la imposibilidad de retomar una vida sexual activa y temía que su pareja lo abandonara por este motivo. Frecuentemente presentaba rumiaciones y pensamientos intrusivos relacionados con la posibilidad de ruptura sentimental y con la dificultad de poder encontrar una nueva pareja dadas las secuelas de su lesión médica.

Todas estos temores inmovilizaban al paciente, quien a pesar de mantener activo su deseo sexual, se veía incapaz de retomar cualquier actividad erótica. Esta evitación fue acompañada de cierto distanciamiento de la pareja, tratando el paciente de no propiciar cualquier acercamiento que pudiera ser interpretado como sexual. Estas conductas problemas generaban intensos síntomas de ansiedad y un bajo estado de ánimo que interferían de manera significativa en la vida del paciente y en el buen funcionamiento de pareja.

Establecimiento de las metas del tratamiento

El tratamiento fue dirigido en un primer momento a facilitar la expresión emocional, a disminuir la ansiedad, fomentar emociones positivas y a trabajar las principales preocupaciones y temores del paciente. Progresivamente se fijaron como metas del tratamiento el aprendizaje de una nueva forma de sexualidad y retomar una vida sexual activa.

Selección del tratamiento más adecuado

Con la finalidad de conseguir los objetivos fijados se utilizaron las siguientes técnicas de intervención: información médica, relajación, psicoeducación,

reestructuración cognitiva, exposición a situaciones temidas y evitadas, técnicas de focalización sensorial e intervención de pareja.

- La información médica fue necesaria para trabajar creencias irracionales relacionadas con la lesión medular y para resolver dudas referidas a los cuidados necesarios en este tipo de lesiones que estaban dificultando el inicio de la actividad sexual.
- La relajación se planteó como necesaria dada la presencia de intensos síntomas de ansiedad, con el objetivo de disminuir los mismos y facilitar la exposición.
- Se eligió la reestructuración cognitiva para trabajar múltiples miedos sin base real que el paciente estaba experimentando y generar un pensamiento más flexible y menos perturbador.
- La exposición se utilizó con la finalidad de que el paciente afrontara determinadas situaciones temidas y evitadas y también para facilitar que la pareja explorara e iniciara una nueva forma de sexualidad.
- La focalización sensorial se planteó como técnica de redescubrimiento de relaciones táctiles satisfactorias así como para favorecer el acercamiento erótico en la pareja.
- La intervención de pareja se propuso para promover la comunicación, la cohesión y la intimidad.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento fue aplicado durante 8 semanas, con frecuencia semanal y una duración aproximada de las sesiones de una hora. Las cuatro primeras sesiones (información, relajación, psicoeducación y reestructuración cognitiva) se realizaron de manera individual y las cuatro restantes fueron realizadas en pareja (psicoeducación sexual, exposición, técnicas de focalización sensorial e intervención de pareja).

Evaluación de la eficacia del tratamiento

En cuanto a los resultados del tratamiento, gradualmente se observó una disminución de la ansiedad ante situaciones sexuales potencialmente ansiógenas, mayor flexibilización de pensamiento y disminución de pensamientos irracionales.

La colaboración de la pareja, además de ser una fuente de apoyo social y emocional, posibilitó la exposición. Con la terapia sexológica se produjo un incremento del conocimiento físico, corporal y erótico en el paciente; así como una vivencia de la sexualidad en sentido amplio, no reducida a genitalidad y a coito. También se promovió el acercamiento y el desarrollo de una actitud positiva en la pareja, caracterizada por el compromiso mutuo, la comunicación, la intimidad y la complicidad.

Progresivamente se evidenció una mayor satisfacción sexual en el paciente así como la sensación que al mejorar la función sexual su estado de ánimo y calidad de vida también mejoró.

Seguimiento

Se realizó un seguimiento a los 3 y a los 6 meses. A los tres meses de seguimiento se mantuvo la mejoría, expresando ambos miembros de la pareja satisfacción con su vida afectiva y sexual. A los seis meses de seguimiento habían iniciado los tratamientos de fecundación asistida para cumplir su deseo previo al accidente de ser padres, proyecto que ambos mantenían con ilusión.

Conclusiones

Los estudios y la experiencia clínica demuestran que una vez retomada la actividad sexual, la mayoría de los individuos califican su vida sexual como satisfactoria. La sexualidad continúa siendo un tema tabú, incluso en ambientes médicos, tema que en muchas ocasiones no es explorado suficientemente en las enfermedades crónicas. Dada la importancia de la sexualidad en la vida de la persona, y teniendo en cuenta la demanda explícita de intervención que realizan los individuos afectados de lesión medular, se plantea la necesidad de que los programas de rehabilitación integral consideren este área como parte fundamental de los mismos, otorgándole la misma importancia que se le otorga a la función motora, a los cuidados básicos y a otras funciones que se ven alteradas con la lesión medular.

Referencias

- Aguado, A.L. y Alcedo, M.A. (1995): Las personas con discapacidad física. En M.A. Verdugo (Ed.), *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 145-184). Madrid: Siglo XXI.
- Aguado, A. y Rueda, B. (2003). Estrategias de afrontamiento y adaptación a la lesión medular. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Brucker, B.S. (1983): Spinal Cord Injuries. En T.G. Burish y L.A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic disease* (pp. 285-311). Nueva York: Academic Press.
- Carenas, L. G. y AGUADO, A. L. (2008). La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Intervención Psicosocial*, 17, 125-141.
- Castillo, J., Tapia, C. (2012). Sexualidad en el lesionado medular: caracterización de la población masculina en control en el Hospital del Trabajador de Santiago, Chile. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22, 32-43.
- Chacón, N. F. (2009). Abordaje de la sexualidad en el proceso de rehabilitación en personas con lesión medular. *Enfermería actual en Costa Rica*, 16, 1-12.
- Oliver, S. (2008). *Sexualidad, lesión medular y vida activa*. Consultado en septiembre, 17. disponible en http://www.imagina.org/archivos/Sexualidad_LM%20y%20Vida_Activa.pdf

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA SOBRE EL PRINCIPAL PREDICTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EN MUJERES

**María Lledó Soriano-Segarra, Beatriz Corbí,
Cristina González-Millán y Loreto Carmona**

Universidad Camilo José Cela, Madrid, España

Resumen

Antecedentes: Durante los últimos 30 años la Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH) se ha utilizado en fisioterapia urogenital con resultados positivos. En la última década, otros efectos han sido corroborados en relación a su práctica. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad entre las mujeres españolas, siendo la circunferencia de cintura (CC) el principal predictor de riesgo cardiovascular. El objetivo del estudio es analizar los efectos de un programa de GAH sobre dicho parámetro observando su coincidencia con las percepciones subjetivas de las mujeres. **Método:** Estudio de intervención aleatorizado, controlado y con evaluador ciego. Las participantes fueron 42 mujeres de 42 años $\pm$ 9 (desviación estándar), divididas en dos grupos de 21. Durante ocho semanas el grupo experimental recibió por semana 3 sesiones de 30 minutos (días alternos). El grupo control siguió con su vida diaria. Antes y después de la intervención se les midió a todas la CC. Tras la intervención se preguntó al grupo experimental su valoración subjetiva sobre cambios percibidos en la faja abdominal y el bienestar general. Se utilizó la t de Student para analizar las diferencias entre grupos. Los resultados se presentan con intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Después de las ocho semanas de intervención el grupo experimental redujo su CC 2,54 cm (95% IC: -1,85 a -3,24; $p < 0,001$), sin encontrar cambios en el grupo control. El 84,2 % del grupo experimental describió cambios positivos en la faja abdominal, coincidiendo con los datos antropométricos obtenidos, el 100% refirió mejoras en su estado general.

Conclusiones: El programa de GAH reduce significativamente la CC. Las mujeres perciben de forma subjetiva mejoras en su faja abdominal y bienestar general. Sin embargo, más estudios son necesarios para corroborar la influencia positiva de la GAH sobre el riesgo cardiovascular en mujeres.

Palabras clave: Circunferencia cintura, riesgo cardiovascular, mujeres, gimnasia abdominal hipopresiva, calidad de vida.

EFFECTS OF AN ABDOMINAL HYPOPRESSIVE TECHNIQUE ON THE MAIN PREDICTOR OF CARDIOVASCULAR RISK ON WOMEN

Abstract: During the past 30 years Abdominal Hypopressive Technique (AHT) has been used in urogenital physiotherapy with positive results. In the last decade, other effects have been verified in relation to this practice. Cardiovascular diseases are the primary cause for mortality in Spanish women, with waist circumference as the main predictor of cardiovascular risk. The aim of the present study is to analyze the effects of an AHT program on the mentioned parameter, by observing its relationship with the subjective perceptions of the women. **Methods:** Randomized Controlled blinded trial with 42 female participants of 42 years $\pm$ 9 (standard deviation), divided in two groups of 21 persons. During eight weeks, the experimental group received three weekly sessions of 30 minutes alternate days while the control group

continued with their daily lives. Before and after the intervention the waist circumference of each participant was measured. Subsequent to the intervention, the experimental group was asked to provide their subjective estimate of perceived changes in the abdominal belt and of their general well-being. Between group comparisons were analyzed with Student's *t*-tests and the results were estimated with a 95% confidence interval **Results:** After eight weeks of intervention the experimental group reduced their waist circumference 2.54 cm (95% CI: -1.85 to -3.24, $p < 0.001$), on average with no changes in the control group. 84.2% of the experimental group described positive changes in the abdominal belt, coinciding with the anthropometric data obtained, and 100% of the experimental group reported improvements in their general condition. **Conclusions:** The AHT program significantly reduced waist circumference. The women perceived subjective improvements in their abdominal belt and in their general well-being. However, more studies are needed to confirm the positive influence of AHT on cardiovascular risk in women.

Keywords: Waist circumference, cardiovascular risk factors, women, abdominal hipopressive technique, quality of life.

Introducción

Cada día la preocupación por tener una buena calidad de vida va en aumento. El equilibrio psico-emocional, la estabilidad socioeconómica y la salud físico-orgánica son los tres pilares en los que se sustenta la calidad de vida, siendo las interacciones entre ellos, no solo aconsejables, sino necesarias. La práctica sistemática de ejercicio físico está considerada uno de los principales factores condicionantes de la calidad de vida (Brown et al., 2004) siendo especialmente relevantes en relación al componente psico-emocional y de bienestar general (Marquez, 1995; Jürgens, 2006).

Para que el ejercicio físico aporte beneficios debe adaptarse a la biomecánica de la persona y a sus necesidades, siendo especialmente importante la tonificación de la faja abdominal por su relevancia en la motricidad humana, en la postura y como principal predictor del riesgo cardiovascular (Janssen, Katzmarzyk y Ross, 2004). Diversos estudios realizados desde mediados del siglo XX hasta nuestros días (Dobbelsteyn, Joffres et Maclean, 2001; Janssen et al., 2004) fueron reafirmando la idea de la correlación entre la circunferencia de la cintura y la aparición de diferentes patologías relacionadas con el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares. La Organización Mundial de la Salud (OMS), como organismo relevante en materia de salud, en 1997 reconoció la circunferencia de la cintura como el mejor indicador de riesgo cardiovascular estipulando como límite patognómico una medida de más de 88 cm. para las mujeres y más de 102 cm. para los hombres (Grundi et al., 2005).

En la actual sociedad europea, caracterizada por el sedentarismo y el estrés, las lesiones musculares y las alteraciones fisiológicas encabezan la lista de disfunciones. Las primeras constituyen una de las principales causas de morbilidad y baja laboral debido, principalmente, a las malas posturas y a la hipotonía muscular. Y entre las segundas las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad entre las mujeres españolas (Banegas, Villar, Graciani y Rodríguez-Artalejo, 2006) por lo que resulta especialmente relevante estudiar los factores sobre los que podemos actuar para disminuir su prevalencia. Así mismo, está demostrada la relación entre el sedentarismo, el estrés y los problemas emocionales (Espinosa, García-Vera y Sanz, 2012; Reinoso Barbero, Bandrés Moya, Santiago Dorrego y Gómez-Gallego, 2006).

En este marco de búsqueda de una actividad física preventiva eficaz se engloba la Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH) que puede definirse como una actividad física que, respetando las características biomecánicas de las mujeres, mejora determinados parámetros de salud. Su realización provoca una tonificación de la faja abdominal sin perjudicar el suelo pélvico, incluso aumentando su tono y funcionalidad (Esparza, 2007).

El objetivo del estudio es analizar el efecto de la GAH sobre una población sedentaria en el parámetro antropomórfico considerado principal predictor del riesgo cardiovascular: la circunferencia de cintura. Así mismo, nos resulta de gran importancia relacionar los resultados mensurables obtenidos en la toma de datos con las percepciones que las mujeres describen de su cuerpo y de su sensación de bienestar general tras la realización del programa de ejercitación, lo que puede favorecer la adherencia al ejercicio y mejorar su autoestima.

Método

Diseño

Se llevó a cabo un estudio de intervención aleatorizado, controlado y con evaluador ciego de 2 meses de duración.

Participantes

Se invitó a sujetos de dos centros municipales a participar. Para ser elegibles debían ser 1) mujeres, 2) entre 21 y 65 años de edad, 3) que no practicaran actividad física más de 2 días por semana, 4) no estuvieran embarazadas y 5) no sufrieran hipertensión arterial. Una vez confirmada su participación voluntaria, fueron aleatorizadas al grupo de gimnasia o al control por un investigador externo. La aleatorización fue estratificada por edad ≥ 45 y menor de 45 para conseguir tamaño muestral suficiente en ambos grupos.

Los investigadores de este estudio se acogieron en todo momento a las recomendaciones de la Declaración de Helsinki. El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Camilo José Cela aprobó el estudio y se solicitó el consentimiento informado a todas las participantes.

Materiales/instrumentos

Ambos grupos fueron sometidos a una toma de datos basal y a los dos meses (pre y post intervención). El evaluador era personal técnico que desconocía el grupo de asignación de las mujeres.

La eficacia se definió como una mejoría significativa en el cambio de los parámetros antropométricos entre los dos grupos. La CC se midió siguiendo las normas del grupo español de cineantropometría (GREC) con una cinta métrica *Harpender Anthropometric Tape de Holtain Ltd.* Los sujetos del grupo experimental rellenaron un cuestionario con 20 ítems, creado exprofeso para la investigación, para conocer los cambios subjetivos relativos a la percepción de su propio cuerpo (faja abdominal, suelo pélvico, postura) y del grado de bienestar general, tras la fase de intervención.

Procedimiento

La intervención consistió en un programa de Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH) realizado durante 8 semanas, tres días alternos por semana según la disponibilidad de espacios en la Casa de la Mujer y del servicio médico del patronato de deportes de la ciudad de Alcobendas. Las sesiones tuvieron una duración de 30 minutos efectivos de trabajo. Se realizaron un total de 24 sesiones prácticas. La primera semana se dedicó al aprendizaje de la técnica. La segunda semana realizaron una serie completa y rítmica de 10 posturas variadas que se realizaron acompañadas de apnea espiratoria. El programa de intervención fue desarrollado por una experta acreditada en el método Hipopresivo.

El control consistió en la no-intervención. A las participantes asignadas al grupo control se les dio una sesión explicativa y se les indicó que realizaran su actividad habitual.

Para el análisis estadístico los grupos fueron descritos en sus características basales mediante medidas de tendencia central y comparados mediante chi-cuadrado y t de Student dependiendo del tipo y distribución de la variable, previa comprobación de normalidad en variables continuas. La medida de la eficacia es la diferencia entre grupos y la hipótesis nula de no diferencia fue comprobada mediante t de Student. Los resultados se muestran con intervalo de confianza del 95%.

Resultados

De la población elegible, finalmente se logró reclutar a 42 mujeres que fueron aleatorizadas a 21 por grupo. Todas fueron seguidas durante el tiempo establecido y no hubo pérdidas. La edad media de las participantes fue de 42 años $\pm$ 9 (desviación estándar), el peso medio de 60,5 $\pm$ 9,9 Kg y la altura media de 162,3 $\pm$ 6,6 cm. No había diferencias significativas ni relevantes entre grupos en la medición basal en ninguna de las variables.

Después de las ocho semanas de intervención el grupo experimental redujo su CC en 2,54 cm (95% IC: -1,85 a -3,24; $p < 0,001$), sin encontrar cambios en el grupo control. La diferencia entre grupos fue de -3,39 cm (-4,35 a -2,43; $p < 0,001$) a favor del grupo de intervención. Así mismo, en lo que respecta a los resultados de las valoraciones subjetivas reflejadas en el cuestionario, el 84,2 % del grupo experimental describió una percepción de cambios positivos en la faja abdominal, coincidiendo con los datos antropométricos obtenidos, mientras que el 100% refirió mejoras en su estado de bienestar general

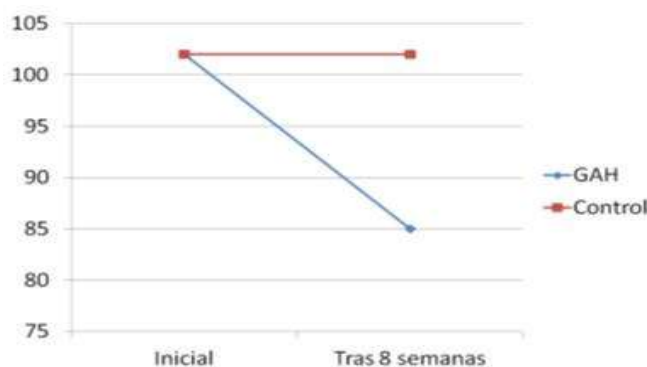


Figura 1. Disminución CC en ambos grupos

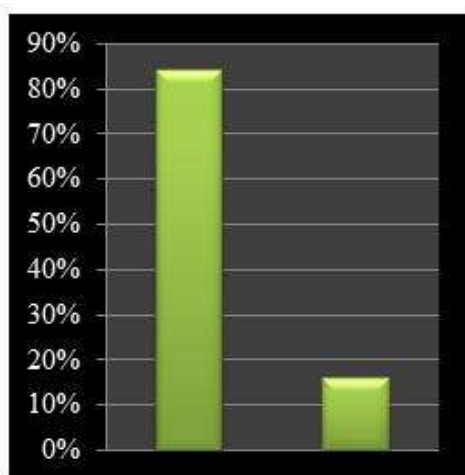


Figura 2. Reducción de la CC por antropometría

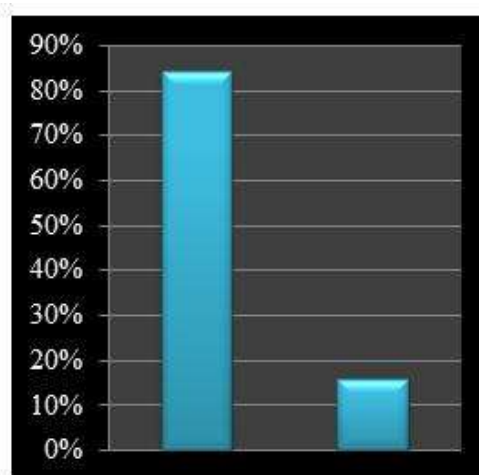


Figura 3. Percepción de la reducción de la CC

Discusión/conclusiones

En el test de medición del perímetro de la cintura se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control. Un factor que determina en gran medida la reducción del perímetro de cintura es el aumento del tono de la faja abdominal. Este aumento del tono abdominal es un elemento fundamental para el mantenimiento de una buena postura que, mejorando la actitud, va a provocar un aumento de la sensación de emociones placenteras y del bienestar general (Muyor Rodríguez, y Ramírez Rodríguez, 2009). También el aumento de la tonicidad del suelo pélvico, como apunta Caufriez et al. (2006), redundará positivamente en el bienestar de las mujeres. La disminución del dolor lumbar fruto de esa tonificación abdominal (Jemmett et al., 2004) aumentará dicha sensación, ya que la disminución del dolor es también un factor fundamental en la mejora de la sensación de bienestar general (Miró, 2003; Moix y Kovacs, 2009).

Resultaría interesante comprobar si junto a la reducción del perímetro de cintura también se produce una disminución del compartimento graso a nivel abdominal y una regulación del perfil lipídico, ya que este es otro factor de riesgo cardiovascular. Sin embargo, resulta especialmente interesante el artículo de Fanghänel et al (2011) en el

que demuestran una relación entre el perímetro de cintura y el riesgo cardiovascular, sin encontrar diferencias significativas en los niveles de colesterol total.

Recientes estudios (Lear, James, Ko y Kumanyika, 2009) parecen indicar diferencias de eficacia de la CC como predictor, según los grupos étnicos. En nuestro caso al ser un grupo de mujeres blancas europeas entraría dentro de los parámetros de relación entre la CC y el riesgo CV mencionados con anterioridad. Pero, en todo caso, Balkau et al. (2007) en las conclusiones del estudio *International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity* (IDEA) mostrando unos resultados que confirmaban que la CC es un factor determinante de la enfermedad cardiovascular y que el evidente aumento en su prevalencia se produce independientemente del IMC, la edad o la zona geográfica.

Para poder afirmar que la GAH tiene efectos beneficiosos y preventivos ante las enfermedades cardiocirculatorias por la disminución de la CC deberíamos realizar un estudio longitudinal y otro tipo de pruebas analíticas complementarias que no resultó posible llevar a cabo en el presente estudio, aunque las planteamos como futura línea de investigación. En el presente estudio no medimos el riesgo cardiovascular sino un parámetro relacionado con el mismo.

Otra futura vía de investigación sería comprobar si el perímetro de cintura correlaciona con una disminución del compartimento graso abdominal por bioimpedancia, y añadiendo al estudio variables psicológicas como el nivel de ansiedad, ira y calidad de vida, ya que sabemos que pueden correlacionar con posible riesgo cardiovascular.

Una limitación del estudio es la no comparación de la GAH con otro tipo de gimnasia placebo durante la fase de intervención.

Como conclusiones reseñar que el entrenamiento con GAH reduce significativamente el perímetro de cintura; los resultados subjetivos reportados por las mujeres coinciden con los datos objetivos de autopercepción recogidos antropométricamente; las mujeres señalan una mejora del 100% en su nivel de bienestar general tras el periodo de ejercitación; la reducción objetiva y la percepción subjetiva de las mujeres mejora su nivel de bienestar general. Aun así más estudios deben ser llevados a cabo para determinar la incidencia de la GAH sobre el riesgo cardiovascular.

Referencias

- Balkau, B., Deanfield, J.E., Després, J.P., Bassand, J.P., Fox, K., Smith, S., Barter, P., Tan, Ch., Van Gaal, L., Wittchen, H.U., Massien, Ch. and Haffner, S. (2007) International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): A Study of Waist Circumference, Cardiovascular Disease, and Diabetes Mellitus in 168 000 Primary Care Patients in 63 Countries. *Circulation. Journal of the American Heart Association*, 116, 1942-1951.
- Banegas, J.R., Villar, F., Graciani, A. y Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 6, 3-12.
- Bo, K., Bratland-Sanda, S. and Sundgot-Borgen, J. (2011). Urinary incontinence among group fitness instructors including Yoga and Pilates teachers. *Neurology and Urodynamics*, 30, 370-373.
- Brown, D. W., Brown, D. R., Heath, G., Balluz, L., Giles, W.H., Ford, E.S. and Mokdad, A.H. (2004). *Associations between Physical Activity Dose and Health-Related Quality of Life. Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36, 890-896.

- Caufriez, M., Fernández-Domínguez, J. C., Fanzel, R. y Snoeck, T., (2006). Efectos de un programa de entrenamiento estructurado de Gimnasia Abdominal Hipopresiva sobre la estática vertebral cervical y dorsolumbar. *Fisioterapia*, 28, 205-16.
- Dobbelsteyn, C.J., Joffres, M.R., Maclean, D.R. and Floweredew, J. (2001). A comparative evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio and body mass index as indicators of cardiovascular risk factors. *International Journal of Obesity*, 25, 652-661.
- Esparza, S. (2007). Gimnasia Abdominal Hipopresiva. En Sepif (Eds.), *Congreso franco español del suelo pélvico y pelviperineología* (p. 12). San Sebastian: País Vasco
- Espinosa, R., García-Vera, M.P. y Sanz, J. (2012). Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 29, 44-49.
- Fanghänel, G., Sánchez-Reyes, L., Félix-García, L., Violante-Ortiz, R., Campos-Franco, E. y Alcocer, L.A. (2011) Impacto de la disminución del perímetro de la cintura en el riesgo cardiovascular de pacientes obesos sujetos a tratamiento. *Cirugía y Cirujanos*, 79, 175-181.
- Gentil-García, I. (2008) Podología preventiva: síndrome de espalda dolorosa en el podólogo. *Revista Internacional de ciencias podológicas*, 2, 39-47.
- González-Badillo, J. J. y Gorostiaga, E. (2002). *Fundamentos del entrenamiento de la Fuerza. Aplicación al alto rendimiento*. Barcelona: Inde.
- Grundy, S., Cleeman, J., Daniels, S., Donato, K., Eckel, R., Franklin, B., Gordon, D., Krauss, R., MD., Savage, P., Smith, S., Spertus, J. and Costa, F. (2005) Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. *Circulation*, 112, 2735-2752.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P.T. and Ross, R. (2004). Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *American Journal Clinical Nutrition*, 79, 379-384.
- Jemmett, R.S., MacDonald, D.A. et Agur, A.R. (2004). Anatomical relationship between selected segmental muscles of the lumbar spine in the context of multi-planar segmental motion: a preliminary investigation. *Manual Therapy*, 9, 203-210.
- Jürgens, I. (2006). Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 6, 62-74.
- Lear, S.A.; James—P.T.; Ko, G.T. and Kumanyika, S. (2010). Appropriateness of waist circumference and waist-to-hip ratio cutoffs for different ethnic groups. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64, 42–61.
- Márquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48, 185-206.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimiento de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moix, J. y Kovacs, F.M. (2009). *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo y conductual del dolor crónico*. Barcelona: Paidós
- Muyor Rodríguez, J.M. y Rodríguez, P. (2009). Estudio de la Escuela de Espalda de la Universidad de Almería. Ejercicio físico, rendimiento y salud laboral. *Actividad Física y Salud*, 14-21
- Reinoso Barbero, L., Bandrés Moya, F., Santiago Dorrego, C. y Gómez-Gallego, F. (2006). Marcadores biológicos emergentes de riesgo cardiovascular en población laboral. *Mafre Medicina*, 17, 25-37.
- Rodríguez-García, P. L. (2008). Ejercicio físico en salas de acondicionamiento muscular. *Bases científico-médicas para una práctica segura y saludable*. Madrid: Panamericana.

PSICOSIS TEMPRANA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Marta Sales-Crespí, Raquel Seijas-Gómez,
Esther Garreta-Canillas y Teresa Jimeno-Beltrán**

Hospital Universitario Son Espases, Islas Baleares, España

Resumen

Antecedentes: se describe el caso clínico de una paciente de 15 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. En este caso se ha realizado intervención farmacológica y psicológica con la menor e intervenciones familiares. Actualmente la adolescente acude de forma regular a consultas intensivas en el hospital de día como dispositivo intermedio entre la Hospitalización y las Consultas Externas. **Método:** Seguimiento de una adolescente de 15 años, que incluyó la descripción de la evolución sintomatológica (mediante entrevistas clínicas periódicas), descripción de la situación familiar y las intervenciones realizadas tanto desde UHB como desde HDD infantojuvenil. **Resultados:** La menor inicio sintomatología prodrómica a los 12 años cuando comienza a presentar dificultades en las relaciones con los iguales, aislamiento, bajo rendimiento escolar y alteración de las relaciones familiares (actitud desafiante, problemas de regulación conductual y manejo de rabia-frustración, conflictos con el padre y principalmente con la pareja de éste). Inicio seguimiento en USMIJ en Junio 2011. Desde Enero 2012 se han producido ocho ingresos hospitalarios, apareciendo en los últimos ideación autolítica. Seguimiento posterior tras cada ingreso en HDDP. Diferentes intervenciones farmacológicas con respuesta parcial de la menor. **Conclusiones:** El presente caso refleja la complejidad que entraña la intervención terapéutica de una menor con esquizofrenia paranoide en la que confluyen múltiples factores de riesgo y en la que la reciente conciencia de enfermedad ha producido un empeoramiento de su estado de ánimo así como ideación autolítica.

Palabras clave: psicosis temprana, esquizofrenia paranoide, adolescencia, intervención psicológica.

EARLY PSYCHOSIS: CASE REPORT**Abstract**

Background: We describe a case of a patient 15 years of age diagnosed with paranoid schizophrenia. In this case, pharmacologic and psychological intervention has been performed with the minor and her relatives. Currently the teenager attends regularly to intensive consultations at the day hospital as intermediate device between hospitalization and outpatient. **Method:** Following a 15-year, which included a description of the evolution symptomatic (periodic clinical interviews), description of the family situation and the interventions both UHB and from HDD for children and adolescents. **Results:** She starts at 12yrs prodromal symptoms when she complained of difficulties in relationships with peers, isolation, poor school performance and impaired family relationships (defiantly behavioural regulation problems with anger management and frustration, conflict with the father and especially with the couple of it). Home monitoring USMIJ in June 2011. Since January 2012 there have been eight hospitalizations appearing in recent suicidal ideation. Subsequent follow up after each HDDP income. Different pharmacological interventions with lower partial response. **Conclusions:** This case illustrates the complexity of therapeutic intervention in a child with paranoid

schizophrenia in which multiple risk factors converge and where the recent awareness of the disease has been a worsening of mood and suicidal ideation.

Keywords: Early psychosis, paranoid schizophrenia, adolescents, psychological intervention.

Introducción

En el siguiente trabajo se describe el caso clínico de una paciente, mujer, de 15 años de edad diagnosticada de esquizofrenia paranoide según criterios DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés Miyar, 2003) que cuenta entre sus antecedentes más relevantes los antecedentes maternos de esquizofrenia paranoide. Asimismo su hermana biológica presenta alteraciones de conducta y rasgos disfuncionales del cluster B de personalidad. La menor inició la sintomatología prodrómica a los doce años y hasta la fecha ha requerido ocho ingresos hospitalarios y dos ingresos de contención.

En este caso se ha realizado intervención farmacológica y psicológica con la menor e intervenciones familiares. Actualmente la adolescente acude de forma regular a consultas intensivas en el hospital de día como dispositivo intermedio entre la Hospitalización y las Consultas Externas.

Cabe atender a que la psicosis temprana, antes de los 18 años de edad, comprende un grupo heterogéneo de sintomatología y que a menudo resulta complicado establecer un buen diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno esquizoafectivo y la psicosis no especificada. Algunos estudios de seguimiento en pacientes con esquizofrenia de inicio temprano destacan la necesidad de realizar un seguimiento de estos pacientes durante, como mínimo un año, con el objetivo de confirmar el diagnóstico o cambiarlo si es preciso. El seguimiento de adolescentes con episodios psicóticos ha confirmado que el diagnóstico de esquizofrenia es, en comparación con los demás trastornos con los que hay que realizar el diagnóstico diferencial, el que tiene una mayor estabilidad temporal. En este caso nos hemos encontrado con esta dificultad añadida dada la gran variabilidad sintomática de la menor, y por eso en algún momento de la evolución del caso se planteó el diagnóstico de Trastorno Bipolar.

Antecedentes familiares

Madre biológica: Diagnosticada de esquizofrenia Paranoide en tratamiento con Palmitato de paliperidona, estable en la actualidad (desde hace 3 años) con buena adherencia terapéutica; historia previa de difícil manejo y múltiples ingresos.

Hermana mayor con problemas de conducta.

Situación familiar

Sus padres están separados desde que la menor tenía un año y medio. Desde que se separaron ha vivido siempre con su padre. Con la madre mantiene contacto esporádico, yéndole a visitar en ocasiones. Actualmente el padre esta casado y la menor convive con la familia reconstituida con ella y tres hijos de la mujer del padre. Hasta hace dos años la hermana biológica convivía con ellos. Describen la convivencia como muy difícil, con alta emoción expresada en la familia, principalmente entre las menores y la nueva pareja del padre lo que genera muchos conflictos entre ellas.

Las dificultades en la convivencia familiar se explican, según la pareja del padre de la paciente, por la negativa de la menor a aceptar las normas del hogar, su rebeldía y

por la intromisión en la vida de pareja. La pareja del padre pasa más tiempo en casa que el padre de la paciente, que está ausente de la vida familiar de forma frecuente debido a sus compromisos laborales. La mayor parte de las discusiones tienen lugar entre la pareja del padre y la menor, en momentos en los que el padre está ausente. Como se comentará en el apartado de Evolución, las alteraciones en esta ámbito están relacionadas, por una parte con la sintomatología de la paciente (y su repercusión en la convivencia); y por otra parte con la disparidad en los estilos educativos del padre y su pareja. A esto añadimos las dificultades propias de la adolescencia.

Evolución sintomatología

Pródromos

A los doce años los padres informan de que la menor inicia problemática conductual y empieza a disminuir su rendimiento escolar.

Explican que empezó a presentar problemas en 1º de E.S.O., en esos momentos sus padres se plantearon que podía ser beneficioso para ella cambiarla de colegio pero no pudieron, su rendimiento escolar empezó a bajar.

Cuando comenzó 2º de E.S.O. se mantuvieron los mismos problemas, hasta que en el segundo trimestre cambiaron de colegio. Al principio fue bien, pero tras un tiempo empezó a manifestar que los compañeros se metían con ella, se burlaban de ella, etcétera. Entonces desde el centro escolar se puso en marcha el protocolo de acoso escolar mejorando mucho la actitud y comportamiento de los compañeros, pero ella empezó a sentirse mal, refería sentirse como "bloqueada, desconfiada de todos", con mucha apatía, tristeza, lentitud y llanto continuo de varios días de evolución, durante todos esos días no acudió a las clases.

Esto se mantiene hasta los trece años. En ese momento los progenitores informan del inicio de suspicacia hacia los familiares, principalmente hacia la nueva pareja del padre, en la historia se describe el inicio de alteraciones del pensamiento de tipo paranoide y los padres empiezan a notarla irritable, con heteroagresividad física y verbal.

A los catorce años aumenta la irritabilidad y la heteroagresividad, principalmente a nivel verbal. Se muestra referencial y mantiene un buen *insight*, su estado de ánimo es bajo por la conciencia de la enfermedad y porque coincide con que todos estos cambios generan la pérdida de su grupo social habitual. Los padres de la menor describen en esta época un "cambio de personalidad".

Inicio consultas externas: Junio 2011

Empeoramiento de la sintomatología conductual. Los padres informan de cambios bruscos en el estado de ánimo, negativa a acudir al colegio y conductas pueriles. Situación familiar: ambiente tenso debido a problemática conductual de las menores, con discusiones frecuentes y estilos parentales educativos dispares. Desde Consultas Externas el objetivo principal de la intervención fue la reducción de la ansiedad y la mejora en su estado de ánimo. No fue posible detectar en este momento la sintomatología positiva y negativa que se manifestaría de forma clara meses después.

Derivación a Hospital de día: Diciembre 2011

Se observa: gran activación emocional por parte de la menor, labilidad, ansiedad generalizada, distorsión de la comunicación llena de interpretaciones negativas autorreferenciales de sus padres, sobretodo hacia la pareja del padre. Muchas de las entrevistas clínicas acaban en discusiones familiares y el padre y su pareja reconocen estar pasando un mal momento en su relación, que explican por las dificultades en la crianza de la paciente. Se realiza intervención orientada a ayudarla a regular su ira y mejorar la comunicación, se realiza intervención orientada a establecer alianza terapéutica e intervenciones a nivel familiar ya que ella misma se perjudicaba con su oposicionismo pueril.

Se detectan aspectos de procesamiento a supervisar, gran activación emocional dificultades en las relaciones, que precisa de una mejor valoración de aspectos de personalidad, y de gestión de su afectividad. Se muestra irritable, lábil, con numerosas ideas sostenidas de que la mujer del padre quiere hacerle daño así como proyección de su responsabilidad y de la culpa. Se objetiva ansiedad generalizada elevada.

En evaluación de rasgos de personalidad realizada (MACI) se objetivan rasgos disfuncionales de Clúster B. Una vez observadas las dificultades de contención familiar, se decide ingresar a la menor en la Unidad de Hospitalización Breve.

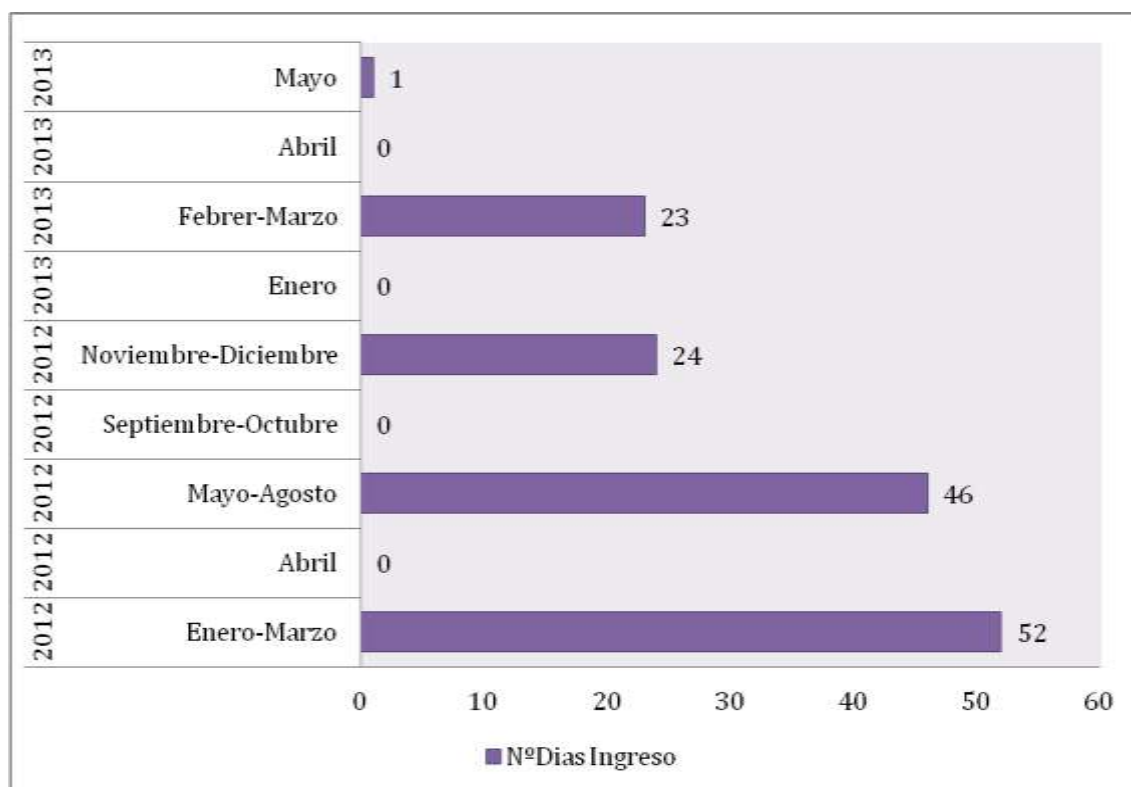
Primer ingreso: Enero 2012

Paciente mujer de 14 años ingresa procedente de hospital de Día por inicio de sintomatología psicótica e ideación autolítica estructurada (Gráfica 1).

- Exploración psicopatológica al ingreso: La paciente se muestra consciente y orientada en las tres esferas. No se objetivan en el momento del ingreso alteraciones del lenguaje ni en tasa, ni en tono ni en forma. Se evidencia ansiedad elevada y contacto psicótico. Destacan las alucinaciones auditivas y las alteraciones del pensamiento: suspicacia y lectura de pensamiento. Presenta ideación autolítica estructurada. Labilidad emocional, abulia, apetito disminuido, insomnio, risas inmotivadas.
- Diagnóstico: OD Trastorno Psicótico a filiar. Se inicia tratamiento farmacológico

Ingresos

Gráfica 1. Evolución ingresos por días.



Gráfica 2. Evolución ingresos hospitalarios.

Como principales desencadenantes de los sucesivos ingresos, en este caso señalamos los siguientes como los más relevantes:

Peor pronóstico de la esquizofrenia temprana: incluimos aquí el deterioro cognitivo (objetivado tanto en entrevistas con la menor como con su ejecución en el WISC-IV (Wechsler, 2007)) y los problemas de manejo familiar (madrastra con alta emoción expresada y padre casi ausente).

Adolescencia como factor de riesgo tanto para la enfermedad como para el impacto vital de la misma.

Intervención psicológica

Se ha trabajado con la menor la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento y hábitos de autocuidados. Asimismo se ha intervenido para lograr una mejor regulación emocional y se han hecho intervenciones familiares.

Intervención farmacológica

Enero 2012

Risperidona 2mg/día durante 15 días. Se sustituye por Aripiprazol 20mg/día por presentar acatisia y temblores. Posteriormente por presentar sintomatología depresiva se añaden ISRS que se mantienen durante un mes y que finalmente deben ser retirados por presentar sintomatología maniforme (principalmente desinhibición conductual).

Febrero-Marzo 2012

Reinició tratamiento con risperidona con remisión prácticamente completa de síntomas positivos a dosis de 6mg/día. Aparición de galactorrea en Septiembre por lo que se decide reducir dosis a 4mg/día y monitorizar. Se retira Depakine por aumento de apetito.

Octubre 2012

Por presencia de sintomatología ansiosa, inicio de sintomatología depresiva y negativa a acudir a colegio se reinician ISRS (Escitalopram 5mg/día) supervisando la posible aparición de síntomas maniformes.

Noviembre 2012

Se decide aumentar la dosis de Escitalopram a 10mg/día e iniciar paliperidona por menor perfil de efectos secundarios.

Diciembre-Abril 2013

Va aumentando dosis de Paliperidona, se retiran finalmente los ISRS y se añade Lorazepam y Quetiapina.

Actualidad

Xeplion 150mg/im + Quetiapina Retard 50mg (0-0-2)+Lorazepam 1mg si ansiedad.

Evaluación capacidad cognitiva

Gráfica 3. Deterioro en el rendimiento de la menor en el WISC-IV.

En la última aplicación la paciente se mostró colaboradora durante la realización de los subtests, se detallan a continuación los resultados (Gráfica 3).

Obtiene un CIT de 78, situándose en la categoría promedio bajo/punto débil normativo. Todos los índices son interpretables y unitarios. No existen puntos fuertes ni débiles personales.

La puntuación obtenida en Comprensión Verbal (80, Pc 9) es la más baja de todas y constituye un punto débil normativo. Este índice mide razonamiento verbal,

formación de conceptos, adquisición de información general y comprensión sociales. En comparación con las puntuaciones del WISC-IV (Wechsler, 2007) administrado en Octubre de 2010, la puntuación en Comprensión Verbal es en la que se ha observado una mayor bajada (Puntuación en 2011: 101).

Su puntuación en Razonamiento perceptivo es de (85, Pc16). Este índice mide manipulación y organización de información visuoespacial y razonamiento abstracto a partir de estímulos visuales. El índice de Memoria de Trabajo (93, Pc 33) está relacionado con la atención, mantenimiento en la memoria a corto plazo y manipulación de información. En la evaluación realizada en 2011, este índice constituía un Punto fuerte personal.

Por último, en Velocidad de Procesamiento obtiene una puntuación de 82 (Pc 12), y constituye un punto débil normativo. El rendimiento obtenido en este índice puede estar influido por los efectos de la medicación antipsicótica.

Conclusiones

El presente caso refleja la complejidad que entraña la intervención terapéutica de una menor con esquizofrenia paranoide, en la que confluyen múltiples factores de riesgo y en la que la reciente conciencia de enfermedad ha producido un empeoramiento de su estado de ánimo así como la aparición de ideación autolítica. Los objetivos del tratamiento no se dirigieron únicamente a la paciente, sino que también incluyeron cambios en ámbito familiar y escolar. La dificultad de encontrar el tratamiento farmacológico más eficaz en su caso, es otro aspecto que hace que consideremos este caso como complejo.

En las últimas entrevistas se observan dificultades en la comprensión, asimismo la comparación de los dos WISC-IV (Wechsler, 2007) administrados muestra una bajada importante (de más de 10 puntos) en todas las puntuaciones de los índices, siendo especialmente notable la bajada en el índice de CV (puntuación en 2011: 101, Pc 52) y en el CIT (puntuación en 2011: 98, Pc 45). El comentar con los padres y con la menor la afectación cognitiva detectada en el WISC-IV (Wechsler, 2007) y confirmada en entrevistas clínicas, información de los familiares y de la propia paciente, fue una intervención clave para definir objetivos de tratamiento más ajustados y reatribuir muchas de las alteraciones que habían sido motivo de queja.

Referencias

- López-Ibor, J. J. y Valdés Miyar, M. (2003). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Wechsler, D. (2007). *WISC-IV: Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-IV (2a. ed.)*. Madrid: TEA.

ECONOMÍA DE FICHAS Y ESQUIZOFRENIA: UN CASO CLÍNICO**Mercedes Seoane-Bouzas y Margarita Rosselló-Corró***Complejo Hospitalario del Área de Salud Mental del Servicio de Salud
de las Illes Balears, España***Resumen**

F.R.C. mujer de 26 años diagnosticada de esquizofrenia desde los 15. La evolución de su enfermedad le ha llevado a un deterioro cognitivo, motor y social. F.R.C. ingresa en la Unidad de Sub-Agudos derivada de la Unidad de Agudos. Al inicio del ingreso presenta sintomatología negativa y sintomatología positiva (con alucinaciones auditivas autoreferenciales y despersonalización), sobrepeso y alteración en la coordinación bimanual y psicomotricidad fina, lo que provoca que tenga dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria; se pone nerviosa al ver que no consigue realizarlas y se niega a hacerlas sola. Después de una evaluación inicial psicológica se prioriza trabajar la autonomía de la usuaria ya que refiere que “no puede”; “no le va bien” creándole frustración, baja autoestima y un deterioro funcional grave. Para ello en coordinación con la Terapeuta Ocupacional se diseña un tratamiento para mejorar su autonomía mediante un programa de economía de fichas. Se implica a la usuaria en la selección de refuerzos y en las metas a conseguir, quedando en el acuerdo terapéutico el programa pautado. A través de él se trabajará (el control de peso, el vestido, la ducha, el cuidado personal, hacer la cama y ordenar el armario). Después de tres meses de tratamiento, la paciente ha conseguido la independencia en las actividades básicas, controlar la ansiedad al iniciar las actividades y mejorar su autoestima. El seguimiento post-alta nos indica que a día de hoy F.R.C. sigue realizando las actividades del programa de forma autónoma. Los resultados mostraron que el programa de economía de fichas con refuerzos significativos para la persona, pueden mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria y ser un predictor en el mantenimiento del comportamiento después del alta.

Palabras clave: economía de fichas, esquizofrenia, terapia conductual, tratamiento.

TOKEN ECONOMY AND SCHIZOPHRENIA: STUDY CASE**Abstract**

F.R.C. 26-year-old woman first diagnosed with schizophrenia at the age of 15. Because of the evolution of the disease, patient underwent a cognitive, motor and social impairment. F.R.C. was hospitalized in the Sub-Acute unit, after being referred by the Acute Care Unit. At the beginning of her treatment, patient shows negative symptoms and positive symptoms (auditory hallucinations and depersonalization self-referential), overweight, and impaired bimanual coordination and a fine motor skills disorder. All these symptoms reduced her abilities to carry out activities of daily living. As a result, she gets nervous and she refuses to make these activities on her own. Autonomy is prioritized after an initial psychological assessment. These feelings of inability (she constantly repeats “I can’t do it” or “I can’t manage it”) cause her frustration, low self-esteem and a severe functional deterioration. In order to solve it, a treatment to improve her autonomy through a token economy program was design by our team with the Occupational Therapist. The user/patient is involved in the selection of reinforcements and goals to achieve; therefore, the scheduled program was a therapeutic agreement. Through the program, activities such as weight control, clothing, hygiene, personal care, making the bed and tidying the closet. After three months’ treatment, the patient has achieved independence in

basic activities, she controls anxiety to initiate activities and, she has improved her self-esteem. The post-discharge follow-up indicates that, nowadays, F.R.C. continues with programmed activities autonomously. The results showed that the token economy program with significant reinforcements to the person can improve independence in activities of daily living and be a predictor in the maintenance of behavior after discharge.

Key words: Token economy, schizophrenia, behavior therapy, treatment.

Introducción

Diversos estudios de la década de los 60 demuestran que las conductas en pacientes esquizofrénicos son modificables a través de técnicas de Terapia Conductual (Santiago, Martínez de Salazar, Ibáñez y Sánchez, 1999). Las intervenciones de economía de fichas, han sido desarrolladas para tratamientos de personas con enfermedades mentales; aunque no se extendió como en otros ámbitos (educativo, discapacidad...) porque los reforzadores que se solían usar eran poco saludables como cigarrillos, comida... (Dickerson, Tenhula y Green-Gaden, 2005) y era necesario entrenar al equipo en la técnica (Glynn, 1990). Aun así, se sigue usando y puede ser un tratamiento potencialmente importante para personas con esquizofrenia (Dixon, 2010; McMonagle y Sultana, 2005).

Método

Identificación del Cliente

F.R.C. es una mujer de 26 años, soltera, es la mayor de dos hermanos. No tiene los estudios primarios finalizados ni experiencia laboral. Familia desestructurada, padres divorciados. Pasando a convivir con la abuela paterna, quién básicamente, se hizo cargo de ella.

Análisis del motivo de la consulta

F.R.C. ingresa en la Unidad de Hospitalización de Sub-Agudos, derivada de la Unidad de Agudos con el objetivo de estabilizar la sintomatología y participar en los programas de rehabilitación. Presenta un Síndrome deficitario refractario al tratamiento con deterioro neurocognitivo, que limita el potencial de aprendizaje y grave déficit psicosocial secundario al curso de la enfermedad.

Al ingreso se objetiva sintomatología negativa y positiva (con alucinaciones auditivas autorreferenciales y despersonalización). Alteración en la coordinación bimanual y psicomotricidad fina, lo que provoca que tenga dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria; se pone nerviosa al ver que no consigue realizarlas y se niega a hacerlas sola.

Historia del problema

El inicio de la enfermedad de F.R.C. tiene lugar a los 14 años, con problemas de concentración y atención que le interfieren hasta el extremo de no poder concluir sus estudios primarios, hasta este momento con medias de sobresaliente. A los 15 años se le diagnosticó “esquizofrenia”. El curso de la enfermedad le llevó a recorrer diferentes dispositivos públicos y privados, a diversos tratamientos psiquiátricos y psicológicos y a una progresiva falta de apoyo familiar y social para afrontar la enfermedad. A los 25

años ingresó en la unidad de Hospitalización Breve del Hospital Psiquiátrico protagonizando agresiones verbales y físicas a los profesionales y otros pacientes. Derivada posteriormente a nuestra Unidad de Hospitalización de Subagudos, donde se objetivó un deterioro cognitivo, e importante déficit motor y psicosocial. Junto a un abandono muy notable de las actividades de la vida diaria. El diagnóstico de derivación (véase Tabla1).

Tabla 1. Diagnóstico de derivación a través de la Clasificación DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 2002).

Eje I: F20.00 Esquizofrenia desorganizada [295.10]
Eje II: R70.9 Retraso Mental Leve [317]
Eje III: E66.8 Obesidad Mórbida
Eje IV: Problemas relativos grupo primario
Eje V: 32.

Véase el tratamiento psicofarmacológico en la (Tabla 2).

Tabla 2. El tratamiento psicofarmacológico.

<i>Principio activo</i>	<i>Efecto</i>	<i>Dosis</i>
Paliperidona	Neuroléptico	200 mg./mes
Clozapina	Neuroléptico	100 mg.
Ácido Valproico	Estabilizador del humor	500 mg.
Topiramato	Estabilizador del humor	100 mg.

Análisis y descripción de los comportamientos problema

La desorganización comportamental derivada del cuadro psicopatológico acarrea una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (APA, 2002).

En la observación de F.R.C se objetiva obesidad, déficit de la psicomotricidad gruesa y fina. Notable dificultad para ducharse, asearse, vestirse, hacer su cama y ordenar el armario. Persistencia de sintomatología positiva y negativa (abulia, retraimiento, inseguridad, baja autoestima y heteroagresividad hacia profesionales y pacientes etc.).

Establecimiento de las metas del tratamiento

Después de una evaluación inicial psicológica las metas fueron: Estabilización clínica, reducción del estrés del paciente y recuperación de las capacidades funcionales. Prioritario trabajar su autonomía en las actividades diarias para evitar deterioro funcional grave. Las actitudes y emociones subyacentes (ansiedad, agresividad, negativismo, frustración, baja autoestima) fueron disminuyendo notablemente al avanzar en las actividades.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Objetivos:

- Mejorar independencia en las actividades de la vida diaria.
- Instaurar conductas saludables.

- Controlar emociones perturbadoras.
- Disminuir el nivel de estrés.

Selección del tratamiento más adecuado

Intervenciones:

- Psicoterapia individual, manejo de emociones y conductas disruptivas, motivar y conocer intereses o aficiones, que refuercen el proceso rehabilitador.
- Psicoeducación, promover hábitos saludables y educación sobre la enfermedad mental y su sintomatología.
- Intervención familiar para apoyo e estrategias de afrontamiento e integración en el proceso de la Unidad.
- Modificación de conductas: programa de economía de fichas.

La intervención familiar y la psicoeducación se trabajó principalmente con enfermería. Para mejorar su independencia se diseñó junto con la Terapeuta Ocupacional un programa de economía de fichas. La selección de esta técnica se ha basado en estudios que evidencian su eficacia en pacientes graves, pacientes crónicos y con trastornos psicóticos (Corrigan, 1995) y su uso para entrenar las actividades de la vida diaria (Li y Wang 1994; Magalhães, Pacheco y Guinaldo, 2007). Además es simple de aplicar (James y Lepage, 1999) para las personas con deterioro cognitivo y dificultades de aprendizaje, siendo importante adaptar el programa de forma individual a los objetivos de la persona (Lieberman, 1997).

Según Rimm e Masters (1974), el uso de un sistema de economía de fichas implica la definición objetiva de las premisas implicadas, para que se potencie su eficacia. De este modo, es esencial, desde el primer momento, establecer (I) el sujeto (II) las conductas terapéuticamente deseables, observarlas y registrarlas (III) la entrega contingente de fichas después a las conductas, la ausencia de entrega cuando no se observan y la retirada de fichas cuando se realiza conductas antagónicas a las que se desea, (IV) los refuerzos eficaces y (V) de qué modo sea equilibrado las ganancias en fichas y los costes de los refuerzos.

Siguiendo estas premisas con F.R.C, se pactaron conductas para tener un refuerzo; Se establecieron los ítems que tenía que cumplir en cada conducta, para facilitar su uso se colgaron en su habitación (véase en Anexo 1). En el diseño de las contingencias se consideraron reforzadores a corto plazo (diarios), medio (semanales) y largo plazo (quincenales, mensuales). Se fija el valor de las fichas o puntos por las conductas deseables (véase en Figura 1). Las intervenciones se realizaban de lunes a viernes ya que la paciente salía de permiso los fines de semana. Se implicó a F.R.C. en la selección de refuerzos, y metas y su canje en puntos mediante Acuerdo terapéutico el programa. Durante las sesiones de psicoterapia se identificaron reforzadores significativos útiles para motivarla durante todo el programa.

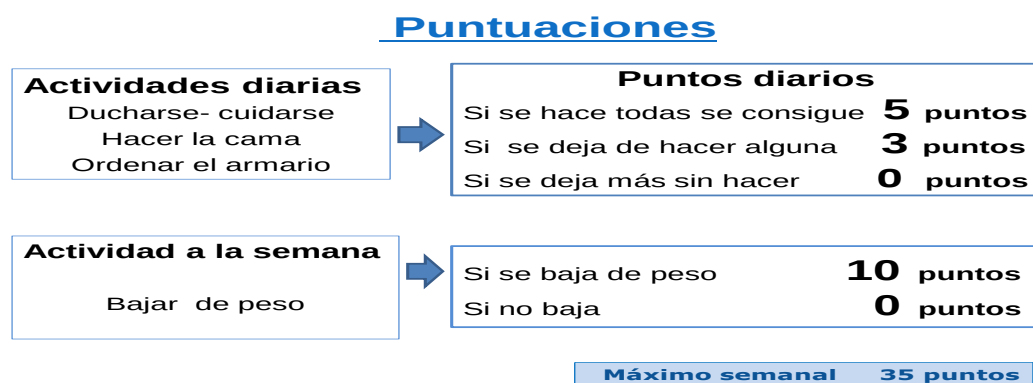


Figura 1. Puntuaciones por realizar las conductas.

Las contingencias (tarjetas con puntos) se le daban al momento tras la conducta deseable, a la vez que se le reforzaba socialmente (muy bien, qué bien, así me gusta). Las tarjetas las canjeaba posteriormente por otros reforzadores (premios elegidos por F.R.C.). Así de 30 -35 puntos podía conseguir (libreta, revista, pinturas), de 60 -70 puntos podía canjear por (libro, CD de música) de 95 -105 (salidas) y de 130 - 140 ropa (camiseta, chaqueta, bolso).

Durante el primer mes semanalmente, los viernes se podía canjear los puntos acumulados. Aunque hiciera canje mientras cumpliera los puntos se iban acumulando para poder conseguir el máximo (refuerzos de más valor o motivación).

Al segundo mes los refuerzos se podían canjear cada quince días a la vez que se acumulaban los puntos del mes anterior para conseguir el último refuerzo y el tercer sólo podía hacer un canje por el refuerzo que más le motivaba que era un vestido de fiesta para “Fin de Año” (390- 420 puntos).

Aplicación de los tratamientos

Se realizó por parte de la Terapeuta Ocupacional entrenamiento de 10 sesiones de 30 minutos de las actividades de la vida diaria. Se adaptaron las actividades y se preparó a F.R.C. para realizarlas independientemente. Tras su consecución se inició el programa de economía de fichas durante tres meses. El seguimiento y registro diario y la administración de los reforzadores se hicieron por parte del equipo de Enfermería y la Terapeuta ocupacional.

Para poder llevar con éxito el programa, fue fundamental formar al personal en la valoración de las conductas, según las pautas marcadas en el contrato, para tener criterios comunes a la hora de dar por buena la actividad y que F.R.C. consiguiera los puntos. Se realizaron 10 sesiones de entrenamiento del equipo para evitar actitudes de sobreproteccionismo, apoyar las técnicas y clarificar dudas.

Psicoterapia individual: total 24 sesiones en dos sesiones de 40 minutos semanales; con la familia se realizó 8 sesiones de 45 minutos, en las que intentaba que fomentaran y reforzaran las conductas deseables cuando F.R.C. salía a su casa.

Seguimiento

Diferentes vías de información:

- Observación y registro diario de las conductas
- Reuniones diarias de equipo.
- Reunión mensual para revisar los objetivos terapéuticos y del tratamiento de F.R.C
- Contacto post-alta a los tres meses y al año con el equipo de derivación.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación

Los instrumentos de medida seleccionados para la evaluación psicológica y funcional han sido:

- *Mini Mental State* (Folstein, Folstein y McHugh, 1975), que nos dió información sobre las capacidades de cognitivas.
- Figura de Rey –copia– (Rey, 1987): La copia de esta figura nos proporcionó información sobre sus habilidades visoconstructivas y capacidades de memoria.
- Rorschach –Test Psychodiagnostik (Verlag Hans Huber AG. Bern Switzerland 1921).
- Escala HONOS –Health of the Nation Outcome Scales- (Wing, Beevor y Curtis, 1996).
- Escala de Evaluación de la Actividad Global –EEAG- y/o el Eje V del DSM-IV-TR (APA, 2002).
- Índice de Barthel (Baztán et al., 1993; Baztán, González, Del Ser, 1994; Cid-Ruzafa, Damián-Moreno, 1997; Mahoney y Barthel, 1965).
- Escala de Lawton y Brody (Karen, Karen, 1993; Lawton, Brody, 1969).
- Registros diarios de la observación y evolución de las conductas problema durante el tratamiento.

Resultados*Evaluación de la eficacia del tratamiento*

Después de tres meses de tratamiento, la paciente ha conseguido la independencia en las actividades básicas, controlar la ansiedad al iniciar las actividades, mejorar su coordinación, disminuir su peso (de 102 kg. a 95 Kg.) al adquirir hábitos saludables y mejorar su autoestima.

El programa de economía de fichas ha permitido conseguir los objetivos planteados. Los resultados de medida pre y post a la intervención mostraron una mejoría cuantitativa y cualitativa de los resultados (véase Tabla 3 y 4, Figura 1). Reflejando una evolución del paciente a nivel funcional y conductual.

Tabla 3. Resultados de los instrumentos de Evaluación.

<i>Instrumentos de Evaluación</i>	<i>Puntuación Inicial</i>	<i>Puntuación Alta</i>
Mini Mental	21	32
Escala de HONOS	32	13
Escala Índice de Barthel	55	100
Escala de Lawton y Brody	2	5
Escala de funcionamiento global	32	40



Figura 2. Resultados de la Prueba de Figura de Rey.

La prueba de la figura de Rey permite observar la evolución de una copia tipo V propia de un niño menor de ocho años al paso a la copia tipo II común en la de la edad adulta. Véanse los resultados de la prueba de Rorschach en la Tabla 4.

Tabla 5. Resultados prueba Rorschach.

	<i>Ingreso</i>	<i>Alta</i>
Respuestas	9	13
Shocks	1	0
Contenido	A 100%	H 30%
L VIII-X	33%	46%

Discusión y conclusiones

Según la revisión de McMonagle y Sultana (2005) se debe evaluar si los efectos de los programas de economía de fichas se mantienen más allá del ambiente en el que se lleva a cabo; en nuestro caso se realizó un seguimiento post-alta que confirma que a día de hoy se siguen manteniendo las conductas adquiridas a través del programa de economía de fichas.

Se considera importante la Terapia Ocupacional para adaptar las actividades a las habilidades y necesidades de la persona, como en el entrenamiento previo al programa.

James y Lepage (1999) comentan que se debe de focalizar el programa en los reforzadores para aumentar las conductas deseadas, en este estudio los resultados mostraron que el programa de economía de fichas con refuerzos significativos para la persona, pueden mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria y predecir el mantenimiento del comportamiento después del alta.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Baztán, J.J., González, J.J. y Del-Ser, T. (1994). *Escalas de actividades de la vida diaria*. En T. Del Ser y J. Peña-Casanova J. (Eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia* (pp.137- 164). Barcelona: J.R. Prous Editores.
- Baztán, J.J., Pérez-Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. y Manzarbeitia, I. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes

- con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 28, 32-40.
- Cid-Ruzafa, J. y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 127-137.
- Corrigan, P.W. (1995). Use of token economy with seriously mentally ill patients: criticisms and misconceptions. *Psychiatric Services*, 46, 1258-1263.
- Dickerson, F.B., Tenhula, W.N. y Green-Paden, L.D. (2005). The token economy for schizophrenia: review of the literature and recommendations for the future research. *Schizophrenia Research*, 75, 405-416.
- Dixon, L.B. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70.
- Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. (1975). Mini mental state. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Glynn, S. (1990). Token economy approaches for psychiatric patients: progress and pitfalls over 25 years. *Behavior Modification*, 17, 383-407.
- James, P. y Lepage, Ph.D. (1999). The impact of Token Economy on Injuries and Negative Events on an Acute Psychiatric Unit. *Psychiatric Services*, 50, 941-944.
- Karen, R.A., y Karen, R.L. (1993). *Evaluación de las necesidades en los ancianos*. Barcelona: Fundación Caja Madrid, SG Editores.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people, self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-86.
- Li, F. y Wang, M. (1994) A behavioral training programme for chronic schizophrenic patients. A three-month randomized controlled trial in Beijing. *British Journal of Psychiatry supplements*, 24, 32-37.
- Lieberman, R.P. (1997). Schizophrenia practice guideline. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1792-1793.
- Magalhães-Coelho, C.S., Pacheco-Palha, A.J. y Guinaldo-Martín, J.I. (2007). Um programa de economia de fichas aplicado a doentes psiquiátricos crónicos com deterioração cognitiva. *Psicologia USP*, 18, 103-111.
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 71, 61-65.
- McMonagle T. y Sultana, A. (2008). *Economía de fichas para la esquizofrenia* (Revisión Cochrane Traducida). Oxford: Biblioteca Cochrane Plus (el trabajo original se publicó en 2008). Extraído el 8 de Julio de 2013 de Biblioteca Cochrane: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp>
- Rey, A. (2003). *Test de copia y reproducción de la Figura de Rey* (8a. ed.). Madrid: TEA Eds.
- Rimm, D.C., y Masters, J.C. (1974). *Terapia de la conducta: técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillos.
- Santiago, E., Martínez-Salazar, A.D., Ibáñez, J.C. y Sánchez, M.J. (1999). Aproximaciones psicológicas al tratamiento de las esquizofrenias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 181-201.
- Wing J K., Beevor A. y Curtis, R. H. (1996). *HONOS: Health of the Nation Outcome Scales. Trainer's Guide*. London: College Research Unit.
-

Anexo. Pautas consensuadas para dar por buena la actividad.

HACER LA CAMA

La ropa de la cama (sábanas, la manta, la colcha y almohada) deben de estar:

Bien estirada

Metida por debajo del colchón

Sin arrugas

ORDENAR EL ARMARIO

La ropa colocada en tres montones (pantalones, camisetas y jerséis).

Los cajones organizados (bragas y sujetadores, calcetines y en otro pijamas y camisetas interiores).

La ropa sucia en su sitio.

Las camisas y las chaquetas colgadas.

DUCHARSE Y CUIDARSE

La ducha (agua, jabón, agua) por todas las partes del cuerpo.

Secarse bien el cuerpo.

Peinarse sin ayuda

Vestirse

PESO

Cada lunes hay que ir acompañada a pesarse a la Farmacia para tener el ticket y ver el peso.

RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y SÍNTOMAS OBSESIVOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

**Miguel Romero-González, Estrella María Serrano-Guerrero,
Laura Merinero-Casado, Miguel Ortigosa-Luque y Miguel Ruiz-Veguilla**

Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, España

Resumen

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos intrusivos y recurrentes además de compulsiones dirigidas a reducir la ansiedad producida. Las repercusiones pueden incapacitarles gravemente en su vida. El presente estudio tiene como objetivo determinar la asociación existente entre las dimensiones de la obsesión (medidas por el OCI-R) y la presencia de sintomatología psicótica (determinada por el cuestionario CAPE-42). Para ello, se evaluaron 19 pacientes con TOC (según CIE-10). Se aplicó la escala OCI-R de la que se extrajeron seis dimensiones: lavado, orden, acumulación, neutralización, obsesiones y comprobación. Se administró el Cuestionario CAPE para evaluar la sintomatología psicótica, extrayéndose tres dimensiones: positiva, negativa y depresión. Se realizó un análisis univariante y otro multivariante donde se introdujeron las variables de control edad y sexo, obteniéndose relaciones significativas entre las dimensiones positivas, negativa y depresiva del instrumento CAPE con algunas de las dimensiones que evalúa los síntomas obsesivos y compulsivos (OCI-R). Estos resultados apuntan a una tendencia a la relación entre ambos grupos de síntomas, que aportan datos empíricos que podrían avalar una teoría del continuo neurosis obsesiva y psicosis.

Palabras claves: TOC, neurosis obsesiva, psicosis, continuum.

RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOTIC SYMPTOMS AND OBSESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS DIAGNOSED WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is an anxiety disorder characterized by recurrent intrusive thoughts besides compulsions aimed at reducing the anxiety produced. The impact may render their life seriously. This study aims to determine the association between the dimensions of obsession (measured by the OCI-R) and the presence of psychotic symptoms (measured by the CAPE-42 questionnaire). For this purpose, 19 patients with OCD (according to ICD-10) have been evaluated. OCI-R Inventory was applied and six dimensions were extracted: washing, order, build, neutralization, obsessions and checking. CAPE-42 Questionnaire was administered to assess psychotic symptoms, extracting three dimensions: positive, negative and depression. An univariate and multivariate analysis were performed, in which we introduced age and sex as control variables, obtaining meaningful relationships between the positive, negative and depressive dimensions' CAPE-42 scale with some of the dimensions assessed by OCI-R. These results point to a tendency for the relationship between both groups of symptoms, so provide evidence that could support a continuum obsessional neurosis and psychosis theory.

Keywords: OCD, obsessive neurosis, psychosis, continuum.

Introducción

Según las clasificaciones diagnósticas actuales, en particular la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10), el Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) se ubica en el epígrafe “*Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos*” y se caracteriza por la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que irrumpen una y otra vez en la mente del paciente de forma estereotipada. Casi siempre son molestos y el paciente a menudo intenta, sin éxito, resistirse a ellos. No obstante, el individuo los reconoce como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y con frecuencia repugnantes. Los actos compulsivos o rituales son comportamientos estereotipados que se repiten una y otra vez. No son por sí mismo placenteros, ni tampoco llevan a completar tareas útiles de por sí. Su función es prevenir algún hecho objetivamente improbable, que suele referirse a recibir algún daño de alguien o que el paciente se lo pueda producir a otros. Normalmente, el paciente reconoce este comportamiento como carente de sentido o de eficacia y realiza intentos repetidos para resistirse a ellos. Si se opone resistencia a los actos compulsivos la ansiedad empeora. Las repercusiones de este trastorno alcanzan la esfera social, laboral y familiar, incapacitando gravemente a estas personas para el desarrollo de una actividad funcional adaptada (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV-TR) aporta una definición similar a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud del trastorno, situándolo dentro de los “Trastornos de Ansiedad”.

No obstante, el acuerdo respecto a la consideración neurótica del TOC ha sido un tema controvertido en la literatura a lo largo de la historia de la salud mental. Muchas aportaciones de la psiquiatría clásica tendían a ubicarlo en el plano de la locura. Los alienistas del siglo XIX eligieron denominaciones que denotaban sus dudas acerca de la real ubicación del trastorno: Desde los primeros intentos de los médicos del siglo XIX para delinear el síndrome, la definición de Neurosis obsesivo compulsiva, sus límites precisos y sus conexiones con diferentes formas de psicopatología fue y sigue siendo controvertido. Se sospechaba de una relación cercana a la psicosis, al menos hasta cierto punto durante el curso de la Neurosis obsesiva. Pinel describió la condición “locura razonante”, pero más tarde, se le dio más énfasis a los delirios como características, demostrándose en una serie de términos descriptivos: Esquirol (1838) “monomanías”, Delasiauve “pseudomonomanías”, Trélat “locura lúcida”, Falret (1864) “locura de la duda”, Legrand du Saulle “locura de la duda con delirio de tacto”. Psiquiatras alemanes y franceses veían que era posible una conexión entre las obsesiones y la paranoia mostrada en el trabajo de Westphal – 1878, Arndt – 1887, Morselli- “paranoia rudmientaria”, Buccola – “Ideas fijadas”. Posteriormente, Bumke(1944) afirmó que “las obsesiones son ideas delirantes in statu nascendi” y puede haber sólo una diferencia de grado entre las obsesiones, las ideas sobrevaloradas y los delirios. Así se puede deducir que los primeros investigadores vieron la neurosis obsesivo-compulsiva como algo parecido a las condiciones psicóticas (Solyom, DiNicola, Phil, Sookmany Luchins, 1985).

Finalmente, en el siglo pasado, Janet (Psicastenia, 1903; Schneider, 1925) ubicaron definitivamente el Trastorno obsesivo compulsivo en el terreno de las neurosis. A pesar de la consolidación del paradigma de las neurosis en esta época, y que se mantiene hasta la actualidad, aparecieron informaciones de pacientes con este trastorno que en el curso del mismo presentaron síntomas psicóticos. El propio Janet, admitió la posible evolución del trastorno hacia la Melancolía o hacia la Paranoia (Gordon, 1926).

En la actualidad, algunas investigaciones (Jacobsen, Freeman y Salkovskis, 2012; Nasrollahi, Bigdelli, Reza y Makvand, 2012; Solyom et al., 1985; Poyurovsky, Fuchsy Weizman, 1999) apuntan a la presencia de características comunes de carácter sintomático y funcional entre los Trastornos psicóticos y el Trastorno Obsesivo Compulsivo, que ponen en duda la existencia de un límite bien establecido entre ambas patologías. Esta idea apoyaría la teoría del continuo psicosis-neurosis obsesiva sugerida por Strauss (1948) e investigada posteriormente por Weiss, Robinson y Winnik (1975). En el presente trabajo, se pretende aportar evidencias a favor de la continuidad entre la sintomatología obsesivo compulsiva y la sintomatología psicótica. En concreto, se tratará de determinar la asociación existente entre las obsesiones (medidas por el *Inventario de Obsesiones y Compulsiones* (OCI; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles y Amir, 1998) y la presencia de sintomatología psicótica (determinada por el *La Escala para la evaluación comunitaria de experiencias psíquicas o Community Assessment Psychic Experiences-42* (CAPE-42)).

Método

Participantes

En el presente trabajo se evaluó a una muestra compuesta por 19 pacientes adultos (12 hombres: 7 mujeres) de edades comprendidas entre 23 y 68 años que cumplieran criterios diagnósticos de Trastorno Obsesivo-Compulsivo según los criterios de la CIE-10. Esta muestra fue extraída de manera incidental del Centro de Salud Mental de Martos del Complejo Hospitalario de Jaén.

Materiales/instrumentos

Se administraron las pruebas OCI-R y CAPE, con el objetivo de evaluar los síntomas obsesivos-compulsivos y la sintomatología psicótica, respectivamente.

El Inventario de Obsesiones y Compulsiones (OCI; Foa et al., 1998), fue creado para superar las limitaciones de sus predecesores. Así, por un lado, fue diseñado desde una perspectiva taxonómica para intentar cubrir el heterogéneo contenido de las obsesiones y compulsiones que presentan los sujetos con TOC. Para ello cuenta con siete escalas dirigidas a evaluar las diferentes áreas problemáticas en el TOC. Dichas escalas son Lavado, Comprobación, Duda, Orden, Obsesión, Acumulación y Neutralización Mental. Es, por tanto, una medida del trastorno más global y más completa que sus predecesoras ya que pretende abarcar el amplio espectro de comportamientos obsesivos y compulsivos propios del trastorno. Por otro lado, el OCI cuenta con un amplio rango de puntuaciones en severidad que permiten comparaciones entre la gravedad de diversas obsesiones y compulsiones. En este sentido cada ítem es valorado en un rango de respuesta de 0 a 4 para poder medir de manera más eficaz la variabilidad en la severidad relativa de los diferentes síntomas y optimizar, de esta

forma, la sensibilidad del instrumento. Además, cada uno de los 42 ítems que forman el cuestionario es evaluado en dos dimensiones, frecuencia y malestar. Por último, otra ventaja del OCI con respecto a instrumentos anteriores es que fue validado no sólo con población clínica, sino también con sujetos no clínicos. De hecho, una de las mayores ventajas del OCI es que es aplicable a la población general para la evaluación de conductas y pensamientos obsesivos subclínicos. El OCI ha mostrado buenas propiedades psicométricas (Foa et al., 1998).

La Escala para la evaluación comunitaria de experiencias psíquicas o *Community Assessment Psychic Experiences-42* (CAPE-42) es un autoinforme que permite evaluar las experiencias psicóticas, de tipo positivo y negativo, así como la sintomatología depresiva, también característica de estos trastornos. Las puntuaciones de la CAPE-42 han demostrado un adecuado comportamiento psicométrico referido a la consistencia interna, la estabilidad temporal y las diferentes evidencias de validez. (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2012).

Diseño/procedimiento

Los 19 pacientes fueron evaluados a través de la administración de ambas pruebas psicométricas, bajo las mismas condiciones ambientales, por profesionales cualificados. El diseño fue de carácter transversal, en una sola sesión.

Resultados

En el estudio se realizó un análisis univariante que incluía las dimensiones del CAPE y las dimensiones del OCI-R, y un análisis multivariante que añadía las variables edad y sexo. En la Tabla 1. se muestran los resultados estadísticos de las correlaciones no paramétricas llevadas a cabo.

Tabla1. Correlaciones no paramétricas.

			Correlaciones no paramétricas								
			Cape _positivo	Cape_ depresi on	Cape_ negativ o	Acumul ación	Compro bación	Orden	Neutrali zación	Lavado	Obsesio nes
Rho de Spear man	Cape_ positivo	Coef.correlacio n	1,000 .	0,637 (**)	0,445 0,056	0,097 0,694	0,288 0,232	0,491 (*)	0,112 0,647	0,053 0,828	0,022 0,928
		Sig. (bilateral)	19	0,003	19	19	19	0,033	19	19	19
		N		19				19			
	Cape_ depression	Coef.correlacio n	0,637 (**)	1,000 .	0,699 (**)	0,228 0,348	0,403 0,087	0,477(*)	0,155 0,526	0,256 0,289	0,130 0,595
		Sig. (bilateral)	0,003	19	0,001	19	19	0,39	19	19	19
		N	19		19			19			
	Cape_ negativo	Coef.correlacio n	0,445 0,56	0,699 (**)	1,000 .	0,399 0,091	0,403 0,087	0,127 0,604	0,064 0,796	0,177 0,467	0,298 0,216
		Sig. (bilateral)	19	0,001	19	19	19	19	19	19	19
		N		19							

****La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).**

***La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).**

En el análisis univariante se correlacionó la dimensión positiva del CAPE con la dimensión orden del OCI-R, obteniéndose los siguientes resultados: *Pearson*= 0,61 y *p* = 0,05. Además, la dimensión positiva también se correlacionó con la neutralización: *Pearson*= 0,51 y *p* = 0,02. Por otra parte, la dimensión CAPE depresiva se correlacionó

positivamente con la dimensión orden del OCI-R: $Pearson = 0,50$ y $p = 0,02$. Finalmente, la dimensión CAPE negativa se correlacionó con la dimensión acumulación del OCI-R: $Pearson = 0,55$ y $p = 0,01$ (ver Tabla 1.).

En el análisis multivariante, donde se introdujeron las variables de edad y sexo, además de las variables significativas del análisis univariante, se encontraron los siguientes resultados:

La dimensión positiva del CAPE se asoció solamente con la dimensión orden del OCI-R ($\beta = 0,52$; $T = 2,5$, $p = 0,024$). La dimensión depresiva del CAPE se asoció con la puntuación OCI-R de orden ($\beta = 0,48$; $T = 2,0$ y $p = 0,06$). La dimensión negativa del CAPE se asoció con la puntuación OCI-R de acumulación ($\beta = 0,49$; $T = 2,2$ y $p = 0,04$).

Discusión

A raíz de los resultados obtenidos, se pone de manifiesto la relación existente entre los síntomas obsesivos compulsivos y los síntomas psicóticos, en pacientes diagnosticados de Trastorno Obsesivo Compulsivo. Particularmente, se han obtenido correlaciones significativas entre las dimensiones positivas, negativa y depresiva del instrumento CAPE con algunas de las dimensiones que evalúa los síntomas obsesivos y compulsivos (OCI-R). En concreto, en los análisis univariante y multivariante, los pacientes que puntúan más alto en la dimensión Positiva del CAPE-42 se relacionan con mayores puntuaciones en la dimensión Orden evaluada por el OCI-R (En el análisis univariante también se relaciona con la dimensión Neutralización). Además, los pacientes con puntuaciones mayores en la dimensión Negativa del CAPE-42 se relacionan con mayor puntuación obtenida en la OCI-R en la escala Acumulación. Por último, las altas puntuaciones en la escala Depresiva del CAPE-42 se relacionan con mayores puntuaciones en la subescala Orden del Inventario OCI-R. Estos datos apuntan a una tendencia a la relación entre ambos grupos de síntomas. No obstante, el presente estudio presenta una serie de limitaciones que es preciso señalar.

El primer aspecto condicionante alude a la muestra empleada para la realización del actual trabajo, que estaba compuesta por 19 pacientes adultos con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo, con edades comprendidas entre los 23 y los 68 años que recibían atención ambulatoria en una unidad de salud mental comunitaria de la comunidad autónoma andaluza. A este respecto, se puede indicar que una de las limitaciones más obvias es el reducido tamaño de la muestra, por lo que las conclusiones extraídas deberán ser tomadas con cautela a la hora de extrapolarse al resto de la población clínica. Por otra parte, el rango de edad de la muestra citado con anterioridad es demasiado amplio teniendo en cuenta el número reducido de participantes, por lo que no es posible evaluar la influencia que la variable edad ejerce sobre los resultados.

Los efectos mantenidos a lo largo del tiempo es otro aspecto a considerar, ya que trata de un estudio transversal que no permite determinar si estos resultados obtenidos se mantienen estables.

Finalmente, y teniendo en cuenta lo anteriormente referido, es importante destacar que las correlaciones significativas entre determinadas dimensiones del OCI-R (en particular, Orden, Acumulación y Neutralización) con dimensiones Positiva, Negativa y Depresiva del CAPE-42, suponen un dato a favor de la teoría del continuo neurosis obsesiva-psicosis, citada por Strauss hace casi tres décadas. No obstante,

habría que considerar resultados de posteriores investigaciones que superen las limitaciones de este estudio, de manera que pudieran establecerse con mayor firmeza las correlaciones específicas extraídas (ver Tabla 1), que pueden ser simplemente un reflejo de la correlación general entre la sintomatología psicótica y la obsesividad.

Conclusiones

El Trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por la presentación de pensamientos y rituales de tipo obsesivo difícilmente distinguibles en ocasiones de formaciones psicóticas. Esta sintomatología incapacita al paciente con Trastorno obsesivo compulsivo que, a pesar de tener conciencia de enfermedad, puede llegar a presentar graves interferencias en su vida cotidiana que se asemejan a las que sufren las personas diagnosticadas de un cuadro psicótico (Esquizofrenia, Trastorno de ideas delirantes, Trastorno Esquizoafectivo, entre otros). Teniendo esto en cuenta, desde el paradigma cognitivo conductual, se ponen en práctica procedimientos terapéuticos, como técnicas de reestructuración cognitiva, tanto para el manejo de las creencias delirantes como de las obsesivas. Asimismo, se han creado guías de intervención psicosocial destinadas al tratamiento de los pacientes con trastorno mental grave, entre las cuales se incluye el Trastorno obsesivo compulsivo (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Referencias

- Eisen, J. L. y Rasmussen, S. A. (1993). Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 373-379.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Salkovskis, P.M., Coles, M. E. y Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessive-compulsive inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Validation of the Community Assessment Psychic Experiences-42 (CAPE-42) in Spanish college students and patients with psychosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 169-76
- Gordon, A. (1926). Obsessions in their relations to psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 5, 647-659.
- Jacobsen, P., Freeman, D. y Salkovskis, P. (2012). Reasoning bias and belief conviction in obsessive-compulsive disorder and delusions: Jumping to conclusions across disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 84-99.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de práctica clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Nasrollahi, N., Bigdelli, I., Reza, M. y Makvand, S. (2012). The relationship between Obsessions and Compulsions and Positive and Negative psychotic symptoms in Schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7, 140-145.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Poyurovsky, M., Fuchs, C. y Weizman, A. (1999). Awareness of Illness and Insight Into Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1998-2000.
- Rubio, J.L., Ruiz-Veguilla, M., Hernández, L., Barrigón, M.L., Salcedo, M.D., Moreno, J.M., Gómez, E., Moritz, S. y Ferrín, M. (2011). Jumping to conclusions in psychosis: A faulty appraisal. *Schizophrenia Research*, 133, 199-204.

- Solyom, L., DiNicola, V.F., Phil, M., Sookman, D. y Luchins, D. (1985). Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Canadian Journal of Psychiatry* 30, 372-380.
- Strauss, E.W. (1948). On obsession. A clinical and methodological study. *Nervous and Mental Disease Monograph Series*. New York: Johnson Reprint.
- Weiss, A.A., Robinson, S. y Winnik, H.Z. (1975). Obsessive psychosis – a cross-validation study. *Israel Annals Psychiatry*, 13, 137-141.

COMPARACIÓN DE DOS METODOLOGÍAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN CONTEXTOS SANITARIOS: UNA APLICACIÓN EN PACIENTES CON ASMA

Mikel Montero, Ioseba Iraurgi, José Manuel Montero y Usue Orbegozo

Universidad de Deusto, España

Resumen

La evaluación de la eficacia de los tratamientos tradicionalmente se ha realizado a través de metodologías basadas en la comparación intergrupos y utilizando diseños de tipo experimental con asignación aleatoria a los tratamientos. No obstante, esta metodología es difícil de asumir en un contexto clínico habitual donde, por otra parte, se muestran más interesados en la valoración de la efectividad del tratamiento que en su eficacia. Las metodologías basadas en la Puntuación Fiable de Cambio (RCI) permiten una aproximación a la evaluación de resultados clínicos tanto de casos individuales como de grupos. El estudio aplica ambas metodologías para la evaluación de 76 personas con asma en un programa de adhesión a tratamiento (38 en una condición experimental y 38 como controles) valorando la ganancia de capacidad respiratoria, mediante índices espirométricos, a los seis meses tras la intervención. Un psicólogo especialista formó y entrenó al equipo médico de intervención a través de un programa estructurado para incrementar la adhesión de las personas tratadas. La metodología RCI permitió destacar una mayor información para la toma de decisiones ya que ofreció información a nivel individual no sólo de los cambios estadísticamente significativos sino también de los clínicamente relevantes.

Palabras clave: Puntuación de Cambio Fiable, evaluación de resultados, significación clínica, Psicología de la Salud

COMPARISON OF TWO OUTCOMES ASSESSMENT METHODOLOGIES IN HEALTHCARE SETTINGS: AN APPLICATION IN PATIENTS WITH ASTHMA

Abstract

The assessment of the efficacy of treatments has traditionally been carried out through between groups comparison methodologies, using randomized experimental designs for assigning patients to different treatments or procedures. However, this methodology is difficult to take over in a clinical context, where the interest is focused more in the assessment of a treatment's effectiveness than in its efficacy. Methodologies based on Reliable Change Index (RCI) allow an approach to the assessment of clinical results of both individual and group cases. The present study uses both methodologies for the evaluation of 76 patients diagnosed with asthma, in an adherence to treatment program (38 in an experimental condition and 38 as controls), assessing the improvement in respiratory capacity by spirometric indexes, at six months after surgery. An expert psychologist trained the medical team who was in charge of the intervention through a structured programme aimed to increase the adherence of patients being treated. An RCI methodology allowed us to stand out more significant information about decision making. Moreover, it offered individual case information not only about statistically significant changes, but also about the clinically significant ones.

Keywords: Reliable Change Index, Outcomes Assessment, Clinical significance, Health Psychology

Introducción

El asma es una de las enfermedades más frecuentes, con una distribución geográfica universal y en todas las edades de la vida. Tiene una gran repercusión en el individuo que la presenta tanto en su ámbito social como laboral además de representar un alto coste económico. Y en la población española ha aumentado la prevalencia de su diagnóstico en los últimos años (Urrutia et al., 2007). El diagnóstico del asma se realiza a través de diversos procedimientos tales como la historia clínica, la gasometría arterial, pruebas radiológicas, exploración física (Sobradillo, 1993), pero junto a esto resulta fundamental la obtención de medidas objetivas de la función pulmonar porque el diagnóstico del asma centra su atención en detectar episodios de obstrucción bronquial y en estudiar su reversibilidad (Roca, 1993). El tratamiento del asma se apoya fundamentalmente en la intervención sobre factores desencadenantes de los síntomas y las crisis (prevención secundaria) y la terapéutica farmacológica (Larenas-Linnemann, 2009). A pesar de la efectividad científica de los tratamientos las tasas de morbilidad y mortandad por asma llevo a los especialistas a realizar un esfuerzo para desarrollar programas que mejoraran la adhesión del paciente al tratamiento (Boner y Valletta, 1994) ya que se detectó que el incumplimiento del tratamiento era uno de los principales factores de que la enfermedad no se controlase (López, 2006; Horn, Clarcky y Cochrane, 1990). Ya se han llevado a cabo estudios que relacionan un mejor curso de la enfermedad con los programas de educación para la adhesión e incluso su idoneidad económica al reducir costes de tratamiento (Clark, 1994; Thapar, 1994; Wilson, 1993).

Tradicionalmente en la evaluación de tratamientos se ha venido utilizando comparación de medias grupales mediante el paradigma de grupo experimental y grupo control con medidas pre y post tratamiento (Kazdin, 1999). Pero la práctica habitual profesional se enfrenta a toma de decisiones individuales que los métodos habituales de diferencias intragrupalmente difícilmente dan respuesta. Se han desarrollado nuevas metodologías científicas que, sin perder el rigor científico, hacen estimaciones para casos individuales (Iraurgi, 2010). Jacobson y Truax (1991) propusieron la denominada metodología de Índice de Cambio Fiables (ICF – RCI) que analiza el cambio individual de los sujetos intervenidos a través de dos pasos: observar si el cambio es clínicamente relevante, estableciendo un punto de corte a partir del cual consideremos al sujeto más cerca de la funcionalidad que disfuncionalidad (para lo que se necesitará valores de referencia poblacionales de ese indicador) y si ese cambio es estadísticamente significativo, es decir que podamos admitir que ese cambio se debe a la intervención y no al azar (para lo cual se tendrá en cuenta la precisión de medida del instrumento utilizado y la variabilidad de puntuaciones de la muestra).

El presente estudio se propone como objetivo utilizar las dos metodologías de evaluación (la basada en comparación de grupos versus el índice de cambio fiable) para valorar el efecto de una intervención psico-educativa en adhesión al tratamiento, y discutir la conveniencia de ambos métodos.

Método

Participantes

Participan en el estudio 76 personas con diagnóstico de asma (37 hombres y 39 mujeres) que han sido tratadas en el servicio de neumología de cinco centros de salud de asistencia comunitaria de la provincia de Vizcaya. La edad oscila entre los 15 y 65 años siendo la media de edad 41,2 ($DT = 15,2$). Se siguieron los siguientes criterios de inclusión para la muestra: diagnóstico de asma con afección moderada o severa, sintomatología clínica en el último año, tratados con grupos de fármacos equivalentes, sin otras patologías asociadas que pudiesen interferir en el curso de la enfermedad y que no hubiesen recibido intervención psicológica o psiquiátrica en el último año. En Tabla 1 se registran las principales características de la muestra así como su distribución en los grupos control y experimental: se observa que se encuentran homogéneamente distribuidas en ambos grupos, no existiendo diferencias significativas, exceptuando el género que después de la asignación no quedo balanceado.

Diseño

Se trata de un diseño naturalístico de dos fases con dos cohortes diacrónicas (Hotopf, Churchill y Lewis, 1999) que trato de adaptarse al curso normal de citación de los centros de salud.

Procedimiento

En un primer momento se preseleccionaron 100 pacientes a través de sus historiales médicos que parecían cumplir los criterios de inclusión que se habían establecido. Se procedió entonces a la recogida de datos pre-tratamiento. Se registró la información diagnóstica de cada uno de los sujetos, sus resultados en las pruebas funcionales y las prescripciones farmacológicas realizadas por el médico. Cada uno de los sujetos fue entrevistado por un psicólogo durante 60 minutos recogiendo o contrastando las variables descriptivas relevantes. Se les informó que se estaban recogiendo datos sobre los enfermos asmáticos a fin de conocer mejor su situación. En ningún momento se les advierte la verdadera finalidad del estudio (estudiar su cumplimiento al tratamiento). Se solicita consentimiento informado para el uso de sus datos y se les comunica que volverán a ser entrevistados en una segunda entrevista dentro de un año, y en caso de que el paciente no manifieste su aceptación escrita no será incluido en el estudio. Tras la medición pre-tratamiento se descartó a un 24% de los sujetos al constatar que incumplía alguna de las condiciones o por la imposibilidad de recoger medidas post tratamiento.

Tabla 1.- Datos de caracterización muestral

		Total (n=76)		Exp. (n=38)		Ctrol (n=38)		prueba	g.l.	p
		n	%	n	%	n	%			
Sexo	Hombre	37	48,7	13	34,2	24	63,2	6,37	1	0,01
	Mujer	39	51,3	25	65,8	14	36,8			
Fuma	No	51	67,1	23	60,5	28	73,7	1,49	1	0,22
	Si	25	32,9	15	39,5	10	26,3			
Edad inicio Síntomas	Infancia	21	27,6	9	23,7	12	31,6	2,12	2	0,34
	Adolescencia	26	34,2	16	42,1	10	26,3			
	Adultez	29	38,2	13	34,2	16	42,1			
Incidencia Síntomas 24 horas	No hubo	38	50	20	52,6	18	47,4	0,84	2	0,65
	Leves	25	32,9	13	34,2	12	31,6			
	Moderados	13	17,1	5	13,2	8	21,1			
Cumplir Tratamiento 24 horas	No tomo	6	7,9	2	5,3	4	10,5	1,92	3	0,59
	Tomo menos	28	36,8	15	39,5	13	34,2			
	Tomo más	4	5,3	3	7,9	1	2,6			
	Correctamente	38	50	18	47,4	20	52,6			
		M	DE	M	DE	M	DE	t	g.l.	p
Edad	Años	41,2	15,2	40,9	13,2	41,5	17,2	-0,16	69,43	0,87
Dosis	Antiinflamatorios	1414,5	589,6	1410,5	556,0	1418,4	629,0	-0,06	74	0,95
	Broncodilatador	256,7	340,1	258,8	320,2	254,0	370,7	0,52	55	0,95

Notas.- La prueba para el caso de variables nominales el Ji cuadrado y para variables continuas la t de Student con aplicación de las pruebas de corrección en caso de incumplimiento de requisitos.

M.- Media; DE.- Desviación Estándar; g.l. - grados de libertad; p - valor de probabilidad

Después de finalizar la recogida pre-tratamiento se iniciaron las sesiones las sesiones de intervención en los profesionales sanitarios en el ‘Programa de Mejora de Adhesión al Tratamiento’ que configura la variable independiente del estudio. Se generaron dos grupos de pacientes según fuesen a recibir atención de los profesionales intervenidos o no, durante el periodo del estudio, generándose de esta forma las condiciones: experimental y control en lista de espera. A los 6 meses de la primera evaluación se establece una segunda recogida de datos en cada participante para constatar el efecto diferencial de la intervención donde se recogen las mismas variables actualizadas a ese momento.

Variables e instrumentos

Como variable independiente se establece el Programa de Mejora de Adhesión al Tratamiento. Este tipo de programa comprende un método organizado que permitirá al personal sanitario dotar al paciente de una serie de recursos de afrontamiento ante la enfermedad y sus crisis, modificando además sus creencias y actitudes y aumentando su cumplimiento con el tratamiento prescrito (Kelloway, Wyatt y Adlis, 1994). El programa se divide en dos modalidades, una adaptada las necesidades de enfermería y otra adecuada a los profesionales médicos. Consistió en 5 sesiones de 90 minutos en sus propios centros de trabajo, con posibilidad de asesoramiento posterior para la implantación de estas habilidades en su práctica diaria. Los contenidos del programa se pueden sintetizar en las siguientes áreas: optimización de la comunicación, modelo de competencia del paciente, autocuidado, seguimiento del paciente, estrategias terapéuticas, transmisión de información y técnicas de respiración.

Aunque en el procedimiento se recogieron numerosas variables descriptivas y de resultado, para los propósitos del presente artículo se ha destacado una variable

dependiente que configura un indicador objetivo de la función pulmonar: Peak Flow (PEF - flujo máximo de aire que puede conseguir un sujeto en una espiración forzada tras una inspiración máxima que se obtiene a través de la curva flujo volumen). La Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio (SEPAR, 2002) recomienda que se utilicen como valores de referencia para estos indicadores los obtenidos en población normal en el estudio en el estudio multicéntrico de Barcelona (Roca et al, 1986). La precisión alcanzada por los instrumentos espirométricos es muy elevada observándose valores de fiabilidad de 0,99.

Análisis estadísticos

Las variables de caracterización fueron expresadas en medias y desviaciones típicas, y en frecuencia y porcentaje según fueran de tipo cuantitativo o nominales. El contraste de homogeneidad entre grupos para estas variables se realizó mediante pruebas de *t de Student* y *Ji Cuadrado*, respectivamente, aplicándose las correcciones oportunas en caso de heterocedasticidad o incumplimiento de normas de aplicación. Para realizar el análisis de resultados según el paradigma clásico se realizó un ANOVA de medidas repetidas según las dos condiciones experimentales.

Cálculo RCI.- Para evaluar la significación estadística del cambio individual de cada sujeto se calculó en el Índice de Cambio Fiable (RCI) según lo establecido por Jacobson y Truax (1991): $RCI = [(PEF_{pre} - PEF_{post}) / S_{dif}]$, donde, S_{dif} es el error estándar de la diferencia de las medidas [$S_{dif} = DT \cdot \sqrt{(1 - R_{xx}) \cdot \sqrt{2}}$]; siendo DT la desviación típica en la muestra clínica y R_{xx} la fiabilidad de la medida. Se considero estadísticamente significativo si $RCI \geq 1,96$ o $RCI \leq -1,96$ (valor z correspondiente al punto en una curva normal de niveles de confianza del 95%). El cambio terapéutico ha sido expresado de forma gráfica para facilitar una interpretación más intuitiva.

Puntos de corte.- Para poder establecer un criterio de significación clínica del cambio individual se calculó un Punto de Corte (PC) a partir del cual se considerarse al sujeto más cerca de la media de la población funcional que de la disfuncional (Jacobson y Truax, 1991). Siendo $PC = [(DT_f \cdot M_c) + (DT_c \cdot M_f)] / (DT_f + DT_c)$. Donde M_f y DT_f corresponden a la media y desviación típica de la muestra funcional-normativa (Roca et al, 1986); y M_c y DT_c corresponden con la media y desviación típica de la muestra clínica. Asimismo, se tomó como punto de corte normativo los valores promedios de referencia ($PC = 6,4$) para población general del estudio de Roca y colaboradores (1986).

Resultados

En la Figura 1 se presentan los resultados del contraste de medias acorde con el método clásico de comparación inter-intragrupos. Tan solo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el efecto de interacción que muestra un patrón diferencial de respuesta de ambos grupos de intervención: una ligera ganancia en los valores de PEF en el grupo experimental (Diferencia +0,35) y una ligera reducción en el grupo control (Diferencia -0,28), no resultando estos efectos significativos ($p = 0,760$). Los valores promedios de PEF en ambos grupos se sitúan tanto antes como después de la intervención por debajo de los valores de mejoría clínicamente relevante ($PC = 6,4$).

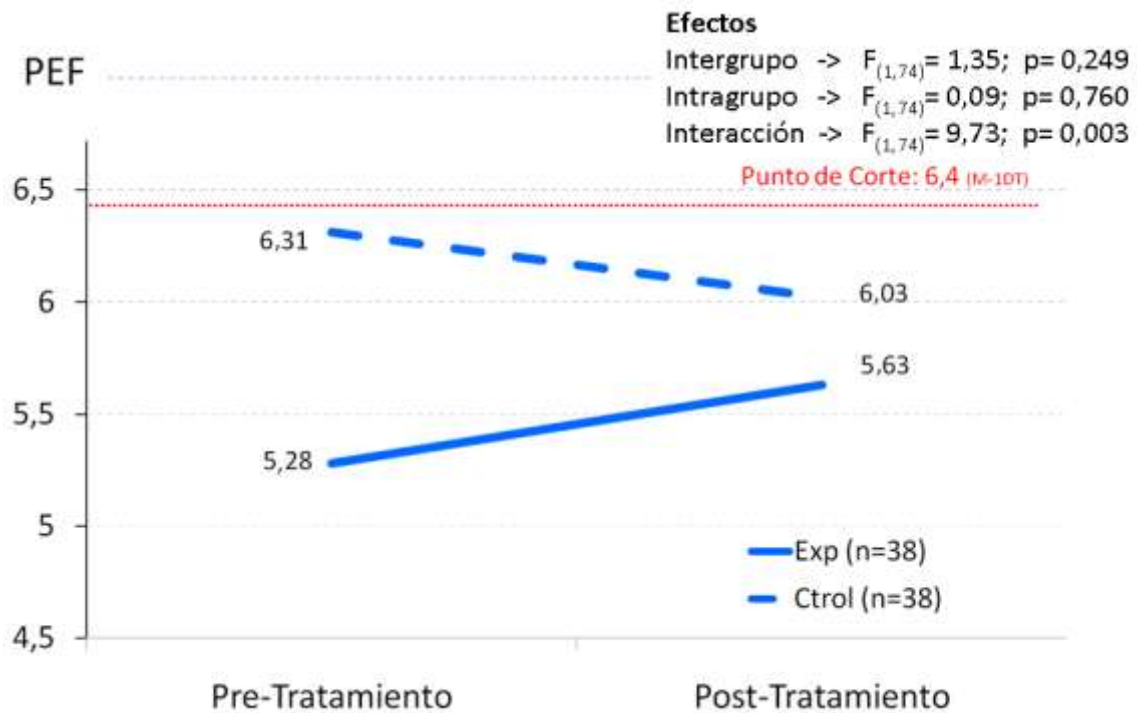


Figura 1. ANOVA de medidas repetidas para las dos condiciones de Intervención en Personas con asma.

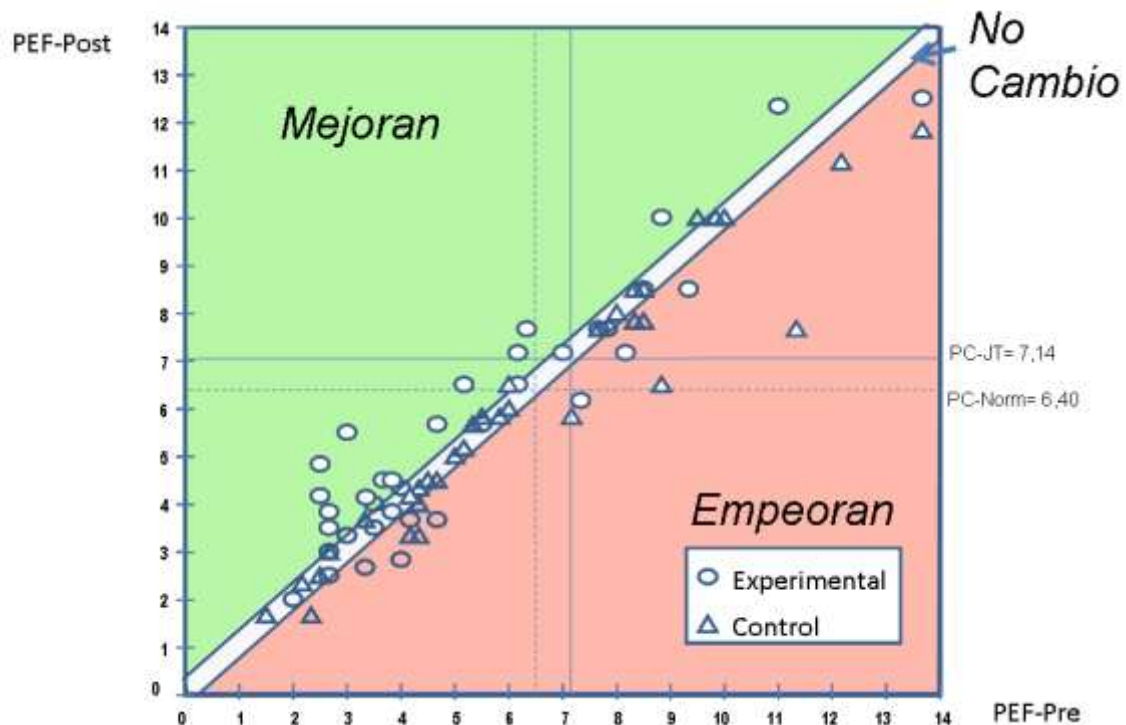


Figura 2. Representación del cambio terapéutico mediante el procedimiento de Jacobson y Truax (1991). Cambios Estadísticamente significativos y Clínicamente relevantes.

La Figura 2 muestra la distribución de valores en la gráfica de cambio terapéutico y la estimación del cambio fiable mediante el cálculo del error estándar de la diferencia (S_{dif}). Éste viene representado en la figura por el espacio en blanco de la diagonal principal. Todos los casos que se encuentran en él representan participantes cuyas variaciones de puntuación PEF antes y después de la intervención no han variado. Los casos que se encuentran en el espacio inferior (rojo) son personas que han evolucionado hacia un empeoramiento de su capacidad respiratoria, y los situados en el espacio superior (verde) los que han evolucionado hacia una mejoría, pertenecientes en su mayoría al grupo experimental (GE = 16 vs GC = 2), de los cuales seis se situarían por encima del punto de corte normativo (PC = 6,4) y cuatro por encima del punto de corte estimado mediante la recomendación de Jacobson y Truax (PC = 7,14).

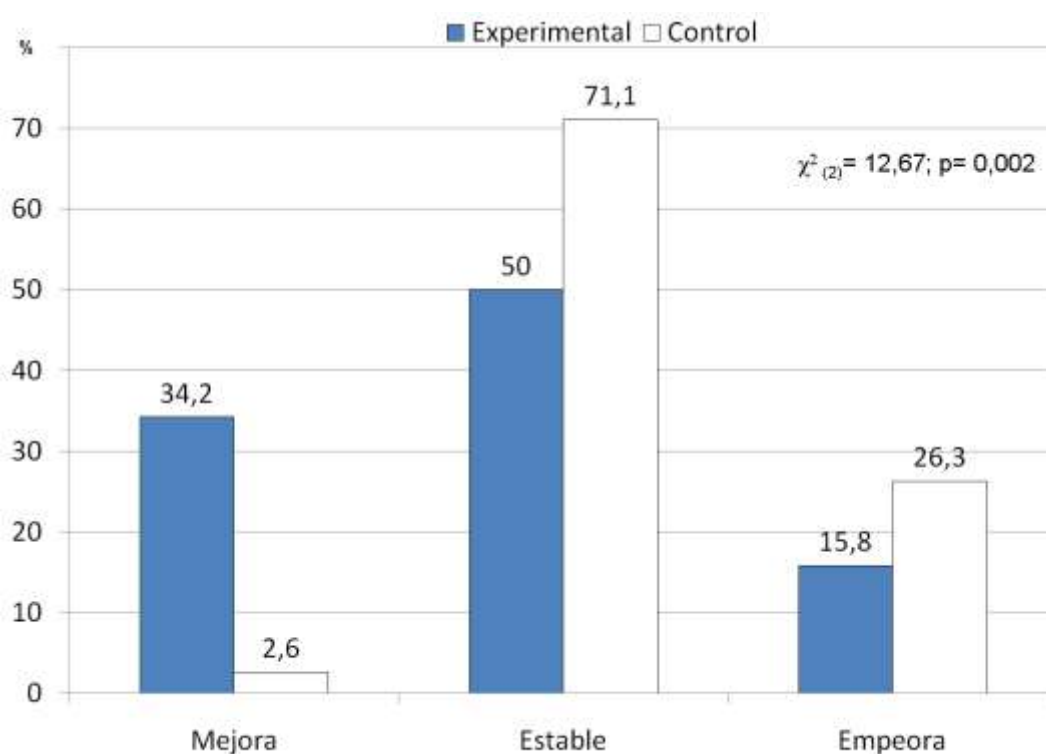


Figura 3. Clasificación del cambio terapéutico en función del Índice de Cambio Fiable (Jacobson y Truax, 1991): Porcentaje de casos para cada condición.

La Figura 3 expresa la proporción de casos que presentan mejoría ($RCI \geq 1,96$), estabilidad ($-1,959 < RCI < 1,959$) o empeoramiento ($RCI \leq -1,96$) en cada uno de los grupos de intervención. Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,002$) que muestran una mayor incidencia de casos que mejoran en el grupo experimental (34,2%) que en el grupo control (2,6%); razón de incidencias de 13,15.

Discusión

En nuestro estudio el método clásico ha mostrado ciertas limitaciones para la toma de decisiones respecto a si ha existido o no un cambio en la variable resultado. La metodología basada en puntuaciones fiables de cambio ha permitido una estimación

más adecuada de la proporción de casos que han experimentado cambio antes y después de la intervención, permitiendo a sí mismo para cada caso individual la constatación de si dicho cambio además de ser estadísticamente significativo resulta también ser clínicamente relevante. Por otra parte, la presentación gráfica de los resultados de cambio puede ser una adecuada herramienta para que el clínico sin formación específica en metodología pueda valorar sus decisiones clínicas respecto a los sujetos individuales. Como se ha podido apreciar en la presentación de la muestra, a la hora de seleccionar los grupos ha habido falta de homogeneidad respecto la variable género. Resulta que, en esta afección, las características por género son relevantes, ya que los hombres tienen una mayor capacidad pulmonar que las mujeres. La forma correcta de proceder hubiera sido hacer una diferenciación de análisis por género. Nuestro interés ha sido didáctico en la presentación respecto a la potencialidad de estas metodologías, razón por lo que hemos hecho la comparación en conjunto. Queda para futuros análisis la realización de una segmentación adecuada y la valoración de resultados en función de la especificidad de género.

Referencias

- Boner, A.L. y Valletta, E.A. (1994). Education in asthmatic children. *Monaldi Archives of Chest Diseases*, 49, 250-253.
- Clark, C. (1994). The influence of education on morbidity and mortality in asthma. *Monaldi Archives of Chest Diseases*, 49, 169-172.
- Horn, C., Clark, T. y Cochrane, G. (1990) Compliance with inhaled therapy and morbidity from asthma. *Respiratory Medicine*, 84, 67-70.
- Hotopf, M., Churchill, R. y Lewis, G. (1999). Pragmatic randomised controlled trials in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 175, 217-223.
- Iraurgi, I. (2010). Evaluación de resultados clínicos III: ICF como estimadores del cambio clínicamente significativo. *NORTE de Salud Mental*, 36, 105-122.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kazdin, A.E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kelloway, J., Wyatt, R. y Adlis, S. (1994). Comparison of patients' compliance with prescribed oral and inhaled medications. *Archives of Internal Medicine*, 154, 1349-1353.
- Larenas-Linnemann, D. (2009). Tratamiento del asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 68, 149-162.
- López, A. (2006). Asma grave y resistente al tratamiento: conceptos y realidades. *Archivos Bronconeumología*, 42, 20-25.
- Roca, J. (1993). *Asma Bronquial*. Barcelona: Doyma.
- Roca, J., Sanchis, J., Agusti-Vidal, A., Segarra, F., Navajas, D., Rodríguez-Roisin, R., Casan, P. y Sans, S. (1986). Spirometric reference values for a Mediterranean population. *Bulletin Européen Physiopathologie Respiratoire*, 22, 217-224.
- Sobradillo, V. (1993). *Neumología*. Madrid: Ediciones CEA.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR. (2002). *Manual de Procedimientos. Módulo 3. Procedimientos de Evaluación de la función pulmonar*. Madrid: Novartis.
- Thapar, A. (1994). Educating asthmatic patients in primary care: A pilot study of small group education. *Family Practice*, 11, 39-43.
- Urrutia, I., Aguirre, U., Sunyer, J., Plana, E., Muniozguren, N., Martínez-Morotalla, J., Payo, F., Maldonado, J., Anto, J. y Grupo Español ECRHS (2007). Cambios en la prevalencia de

asma en la población española del Estudio de Salud Respiratoria de la Comunidad Europea (ECRHS-II) *Archivos de Bronconeumología*, 43, 425-430.

Wilson, S. (1993). A controlled trial of two forms of self-management education for adults with asthma. *American Journal of Medicine*, 96, 564-576.

ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ANSIEDAD Y MIEDO AL DENTISTA Y SU ASOCIACIÓN CON LA BAJA FRECUENCIA AL DENTISTA

Eugenia Díaz Almenara y Miguel Ruiz Veguilla

*Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS), Hospital Universitario Virgen del Rocío
/CSIC/Universidad de Sevilla, España*

Resumen

Antecedentes: Las tasas de prevalencia de la ansiedad dental extrema en la población adulta se cifran entre el 11% y el 20%. Las determinaciones autoexpresadas de miedo al dentista, rara vez se usan en la práctica clínica para evaluar los temores de los pacientes. El objetivo del presente trabajo es identificar los factores asociados al miedo al dentista y a la frecuencia de visitas.

Método: Se evaluó en 98 sujetos que acudieron a una consulta privada de Sevilla capital. Se recogieron datos demográficos, sobre ansiedad y depresión a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) y miedo dental (Cuestionario de Miedo Dental (CMD)). La evaluación se llevó a cabo antes del tratamiento. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS. **Resultados:** Se extrajeron 4 dimensiones: la atención sanitaria, actitud del dentista, negligencia/descuido y organización. Sólo las dimensiones actitud del dentista ($OR = 2,4$ (IC95% 1,1-5,4); $p = 0,02$) y negligencia/ descuido ($OR = 5,3$ (IC95% 2,0-13,1); $p = 0,0001$) junto con los niveles de ansiedad ($OR = 1,3$ (IC95% 1,3-1,7); $p = 0,01$), se asociaron independientemente a presentar miedo dental. **Conclusiones:** Las dimensiones actitud del dentista, descuido/negligencia junto con la ansiedad se asocian al miedo al dentista.

Palabras clave: ansiedad, miedo, dentista, frecuencia.

FACTORIAL ANALYSIS OF FEAR AND ANXIETY TO DENTIST AND THEIR ASSOCIATION WITH THE LOW FREQUENCY TO VISIT DENTIST

Abstract

Background: Prevalence rates of extreme dental anxiety in adult population are estimated between 11% and 20%. Self expressed determinations of dental fear are rarely used in clinical practice to assess patients' fears. The aim of this study is to identify factors associated to dental fear and to the frequency of visits. **Method:** Were evaluated in 98 subjects that attended to private dental in Seville. Were collected demographic data about anxiety and depression through Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and dental fear (Dental Fear Questionnaire)(CMD). The evaluation was carried out before treatment. Data were analyzed using the Statistical Package SPSS. **Results:** Four dimensions were extracted: the health care, attitude of the dentist, negligence/neglect and organization. Only the dimensions attitude of the dentist ($OR = 2.4$ (IC95% 1.1-5.4); $p = 0.02$), negligence/neglect ($OR = 5.3$ (IC95% 2.0-13.1); $p = 0.0001$) and anxiety ($OR = 1.3$ (IC95% 1.3-1.7); $p = 0.01$) were independently associated with fear to visit the dentist. We found not association between the four factors with frequency of visits. **Conclusions:** The dimensions attitude of the dentist, negligence/neglect and anxiety are associated with dental fear.

Keywords: anxiety, fear, dentist, frequently.

Introducción

El miedo al tratamiento y al sillón dental es un factor que está con frecuencia presente en la consulta estomatológica ⁽¹⁾. El éxito de la práctica odontológica depende no sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del paciente. Desde hace años han sido reconocidos el miedo y la ansiedad como una fuente de problemas para la práctica normal de nuestra profesión ^(1, 2, 3, 4, 5).

Para muchos autores, el miedo depende en gran parte de la preparación y adiestramiento del profesional para condicionar en el sujeto una actitud positiva hacia el tratamiento dental, pero también puede estar condicionado por influencias familiares y sociales. Lo cierto es que la percepción individual del dolor tiene un importante papel en la ansiedad y el miedo dental ⁽⁶⁾.

Desde el primer estudio sobre la ansiedad dental llevada a cabo por Shoben y Borland en 1954 ⁽⁷⁾, el campo de la evaluación de la ansiedad en la odontología ha crecido para incluir muchas medidas tanto para adultos como para niños. Algunos estudios muestran una disminución significativamente mayor de la ansiedad en el tratamiento en pacientes cuyos dentistas conocían sus puntuaciones de ansiedad dental previamente al tratamiento en comparación con los pacientes cuyos dentistas no conocían esas puntuaciones ^(8,9). Por consiguiente, las mediciones de ansiedad dental autoexpresada nos pueden proporcionar valiosa información a los clínicos interesados en evaluar y reducir los niveles de ansiedad en sus pacientes.

En el presente estudio nos planteamos 3 objetivos: a) Describir los miedos dentales expresados por los pacientes que acuden al dentista, identificando para ello los factores o dimensiones que forman parte del concepto de miedo dental; 2) Identificar qué factores diferencian los grupos de alto miedo al dentista frente aquellos que no presentan miedo al dentista; y 3) Identificar qué factores o dimensiones que forman parte del concepto de miedo dental se asocian con una baja frecuencia a las visitas al dentista (Regularmente vs. No regularmente).

Método

Muestra

Se incluyeron todos los sujetos que consecutivamente acudían a una consulta privada de odontología ubicada en Sevilla durante los meses de diciembre del 2011 y enero del 2012. Los criterios de inclusión fueron:

Español fluido.

Edad comprendida entre 18 y 65 años.

Variables dependientes

- Miedo al dentista. Este cuestionario se basa en una simple pregunta del cuestionario de Pohjola y colaboradores (10): ¿Cuanto miedo le produce ir al dentista?: 1) Nada; 2) Algo; 3) Mucho. El cuestionario se dicotomizó con el objetivo de realizar análisis estadístico en dos: 1) Bajo miedo: Nada de miedo, y algo de miedo; y 2) Alto Miedo: Mucho miedo.

- Frecuencia de visitas al dentista. Para evaluar esta variable se aplicó el cuestionario de Pohjola y colaboradores de 2011 ⁽¹⁰⁾, que consta de una pregunta: ¿con qué frecuencia acude al dentista?: 1) Regularmente, chequeo una vez al año; 2) solo cuando tengo

molestias; 3) Nunca. En esta ocasión se dicotomizó en dos: 1) acude regularmente; 2) no acude regularmente (solo cuando tengo molestias y nunca).

Variables Independientes

- Edad.
- Sexo.
- Miedo dental: Con el objetivo de medir el miedo dental se ha aplicado el Cuestionario de Miedo Dental (CMD) de Navarro y Ramírez 1996 ⁽⁵⁾. Este cuestionario consta de 20 ítems con respuesta tipo Likert de 0 a 5, y se desarrolló con el objetivo de evaluar el miedo dental. Diferentes trabajos han reportado las buenas propiedades internas y externas de dicha escala ⁽⁵⁾.

Análisis estadístico

Se usó el paquete estadístico SPSS para el análisis de los datos. La extracción de las dimensiones se realizó a través del análisis principal de componentes. Se retuvieron los valores mayores de eigenvalue superior a 1.5 y se sometió a una rotación varimax.

En el análisis univariante para obtener las diferencias entre los pacientes con visitas regulares frente los que no son regulares, fueron analizadas usando *chi cuadrado* test, cuando era variables continuas fueron comparadas con el estadístico T de Student para muestras independientes. Igualmente se realizó con los análisis que compararon los sujetos con miedos frente los que no tenían miedo. Posteriormente se realiza un análisis multivariable aplicando un regresión logística, donde la variable dependiente son el miedo al dentista (sí/no) y la frecuencia a las visitas (regular/ irregular o nunca) y las variables dependientes sexo, edad y las dimensiones que en el análisis univariante fuesen significativas.

Resultados

Datos sociodemográficos

Se incluyeron 98 sujetos que acudieron de manera consecutiva a una consulta privada de Sevilla capital. Cuatro sujetos rechazaron contestar las preguntas del estudio, y dos tuvieron que sacarse del estudio por errores en la contestación de las escalas. Cincuenta y nueve (60%) fueron mujeres, la edad media fue de 37,5 años con una desviación estándar de 12,6 años (Tabla 1).

Tabla 1. Factores sociodemográficos y puntuación de la HAD.

	<i>N (%)</i>
Sexo (mujeres)	59(60%)
Frecuencia de visita al dentista	
Regularmente	49(50%)
Solo cuando tiene molestia	43(44%)
Nunca	6(6%)
Miedo al dentista	
Bajo miedo	79 (81%)
Nada	44(45%)
Algo	35(36%)
Alto Miedo	19(19%)

Mucho	
	<i>Media (DT)</i>
Edad (años)	37,5(12,6)
HAD-Ansiedad	3,1 (2,4)
HAD-Depresión	7,3 (3,2)

Características de la muestra en relación a la frecuencia de visitas al dentista, el miedo percibido a la hora de acudir a la consulta dental y la sintomatología depresiva y ansiosa

Un 50% (49 sujetos) de los que se entrevistaron acudían regularmente al dentista, frente un 44% (43 sujetos) que solo lo hacían cuando tenían molestias y un 6% (6 sujetos) que nunca acudían al dentista.

En relación al miedo percibido para acudir a la consulta dental, el 81% ($n = 79$) reportaban bajo miedo a acudir al dentista; un 45% (44 sujetos) presentaban “nada” de miedo al dentista, y un 36% ($n = 35$) presentaban algo de miedo. Un 19 (19%) reportaban alto miedo (mucho miedo a acudir al dentista).

La puntuación en la subescala de ansiedad de la HAD fue de 3,1 (desviación estándar 2,4), y en la de depresión fue de 7,3 (desviación estándar de 3,2) (Tabla 1).

Factores extraídos del análisis de componentes principales de la escala de miedo al dentista

Tras realizar el análisis principal de componentes de los ítems de la EMD, con rotación varimax, se extrajeron 4 factores con un valor eigenvalue mayor de 1. Estos cuatro factores se muestran en la Tabla 2 y son: Factor Atención sanitaria que explicaría una varianza de 25,8%, factor Actitud del Dentista (varianza de 15,7%), factor Negligencia/Descuido (varianza 13,8%) y factor Organización (varianza 13,2%).

Tabla 2. Factores extraídos del análisis de Componentes Principales.

	<i>Factor Atención Sanitaria</i>	<i>Factor Actitud del Dentista</i>	<i>Factor Negligencia/ Descuido</i>	<i>Factor Organización</i>
Que el trabajo lo hagan los asistentes	0,81			
Que me rompan los labios con algún instrumento	0,79			
Que el dentista sea brusco	0,72			
Asistentes desagradable	0,69			
Que atienda a muchos pacientes a la vez	0,67			
Dentista maleducado	0,67			
Que el dentista tenga mal aliento	0,58			
Que me lastime la boca	0,56			
Que sea poco delicado para curar	0,56			
Que me regañe		0,85		
Que el dentista esté de mal humor		0,75		
Que me inyecte en las encías			0,76	
Que me haga sangrar la boca			0,72	
Que me coloquen el abrebocas			0,64	
Que me equivoque al ponerme la inyección			0,59	
La revistas viejas			0,51	
Que se atrase en atenderme				0,81
La disposición del consultorio				0,74
% de Varianza acumulada	25,8%	41,5%	55,3%	68,5%

El primer factor (Factor Atención sanitaria) incluía los siguientes ítems: Que el trabajo lo haga los asistentes, que me rompan los labios algún instrumento, que el dentista sea brusco, asistentes desagradables, que atienda a muchos pacientes a la vez, dentista maleducado, que el dentista tenga mal aliento, que me lastime la boca, que sea poco delicado para curar. El segundo factor denominado factor (Actitud del dentista), incluye los dos siguientes ítems: que me regañen y que el dentista este de mal humor. El tercer factor, denominado factor Negligencia/descuido, incluye los ítems: que me inyecte en las encías, que me haga sangrar la boca, que me coloque el abrebocas, que se equivoque al ponerme la inyección. Por último, el cuarto factor es el factor Organización, relacionado con temas de gestión de la consulta, que incluye los ítems: que se atrase en atenderme y la disposición del consultorio.

Factores asociados al miedo al dentista

Análisis univariante (Tabla 3). En el análisis univariante solo la puntuación de la subescala de ansiedad de la HAD (HAD-A), junto con el factor negligencia/descuido y el factor Actitud del dentista (este último en el límite de la significatividad) se asociaron con el miedo percibido a acudir al dentista. Aquellos que percibían un miedo al dentista alto, presentaban una mayor puntuación en la HAD-A que los que percibían un bajo miedo ($9,2\pm3,2$ vs. $6,8\pm3,0$; $p < 0,005$). De igual manera aquellos que percibían un miedo alto al dentista reportaban una mayor molestia, comparado con los que reportaban bajo miedo al dentista, en los ítems relacionados con el factor negligencia/descuido ($0,79\pm0,70$ vs. $-0,19\pm0,96$; $p < 0,0001$) y en el factor Actitud del dentista ($0,35\pm0,9$ vs. $-0,84\pm1,0$; $p < 0,07$).

Tabla 3. Diferencias entre sujetos que tienen bajo miedo al dentista frente aquellos que presentan alto miedo al dentista.

	Bajo Miedo al dentista (N=79)	Alto miedo al dentista (N=19)	
	Media (DT)	Media(DT)	p
Edad (años $\pm$ DT)	36,9 $\pm$ 12,9	40,2 $\pm$ 11,2	0,31
Factor de			
F. Atención	-0,72 $\pm$ 1,0	0,30 $\pm$ 0,81	0,14
F. Actitud	-0,84 $\pm$ 1,0	0,35 $\pm$ 0,9	0,07*
F. Negligencia	-0,19 $\pm$ 0,96	0,79 $\pm$ 0,70	0,0001**
/Descuido			
F. Organizativo	-0,00001 $\pm$ 0,99	0,0003 $\pm$ 1,0	0,99
HAD-Ansiedad	6,8 $\pm$ 3,0	9,2 $\pm$ 3,2	0,005**
HAD-Depresión	3,2 $\pm$ 2,5	2,5 $\pm$ 1,9	0,26
	N (%)	N (%)	
Sexo (mujeres %)	47(59,5%)	12(63%)	0,77
Frecuencia de asistencia al dentista			
Baja	38(48%)	11(57%)	0,44

Otros factores, como la edad, el sexo y la sintomatología depresiva (HAD-D) no se asociaban con la percepción de miedo al dentista. De igual manera, los factores Atención sanitaria y organización, no mostraron una asociación con el miedo al dentista. (Tabla 3)

Análisis multivariante (Tabla 4). En el análisis multivariable, se introdujeron como variable independiente: factor negligencia, factor actitud del dentista, HAD-A, edad y sexo. Las tres variables que asociaron independientemente a presentar miedo al dentista fueron: HAD-A (OR = 1,3 (1,0-1,7); $p < 0,01$), factor negligencia (OR=5,3 (2,0-13,7); $p < 0,0001$) y factor actitud del dentista (OR = 2,4 (1,1-5,4); $p < 0,0001$).

Tabla 4. Regresión logística de la percepción del miedo (alto vs. Bajo).

	<i>B</i>	<i>Wald</i> χ^2 (<i>df</i> =1)	<i>OR</i> (95% <i>IC</i>)	<i>p</i>
HAD-A	0,32	6,4	1,3(1,0-1,7)	0,01
Factor Actitud del dentista	0,9	5,0	2,4(1,1-5,4)	0,02
Factor Negligencia/descuido	1,6	12,2	5,3(2,0-13,7)	0,000
edad	-0,002	0,008	0,99(0,93-1,0)	0,92
Sexo	0,8	1,3	2,2(0,56-8,7)	0,25

Factores asociados a la frecuencia de visitas al dentista

Como se observa en la Tabla 5, ninguno de los factores estudiados se asociaron con la frecuencia de visitas al dentista.

Tabla 5. Factores estudiados y frecuencia de visitas al dentista.

	Acude Regularmente <i>N</i> = 49 (media $\pm$ <i>DT</i>)	No Acude regularmente <i>N</i> = 49	<i>p</i>
F. Falta de Atención	0,005 $\pm$ 1,0	-0,005 $\pm$ 1,0	0,95
F. Actitud del dentista	-0,07 $\pm$ 1,1	0,07 $\pm$ 0,88	0,46
F. Descuido/ negligencia	-0,10 $\pm$ 0,98	0,10 $\pm$ 1,0	0,32
F. Organizativo	0,12 $\pm$ 1,0	-0,12 $\pm$ 0,92	0,23
HAD-A	7,1 $\pm$ 2,7	7,5 $\pm$ 3,6	0,49
HAD-D	2,8 $\pm$ 2,3	3,4 $\pm$ 2,5	0,23

Discusión

El principal hallazgo del presente trabajo se resume en que la ansiedad, el factor negligencia y el factor actitud se asocian independientemente a percibir un alto miedo al dentista.

Márquez-Rodríguez en 2004 ⁽³⁾, realizaron un análisis factorial con el objetivo de extraer las dimensiones del CMD. Los resultados fueron similares a los obtenidos en el presente trabajo: se extrajeron cuatro dimensiones que explicaban un 65% de la varianza. Los factores extraídos fueron: Factor 1: trato humano al cliente; Factor 2: mala praxis profesional; Factor 3: aspectos inherentes al tratamiento y Factor 4: aspectos no profesionales. Hay que destacar que el estudio de Márquez-Rodríguez ⁽³⁾ se realizó entre los usuarios que acudían a las consultas del sistema público de salud. Sin embargo, las dimensiones resultantes fueron similares a las obtenidas en el presente trabajo, lo que nos llevaría a concluir que las preocupaciones y miedos de los usuarios de consultas públicas y privadas son similares. En este sentido, los programas de mejoras aplicados con éxito en consultas privadas podrían ser extrapolables a las del sistema público y

viceversa. El conocimiento de las dimensiones asociadas al miedo a la consulta dental supondría una oportunidad para mejorar el desarrollo de nuestro trabajo, teniendo como objetivo final la satisfacción del paciente.

En nuestro trabajo, el miedo al dentista se asociaba con puntuaciones altas de ansiedad. Este dato apunta a que el miedo a acudir al dentista podría englobarse dentro de las fobias. Por lo tanto, podría deducirse que intervenciones que han sido efectivas en tratamientos de fobias específicas, también podrían usarse en pacientes con miedo al dentista. La aplicación de técnicas que han demostrado eficacia en el tratamiento de las fobias, supondrían una mejora en el tratamiento dental, que tendría como resultado un menor tiempo de espera al anestesiarse y cantidad de anestesia, un menor número de cancelaciones de visitas, y visitas al dentista con mayor frecuencia ⁽¹¹⁾.

Para mejorar la calidad de nuestro trabajo y de las visitas de los pacientes ansiosos, es necesario pasar por tratamientos restaurativos que manejan la regla de las "4S" que ayuda a reducir los provocantes de stress, teniendo un factor preventivo muy fuerte, como es: 1- Sentido de la vista (e.j., no dejar ver agujas, fresas...); 2- Sentido del oído (debemos tener cuidado con lo que hablamos delante del paciente, sonido de excavación...); 3- Sensaciones, como las vibraciones de alta frecuencia con alta molestia; 4- Sentido del olfato (olores como el eugenol, agentes adhesivos...). Así como las "4S" provocan ansiedad, existen también un buen número de otros factores que pueden provocarla; los aspectos de interacción dentista-paciente son esenciales, siendo la actitud y los comentarios del operador importantísimos en el control de la ansiedad. En un estudio de Moore y colaboradores, se encontró que estos contactos negativos con el dentista hacían que los pacientes encontraran el origen de su ansiedad en ellos ⁽¹²⁾.

Los pacientes mencionan comúnmente el tiempo de espera como un factor provocador de ansiedad, ya que aumenta el tiempo en que se puede pensar sobre qué podría pasar, y considerar las probabilidades de los peores resultados. Esto enfatiza la necesidad de que el personal de la consulta sea consciente de los pacientes que tienen ansiedad, para así adoptar las medidas necesarias para disminuir las preocupaciones de estos pacientes. Sin embargo, en nuestro estudio el tiempo de espera no se asociaba con el miedo al dentista.

La ansiedad dental ha sido asociada fuertemente con un pobre estado de salud oral. Eitner y colaboradores encontraron que la evitación del tratamiento dental está altamente relacionada a los índices de ansiedad y a altos índices de caries ⁽¹³⁾. Los pacientes altamente ansiosos tienen una probabilidad más alta de concurrencia irregular o/y total evitación de la atención dental ^(12,13). Se encontró que hay más posibilidad de que estos pacientes no buscaran atención dental en los dos últimos años, y que se saltaran o cancelaran más citas. Aún cuando los pacientes con ansiedad acuden a las citas frecuentemente, es probable que eviten citas de seguimiento necesarias para completar el tratamiento dental requerido ⁽¹²⁾. Asimismo, esta ansiedad dental puede evocar respuestas de tipo "temor o lucha", que pueden llevar a un cansancio excesivo tras una cita dental. Los impactos cognitivos de la ansiedad dental incluyen pensamientos negativos, temor, llanto, agresividad, alteraciones del sueño y hábitos alimenticios, una mayor automedicación y desconfianza en uno mismo ⁽¹⁴⁾.

Varios estudios han demostrado que los pacientes altamente ansiosos necesitan más tiempo para ser atendidos, de manera que el costo adicional en el que se incurre puede ser importante; por ello el paciente ansioso puede suponer para el dentista un riesgo de fracaso de tratamiento o verlo como un riesgo económico. Es más probable

que los pacientes altamente ansiosos no estén satisfechos con la apariencia de sus dientes y, de esta manera, estos pacientes fueron menos positivos acerca de sus dentistas^(12,14). Por todo ello, se hace necesario la identificación de estos pacientes y la puesta en práctica de las medidas adecuadas, como dar tiempo suficiente para la cita, minimizar los factores provocadores siguiendo el principio de las "4S" descrito anteriormente, cambiar la configuración de la consulta colocando los instrumentos donde no se vean o cubrirlos, o usar un ambientador para reducir el fuerte aroma clínico, como ejemplo, la experiencia de una clínica dental que ambientada con olor a naranja logró reducir la ansiedad y las alteraciones del humor en mujeres⁽¹⁵⁾.

Se pueden usar técnicas de distracción como música con audífonos, anteojos de video o anteojos de realidad virtual; la anestesia debe ser eficiente, pudiéndose usar métodos complementarios como inyectores peristálticos (WANTtm), cremas tópicas o estimulación nerviosa transcutánea; remitir a especialistas cognitivos o de comportamiento o psicólogos para manejo de la ansiedad y terapia de comportamiento, dar sedación consciente o terapias de relajamiento.

Una terapia multifacética aumenta las posibilidades de éxito. El proceder del dentista dirigido a reducir la ansiedad, teniendo maneras calmadas, siendo amistoso, dando apoyo moral, siendo reconfortante respecto al dolor, previniendo el dolor y trabajando eficientemente, ha demostrado reducir la ansiedad. La comunicación personal-paciente juega un papel muy importante ya que el soporte verbal y dar tranquilidad es una estrategia usada frecuentemente, debiendo ser adoptada esta estrategia por todos los miembros del personal con los que el paciente interactúa. Una recepcionista que nota pacientes con ansiedad puede programar tiempo suficiente para la cita, dando más tiempo para que el dentista explique cuidadosamente el procedimiento y luego realice tranquilamente el tratamiento⁽¹⁶⁾.

Las terapias de relajamiento pueden aumentar el nivel de confianza y dar a los pacientes la sensación de control sobre su propio estado psicológico. Se pueden usar antes o durante la cita y no tienen efectos secundarios. Un método común es la relajación muscular progresiva de Jacobsen, que relaja mediante la disminución de la tensión muscular, tensando y relajando los músculos por grupos, por ejemplo, desde el pie hasta la mitad inferior del cuerpo, desde el abdomen al tórax y luego la cabeza y el cuello. Otro método sencillo para promover la relajación es la respiración rítmica, donde el paciente inhala usando respiración diafragmática profunda, sosteniendo la inhalación durante 5 segundos y exhalando durante 5 segundos.

La utilización de las benzodiacepinas por diferentes vías de administración (oral, rectal, intranasal, intravenosa) es frecuente y sobradamente conocida en la prevención de estos problemas. Agentes como el óxido nitroso y el oxígeno administrados por inhalación, también se muestran eficientes en la prevención de estos casos. Los agentes usados para la sedación deben producir rápidamente un estado relajado por el periodo requerido, pero luego el efecto debe pasarse rápidamente de modo que el paciente pueda regresar a su estado normal⁽¹⁷⁾.

Concluyendo, se identificaron tres factores asociados independiente al miedo a acudir al dentista: actitud del dentista, miedo a la negligencia/descuido y ansiedad. Estos factores pueden ser modificados con sencillas intervenciones.

Referencias

1. Milgrom P, Weinstein P, Kleinknecht R, Getz T. Treating fearful dental patient's: A clinical handbook. New York, Appleton, 1985.

2. Heitkemper T, Layne C & Sullivan DM. Brief treatment of children's dental pain and anxiety. *Perceptual and Motor Skills* 1993; 76: 192-4.
3. Márquez Rodríguez JA. Estudio sobre los conocimientos, comportamientos y actitudes respecto a la salud oral en pacientes de la Sanidad Pública. Trabajo de investigación para la titulación de Experto Universitario en Salud Pública Oral. Vicerrectorado de Tercer Ciclo y Enseñanzas Propias. Universidad de Sevilla. 2004.
4. Aguilera F, Osorio R, Toledano M. Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. *Rev Andal Odontol Estomatol* 2002; 12:21-4.
5. Navarro C, Ramírez R. Un estudio epidemiológico acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta de la gran área metropolitana de Costa Rica. *Psicología Conductual* 1996; 4:79-95.
6. Díaz Pisan ME, Cruz Chú CM. Cómo lograr la óptima colaboración del niño en el consultorio dental. *Bol Odontol Argent Niños* 2004; 33(4):13-8.
7. Shoben EJ Jr, Borland L. An empirical study of the etiology of dental fears. *J Clin Psychol* 1954; 10(2):171-4.
8. Fernández Parra A, Gil Roales-Nieto J. *Odontología conductual*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 2000.p.154, 172.
9. Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA. Reducing patients' state anxiety in a general dental practice: a randomized controlled trial. *J Dent Res* 2002; 81(5):319-22.
10. Pohjola V, Mattila AK, Joukamaa M, Lahti S. Anxiety and depressive disorders and dental fear among adults in Finland. *Eur J Oral Sci* 2011; 119:55-60.
11. Hmud R, Walsh LJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *J Minim Interv Dent* 2009; 2(1): 237-48.
12. Moore R, Birn H, Kirkegaard E. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 292-6.
13. Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety and epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral healths. *J Oral Rehabil* 2006; 33:588-93.
14. Cohen SM, Fiske J, Newton JT. The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J* 2000; 189: 385-90.
15. Lehrner J, Eckersberger C, Walla P, Pötsch G, Deecke L. Ambient odor of orange in a dental office reduces anxiety and improves mood in female patients. *Physiol Behav* 2000;71:83-6.
16. Hainswoth JM, Moss H, Fairbrother KJ. Relaxation and complementary therapies: an alternative approach to managing dental anxiety in clinical practice. *Dent Update* 2005; 32:90-2.
17. Coulthard P, Craig D. Conscious sedation. *Dent Update* 1997; 24:376-81.

INCIDENCIA DE BURLAS Y FACTORES PSICOLOGICOS EN OBESIDAD INFANTIL

Miriam Blanco*, Melissa Parks*, Ana Rosa Sepúlveda*, Beatriz Real, Blanca Cano**, Marga del Sol** y M. Ángeles Hernández****

**Universidad Autónoma de Madrid, España*

***Centro de Salud Daroca, Madrid, España*

Resumen

Antecedentes: La prevalencia de niños con obesidad infantil continúa creciendo de forma global, al igual que lo hacen los prejuicios y las actitudes discriminatorias hacia la enfermedad. La estigmatización y las burlas desempeñan un papel esencial en el desarrollo de la imagen corporal y en el funcionamiento psicológico del niño. Sin embargo, se ha estudiado poco acerca de su prevalencia en preadolescentes y el impacto psicológico derivado de las mismas. El objetivo de este trabajo es establecer si existe relación entre la presencia de burlas y otras variables psicológicas, así como esclarecer si hay una relación diferencial en función del estado de sobrepeso u obesidad. **Método:** Se presentan datos preliminares de un estudio caso-control con una submuestra de 38 niños con edades comprendidas entre 8 y 12 años recogidos para el estudio ANOBAS. Se recogieron los datos de IMC de los niños y se administraron los siguientes cuestionarios: incidencia de burlas hacia el peso y las competencias (POTS), el inventario de depresión infantil (CDI), el cuestionario de autoestima de Lawrence (LAWSEQ) y el inventario de ansiedad estado-rasgo para niños (STAIC). **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 14 varones y 24 mujeres, el 66% pertenecen al rango de obesidad frente al 34% que tenían sobrepeso. No encontramos diferencias significativas en las variables psicológicas entre los niños con sobrepeso y obesidad. La presencia de burlas estaba asociado con mayores niveles de ansiedad y depresión y menor nivel de autoestima. Los resultados de un análisis de regresión lineal univariante mostraban que las burlas explicaban entre 67 y 68% de la varianza de ansiedad en la muestra de sobrepeso y entre 41 y 46% de la varianza total en la muestra de obesidad. **Conclusiones:** Sería importante seguir investigando la relación entre burlas y variables psicológicas que se presentan en estos datos preliminares para entender el impacto de este fenómeno en niños con sobrepeso y obesidad.

Palabras claves: obesidad infantil, sobrepeso, variables psicológicas, burlas.

IMPACT OF TEASING AND PSYCHOLOGICAL FACTORS IN CHILDHOOD OBESITY

Abstract

Background: The prevalence of childhood obesity continues to increase worldwide, as do the prejudices and discriminatory attitudes towards those who suffer from the disease. Stigmatization and bullying play an important role in body image development and psychological functioning among children. However, little has been studied regarding the prevalence of bullying in preadolescents and its psychological impact. The aim of this study is to establish whether or not there is a relationship between bullying and other psychological variables, as well as determine if this relationship differs based on whether the children are overweight or obese. **Methods:** Preliminary data on a case-control study with a subsample of 38 children between the ages of 8 and 12 years old were recruited for the ANOBAS study.

Information regarding BMI was collected and the following instruments were given to the children: Perception of teasing scale (POTS), Children's Depression Inventory (CDI), the Lawrence Self-Esteem Questionnaire, and the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC). **Results:** The sample consisted of 14 boys and 24 girls, of which 66% presented with obesity and 34% with overweight. No significant differences were found between the overweight and obese children in terms of their scores on the psychological variables. The presence of bullying was associated with greater levels of anxiety and depression and lower self-esteem. The results of the univariate linear regression revealed that bullying accounted for 67 to 68% of the variance of anxiety in the overweight children and between 41 to 46% of the total variance in the children with obesity. **Conclusions:** It is important to continue researching the relationship between bullying and psychological variables that has been presented in these preliminary results in order to better understand the influence of this phenomenon amongst overweight and obese children.

Keywords: Child obesity, overweight, psychological variables, bullying.

Introducción

En la actualidad, la obesidad infantil es considerada un tema de primer orden en Salud Pública, principalmente en los países industrializados (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003). España se sitúa dentro de los países con mayores tasas de prevalencia de Europa junto con Italia y Grecia, con un total del 26,3% de la población infanto-juvenil con sobrepeso y obesidad, siendo estas cifras más acusadas en varones (Serra et al., 2003). Esta creciente y alarmante tasa de prevalencia presenta una clara asociación con problemas de salud médica relevantes, mayores índices de mortalidad (Manson et al., 2002) y mayores riesgos psicosociales por la estigmatización que se hace del problema (Puhl y Latner, 2007). El exceso de peso es una condición estigmatizante por sí misma, sobrecarga psicológicamente a la persona e influye en el desarrollo de su imagen corporal y autoestima. Un peso corporal más elevado se asocia con una percepción de su aspecto físico negativo y una estima corporal más baja (Braet, Mervielde y Vandereycken, 1997; Davison y Birch, 2001), mientras que la presencia de episodios de sobreingesta y restricción alimentaria predice el aumento en el peso (Tanofsky-Kraff et al, 2006). Diferentes estudios apuntan que los niños con sobrepeso u obesidad que son víctimas de burlas e incluso que habían sufrido acoso en el entorno escolar presentan mayores riesgos de tener comorbilidad psiquiátrica, entre la que se encuentra baja autoestima, ansiedad, depresión y trastornos alimentarios (Libbey, Story, Neumark-Sztainer y Boutelle, 2008; Ventura y Birch, 2008). Debido a este estigma social, el niño con sobrepeso u obesidad, tiene más posibilidad de ser un adulto obeso, verá reducidas sus oportunidades de educación, el acceso a empleos y a otros servicios, suponiendo además elevados gastos para la familia, la sociedad y el sistema de salud, debido a la morbilidad, discapacidad y calidad de vida de quienes la padecen (Puhl y Latner, 2009).

En este contexto, el objetivo principal de este estudio es establecer si existe relación entre el impacto de las burlas y los síntomas de ansiedad, depresión y autoestima en preadolescentes, así como esclarecer si hay una relación diferencial en función del estado de sobrepeso u obesidad.

Método

Participantes

La muestra se compone de 38 niños entre 8 y 12 años ($M = 10$ años, $DT = 1,31$) recogidos para el estudio ANOBAS (PSI2011-23127).

Instrumentos

- Incidencia de burlas hacia el peso y las competencias (POTS; Thompson, Cattarin, Fowler y Fisher, 1995; versión española por López-Guimerà et al., 2012). La escala está compuesta por 11 ítems con 2 subescalas (burlas sobre el peso y burlas sobre las competencias). Los participantes evalúan cada ítem mediante una escala tipo Likert de 1 a 5. La versión española incluye sólo 9 ítems. Las puntuaciones más altas indican más frecuencia de burlas.
- Inventario de depresión infantil (CDI; Davanzo et al., 2004; Kovacs, 1992). Esta escala consta de 27 ítems con 3 opciones de respuesta (0, 1 y 2). La puntuación total de la escala varía de 0 a 54. Las puntuaciones más altas indica mayores niveles de depresión y el punto de corte de sintomatología depresiva severa es de 19 en población infanto-juvenil (del Barrio, 1997).
- Escala de autoestima (LAWSEQ; Lawrence, 1981; De Gracia, Marcó y Trujano, 2007). Este cuestionario está compuesto por 16 ítems que evalúa la autoestima en niños, excluyendo contenido sobre la imagen corporal y la satisfacción corporal. Cada ítem es evaluado en una escala dicotómica con 2 opciones, Sí o No. La fiabilidad interna en el estudio original fue de 0,76, mientras que De Gracia, Marcó y Trujano (2007) en la adaptación española fue de 0,67. Las puntuaciones más altas indican un nivel de autoestima más alta.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC; Seisdedos, 1990; Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori, y Platzek, 1973). Es una escala que consta de 40 ítems, agrupados en dos escalas con 20 ítems cada una. La subescala Ansiedad-Estado, pretende medir la ansiedad que puede sentir un adolescente en un momento determinado, rango de respuesta de cuatro puntos (nada, algo, bastante y mucho). Mientras que la subescala Ansiedad-Rasgo mide como se siente la persona en general, el rango de respuesta es de cuatro opciones (casi nunca, a veces, a menudo y casi siempre). Las puntuaciones más altas indican mayores niveles de ansiedad rasgo o estado.

Procedimiento

Se trata de un estudio transversal cuya muestra pertenecía al estudio ANOBAS (MICINN, PSI2011-23127) recogida en el Centro de Salud Daroca (Madrid Centro). La participación fue voluntaria y anónima, con el consentimiento de sus padres. Se recogió información sobre el peso y la altura de los niños por las pediatras para calcular su IMC, se realizó una entrevista diagnóstica y tanto los niños como sus padres completaron una batería de cuestionarios.

Análisis estadístico

Las variables continuas se describieron con media y desviación típica, las cualitativas por frecuencias. La prueba Z de Kolmogorov-Smirnov indica que la muestra no se distribuye con normalidad. La comparación entre grupos para los datos

categoricos se realizó con la prueba χ^2 y para las variables continuas con la prueba U Mann-Whitney. Para la asociación de las variables se usó el coeficiente Rho de Spearman. Los predictores de ansiedad-estado y rasgo se han analizado mediante una regresión univariada que permitan explicar la varianza explicada (R^2). Todos los análisis se han realizado con un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

Resultados

La muestra estaba compuesta de 38 niños entre 8 y 12 años con una edad media de 10 años. El 62,5% fueron chicas frente al 37,5% de varones. Un total de 66% de los niños ($n = 25$) presentaron obesidad, mientras que el 34% ($n = 13$) tenían sobrepeso, siguiendo los criterios internacionales de clasificación del IMC propuesto por Cole et al. (2000). Del total de los niños evaluados el 45,5% eran españoles seguidos de un 42,5% de niños con origen latino y de los cuáles el 72,2% estaban dentro del rango de obesidad. El 47,5% de los cuidadores principales de los niños presentaban exceso de peso, el 70% estaban casados, un 45% trabajaban jornada completa y el 37,5% habían alcanzado estudios secundarios. La Tabla 1 muestra las diferencias en las variables psicológicas de los niños/as según Percentil del IMC.

Tabla 1. Diferencias en las variables psicológicas de los niños según Percentil del IMC.

ESCALAS	Puntuación Normal M (DT)	Total M (DT)	Sobrepeso (P85-P97) M (DT)	Obesidad (P>97) M (DT)	U de Mann- Whitney (Z)	p
Estado de ánimo		N = 38	N = 13	N = 25		
CDI	10,24 (6,05)	10,39 (7,39)	10 (6,84)	10,53 (7,69)	-0,10	0,93
STAIC-rasgo	35,33 (6,79)	33,36 (8,30)	33,22 (10,10)	33,40 (7,83)	-0,24	0,81
STAIC-estado	29,61 (5,77)	27,78 (6,76)	27,11 (6,31)	28,0 (7,01)	-0,33	0,74
Autoestima						
LAWSEQ	15,86 (4,83)	16,16 (4,14)	15,80 (4,56)	16,29 (4,06)	-0,35	0,75
Influencia Burlas						
POTS-peso	2,0 (2,0)	2,05 (1,23)	1,75 (0,97)	2,14 (1,30)	-0,17	0,86
POTS-competencias	2,5 (1,0)	2,46 (1,48)	2,10 (1,16)	2,57 (1,57)	-0,18	0,87

En la Tabla 2 se puede observar las correlaciones entre escalas para la muestra total, que indica asociaciones moderadas significativas entre las variables psicológicas. Los resultados están en la dirección esperada. En concreto, la correlación del Índice de Masa Corporal (IMC) sólo es estadísticamente significativa con Ansiedad-estado ($\rho = 0,34$, $p = 0,05$) para la muestra total. No existen diferencias significativas según grupo de sobrepeso u obesidad con el IMC.

Tabla 2. Correlaciones entre las variables de depresión, ansiedad, autoestima y burlas para la muestra total.

	CDI	LAWSEQ	STAIC (Estado)	STAIC (Rasgo)	POTS (Peso)	POTS (Competencias)
CDI (Depresión)	-	-0,50**	0,86**	0,69**	0,49**	0,49**
LAWSEQ (Autoestima)		-	-0,45**	-0,34**	-0,50**	-0,50**
STAIC_Estado (Ansiedad)			-	0,68**	0,57**	0,57**
STAIC_Rasgo (Ansiedad)				-	0,63**	0,63**

Note. CDI = Inventario de depresión infantil; LAWSEQ = Escala de autoestima de Lawrence; STAIC = Escala de ansiedad estado-rasgo para niños; POTS = Incidencia de burlas hacia el peso y las competencias;

** $p < 0,01$.

Mediante el análisis de regresión lineal univariante, se encontró que la influencia de burlas hacia el peso y las competencias explicaban en la muestra de sobrepeso entre un 67 y 68% de la varianza de ansiedad. En la muestra de obesidad, el impacto de burlas explica entre un 41 y 46% de la varianza total, mientras que la ansiedad-estado está explicada en un 25% por la autoestima.

Discusión/conclusión

Nuestro primer objetivo fue evaluar el tipo de relación existente el impacto de burlas y otras variables psico-afectivas en una muestra de preadolescentes con exceso de peso. Encontramos que los niños que presentaban mayores niveles de incidencia de burlas hacia el peso y las competencias también presentaban niveles más altos de depresión, ansiedad y niveles más bajos de autoestima. Estos resultados apuntan en la dirección de lo encontrado por Young-Hyman et al. (2006), los cuáles evaluaban a 164 niños con sobrepeso y encuentran que los varones que presentaban más sintomatología depresiva señalaban más prevalencia de burlas. En cuanto a la ansiedad, un estudio pone en relieve que una mayor incidencia de burlas se asociaba con mayores niveles de ansiedad en adolescentes con sobrepeso (Libbey et al., 2008). Por último, respecto a los resultados sobre el nivel de autoestima también apuntan en la línea de lo encontrado en otros estudios (e.g. Eisenberg, Neumark-Sztainer y Story, 2003; López-Guimerà et al., 2012), aunque cabe señalar que en nuestro estudio las asociaciones eran más fuertes, indicando una relación más estrecha entre el mayor impacto de las burlas y un peor nivel de autoestima en el niño. El segundo de nuestros objetivos fue evaluar si había una relación diferencial entre el estado de exceso de peso (sobrepeso/obesidad) en las diferentes variables psicológicas medidas en los preadolescentes. Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas en las variables ansiedad, autoestima e impacto de burlas hacia el peso/competencia entre los niños con sobrepeso y obesidad. Diferentes estudios han analizado la relación entre el grado de exceso de peso y los factores psicológicos, encontrado resultados contradictorios a los nuestros (e.g. Young-Hyman et al., 2006; Zeller, Saelens, Roehrig, Kirk y Daniels, 2004). No obstante, hay que señalar que las diferencias en el tamaño de las submuestras (obesidad y sobrepeso) puede ser una limitación en nuestro estudio por lo que sería interesante seguir investigando en esta línea con muestras más homogéneas. Por último, nuestros resultados revelaron que la variable que mejor explica la ansiedad estado y la ansiedad

rasgo fue el impacto de las burlas hacia el peso y las competencias. Mostrando una similitud entre ambos grupos, aunque en la muestra de niños con sobrepeso, el impacto de las burlas tuvo una capacidad predictiva más elevada (67% vs. 48% en ansiedad-rasgo; 68% vs. 46% en ansiedad-estado).

Por tanto, es necesario seguir investigando la relación entre burlas y variables psicológicas que se presentan en estos datos preliminares para entender el impacto de este fenómeno en niños con sobrepeso y obesidad.

Agradecimientos

Dra. Sepúlveda tiene un contrato Ramón y Cajal del Ministerio de Innovación y Ciencia (RYC-2009-05092). Proyecto financiado por MICINN (PSI2011-23127).

Referencias

- Braet, C., Mervielde, I. y Vandereycken, W. (1997). Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of Pediatric psychology*, 22, 59-71.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. y Dietz, W.H. (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243.
- Davanzo, P., Kerwin, L., Nikore, V., Esparza, C., Forness, S. y Murelle, L. (2004). Spanish translation and reability testing of the child depression inventory. *Child Psychiatry and humane development*, 35, 75-92.
- Davison, K. y Birch, L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews*, 2, 159-171.
- De Gracia, M., Marcó, M. y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19, 646-653.
- Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D. y Story M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 157, 733-738.
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory CDI (Manual)*. Toronto: Multihealth Systems.
- Lawrence, D. (1981). The development of a self-esteem questionnaire. *British Journal Educational Psychology*, 51, 245-251.
- Libbey, H.P., Story M., Neumark-Sztainer, D.R. y Boutelle, K.N. (2008). Teasing, eating disordered behaviors and psychological morbidities among overweight adolescents. *Obesity*, 16, S24-S29.
- López-Guimerà, G., Fauquet, J., Sánchez-Carracedo, D., Barrada, J. R., Saldaña, C. y Masnou-Roig, A. (2012). Psychometric Properties of the Perception of Teasing Scale in a Spanish Adolescent Sample: POTS-S. *Eating and weight disorders: EWD*, 17, e210-218.
- Manson, J. E., Greenland, P., Lacroix, A. Z., Stephanick, M., Mouton, C.P., Oberman, A., Perri, M.G., Sheps, D.S., Pettinger, M.B. y Siscovick, D.S. (2002). Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *The New England Journal of Medicine*, 347, 716-725.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2003). Dieta, Nutrición y prevención de enfermedades crónicas. *Serie de informes técnicos*, 916. Ginebra.
- Puhl, R. M. y Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17, 941-964.
- Seisdedos, N. (1990). *Adaptación española del cuestionario: State-trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*. Madrid: TEA.

- Serra Majem, L., Ribas Barba, L., Aranceta Bartrina, J., Pérez Rodrigo, C., Saavedra Santana, P. y Peña Quintana, L. (2003) Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998- 2000). *Medicina Clinica*, 121, 725-732.
- Spielberger, C., Edwards, C., Lushene, R., Montuori, J. y Platzek, D. (1973) *State-Trait Anxiety Inventory for Children: Preliminary Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Tanofsky-Kraff, M., Cohen, M., Yanovski, S. Z., Cox, C., Theim, K. R., Keil M., Reynolds, J. y Yanovski, J. (2006). A prospective study of psychological predictors for weight change in children at high risk for adult obesity. *Pediatrics*, 117,1203-1209.
- Thompson, J. K., Cattarin, J., Fowler, B. y Fisher, E. (1995). The perception of teasing scale (POTS): A revision and extension of the physical appearance related teasing scale (PARTS). *Journal of personality assessment*, 65, 146-157.
- Ventura, A., y Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 15.
- Young-Hyman, D., Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., Keil, M., Cohen, M. L., Peyrot, M., y Yanovski, J. A. (2006). Psychological Status and Weight - Related Distress in Overweight or At - Risk - for - Overweight Children. *Obesity*, 14(12), 2249-2258.
- Zeller, M. H., Saelens, B. E., Roehrig, H., Kirk, S., y Daniels, S. R. (2004). Psychological adjustment of obese youth presenting for weight management treatment. *Obesity Research*, 12(10), 1576-1586.

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN CON SÍNTOMAS ANSIOSOS ASOCIADOS AL ESTRÉS

Naiara Sánchez-Lucas y Marian Alayeto-Gastón

Hospital San Jorge de Huesca, España

Resumen

Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere seriamente en su vida diaria y el desempeño normal, es un trastorno común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar. En la actualidad el tratamiento cognitivo conductual ha demostrado ser eficaz para la depresión, sin embargo, esto no es siempre aplicable a la realidad clínica donde las condiciones de tratamiento varían y los pacientes presentan en su mayoría otros trastornos concurrentes. En este trabajo se presenta el caso clínico de una mujer de 36 años con depresión desde hace año y medio, junto con numerosa sintomatología ansiosa y con un gran componente de estrés asociado. El tratamiento se desarrolló durante 14 sesiones de una hora, las visitas fueron semanales al principio, aunque tras la octava sesión comienzan a espaciarse cada 2-3 semanas debido a la mejoría clínica progresiva. Los objetivos de tratamiento se establecieron a partir del análisis funcional del caso y de las necesidades específicas de la paciente. La terapia se centró en la remisión de la sintomatología depresiva, disminución de la sintomatología ansiosa, minimización de los efectos negativos derivados de su personalidad perfeccionista y el manejo del estrés. Se aplicaron diversas técnicas, entre ellas, la reestructuración cognitiva, la intervención conductual implicando pautas que requerían un aumento de la actividad gratificante y una reducción de las tareas con cierto nivel de exigencia que eran fuente de estrés para la paciente, la relajación-respiración, resolución de conflictos, pautas de higiene de sueño y detención de pensamiento. Además, se abordó de manera especial las características de personalidad perfeccionistas y las preocupaciones y problemas específicos demandados por la paciente. Se discuten los resultados del tratamiento, que confirman la eficacia de la intervención aplicada.

Palabras clave: Depresión, estrés, ansiedad, terapia cognitivo conductual, experimento de un caso.

A COGNITIVE-BEHAVIOURAL INTERVENTION IN A DEPRESSIVE DISORDER CASE WITH ANXIOUS SYMPTOMS AND ASSOCIATED STRESS

Abstract

When a person has a depressive disorder, it interferes with daily life and prevents from functioning normally. Depression is a common but serious illness and most of those who suffer it need treatment to get better. Nowadays the cognitive-behavioral treatment has demonstrated its effectiveness for depression. Nevertheless, this is not always applicable to clinical reality in which treatment conditions can vary and patients show in their majority another concomitant upsets. In this work a clinical case of a 36-year-old woman with half and a year duration depression, large anxious symptomatology and a high stress associated component is shown. The treatment was carried out during 14 one-hour sessions. At the beginning the visits were weekly but after the 8th session they were every 2-3 weeks due to the progressive clinical improvement. The treatment goals were established from the functional analysis of the case and patient specific necessities. The therapy was focused on the depressive symptomatology

remission, anxious symptomatology decrease, minimization of the negative effects based on her perfectionist personality and stress management. There were applied several techniques such as cognitive restructuring, behavioral intervention which involves guidelines that require an increase of rewarding activities and a reduction of the tasks with a certain level of demand that were a source of stress for the patient, breathing relaxation, conflicts resolution, sleep hygiene techniques and thought stopping. Moreover, the perfeccionist personality characteristics, concerns and specific problems demanded by the patient were dealt in a special way. The treatment results that confirm the effectiveness of the applied intervention are discussed.

Keywords: Depressive, stress, anxiety, cognitive-behavioral therapy, experiment case unique.

Introducción

Muchos de los trastornos psicológicos en el mundo desarrollado, son considerados consecuencia de nuestro estilo de vida. El ritmo acelerado y el estrés son factores de riesgo para nuestra salud que juegan un papel fundamental en la etiología de trastornos orgánicos y mentales (Sandín, 2008), sin olvidar el impacto de los factores de personalidad en todo ello (Becoña, 2006). En el caso de la depresión, tanto el número como la gravedad del estresor se han relacionado con el inicio de un episodio depresivo (Hammen, 2005).

El presente estudio pretende dar a conocer los resultados de una intervención psicológica en una paciente con depresión mayor, síntomas de ansiedad y rasgos de personalidad perfeccionista, todo ello bajo la influencia del estrés. En la actualidad el tratamiento cognitivo conductual ha demostrado ser eficaz para la depresión (Pérez y García, 2001) sin embargo estos resultados no son siempre generalizables al contexto natural donde las condiciones de tratamiento varían y los pacientes presentan en su mayoría otros trastornos concurrentes. Como en el caso expuesto a continuación, donde la variedad de síntomas y las características concretas de la persona precisa recurrir diferentes técnicas y habilidades terapéuticas para lograr los objetivos propuestos.

Método

Presentación del caso

Paciente, mujer de 36 años con estudios Universitarios, casada y con 3 hijos pequeños; dos mellizos de 3 años y el pequeño de 18 meses. Mantiene buena relación con su marido, aunque existen discrepancias entre ellos en ciertos temas relativos al hogar, donde ella asume casi toda la responsabilidad respecto a las tareas domésticas y los hijos. Trabaja para una importante empresa como informática donde se le asignan diferentes proyectos que ella autodirige, siendo la máxima responsable de lo que realiza.

Es la primera vez que acude a una consulta de Salud Mental, en su biografía no destacan problemas relevantes, salvo cierta autoexigencia por parte de los padres. Entre sus familiares no hay antecedentes psiquiátricos.

Estrategias de evaluación del caso

Se realizó una evaluación multimétodos. Se llevaron a cabo dos entrevistas clínicas y se le administró los siguientes elementos: Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gursuch y Lushene (1986);

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) de Beck, Steer y Brown, (1996); *Multidimensional Perfectionism Scale* de Frost, Marten, Lahart, y Rosenblate (1990). Se llevó a cabo un Análisis Funcional de la conducta y se le asignó un autoregistro donde se le dieron instrucciones precisas para anotar las actividades realizadas durante el día con su correspondiente horario.

Formulación del caso

La paciente ante una alta demanda del entorno (cuidado completo de niños pequeños, tareas domésticas y presión laboral), a pesar de su tolerancia para asumir altos niveles de actividad, acaba sobrecargada por tareas que no consigue gestionar satisfactoriamente. Los elementos que marcan el comienzo de la sintomatología son la llegada de su último hijo y la consecuente restructuración laboral solicitada (la reducción de jornada, flexibilidad horaria y posibilidad de trabajar desde casa que le conceden) que lejos de facilitarle la vida diaria, reduce el rendimiento y aprovechamiento de su tiempo, debido a una inadecuada organización influenciada por una elevada autoexigencia en la ejecución de las tareas y aun menor tiempo disponible para lograr los mismos objetivos laborales. Tras mantenerse en esta situación de sobrecarga, debutan los síntomas disfuncionales: alto cansancio emocional en el trabajo (MBI: 31), depresión (BDI: 2, depresión moderada) y ansiedad (STAI estado: 35, centil 85). Además, comienza a tener episodios de migraña de alta intensidad y frecuencia. De este modo los propios síntomas contribuyen al empeoramiento de su estado psicológico, aumentando los niveles de estrés ya que debe hacer frente a las demandas en un estado mental y fisiológico que le impide toda consecución eficaz.

Por otro lado, su rasgos perfeccionistas (MPS: 101, centil superior 75) influyen en gran medida en este proceso, tanto en el inicio como en el mantenimiento de la sintomatología. A la hora de hacer frente a las demandas, asume que debe abarcar un gran número de actividades y responsabilidades, que además deben ser resueltas con un alto nivel de exigencia. La paciente no identifica el estrés como tal, ya que asume que son demandas inmodificables a las que debe ser capaz de responder, como hasta la fecha comenta haber realizado. Se muestra decepcionada consigo misma, defraudada por no haber podido seguir siendo “fuerte”. Su autoconcepto se resiente notablemente más allá de los síntomas depresivos, adoptando una crisis de identidad tras sentirse en un estado de vulnerabilidad psicológica en la que no se reconoce a sí misma y no logra definirse ni aceptarse; algunos de sus comentarios son: “¿Quién soy yo? No soy la persona fuerte que creía ser, soy débil, he vivido una mentira de lo que creía ser, soy un fraude”.

La paciente se presenta por primera vez en consulta tras haber transcurrido año y medio desde el inicio de los síntomas, destacando la depresión mayor como principal cuadro incapacitante y de mayor malestar.

Tabla 1. Síntomas de la paciente.

S. *Conductuales*: mayor dedicación las tareas con menor aprovechamiento, irritabilidad, agitación, a penas actividades agradables (muy poco refuerzo positivo).

S. *Cognitivos*: distorsiones cognitivas de sí misma (soy una persona débil, mala madre,...), de las situación (estoy en agujero sin fondo,...), y del futuro (no volveré a recuperarme,...), problemas de atención y concentración, alta rumiación, alta rigidez en los pensamientos, tristeza diaria, anhedonia, culpa (estoy siendo castigada, tendría que poder con todo, soy una mala madre,...), sentimientos de

inutilidad, insatisfacción consigo misma, pérdida de interés, indecisión, inseguridad, cansancio emocional.

S. psicofisiológicos: llanto, problemas de sueño, pérdida de interés por el sexo, cambios en el apetito, cansancio físico, alteración en la respiración, palpitaciones, migrañas.

Tratamiento

Se optó por una intervención basada en técnicas cognitivo conductuales, no siguiendo ningún programa concreto, sino aplicando las técnicas en base a los síntomas evaluados y el análisis funcional. Las sesiones comenzaban revisando, además de la tarea prescrita, el estado emocional de la paciente desde la sesión anterior y las dificultades y preocupaciones que hubiera podido presentar. Esto además de aportar información valiosa a cerca del curso de su estado mental era punto de partida para trabajar en sesión, considerando importante escuchar, atender e intervenir convenientemente en los aspectos puntuales demandados por la paciente.

El tratamiento se realizó semanalmente hasta la octava sesión, que tras la mejoría clínica se espaciaron las visitas pasando a ser cada 2-3 semanas, considerando necesario ir valorando su evolución en periodos más prolongados una vez adquiridas las pautas básicas. Tras la remisión de síntomas agudos se revisó a los 6 meses. En total se realizaron 14 sesiones de tratamiento y seguimiento.

Los objetivos planteados para la intervención fueron: 1) remisión de la sintomatología depresiva, 2) disminución de la sintomatología ansiosa, 3) minimización de los efectos negativos derivados de su personalidad perfeccionista y favorecer un concepto de sí misma más ajustado, 4) aprender a identificar y a manejar el estrés, reducir los niveles de cansancio emocional en el trabajo, lograr un buen funcionamiento sin desbordamiento y 5) prevención de recaídas.

La paciente también planteó sus propios objetivos para la intervención que fueron recogidos por escrito: 1) no quiero estar triste, 2) no me quiero enfadar así, 3) quiero tener ganas de hacer cosas que me gustan y 4) quiero volver a dormirme cuando me despierto.

Especificación de tratamiento seguido y técnicas empleadas:

-Psicoeducación: se le informo de los procesos básicos para mejorar la comprensión de la sintomatología y del estado emocional. Fue necesario insistir en este aspecto, ya que la paciente no era del todo consciente de su proceso depresivo y del nivel de estrés al que estaba sometida. Se le devolvió el análisis funcional y se le aportó bibliografía de la influencia del estrés en la aparición de depresión y otros síntomas, concretamente el libro *Cómo controlar el estrés en la vida personal y profesional* de Cungi (2004).

-Reestructuración cognitiva: en sesión y como tarea para casa se incluyeron técnicas basadas en la terapia cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) para los síntomas depresivos, ansiosos y pensamientos perfeccionistas. Fue necesario trabajar la rigidez de sus ideas.

-Higiene de sueño: se indicaron para combatir los problemas de sueño, el insomnio.

-Relajación y respiración: se utilizaron para la disminución de la actividad psicofisiológica aumentada.

-Administración del tiempo/Intervención conductual: Inicialmente se pactó la disminución de la demanda y el aumento de la actividad gratificante. Dada las manifestaciones presentadas y el elevado nivel de estrés, en la tercera sesión se

recomendó una baja laboral para reducir la intensidad de la demanda a la que era incapaz de responder efectivamente en su estado. Con más tiempo disponible y menos presiones se acordó un programa de actividades que resultara tranquilo y gratificante. Fue necesario relativizar la rigidez con la que mantenía las actividades, ya que en su autoexigencia por seguir las prescripciones no se permitía variaciones, sobre todo por defecto, hasta el punto de sentirse culpable si no realizaba alguna tarea. Trabajamos para flexibilizar su actitud y adaptar las actividades propuestas a los imprevistos y a las excepciones. Por otra parte, a medida que fue logrando una mayor estabilidad afectiva fuimos aumentando progresivamente el nivel de actividades y responsabilidades que debía asumir (actividades lúdicas, extraescolares de los niños, responsabilidades hogar, y reincorporación laboral). También se empezaron a aplicar técnicas de administración del tiempo y de minimización de estrés, buscando la eficiencia en su rendimiento sin perseguir un excesivo control y exigencia en la ejecución de las tareas y delegando funciones en las situaciones propicias que hasta la fecha no se había permitido.

-Resolución de conflictos. A pesar de que previamente había sido muy resolutiva no conseguía tomar decisiones y resolver conflictos del día a día que bajo el estado emocional alterado percibía con mayor intensidad y menor capacidad para afrontar. Se abordaron sus preocupaciones y problemas, delimitándolas y redefiniéndolas, además de propiciando diferentes alternativas y perspectivas de solución. Finalmente se trabajó la progresiva autoconfianza para resolver conflictos por sí misma.

-Detención de pensamiento; instruimos en la técnica para disminuir la alta rumiación cognitiva. Esta técnica no le resultó práctica ni efectiva.

-Aceptación de rasgos de personalidad; el perfeccionismo. Para empezar hubo que devolverle la impresión terapéutica acerca de los rasgos observados en la paciente, explicando el significado del perfeccionismo. Se aportó bibliografía al respecto, el libro *Cuando lo perfecto no es suficiente: estrategias para hacer frente al perfeccionismo* de Antony y Swinson (2004). Inicialmente la paciente no reconocía su perfeccionismo o por lo menos su impacto negativo y hubo que ayudarle a identificarlo. Posteriormente, se trabajó para que los rasgos perfeccionistas no tuvieran demasiada interferencia, sobre todo a nivel de autoexigencia y ejecución de actividades. También hubo que integrar el concepto de perfeccionismo, sin pretender modificar lo que la persona era, sino sencillamente minimizar la influencia negativa de sus rasgos. Hubo que reformular lo que el perfeccionismo suponía para ella, no solo los aspectos negativos, ya que sus logros habían sido en parte gracias a sus características, el objetivo era identificarlo y poner límites a su impacto negativo. Por otra parte, dado que la paciente no se aceptaba a sí misma y no lograba definirse tras la crisis de identidad hubo que ayudarla a integrar sus emociones, valores y características de personalidad. Había una falta de discurso positivo hacia sí misma muy difícil de rescatar derivada de su autoexigencia que procuramos fomentar. Para abordar todo ello, nos valimos de largas discusiones socráticas, debate, experimentos conductuales y reflexión, la paciente debía redefinirse a sí misma y actuar con nuevos patrones que le ayudaran a ajustarse mejor al entorno.

-Prevención de recaídas: se fomentó la generalización a la vida diaria de lo trabajado en sesión, revisando y analizando continuamente sus aplicaciones y empoderando a la paciente en todo momento para rescatar la confianza y autoeficacia en sí misma.

Resultados

Desde el comienzo de la intervención las puntuaciones psicopatológicas descienden, en los resultados obtenidos en las pruebas (BDI-II y STAI-Estado), se observa una reducción significativa tanto de la depresión como del estado de ansiedad. Los resultados son mejores a medida que avanza la intervención, en la evaluación de seguimiento a los 6 meses las puntuaciones se mantienen (ver Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de evaluación de tratamiento.

<i>Instrumentos</i>	<i>Pretratamiento</i>	<i>Postratamiento</i>	<i>Seguimiento</i>
BDI-II	25 Depresión moderada	5 No depresión	0 No depresión
STAI estado	35 Centil 80	10 Centil 10	10 Centil 10

Por otra parte, mediante las verbalizaciones transcritas de la paciente (ver Tabla 3) podemos intuir los avances conseguidos, si bien es una medida subjetiva aporta mucha información a la hora de valorar progresos a nivel clínico. Cuando se rescataron los objetivos planteados por la paciente en las primeras consultas, reconoció haber cumplido todos ellos.

Tabla 3. Transcripciones de la paciente en consulta.

Sesión	Verbalizaciones de la paciente en consulta
2º	<i>Me encuentro como si hubiera caído en un pozo, que creía que tenía fondo y podría salir de él, pero cada vez estoy peor, no parece tener fondo y ahora creo que no podré salir de él.</i>
Evaluación	
3º	<i>Estoy desesperada, triste, nerviosa, culpable, fuera de control.</i>
4º	<i>Un poquito mejor, aunque esta semana he estado peor físicamente; dolor de estómago, dolor de cabeza.</i>
	<i>Ahora entiendo lo que me pasa.</i>
5º	<i>Me encuentro algo mejor de ánimo, sigo teniendo momentos en los que estoy muy nerviosa.</i>
6º	<i>Mejor anímicamente, no estoy tan triste ni tan irritable.</i>
7º	<i>Mejor de ánimo, no tan irritable, mejor atención y concentración. Mejor de la migraña, casi no he tenido días malos.</i>
	<i>Me he reído, y la verdad no recordaba desde cuando no lo hacía.</i>
8º	<i>Mucho mejor anímicamente, no tan triste, duermo bien, no me siento tan culpable, mejor de atención y concentración.</i>
9º	<i>Sigo mejorando, pero estoy muy preocupada por si me vuelve a ocurrir. ¿Cómo puedo cambiar lo que soy? He vivido una mentira, no soy una persona fuerte sino débil.</i>
10º	<i>Sigo muy sensible, yo antes no era así, es como si todo me afectara, sigo pensando que mis capacidades mentales no son las de antes.</i>
16	<i>Me encuentro muy bien, me siento fuerte de nuevo. Creo que ahora acepto como soy, el perfeccionismo me ha hecho conseguir muchas de las cosas importantes pero sé que tengo que tener cuidado. Creo que estoy totalmente recuperada.</i>
Seguimiento	<i>Gracias.</i>

Tabla 4. Objetivos planteados por la paciente.

-No quiero estar triste	✓
-No me quiero enfadar así	✓
-Quiero tener ganas de hacer cosas que me gustan	✓
-Quiero volver a dormirme cuando me despierto	✓

Conclusión y discusión

Los criterios múltiples empleados para la evaluación de tratamiento demuestran que la intervención psicológica fue eficaz: remisión total de síntomas (BDI-II y STAI estado); logro de objetivos terapéuticos acordados; percepción subjetiva de la paciente de la mejoría y valoración del terapeuta de recuperación clínica. Para la consecución de objetivos fue necesario el empleo de diferentes técnicas e intervenciones basadas en las necesidades específicas del caso y en su análisis funcional. Fue fundamental además de aplicar las técnicas de tratamientos eficaces para la depresión y la ansiedad (Pérez y García 2001), técnicas para reducir el estrés (no se trataba únicamente de aumento de actividades gratificantes), atender a las características perfeccionistas de personalidad y abordar las preocupaciones y problemas específicos demandados por la paciente.

Una de las complicaciones del manejo de la depresión es que aunque la mayoría de manuales de psicopatología y tratamientos protocolizados parten de un cuadro de similares características, lo cual resulta muy útil a la hora de partir de un tratamiento de probado eficacia y si bien es cierto que existe una variedad de problemas o síntomas bastante predecibles, las características de personalidad, así como las causas que precipitan la depresión pueden ser muy diferentes en cada caso (estrés, enfermedad, conflictos de relación, pérdidas, etc.). Todo ello marca significativamente el rumbo y el foco de intervención y que por ello, en nuestra opinión, la depresión quizás sea un problema menos sistematizable. Partiendo de una conceptualización de la depresión cuantitativa, es lógico pensar que si cada individuo tiene sus propias razones (o incluso falta de estas) para estar triste, es innegable que la depresión como conjunto de síntomas más complejo, intenso y profundo que la tristeza puede partir de problemas bien distintos en cada individuo y momento, que deberíamos de tener en cuenta y abordar concretamente en terapia además de las propias técnicas indicadas. Todo ello nos acerca el ser humano que hay tras la depresión y permite una psicoterapia más interpersonal además de basada en la evidencia.

Referencias

- Antony, M. M. y Swinson, R. P. (2004). *Cuando lo perfecto no es suficiente: estrategias para hacer frente al perfeccionismo*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio: TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Cungi, C. (2004). *Cómo controlar el estrés en la vida personal y profesional*. Barcelona: Spes.
- Frost, R.O., Marten, O., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.

- Pérez, M. y García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- Sandín, B. (2008). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* (2a. ed., 1988; 3a. ed., 1994; 4a. ed., 1997). Madrid: Tea Ediciones.

CASO DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA EN SITUACION DE CRISIS**M^a Natacha López-Carrascosa**

Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental (C.O.P.A.O.), España

Resumen

En este trabajo, relato una de nuestras más recientes intervenciones para exponer nuestra forma de proceder como GIPCE, Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental, COPAO, en situaciones de crisis según protocolo; con el objetivo fundamental de poner de manifiesto la necesidad cada vez más creciente de llevar la Psicología también a las situaciones de crisis y emergencias, situaciones de impacto, por lo general de improviso y que al aparecer de repente provocan en la mayoría de las personas un bloqueo momentáneo durante el cual parecen no poder funcionar de la misma manera como venían haciéndolo, por tanto se trata de ayudar a restablecer a la/s persona/s afectada/s a sus niveles anteriores de independencia, lo antes posible; destacando así mismo la flexibilidad de la ayuda psicológica que se ofrece en estas situaciones de crisis y emergencias, no se trata de una psicoterapia breve, es más bien una técnica de afrontamiento para cuando los recursos propios de las personas se encuentran bloqueados por las circunstancias del evento y parecen no funcionar para dar respuesta a la situación, por ello la Psicología de Intervención en Crisis y Emergencias tiene en cuenta las características particulares de cada acontecimiento y en base a ellas adapta el abordaje a los distintos escenarios que pueden presentarse en un principio o ir surgiendo a medida que se va desarrollando la actuación. En este caso concreto describir los cuatro escenarios de intervención que hubo que cubrir en dicha activación.

Palabras Clave: crisis, emergencias, intervención psicológica en situación de crisis, técnicas de afrontamiento psicológicas.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION CASE IN CRISIS SITUATION**Abstract**

In this work, the story of our most recent interventions to expose how we proceed as GIPCE, Group Psychological Intervention in Emergencies and Disasters of the College of Psychologists of Eastern Andalusia (COPAO), in crisis situations according to the protocol, with the ultimate goal to highlight the ever increasing need to bring psychology also to situations of crisis and emergency situations impact usually appear suddenly and suddenly the cause in most people during the momentary blockage which appear not to function in the same way as had been doing, so it is to help restore the / s person/s affected/s to their previous levels of independence as soon as possible, highlighting the flexibility likewise psychological help offered in these crisis situations and emergencies, there is a brief psychotherapy, is more of a coping technique for when the resources of the people are trapped by the circumstances of the event and not seem to work to meet the situation, so the Psychology of Crisis and Emergency Intervention into account the particular characteristics of each event and adjusts them based on the approach to the various scenarios that may occur at the beginning or go emerging as it develops the action. In this case describe the four intervention scenarios that had to be covered in this activation.

Keywords: Crisis, Emergency, psychological, intervention in crisis, psychological coping techniques.

Introducción

El *Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias* (G.I.P.C.E.) está compuesto por cerca de 80 profesionales licenciados en Psicología, pertenecientes a las provincias de Almería, Granada, Jaén y Málaga, todos ellos con formación específica en intervención inmediata en Catástrofes y experiencia en intervención psicológica en crisis, desastres y emergencias. El C.O.P.A.O., a través de un convenio de colaboración suscrito con el 112 desde 2006, pone a disposición del Servicio de Protección Civil, su Grupo de Intervención Psicológica GIPCE, para colaborar en las áreas de su competencia integradas en el Plan Territorial de Emergencia.

El papel del profesional de la Psicología en intervención inmediata en catástrofes es fundamentalmente preventivo (Cohen, 1999), de todos es sabido que el impacto de una situación altamente estresante puede dejar secuelas psicológicas en la vida de las personas implicadas, de la misma manera hay que resaltar que se trata de una situación de urgencia, que no admite demora, podríamos decir pues que la intervención en crisis es una estrategia de afrontamiento que se caracteriza por ser breve, intensa y temporal y se realiza cuando los recursos propios de la persona son ineficaces para afrontar determinadas situaciones (Farre y Martínez, 1992).

Método

El caso que me sirve de referencia, es una de nuestras intervenciones más recientes. A primera hora de la mañana son encontrados dos cadáveres, el de una niña de 6 años y el de su padre, en el domicilio familiar. Por lo complicado de la situación, se procede por parte del 112 a la activación del GIPCE, y se pone en marcha nuestro protocolo de actuación, en casos como éste se activa el grupo de la ciudad de referencia, y se van activando consecutivamente los más próximos si por la magnitud del acontecimiento, se estimase la necesidad de equipos de refuerzo, cosa que en esta situación no fue necesaria. Activadas por nuestra coordinadora se nos facilita los datos conforme se van comprobando, a manos de los efectivos pertinentes, barajándose la posibilidad de que el padre haya causado la muerte de la menor, su hija, aprovechando el régimen de visitas que tenía concedido y posteriormente se haya suicidado (muerte por ahorcamiento).

Los requisitos de la intervención en crisis son: inmediatez, proximidad, simplicidad y expectativa de una pronta recuperación (Duarte Sánchez, 1992), y en base a ellos actuamos. Nosotros como grupo de intervención no lo hacemos en la zona 0, somos activados un poco después, cuando la situación sanitaria está controlada, y estabilizado el soporte vital básico de las personas afectadas. Pero sí lo más próximo posible al escenario del acontecimiento.

Este caso concreto es un claro ejemplo de cómo la intervención psicológica se acerca allí donde se le requiere, y de esta forma actúa no sólo en un escenario sino en tantos como se precise, dado que la Policía y Guardia Civil para facilitar la investigación, acordonan la casa y la zona, improvisamos como primer escenario para nuestra intervención la casa de una vecina.

Como Psicólogos de emergencias, acompañamos a los afectados y familiares para modular las consecuencias psicológicas del suceso (Cohen, 1999), ayudándoles a

enfocar de forma adaptativa: la espera, la incertidumbre, la comunicación de malas noticias, los trámites legales, el inicio del duelo cuando lo haya, etc. En este caso, nuestra actuación está enfocada en principio para intervenir con la madre del fallecido y abuela paterna de la menor, una mujer mayor, 70 años, viuda, con una cardiopatía de base, que a nuestra llegada presenta una sintomatología caracterizada: a nivel conductual: por paralización comunicativa, lentificación de movimientos, crisis de angustia. A nivel cognitivo: Bradipsiquia (lentitud de pensamientos), confusión, estupor disociativo. A nivel emocional: frustración, alta ansiedad. También nos encontramos allí, a 2 de las 3 hermanas del fallecido e hijas de nuestra paciente de referencia, de las cuales una de ellas se encuentra en una situación personal complicada por lo cual se muestra más vulnerable al acontecimiento, a nuestra llegada ya ha sido atendida por los servicios sanitarios, y presenta en todo momento una sintomatología bloqueada y en estado de *shock*.

Nuestra intervención psicológica, no tiene como objeto hacer desaparecer el dolor y el sufrimiento, ni ayudar a llorar, pero sí, puede ayudar a manejar crisis agudas de ansiedad o fuertes sentimientos de desesperanza e indefensión que suelen aparecer en estas situaciones de crisis (Duarte Sánchez, 1992). En un primer momento enfocamos nuestra intervención en: intentar mantener un poco la intimidad de esta familia, ya numerosa de por sí, procurando que los vecinos, amigos y allegados ocupen otras estancias de la vivienda, para permitirles llorar y expresar sus sentimientos y emociones más íntimamente; intentar aliviar la sintomatología que presentan, mediante escucha activa, silencios compartidos, proximidad física y contacto, ventilación emocional, narrativa de los sucesos de quienes quieren comentar; desactivación fisiológica, a través de técnicas de relajación (respiración diafragmática); asegurar las condiciones fisiológicas necesarias, de abrigo, sed, algo caliente, etc.; normalizar las reacciones que se manifiestan y que desconciertan un poco más a aquellos que la presencian (llantos, arranques de histeria); primeros auxilios psicológicos, técnicas fundamentalmente dirigidas a ofrecer seguridad y aliviar los síntomas de estrés agudo; propiciar la ventilación emocional, entre madre y hermanas del fallecido, (abuela y tías de la menor) insistiendo en la no contención del llanto y otras manifestaciones emocionales; intentar activar los recursos propios que tienen para afrontar pequeñas decisiones a corto plazo, mediante mensajes simples, breves y directos.

Una de las hermanas, acompañada por su pareja, parece estar con mayor grado de control y capacidad de afrontamiento y colaboración, por lo cual cumple bien la función de apoyo y cohesión familiar en estos momentos, y podemos delegar en ellos el acompañamiento necesario en estos casos.

Debido a que los cuerpos están en el I.M.L. (Instituto de Medicina Legal) en espera de que se les practique la autopsia, no se prevé que lleguen al Tanatorio hasta 24 horas después, por lo cual, ya más recuperadas madre y hermana del fallecido, se disponen a ir hacia el Tanatorio, acompañadas y arropadas por la familia cercana, vemos que no precisan más nuestro acompañamiento, nos retiramos dejando nuestros teléfonos por si en cualquier momento en las horas próximas precisan de nuestro servicio y apoyo.

También asesoramos sobre las circunstancias que pueden reducir el impacto, si hay necesidad de identificación visual de cadáveres. Un segundo escenario de intervención: El Tanatorio de la localidad, otro momento clave, en el que se nos pidió expresamente por parte de la familia que estuviésemos presentes era la llegada del

cuerpo del fallecido y la visión del mismo para su despedida, momento que provocó otra acusación de la sintomatología que ya teníamos controlada y hubo que volver a empezar.

Ayudamos a enfocar el inicio del duelo para que en un futuro no se convierta en duelo patológico y orientamos pautas y estrategias de afrontamiento a medio y a largo plazo, un tercer escenario de intervención: otro Tanatorio de una localidad vecina, habilitado para la despedida de la madre de la menor fallecida y los familiares de ésta, medida adoptada, para mantener la intimidad de la madre dadas las características peculiares del caso aunque todavía sin confirmar oficialmente, para lo cual se activa a otras dos compañeras pertenecientes al Grupo de Intervención del COPAO, en este caso para el acompañamiento y apoyo psicológico de la madre de la menor, que viene de fuera. La actuación aquí es un acompañamiento de aproximadamente dos horas hasta la llegada del cuerpo de la menor, donde se intentó en todo momento transmitir cercanía y proximidad. Dado que venían de otra provincia, las personas desplazadas eran menos, por lo que se pudo en todo momento conseguir ese grado de intimidad, que se requiere y es tan necesario en estos momentos, la intervención aquí se centró en: facilitar la expresión emocional con una escucha activa y respetando silencios, efectuar en un momento dado preguntas relacionadas con los hechos ocurridos con el único objetivo de ayudar a ordenar, asimilar y aceptar lo ocurrido.

Asesoramos a los gestores de emergencias, sobre aquellos aspectos que pudieran producir una victimización secundaria en los afectados, si no se enfoca de una manera adecuada, como es la comunicación directa entre instituciones, la transmisión pública de malas noticias según las variables concretas que rodean a la emergencia etc. Un Cuarto escenario de intervención: la Iglesia donde se celebró la misa de despedida, en el momento de la misa, se personaron varios dispositivos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, por las posibles reacciones adversas que se preveía pudieran desencadenarse, momento temido y que creó cierta ansiedad entre los familiares del padre (fallecido) al no haber asistido al tanatorio, donde se recibió el cuerpo de la menor, hecho por el cual querían despedirla en la iglesia, a pesar de la incertidumbre que les generaba una posible reacción adversa por la familia materna o incluso de la comunidad, que ya se había hecho eco mediático y había trascendido a los medios de comunicación, circunstancia que aprovechamos como Grupo de Intervención para intentar evitar una revictimización secundaria, hablando y explicando la situación que se había generado, señalando que los medios de información, deben ofrecer la noticia, objetiva y veraz, teniendo en cuenta que en el momento de los hechos, aún no se habían dado los datos oficiales del resultado de la autopsia de la menor, y que aun siendo ciertos los datos que se barajaban de parricidio y violencia doméstica, los familiares paternos, no sólo habían perdido un hijo y un hermano, sino también una sobrina y una nieta, y que ellos también tenían derecho a manifestar su dolor, y a poder elaborar su duelo, sin las miradas acusadoras de toda una comunidad, que se adelantaban y minimizaban su sentir.

Como “Grupo de Intervención” ofrecemos nuestro apoyo, nuestro acompañamiento sin juicios, sin ideas preconcebidas (Lorraine, 1992), nuestra escucha activa parte de cero, no podemos permitir que las personas que ya están pasando por una situación de crisis, sufran una segunda victimización, se trata de que les ayudemos en su elaboración del duelo, ya han sufrido la/s pérdida/s de su/s ser/es querido/s, no añadamos además la pérdida de su estatus social, no las estigmaticemos por una acción

ajena, no añadamos una culpa y una vergüenza que no les corresponden y que les dificultarán aún más su proceso de vuelta a la normalidad.

La intervención psicológica en emergencias es transitoria y breve, por ello una vez desarrollada, se hace necesario continuar la labor de afrontamiento en la fase de post-impacto con el seguimiento, cuyo objetivo será valorar e intervenir y/o derivar al servicio especializado, de salud mental si es necesario según la evolución de los afectados.

Terminada la misa por la menor, la madre se disponía a la incineración en otra localidad, y el regreso a su lugar de residencia, y la familia paterna, mucho más tranquila al haber podido asistir a la misa de despedida de la menor, procedían a despedir ahora a su familiar, ya más contenidos emocionalmente. Tanto las compañeras encargadas del acompañamiento de la madre, como las que estuvimos al lado de la familia paterna dimos por concluida nuestra labor, nos despedimos y dejamos asimismo abierta la posibilidad de un contacto telefónico en caso necesario. Según nuestro protocolo, pasados unos días nos pusimos en contacto nuevamente con las familias y valoramos su fase de afrontamiento, habían iniciado su proceso de duelo y se preveía fuera normalizándose poco a poco en sus rutinas diarias con ayuda de sus redes familiares y amigas. No obstante ya tenían indicaciones anteriores de dirigirse a solicitar ayuda si en algún momento sentían que se paralizaba su proceso de asimilación y adaptación a la nueva situación.

Referencias

- Cohen, R. (1999). *Salud Mental para Víctimas de Desastres "Manual para Trabajadores"*. México: Manual Moderno D.F.
- Duarte Sánchez, P. (1992). *Ayuda breve y de emergencia*. México: COVAC Ediciones.7
- Farre, L. y Martínez, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Barcelona, España: Paidós (2)
- Lorraine, S. (1992). *Agonía, Muerte y Duelo*. México: Manual Moderno.

ESTUDIO DE LOS ASPECTOS ADAPTATIVOS Y PSICODINÁMICOS DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Nirã dos Santos Valentim y Kayoko Yamamoto

Instituto de Psicología de la Universidad de São Paulo, Brasil

Resumen

Introducción: El diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama son movilizadores de gran angustia, por estar asociados directamente a la pérdida, el miedo a la muerte, la mutilación y las alteraciones en la imagen corporal con implicaciones en la feminidad. **Objetivo:** Verificar la eficacia adaptativa y aspectos psicodinámicos en mujeres mastectomizadas. **Método:** Las participantes son del Centro de Oncología Luiz Rodrigues Neves de São Paulo – Brasil. Los datos se obtuvieron a través de la Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) aplicada a 10 participantes con edades comprendidas entre los 35 y los 60 años, a las que se les realizaron tres entrevistas en que se abordaron los cuatro sectores adaptativos: Afectivo-Relacional, Productividad, Sociocultural y Orgánico. **Resultados:** De las 10 participantes, tres de ellas se ubicaron en el grupo 3 – Adaptación Ineficaz Moderada, siete en el grupo 4 – Adaptación Ineficaz Severa y cinco de ellas presentaron situación de crisis adaptativa por pérdida. El sector más comprometido en todas las participantes fue el Orgánico, seguido del Afectivo Relacional en siete de las participantes y Productividad en las otras tres. La evaluación psicodinámica evidenció angustia persecutoria, relacionada al diagnóstico de cáncer, a la mastectomía y a la quimioterapia. Así mismo, se identificó una herida narcisista, desencadenada por la ruptura de la idealización omnipotente de la inmortalidad de sí misma y la desilusión con el cuerpo representado como indestructible. **Conclusión:** Angustia y desespero comprometen especialmente los sectores Orgánico y Afectivo-Relacional, pues las participantes demostraron desconocimiento de sí mismas, en una nueva identidad femenina generada a partir de la mutilación de la mama y del cuerpo impotente/enfermo. La crisis adaptativa por la pérdida mostró estar relacionada a la angustia extrema por la pérdida de la salud y de la mama generando sensación de desconocimiento sobre sí mismas, miedo a la recaída y a la muerte.

Palabras claves: cáncer de mama, escala diagnóstica adaptativa operacionalizada, crisis adaptativa, sufrimiento psíquico.

STUDY OF ADAPTATIVE AND PSYCHODINAMIC ASPECTS OF WOMEN WITH BREAST CANCER

Abstract

Introduction: The diagnosis and treatment of breast cancer cause great distress, to be associated with loss of health, the fear of death, of mutilation, and changes in body image with implications in muliebrity. **Objective:** Verify the effectiveness adaptive and psychodynamic aspects of mastectomized women. **Method:** The participants are patients of the Oncology Center Luiz Rodrigues Neves in São Paulo – Brazil. For the data obtained was used Operational Adaptive Diagnostic Scale (EDAO) in 10 participants aged between 35 and 60 years subjected to three interviews preventive that addressed the four adaptive sectors: Affective-Relational, Productivity, Socio-Cultural and Organic. **Results:** Among the 10 participants three were in Group 3 - Ineffective Adaptation Moderate; seven in Group 4 - Ineffective Adaptation Severe; and five participants had a crisis adaptive for loss. The sector most affected was the Organic in all participants, followed by Affective-Relational in seven of them, and Productivity in the three

other. The psychodynamic evaluation showed high persecutory anxiety related to cancer diagnosis, mastectomy and chemotherapy. Has been identified a narcissistic injury, deflagrated by disruption of the omnipotent idealization of immortality itself and deception with the body represented as indestructible. **Conclusions:** Anxiety, hopelessness and despair interfered especially in the Organic and Affective-Relational Sectors, because the participants showed an estrangement from themselves, a new female identity from the breast mutilation and body helpless and sick. The adaptative crisis for loss was related the high distress by the loss of health and breast causing feeling of unawareness of themselves, fear of disease recurrence and death.

Keywords: Breast cancer, operational adaptive diagnostic scale, adaptative crisis, psychological distress.

Introducción

La práctica del psicólogo en la salud pública generó una modificación en el modelo tradicional de la clínica, distanciándola cada vez más del modelo médico. Para atender la demanda de las nuevas formas de sufrimiento psíquico, el psicólogo pueda salir del consultorio e insertarse en otros espacios, ampliando el enfoque individual para el enfoque social (Dutra, 2004; Moreira, Romagnoli y Neves, 2007).

Con la expansión de los espacios de trabajo para el psicólogo dentro del área de la salud, son investigadas prácticas que atiendan esa demanda, buscando la comprensión del proceso de enfermedad, la adhesión al tratamiento; además de las posibilidades de prevención, así como las formas de lidiar con la estigma de la enfermedad. (Fontanella, Campos y Turato, 2006).

En el diagnóstico de cáncer de mama, el psicólogo hace que sea posible escuchar el sufrimiento, ya que en el modelo biomédico no hay la posibilidad de comprensión de un registro que se escape del organismo biológico. El dolor puede ser medicalizado, pero desencadena el desamparo humano, dándole voz al dolor psíquico del cuerpo representado.

Existe una demanda cada vez mayor que justifica la atención psicológica a estas pacientes. El cáncer de mama afectó a 1,4 millones de mujeres en el mundo en 2008, con un estimado de 52.680 nuevos casos en Brasil en 2012. Las regiones sur y sureste del país, además de contar con el mayor número de casos, muestran las tasas más altas de mortalidad siendo de 12,6 muertes por cada 100 000 mujeres (Instituto Nacional de Cancer [INCA], 2011).

Para Santos, Dias, Lacerda, Barreto y Santos (2008), el diagnóstico de cáncer de mama despierta sentimientos de miedo, tristeza y desesperanza que interfieren en la aceptación de la enfermedad y del tratamiento. Para los autores, la sensación de vacío como resultado de la pérdida de la mama en la cirugía de mastectomía se experimenta con extrema impotencia y angustia.

Se entiende este hecho, porque aunque sea en el cuerpo biológico que ocurre la enfermedad, la experiencia del dolor se encuentra tanto en el campo objetivo - el procedimiento invasivo - como en el subjetivo de la representación psíquica. Dar voz al cuerpo/sujeto es hablar del dolor que se siente por la pérdida de la mama experimentada en el cuerpo, que pone en peligro la autonomía del yo. Una pérdida narcisista percibida en el esquema y la imagen corporal, hacia donde se dirigen las inversiones libidinales y desde donde pueden ser construidas las nuevas representaciones (Zecchin, 2004).

Diversas investigaciones abordan el sufrimiento intenso, dando cuenta que hay una asociación entre el diagnóstico de cáncer y la posibilidad de la muerte, más allá de la sensación de amenaza para la integridad física de las mujeres, la movilización de los sentimientos de tristeza y depresión, y muchas veces, la creencia de que está siendo castigada. Estas sensaciones se intensifican debido a que se trata de una parte valorizada del cuerpo y uno de los aspectos en los que se define la identidad femenina. (Lobo, Santos, Dourado y Lucia, 2006; Pinto y Gioia-Martins, 2006; Ramos y Lustosa, 2009).

Los sentimientos de incapacidad, poca confianza en sí misma y abandono en relación al medio también aparecen asociados a la mastectomía. La autoestima y la autoimagen se observan afectadas interfiriendo negativamente en las relaciones amorosas y la sexualidad (Pinto y Gioia-Martins, 2006).

El impacto de la pérdida del cabello, el seno o parte de él, están asociados al tema de lo femenino influyendo en la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas. En su investigación Loyola y González (2007) estudiaron el impacto de la caída del cabello – efecto de la quimioterapia – y la pérdida de la mama en la autoimagen y la autoestima de las mujeres, estando directamente relacionado con el deterioro de la sexualidad y el miedo de ser abandonadas por su pareja.

Gómez, Sánchez y Enríquez (2011), al entrevistar a mujeres que estaban en proceso de quimioterapia después de la cirugía de mastectomía, escucharon los relatos sobre las reacciones de angustia y la tristeza con el diagnóstico de cáncer, los cambios en el cuerpo y los efectos secundarios de la quimioterapia. El cambio de la imagen corporal como consecuencia de la pérdida de cabello, había afectado a la autoimagen y la autoestima y se consideraban importante el apoyo psicológico en ese momento.

En otro estudio se encontró, que las mujeres con menores niveles de ansiedad mostraron mejores perspectivas de futuro que aquellas con puntuaciones más altas. Puntajes más altos de ansiedad se asociaron a mayores dificultades en la aceptación de la imagen corporal, así como aceptación más positiva de la imagen corporal eran predictores de puntuaciones menores de ansiedad. Las puntuaciones más bajas de ansiedad también se asociaron con la cirugía conservadora de la mama (mastectomía parcial) y la edad avanzada. (Esch, Roukema, Steeg y Vries, 2011).

Tamburrino (2011) hace algunas consideraciones importantes sobre los aspectos subjetivos de la mujer enferma de cáncer de mama. Para la autora, la mutilación de la mama se experimenta como un rasgo en la historia de la vida, en la feminidad, en los significados atribuidos a la parte del cuerpo tan lleno de representaciones de las mujeres, que en el proceso es invadida por el tumor que se instala en silencio en su cuerpo y ahí se desarrolla.

Método

Participantes

10 mujeres que se habían realizado la mastectomía (total o parcial) con edades comprendidas entre 35 y 60 años, pacientes de un Centro de Oncología de Gran São Paulo, Brasil.

Materiales

La EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada), desarrollada por Simon (1989) se emplea enfocada en los cuatro sectores adaptativos: A-R (afectivo-

relacional), PR (Productividad), Or (Orgánico) e S-C (Sociocultural). Cada sector abarca las posibles soluciones que la persona encuentra en las diferentes situaciones de su vida y como lidia con sentimientos, actitudes y acciones relacionadas a esas situaciones. En el sector A-R las soluciones estarían enfocadas a las relaciones interpersonales y aspectos intrapersonales, en el sector PR las soluciones relacionadas al trabajo, la escuela o hacia alguna actividad artística en la cual la persona se sienta productiva, estando o no asociada a algún factor económico. En el sector S-C las soluciones se enfocan hacia la convivencia social, valores y reglas sociales. En el sector Or, cómo la persona lidia con el cuidado corporal, la salud, la enfermedad. (Simon, 1989).

Las respuestas que presentadas en estas diferentes situaciones son investigados desde el punto de vista de la adecuación en tres aspectos: la solución de conflictos, la satisfacción de la persona con la respuesta y el surgimiento de los conflictos internos, ya que la respuesta debe ser de acuerdo con los valores internos y externos, no generando conflicto con los valores o normas sociales. Bajo estos aspectos, la evaluación sectorial indica si las soluciones para cada sector son apropiadas, poco apropiadas o muy poco apropiadas. A partir de la puntuación atribuida a los sectores AR y Pr se obtienen la clasificación adaptativa que puede mostrar la adaptación eficaz, ineficaz leve, ineficaz moderada, ineficaz severa o ineficaz grave. (Simon, 1989; 1996). Los sectores SC y Or se evalúan cualitativamente aportando información sobre aspectos adaptativos y psicológicos importantes.

Son cinco los posibles grupos para el diagnóstico de adaptación: Grupo 1 – Adaptación Efectiva, con la suma de 5 puntos; Grupo 2 – Adaptación Ineficaz Leve con un total de 4 puntos; Grupo 3 – Adaptación Ineficaz Moderado, con la suma de 3 a 3,5 puntos; Grupo 4 – Adaptación Ineficaz Severa, con la suma de 2 a 2,5 puntos y Grupo 5 – Adaptación Ineficaz Grave, con la suma de 1,5 puntos.

La entrevista preventiva es utilizada con el fin de mitigar los temores y ansiedades persecutorias que puedan surgir a partir de la invitación a participar y no haber sido ella misma, quien buscase el servicio de prevención. Para su realización se recomienda comenzar por los sectores de adaptación que causan menos ansiedad ya que el sector S-C. Puede ser utilizada, si fuere necesario, técnicas de apoyo e interpretativas que faciliten la cooperación del entrevistado (Simon, 1995).

Diseño

El método aplicado en esta investigación fue el enfoque clínico-cualitativo, que busca comprender los significados dados a los fenómenos experimentados por los individuos y cómo las representaciones de estos fenómenos organizan su vida y su relación con la salud y la enfermedad (Turato, 2008).

El objetivo del estudio fue verificar la eficacia adaptativa y aspectos psicodinámicos en mujeres mastectomizadas.

Procedimiento

Se realizaron tres entrevistas clínicas preventivas con cada participante antes de la intervención terapéutica (doctorado en proceso de realización con la finalidad de investigar el alcance terapéutico de la Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO). Las entrevistas se llevaron a cabo en el Centro de Oncología donde realizan el tratamiento.

Resultados

De las 10 participantes de este estudio, tres de ellas se ubicaron en el grupo 3 con Adaptación Ineficaz Moderada, teniendo como sector más comprometido el de la Productividad en dos de ellas. Siete de ellas se encontraron en el Grupo 4 con Adaptación Ineficaz Severa, siendo el sector Afectivo-Relacional el más afectado en seis de las participantes. El sector Orgánico fue el más afectado en todas las participantes, seguido por el Afectivo-Relacional en siete de ellas, y la Productividad en las otras tres.

Una de las participantes del Grupo 3 y cuatro participantes del Grupo 4, presentaron crisis adaptativa por la pérdida. Los sentimientos de culpa y la depresión son los más comunes en estas crisis por pérdida, asociados al miedo y a la angustia ante las identificaciones y proyecciones inconscientes que impiden al individuo encontrar una respuesta a la situación de su vida. (Simon, 1989, 2005, Simon y Yamamoto, 2008). En el caso de las mujeres abordadas en esta investigación, la crisis por la pérdida aparece asociada al diagnóstico de cáncer de mama, la pérdida de la salud, la pérdida del seno por la mastectomía y el cabello por la quimioterapia.

Discusión/conclusiones

Las participantes mostraron un desconocimiento de sí mismas, una nueva identidad femenina a partir del seno mutilado y del cuerpo indefenso/enfermo, provocando sentimientos de angustia, impotencia y desespero, comprometiendo especialmente los sectores Orgánico y Afectivo-Relacional.

La crisis adaptativa por la pérdida se mostró relacionada a la extrema angustia por la pérdida de la salud y de la mama generando en las participantes, sensación de desconocimiento de sí misma con el temor de recurrencia de la enfermedad y la muerte. En el aspecto psicodinámico, se produce un cambio significativo en la autoestima de estas mujeres que causan una sensación de desconocimiento de sí misma con implicaciones directas sobre su feminidad. Una herida narcisista experimentada en la imagen y esquema corporal provocado por la ruptura de la idealización de inmortalidad de sí misma y la desilusión con el cuerpo representado como indestructible.

El desconocimiento de sí misma en una nueva identidad femenina trae una identificación con el seno mutilado y el cuerpo indefenso/enfermo. Un cuerpo que traiciona al sujeto al enfermarse, con una enfermedad considerada por las participantes como traicionera.

La angustia persecutoria aparece también relacionada con el diagnóstico de cáncer, la mastectomía y la quimioterapia. El cáncer pasa a ser visto como un fantasma que persigue incluso cuando el paciente está en la fase de mantenimiento del tratamiento y exámenes, mostrando un temor de ser afectadas por la enfermedad nuevamente.

Se estima que la ayuda psicológica pueda beneficiar a las pacientes mastectomizadas, proporcionando un espacio para el (re) conocimiento de sí mismas y de nuevas representaciones para ese cuerpo ambivalente: amado y temido.

Agradecimientos

La Investigación de doctorado, cuyos resultados parciales fueron presentados en este artículo, está siendo financiada por la CAPES (Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior) – Ministerio de Educación – Brasil.

Referencias

- Dutra, E. (2004) Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9, 381-387.
- Esch, L.V., Roukema, J.A., Steeg, A.F.W.V. y Vries, J.D. (2011) Trait anxiety predicts disease-specific health status in early-stage breast cancer patients. *Quality of Life Research*, 20, 865-873.
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. y Turato, E. R. (2006) Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]*, 14, 174-183, 2006.
- Gómez, C.E.P., Sánchez, L.V.G. y Enríquez, J.I. (2011) Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 65-84.
- Instituto Nacional de Câncer, INCA (2011). *Estimativa 2012. Incidência do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado el 23 de maio de 2012 de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
- Lobo, R.C.M.M., Santos, N.O., Dourado, G. y Lucia, M.C.S. (2006) Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em mulheres mastectomizadas: um estudo psicanalítico. *Psicologia Hospitalar [online]*, 4. Recuperado el 19 de setembro de 2012 de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.
- Loyola, Y. R. y González, J. R. (2007) Reconstruyendo un cuerpo: implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18, 18-145.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R.C. y Neves, E. O. (2007) O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27, 608-621.
- Pinto, A. y Gioia-Martins, D.F. (2006) Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. *Revista da SBPH [online]*, 9, 3-27.
- Ramos, B.F. y Lustosa, M.A. (2009) Câncer de mama feminino e Psicologia. *Revista da SBPH [online]*, 12, 85-97.
- Santos, L.N., Dias, C.A., Lacerda, G.L., Barreto, W.W. y Santos, T.R. (2008) Sexualidade e câncer de mama: relato de oito mulheres afetadas. *Psicologia Hospitalar*, 6, 2-19.
- Simon, R. (1989) *Psicoterapia clínica preventiva*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1995) Manejo de Angústia na Entrevista Preventiva. *Boletim de Psicologia*, 45, 53-57.
- Simon, R. (1996) *Proposta de redefinição da EDAO*. Apresentado ao II Encontro de Técnicas de Exame Psicológico, Instituto de Psicologia da USP.
- Simon, R. (2005) *Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Simon, R. y Yamamoto, K. (2008) Psicoterapia Breve Operacionalizada em Situação de Crise Adaptativa. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16, 144-151.
- Tamburrino, G. (2011) Subjetividade e câncer de mama: transformações a partir do adoec(s)er. *Revista Brasileira de Medicina*, 68, 19-28.
- Turato, E. R. (2008) *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Zecchin, R.N. (2004) *A perda do seio: um trabalho institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp: Educ.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES: EVALUACIÓN DE NECESIDADES PARA UN SERVICIO ONLINE DE SALUD MENTAL

Noemí Guillamón-Cano, Eulàlia Hernández-Encuentra,
Montserrat Martínez-García, e Isabel Alarcón-Domingo

*Grupo de investigación PSiNET, Internet Interdisciplinary Institute,
Universitat Oberta de Catalunya, España*

Resumen

Antecedentes: El objetivo de este estudio es explorar el uso de Internet y las redes sociales para la salud en adolescentes, conocer sus necesidades en relación con la salud y su percepción de necesidad de ayuda para, en último término, diseñar un portal de salud dirigido a adolescentes para la prevención de problemas de salud mental. **Método:** Se encuestaron 542 estudiantes entre 12 y 18 años de ESO, Bachillerato y Ciclos Formativos de tres institutos de la ciudad de Girona. Se usó para ello una encuesta ad hoc de 39 ítems de respuesta abierta y cerrada sobre uso de Internet y redes sociales, y sobre salud y percepción de necesidad de ayuda. **Resultados:** El 100% de los adolescentes usa Internet de forma frecuente, y tres de cada cuatro lo hace para buscar información relacionada con la salud en buscadores generales (Google o Wikipedia), especialmente en relación con la apariencia física, las enfermedades, la sexualidad, la salud mental y las drogas. La mayoría percibe tener buena salud, pero uno de cada tres expresó tener alguna preocupación en relación con su estado de ánimo o con problemas familiares. Cuando tienen algún problema piden ayuda especialmente a sus padres y amigos, y aunque mayoritariamente prefieren la ayuda cara a cara o por teléfono, Internet es el tercer recurso utilizado. **Conclusiones:** Los resultados se discutirán atendiendo a las diferencias de género y edad y señalando algunas indicaciones para el diseño de sitios web dirigidos a ofrecer orientación psicológica y apoyo a adolescentes con preocupaciones relacionadas con su salud.

Palabras clave: Adolescentes, salud mental, promoción de la salud, Internet, alfabetización sobre salud online.

HEALTH PROMOTION IN ADOLESCENTS: NEEDS ASSESSMENT FOR AN ONLINE MENTAL HEALTH SERVICE

Abstract

Antecedents: The aim of this study is to explore how adolescents use the Internet and social media for health purposes, to know their needs regarding health and their perception of need for help in order to, ultimately, design an online mental health service addressed to adolescents. **Method:** This paper provides data from three secondary schools of the city of Girona where 542 students between 12 and 18 years old were surveyed. A 39 items-ad hoc-survey about Internet and social networks use, health and perceived need for help, was administered online or in paper when required. **Results:** 100% of teens use the Internet frequently, and three out of four does to search for health information in general search engines (Google or Wikipedia), especially with regard to physical appearance, diseases, sexuality, mental health and drugs. The majority of them reported good health, but one in three expressed some concerns about mood or family problems. When adolescents have a problem, they usually seek help in their parents and friends, and although most of them prefer to get their support face- to-face or by telephone, the Internet is the third resource used. **Conclusions:** The results will be discussed taking into account gender

and age differences. Also, some indications for the design of online mental health services addressed to adolescents will be given.

Keywords: Adolescents, mental health, health promotion, Internet, ehealth literacy.

Introducción

El contexto del proyecto de investigación que se presenta en la comunicación parte de una realidad social, como es el hecho de que muchos adolescentes se muestran reacios a pedir ayuda por temas relacionados con su salud. Entre los factores que pueden explicar sus dificultades para acceder a los servicios de salud, destacan su desconfianza en la confidencialidad y el anonimato de los servicios formales de salud (Rideout, 2001; Suzuki y Calzo, 2004), su vergüenza, incomodidad o miedo a discutir sus problemas y preocupaciones más íntimas con otros, especialmente si son personas que no conocen (Ackard y Neumark-Sztainer, 2001), y el creer que nadie les puede ayudar o que pueden resolver sus problemas sin necesidad de consultar a otros (Dubow, Lovko y Kausch, 1990). Por otro lado, muchos jóvenes no saben identificar la sintomatología asociada a un problema, de modo que la desinformación, las falsas creencias y los mitos asociados a muchos comportamientos de riesgo pueden suponer un obstáculo para ser conscientes de la presencia de un problema y pedir ayuda profesional.

Por otro lado, se observa que en estos momentos Internet y las redes sociales se están convirtiendo en la forma habitual de comunicación entre los jóvenes. Esto es debido al fácil acceso a la tecnología que la mayoría de ellos tiene. Todos o casi todos usan Internet de forma frecuente para comunicarse con otros, descargarse juegos y videos, y buscar información por la red. Se trata de un recurso de fácil manejo, que permite obtener de forma rápida y a relativamente bajo coste un gran volumen de información, y preservar a la vez el anonimato del usuario. Todos estos elementos hacen que Internet y las redes sociales resulten muy atractivas para los jóvenes y que se estén convirtiendo en parte imprescindible de sus vidas.

Si tenemos en cuenta estas dos realidades sociales, las dificultades para pedir ayuda presencial y el uso extendido de internet y las redes sociales, no es sorprendente que estudios como los de Borzekowski y Rickert (2001) y en nuestro país Jiménez-Pernett, Olry, Bermúdez, García y Salcedo (2010) hayan señalado que cerca del 50% de los adolescentes buscan información sobre salud en Internet, siendo incluso este porcentaje de un 70% para otros autores (Rideout, 2001).

En la red, los jóvenes pueden buscar información sobre temas de salud, pueden realizar consultas a expertos sobre los temas que les preocupa, y pueden compartir con otros en su misma situación cómo se sienten. Ante esta realidad, nosotros nos preguntamos: ¿Qué les preocupa a los jóvenes? ¿Qué necesitan? ¿Dónde acuden para buscar información o pedir ayuda? ¿Qué tipo de información buscan? ¿Qué calidad tiene esta información? ¿Qué opinan de utilizar las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la salud y cómo deberían ser las webs o portales de salud dirigidas a ellos?

Estas y otras preguntas constituyen el foco de interés de nuestro proyecto de investigación, que tiene por objetivo explorar el uso de Internet y las redes sociales para la salud en adolescentes, conocer sus necesidades en relación con la salud y su

percepción de necesidad de ayuda y, en último término, diseñar un portal de salud dirigido a adolescentes para la prevención de problemas de salud mental.

Método

Participantes

Los participantes en este estudio fueron 542 estudiantes de 12 a 18 años de ESO, Bachillerato y Ciclos Formativos de tres institutos de Girona. Todos los estudiantes reunían las condiciones necesarias para participar y entendían el idioma de la encuesta. El 55,1% fueron chicas, y la media de edad fue de 14,66 años ($DE = 0,082$). En la Figura 1 se puede observar la distribución por edades.



Figura 1. Distribución por edades.

La mayor parte de los estudiantes eran de Girona y su provincia (73,06%), y el resto de otros puntos de España (9,22%), Europa (3,7%), y de otros países no europeos (11,25%): Sudamérica (8,11%), África (2%), India (0,55%) y de Norteamérica (0,55%). El 2,76 % omitió su procedencia.

Instrumentos

Basándonos en algunas encuestas previas sobre el uso de Internet y las redes sociales para la salud en adolescentes (Borzekowski y Rickert, 2001; Gould, Munfakh, Lubell y Kleinman, 2002; Jiménez-Pernett, Olry et al., 2010; Pew Internet Research, 2009; Rideout, 2001; Skinner, Biscope, Poland y Goldberg, 2003), se creó una versión preliminar de la encuesta que fue revisada por un experto en *ehealth* y por tres adolescentes de diferentes edades para asegurar la comprensión de las preguntas. A partir de sus comentarios, se obtuvo la versión final de la encuesta.

Ésta consta de 39 preguntas que se agrupan en los apartados siguientes: 1. Datos demográficos; 2. Uso de Internet: en general y en relación a la salud; 3. Redes sociales: participación en redes sociales; y 4. Salud y percepción de necesidad de ayuda: percepción de su salud y de necesidad de ayuda, percepción del grado de utilidad de Internet y las redes sociales en relación a su necesidad de ayuda.

Se trata de una encuesta de preguntas abiertas y cerradas con diversos formatos de respuesta que está disponible en catalán y en castellano, y tanto en formato papel como online. En las Figuras 2 y 3 se muestran dos capturas de pantalla del instrumento.



USO DE INTERNET Y DE LAS REDES SOCIALES_MOD

0% 100%

Español

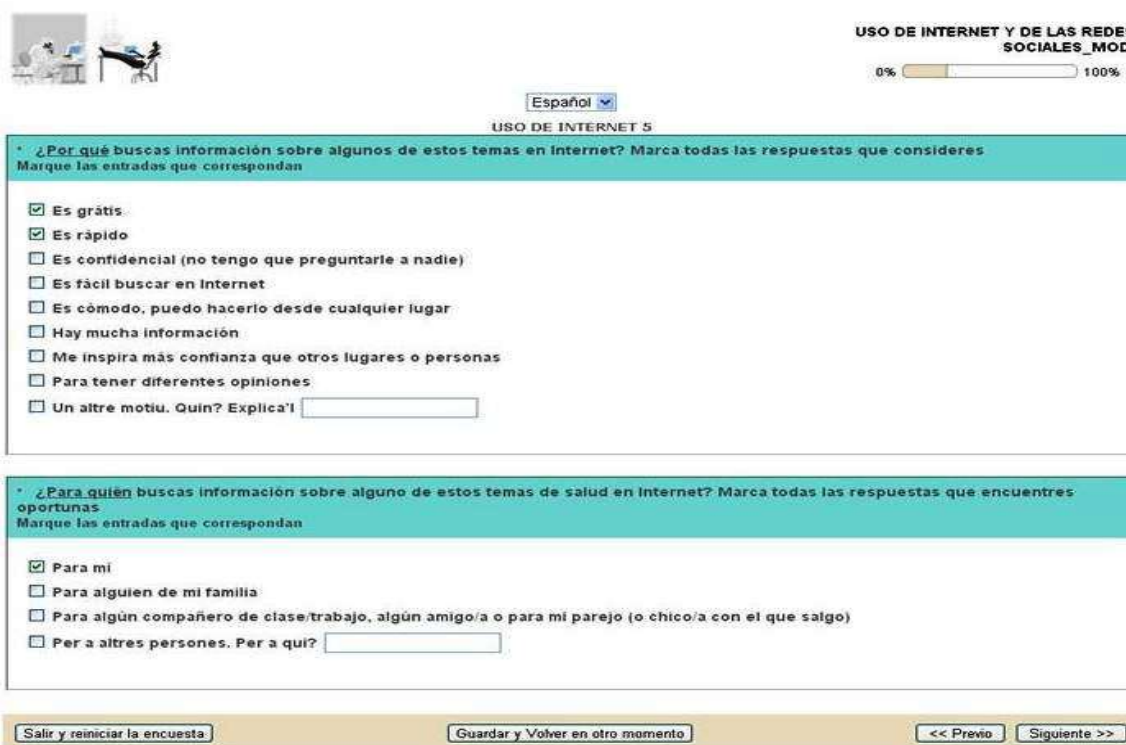
USO DE INTERNET 3

¿Alguna vez has buscado información en Internet sobre algunos de estos temas relacionados con la salud? Marca todas las respuestas que consideres oportunas

Marque las entradas que correspondan

- ☐ Nunca he buscado información sobre salud en Internet
- ☐ Aspecto físico
- ☒ Actividad física, estar en forma
- ☐ Piercing y tatuajes
- ☐ Sexo: métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, información general sobre sexo
- ☐ SIDA
- ☐ Dieta y nutrición
- ☐ Drogas
- ☐ Tabaco
- ☐ Alcohol
- ☒ Problemas de alimentación: anorexia, bulimia, obesidad
- ☐ Desarrollo físico
- ☐ Salud mental, psicología
- ☐ Depresión o suicidio
- ☐ Ansiedad, preocupaciones
- ☐ Acné (granos) o otro problema de la piel
- ☐ Como encontrar algún centro de salud (médicos, centros de planificación familiar...) cercanos a tu casa
- ☐ Información sobre alguna enfermedad como cáncer o diabetes
- ☐ Violencia en la familia
- ☐ Violencia entre compañeros, entre jóvenes, en la escuela o el instituto
- ☐ Abuso físico, sexual o psicológico
- ☐ He buscado a otras personas con los mismos problemas o preocupaciones que yo
- ☐ Medicamentos

Figura 2. Entrevista online (1).



USO DE INTERNET Y DE LAS REDES SOCIALES_MOD

0% 100%

Español

USO DE INTERNET 5

¿Por qué buscas información sobre algunos de estos temas en Internet? Marca todas las respuestas que consideres oportunas

Marque las entradas que correspondan

- ☒ Es gratis
- ☒ Es rápido
- ☐ Es confidencial (no tengo que preguntarle a nadie)
- ☐ Es fácil buscar en Internet
- ☐ Es cómodo, puedo hacerlo desde cualquier lugar
- ☐ Hay mucha información
- ☐ Me inspira más confianza que otros lugares o personas
- ☐ Para tener diferentes opiniones
- ☐ Un altre motiu. Quin? Explica'l

¿Para quién buscas información sobre alguno de estos temas de salud en Internet? Marca todas las respuestas que encuentres oportunas

Marque las entradas que correspondan

- ☒ Para mi
- ☐ Para alguien de mi familia
- ☐ Para algún compañero de clase/trabajo, algún amigo/a o para mi pareja (o chico/a con el que salgo)
- ☐ Per a altres persones. Per a qui?

Salir y reiniciar la encuesta Guardar y Volver en otro momento << Previo Siguiente >>

Figura 3. Entrevista online (2).

Procedimiento

Se solicitó la colaboración de diversos institutos de secundaria de la ciudad de Girona. En los tres institutos que accedieron a participar en el proyecto, se solicitó el consentimiento pasivo de los padres de los menores y el consentimiento oral de todos los estudiantes. La encuesta se aplicó de forma anónima durante las clases entre los meses de Enero y Marzo de 2013. Completar la encuesta llevó un promedio de 20 minutos.

Diseño

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS, versión 20. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de los datos. En segundo lugar, con objeto de explorar si había diferencias en las respuestas en función de la edad y el género, se llevó a cabo un análisis de significación a partir de la comparación de medias.

Resultados

Uso de Internet y las redes sociales para la salud

El 100% utiliza Internet de forma frecuente. El 73,6% ha usado Internet para buscar información sobre salud. Como se puede observar en la Figura 4, los adolescentes consultaron Internet especialmente para encontrar información sobre temas relacionados con el aspecto físico, enfermedades, sexualidad, problemas de alimentación, salud mental y drogas.

En un análisis más detallado de las diferencias estadísticamente significativas en función del sexo y la edad, observamos que las chicas buscaron más información sobre aspecto físico, problemas de alimentación y enfermedades, mientras que los chicos lo hicieron, en mayor porcentaje que las chicas, sobre desarrollo físico.

Respecto a la edad, los mayores buscaron, en general, más información en todas las categorías temáticas propuestas.

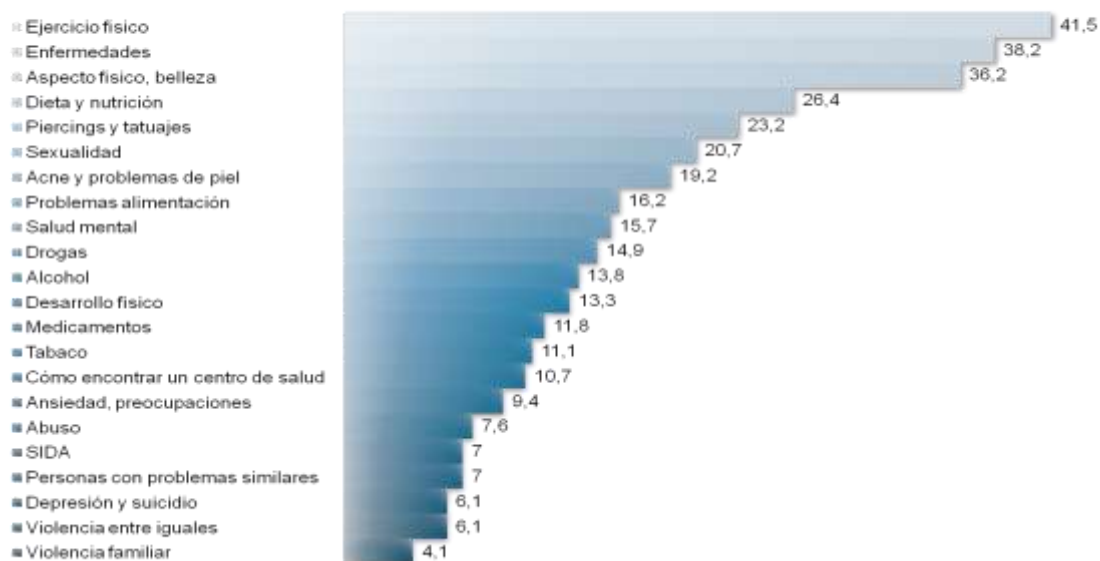


Figura 4. ¿Qué información sobre salud buscan los adolescentes en Internet?

Cuando se les preguntó por la fuente de información (ver Figura 5), la mayoría consultó en buscadores como Google y Wikipedia, y un número menor lo hizo en páginas especializadas o haciendo uso de la web 2.0 (foros, chats, redes sociales, etc...).

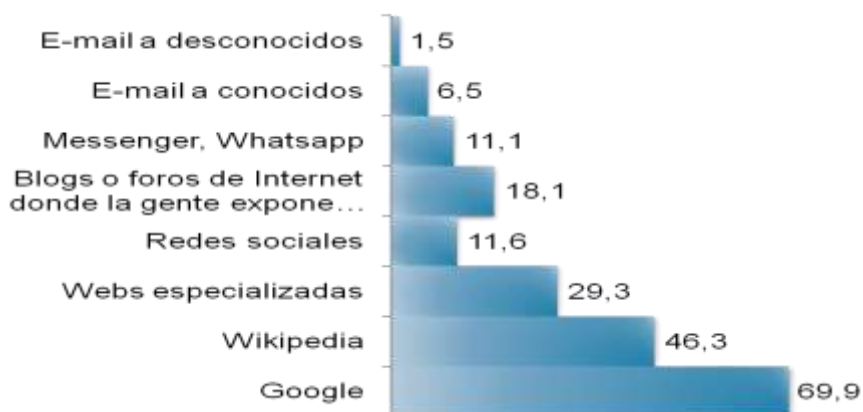


Figura 5. ¿Dónde buscan información sobre salud en Internet? (%).

Percepción de salud y de necesidad de ayuda

Como se puede ver en la Figura 6, el 89% considera que su salud es buena o muy buena. El 36% de los estudiantes considera que tiene en estos momentos algún problema que le preocupa.

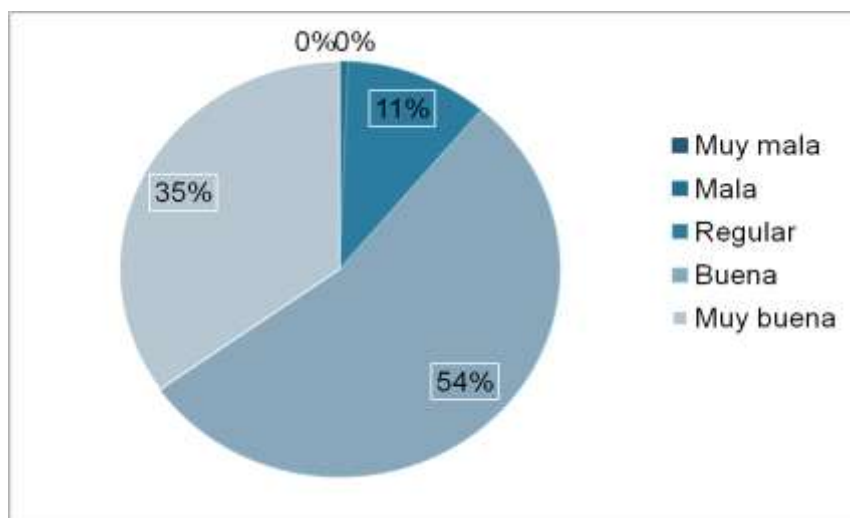


Figura 6. Percepción de la salud del adolescente.

De los que consideraron tener alguna preocupación en el momento de responder la encuesta, indicaron que se sentían ansiosos (17%) o tristes (10,5%), o bien que tenían problemas en sus relaciones con la escuela, la familia, la pareja o los amigos (ver Figura 7).



Figura 7. Problemas o preocupaciones de los adolescentes.

En general, cuando a los adolescentes les preocupa alguna cosa, suelen acudir a sus padres (72,7%) y a sus amigos (67%), así como a sus hermanos y primos (35,2%) (ver Figura 8). Acuden menos a los expertos para pedir ayuda, como psicólogos, profesores y otros profesionales de la salud.

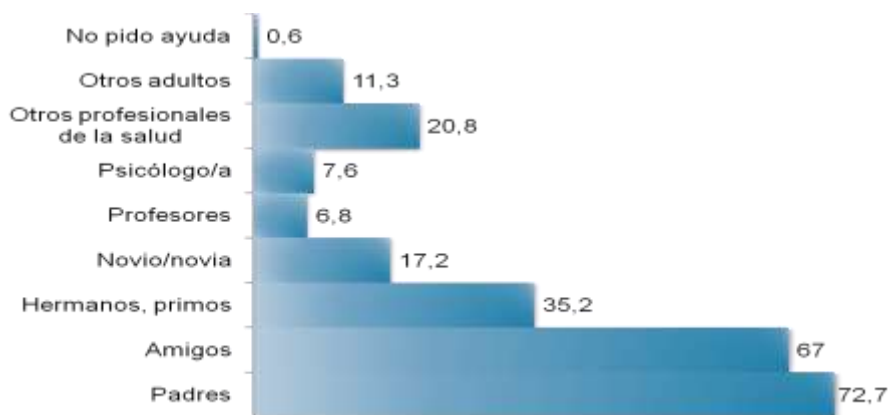


Figura 8. ¿A quién piden ayuda los adolescentes?

También les preguntamos acerca de cómo piden ayuda. Como se puede observar en el gráfico de la Figura 9, la mayoría prefiere la ayuda cara a cara o a través del teléfono, pero el tercer recurso o fuente para solucionar sus preocupaciones es Internet.

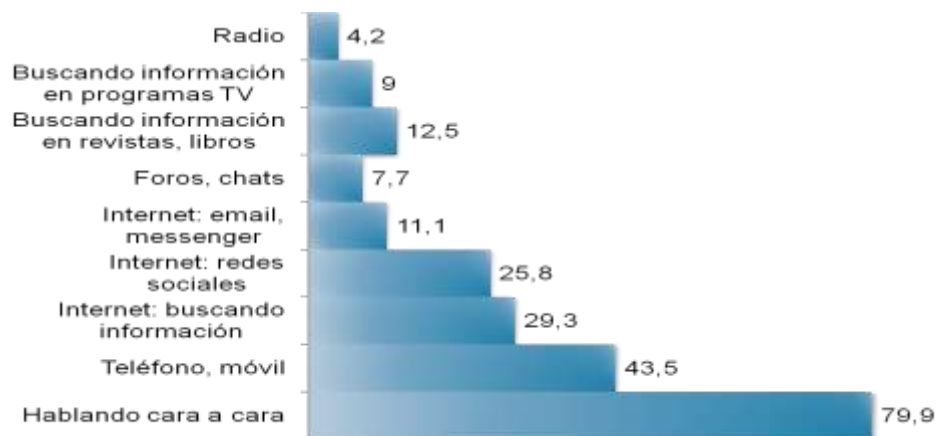


Figura 9. ¿Cómo piden ayuda los adolescentes?

¿Cómo quieren que sea una web de salud?

Se les preguntó acerca de qué características debería tener una web o recurso de salud por Internet para que fuera atractivo y participaran en él. Haciendo una síntesis de las respuestas, los adolescentes quieren que una web de salud preserve sus necesidades de anonimato y confidencialidad, que sea privada. Quieren un espacio que trate los temas que les interesan, que sea útil, accesible y de fácil navegación. Quieren una web interactiva, con foros entre iguales y con expertos, fiable, con información sobre las dudas que plantean. Les interesa que sea atractiva, pero a la vez seria, segura y que transmita confianza, que tenga la figura de un mediador que vele para que se cumpla el respeto en la red. Que incluya información resumida y clara, fotos, videos, aplicaciones a móviles, Apps y juegos.

Discusión/conclusiones

En nuestro trabajo 3 de cada 4 adolescentes hace uso de Internet para buscar información relacionada con la salud, especialmente en relación con la apariencia física, las enfermedades, la sexualidad, la salud mental y las drogas. En los estudios revisados,

se observa cierto consenso en cuanto a que los temas más buscados por los jóvenes en la red son la apariencia física, la nutrición, el deporte, la sexualidad, las drogas y las enfermedades (Jiménez-Pernett, Olry et al., 2010; Rideout, 2001). La búsqueda de información y de ayuda, sin embargo, se hace en la mayoría de los casos a través de buscadores generales y no tanto de páginas especializadas. De hecho, como señalan Gray, Klein, Noyce, Sesselberg y Cantrill (2005), muchos adolescentes manifiestan tener dificultades en la localización, comprensión, valoración y aplicación de la información sobre salud que encuentran en Internet, por lo que se hace necesario dotar a los agentes de salud más cercanos a los jóvenes (por ejemplo, a los profesores) de herramientas adecuadas para orientar a sus alumnos en la búsqueda de información que estos realizan en la red. En este sentido, sería importante disponer en la red de páginas especializadas dirigidas específicamente a este grupo de edad, y educar a los adolescentes a buscar información sobre salud en la red a través de las escuelas. Por este motivo, el diseño y difusión a nivel público de ‘catálogos’ de recursos online fiables y seguros sobre salud dirigidos a jóvenes es, a nuestro parecer, necesario y urgente.

La necesidad de dotar a los jóvenes de páginas web seguras y fiables especialmente diseñadas para ellos nos lleva a plantearnos otro tema pendiente, como es el velar por la calidad de la información sobre salud para jóvenes que hay en la red. ¿Qué criterios de calidad debemos usar para evaluar la calidad de las páginas web? ¿Son los mismos que se usan para evaluar páginas de adultos? ¿Hasta qué punto las webs para adolescentes que existen en estos momentos cumplen con los requisitos, condiciones y necesidades que tienen los jóvenes? En nuestro país, Jiménez-Pernett, García, Bermúdez y Olry (2010) analizaron 42 sitios web de salud para adolescentes en castellano según diversos códigos de conducta, y encontraron que sólo 25 páginas cumplían criterios de calidad elevada o media.

Los jóvenes tienen muy claro cómo quieren que sea un servicio online de salud mental, y nos lo han explicado. Por ello, consideramos imprescindible contar con su colaboración en el diseño y puesta en marcha de una intervención que se acerque de forma más efectiva a cubrir sus necesidades. Por este motivo, el siguiente paso en este proyecto es la realización de entrevistas en profundidad con grupos de jóvenes para que nos orienten acerca de lo que les preocupa y de cómo la red puede ayudarles a encontrar información y apoyo minimizando los obstáculos ante los que se enfrentan en su búsqueda de ayuda.

Agradecimientos

Agradecer a los tres Institutos de Enseñanza Secundaria de la ciudad de Girona su participación en el proyecto: IES Montilivi, IES Sobrequés, Escuela Bambini. A Gerardo Ontiveros, ayudante de investigación del grupo PSiNET, por su colaboración en el proceso de los datos de las encuestas. PSiNET es un grupo de investigación que cuenta con el reconocimiento y el apoyo de la Generalitat de Catalunya (SGR09-197).

Referencias

- Ackard, D.M. y Neumark-Sztainer, D. (2001). Health Care Information Sources for Adolescents: Age and Gender Differences on Use, Concerns, and Needs. *Journal of Adolescent Health*, 29, 170-176.
- Borzekowski, D. y Rickert, V. (2001). Adolescent Cybersurfing for Health Information. A New Resource That Crosses Barriers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 813-817.

- Dubow, E. F., Lovko Jr., K. R. y Kausch, D. F. (1990). Demographic differences in adolescents' health concerns and perceptions of helping agents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 44-54.
- Gould, M.S., Munfakh, J.L., Lubell K. y Kleinman, P. S. (2002). Seeking help from the Internet during adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1182-1189.
- Gray, N.J., Klein, J.D., Noyce, P.R., Sesselberg, T.S., Cantrill, J.A. (2005). The Internet: A window on adolescent health literacy. *Journal of Adolescence Health*, 37, 243.
- Jiménez-Pernett, J., García, J.F., Bermúdez, C. y Olry, A. (2010). Webliografía sobre salud para adolescentes y jóvenes. *Revista de Calidad Asistencial*, 25, 4-11.
- Jiménez-Pernett, J., Olry, A., Bermúdez, C., García, J.F. y Salcedo, M.C. (2010). Use of the internet as a source of health information by Spanish adolescents. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10, 6.
- Pew Internet Research and American Life Project (2009): *Parent/Teen Cell Phone Survey 2009*. Recuperado el 5 de Julio de 2013: <http://www.pewinternet.org/~media/Files/Questionnaire/2010/Sept09-TeenParent%20Cell%20Phone-Topline-All.pdf>
- Rideout, V. (2001). *Generation Rx.com. How Young People Use the Internet for Health Information*. Washington, DC: A Kaiser Family Foundation Survey.
- Skinner, H., Biscope, S., Poland, B. y Goldberg, E. (2003): How Adolescents Use Technology for Health Information: Implications for Health Professionals from Focus Group Studies. *Journal of Medical Internet Research*, 5, e32.
- Suzuki, L.K. y Calzo, J.P. (2004): The search for peer advice in cyberspace: An examination of online teen bulletin boards about health and sexuality. *Applied Developmental Psychology*, 25, 685-698.

**LA TRANSEXUALIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: NUESTRA
EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO
(UTIG) DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL DE MADRID**

**Nuria Asenjo Araque, José Miguel Rodríguez Molina, Laura Portabales Barreiro,
Belén López Moya, María Escolar y Antonio Becerra Fernández**

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Resumen

Antecedentes: El objeto de la elaboración del presente trabajo es presentar una visión descriptiva del abordaje multidisciplinar que se ofrece a pacientes menores, que expresan síntomas relativos a su identidad de género, y a sus familias, a lo largo de los cuatro años de vida de nuestra unidad en Madrid. **Método y materiales:** Los pacientes presentados son atendidos en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género, ubicada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Estos pacientes forman parte de un proceso de abordaje multidisciplinar. En este caso ilustraremos las fases de este proceso de abordaje con menores, con el análisis descriptivo de dos casos clínicos y la evolución de los mismos dentro de la unidad. **Resultados:** Se exponen datos cuantitativos sobre la atención psicológica a este tipo de pacientes hasta la fecha actual y se comentan variables relacionadas con la persistencia y estabilidad del diagnóstico en el tiempo. Entre los resultados relevantes destacamos que en el 85% de los casos de menores diagnosticados de Disforia de Género en la Infancia y Adolescencia, persiste y se mantiene el diagnóstico al llegar a la mayoría de edad. **Conclusiones:** De los datos obtenidos se desprende que, el modo de afrontar el diagnóstico y posterior tratamiento de los menores que presenten síntomas de Disforia de Género, debe ser bajo un encuadre multidisciplinar, no invasivo, donde se respeten las demandas del menor y de la familia, conjugadas con la formación y preparación especializada de los profesionales, así como el sentido común de ambos. Más adelante, ya en la mayoría de edad, se afianzará o no la hipótesis diagnóstica, conllevando, por tanto, un tratamiento adecuado a su Disforia de Género.

Palabras Clave: transexualidad, disforia de género, trastorno de identidad de género, menores.

**TRANSSEXUALITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: OUR
EXPERIENCE IN UNIT GENDER IDENTITY DISORDERS (UTIG) RAMON Y
CAJAL HOSPITAL OF MADRID**

Abstract

Introduction: The aim of this article is to present a descriptive overview of the multidisciplinary approach offered to underage who express symptoms related to their gender identity, and their families throughout the four years of life of our unity in Madrid. **Methods and Materials:** Patients presented are treated in the Unit for Gender Identity Disorders, located in the Hospital Universitario Ramón y Cajal in Madrid. These patients are part of a multidisciplinary approach process. In this case illustrate the stages of this process approach to under age, with the descriptive analysis of two cases and their evolution. **Results:** Presents quantitative data on the psychological care to these patients to date and discuss current variables related to the persistence and stability of diagnosis over time. Among the relevant results highlight that 85% of cases of underage diagnosed with gender dysphoria in childhood and adolescence, persists and remains a diagnosis on reaching adulthood. **Conclusions:** The data

obtained suggest how to carry out the diagnosis and treatment of underage with symptoms of gender dysphoria. It should be under a multidisciplinary framework, non-invasive, where rights of the family and the child are respected. All these actions will be conjugated with the training and specialization of the professionals and the common sense of both. Later, in adulthood strengthen the hypothesis or not diagnosed, leading it to an appropriate treatment of gender identity.

Key Words: Transsexuality, gender dysphoria, gender identity disorder, underage.

Introducción

La atención a menores es un tema controvertido y delicado en todas las áreas de salud. El motivo viene intrincado en asegurar una correcta respuesta a la demanda que expone el paciente, que en este caso al ser menor, se le presupone una serie de carencias en cuanto a su habilidad para expresar correctamente su estado, y que en muchas ocasiones se suple por el tan justificado discurso de los padres o tutores, en su afán de cumplir su difícil responsabilidad de cuidado y protección (Becerra, 2010). Además al ser el paciente un sujeto en desarrollo, se determina, que todo en lo que está inmerso el menor es cambiante, dudoso, inestable o inmaduro.

Respecto a la población diana en cuestión, menores que expresan síntomas relativos a su identidad de género, nuestra labor como profesionales es doblemente complicada al, por un lado, tener que ofrecer un diagnóstico seguro que avale la situación en la que se encuentra el menor y por otro que proporcione seguridad a la familia, de modo que ese diagnóstico sea veraz, auténtico y que se mantenga en el tiempo. Este último punto es crucialmente significativo, puesto que no se consigue en un día el adaptar ideas, imagen, vínculo y relación construida con un hijo/a, que a pesar del sorteo genético de la asignación sexual, tiene una identidad sentida y vivenciada que no le corresponde.

El diagnóstico del Trastorno de Identidad de género en la infancia (American Psychiatric Association [APA], 2005; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000) es un cuadro de reciente aparición y para el que las unidades de identidad de género existentes, deben ajustar y reelaborar su protocolo de abordaje, dado que es un diagnóstico extenso, complejo y muy individualizado (Asenjo, Rodríguez, Lucio y Becerra, 2011; Spack et al., 2012). Dentro de la UTIG de Madrid, a lo largo de nuestra experiencia, hemos visto triplicada la tasa de casos de menores que acceden a la Unidad, la gran mayoría son derivados por sus médicos de Atención Primaria o Pediatras y también por los psicólogos y psiquiatras infanto-juveniles de los Centros de Salud Mental de referencia. Actualmente no existen profesionales especializados en el diagnóstico e intervención de estos pacientes, salvo en las unidades específicas para el abordaje de la Transexualidad, como es nuestro caso.

Método

La población diana que nos ocupa son pacientes menores y sus familias, que acceden a nuestra UTIG de Madrid, en los últimos 5 años. Se trata del análisis de una muestra de 40 adolescentes, algunos todavía menores, de edades comprendidas entre los 7 y los 22 años. Hemos realizado un análisis descriptivo del abordaje psicológico que se ha realizado durante este periodo, el cual desarrollamos a continuación.

Para asegurar un diagnóstico fiable en nuestra Unidad, en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, nos basamos en un protocolo de evaluación totalmente personalizado que repasa pormenorizadamente las áreas globales del paciente. Para ello utilizamos una serie de instrumentos como la entrevista clínica, para la recogida de la historia biográfica (Asenjo y Rodríguez, 2009), el diario de actividades cotidianas, un registro de ítems descriptivos del estado de ánimo del menor, así como el nivel de malestar que experimenta en su día a día, entrevistas con los padres y/o familiares del entorno cercano del menor. Más adelante recogemos información relativa al diagnóstico diferencial respecto a otros cuadros descritos dentro del DSM IV/ CIE 10 que correlacionen con la transexualidad (aversión sexual, dismorfia...) (Rodríguez, Asenjo-Araque, Lucio y Becerra, 2011) y por último, recopilamos toda la información para comprobar si el menor cumple los criterios del diagnóstico de Trastorno de Identidad en la Infancia descritos en el DSM IV, a lo largo del periodo en el cual acude a citas con el psicólogo/a hasta cumplir la mayoría de edad.

En relación al encuadre dentro de la consulta con el psicólogo es destacable resaltar que al paciente menor no se le administra ningún tipo de prueba objetiva, ni cuestionario para adolescentes o adultos que “midan” su transexualidad, sino que, más bien se trata de un periodo dilatado en el tiempo hasta su mayoría de edad, donde se le procura, al menor y a la familia, un espacio libre para expresar sentimientos, pensamientos, experiencias, recuerdos, emociones...relativas a la autentica identidad del paciente desde que nace hasta que llega a nuestra consulta y como hemos mencionado “durante” las consultas con el psicólogo.

Cuando el paciente y habitualmente sus padres llegan a nuestra Unidad comienza el *Protocolo de Acogida del Menor*, donde el Coordinador de la Unidad, da la bienvenida al paciente y a su familia y establece el primer contacto de los muchos que se sucederán, con el objetivo de procurar que se expresen de forma adecuada, tanto las demandas del paciente en base a la Unidad, así como proporcionar información detallada y veraz sobre el proceso que se presenta como opción terapéutica en caso de confirmarse el diagnóstico.

Posteriormente es la figura de la *Gestora de pacientes*, la que entra en juego, dado que se incluye al paciente menor en un registro interno a fin de categorizar y enumerar las demandas expresadas por el menor para, en otro momento del proceso, si se confirma el diagnóstico, gestionar y facilitar citas de atención multidisciplinar que el paciente requiera, así como informes escritos, asesoramiento registral, legal...etc.

Una vez que el paciente ha realizado estas consultas, comienza el contacto con el psicólogo/a de la Unidad. Se establece como metodología un encuadre flexible donde se recogerá paulatinamente la información detallada de la historia biográfica del paciente desde el momento del embarazo (por ello es vital la aportación de los padres) hasta el momento actual. Los padres deben, por ley, estar presentes en todas las entrevistas que se realice al menor, o en el caso de menor emancipado, deberá aportar documentación acreditativa (Ley 41/2002). Posteriormente si el menor prefiere aportar información más confidencial, sin la presencia de los padres, estos deberán aportar documentación que lo autorice. Se trata en definitiva de buscar un entorno cómodo para el paciente, pero sin vulnerar su derecho de intimidad ni el derecho de los padres sobre el menor como tutores legales. Las entrevistas venideras irán construyendo el perfil biográfico del menor, así como sus hábitos, aficiones y vida cotidiana, a través de lo cual el profesional deberá valorar el grado de malestar o disforia que el menor expresa de cara

a desarrollar su vida normal. Es posible que se presenten limitaciones en el día a día del menor, que éste haya interiorizado como cotidianas y que no tengan como resultado la autopercepción de malestar, pero la labor del profesional es precisamente ver si esto afecta al adecuado desarrollo psicobiológico del niño/a. Más adelante puede resultar significativo, de cara a la intervención psicoterapéutica, si es necesaria.

El trabajo con la familia, no solo se reduce a la mera recogida de información sobre el paciente y la dinámica familiar. La atención a la familia se ofrece en nuestra Unidad en dos formatos: uno grupal, con objetivo psicoeducacional y formativo, y otro individual con el objetivo de apoyar, facilitar descarga emocional, desangustiar y ajustar expectativas en base al diagnóstico y proceso que seguirá el paciente menor en la UTIG. El Programa Grupal de Escuela de Familias integra los temas informativos y psicoeducativos (ver Tabla 1). Se utiliza una metodología activo-participativa. Las sesiones se desarrollan de un modo práctico de forma que, a través de dinámicas en grupo, se vayan adquiriendo las habilidades necesarias para cubrir los objetivos propuestos.

Tabla 1. Programa Grupal de Escuela de Familias.

Módulo I. El Síndrome de Harry Benjamin. Aspectos introductorios
Módulo II. El Proceso de Intervención desde la UTIG de Madrid
Módulo III. Convivencia y actitudes hacia el familiar transexual
Módulo IV. Habilidades de comunicación eficaz
4-A: Habilidades de comunicación en la pareja; resolución de conflictos de pareja; relaciones sexuales
4-B: Habilidades de comunicación en la familia; resolución de conflictos familiares
Módulo V. Habilidades de solución de problemas; aplicación a casos prácticos
Módulo VI. Técnicas de Autocontrol Emocional
4-A: Técnicas de Autocontrol Emocional en la pareja
4-B: Técnicas de Autocontrol Emocional en la familia
Módulo VII. Redes de apoyo de carácter privado

La atención individualizada a Familias dentro de la Unidad se pauta con la familia previamente, puesto que se valora la necesidad de recibir esta atención durante el periodo de evaluación por el psicólogo o se expresa esta demanda de la familia por parte de otros profesionales de dentro de la Unidad (Endocrinólogo, Gestora de Pacientes...) La metodología a seguir es similar a una sesión con un paciente, salvo que se valora la asistencia de miembros de la familia implicados en el tipo de cuestión que se trate, además del propio paciente. Se elabora un esquema operativo de la dinámica familiar y se consensúan los objetivos a intervenir durante las primeras sesiones. Más adelante se entrenan estrategias de aproximación a los contenidos con un abordaje sumamente participativo y proactivo.

Resultados

Tras habernos asomado discretamente al día a día de nuestra experiencia, podemos concluir lo siguiente respecto a la atención a menores en nuestra unidad:

En la UTIG de Madrid han pasado por nuestra Unidad hasta el momento actual, 40 casos totales de menores con Transexualidad; 23 de ellos son mayores de edad en la actualidad y accedieron a la Unidad a partir de los 16., 13 de ellos son transexuales (Tx.) femeninos (De hombre a Mujer), y 10 Tx. masculinos (De Mujer a Hombre).

El resto de la muestra la constituyen, 3 Tx. femeninos menores de 11 años, 5 menores entre los 12 y los 14 años, de los cuales 2 son Tx. femeninos y 3 Tx. masculinos; y por último en el rango de edad de 15 a 17 años, 9, menores, de los cuales 4 son Tx. femeninos y 5 son Tx. masculinos.

El número de casos de menores en los que persiste el diagnóstico y que continúan siguiendo el tratamiento en la UTIG: es de 18 (85% del total).

El número de menores que han abandonado la UTIG antes de la mayoría de edad ha sido de 2, por motivos de cambio de residencia y tan solo 1, Tx. masculino, por remisión del diagnóstico.

El número de menores con los que se ha intervenido a nivel familiar ha sido de 20 (95%)

El número de familias de menores que asisten regularmente al Programa de Escuela de Familias grupal, mensual, es de 5 familias.

El número de familias que asisten a atención individualizada con citaciones semanales es de 20.

Discusión

Es fundamental, por tanto, un diagnóstico fiable y válido de la transexualidad en menores, apoyado no sólo en instrumentos objetivos (De Vries, Cohen-Kettenis y Delemerre-Van de Wall, 2007), sino también, en un seguimiento complementario riguroso y continuo del menor, hasta el cumplimiento de su mayoría de edad, y de su familia, si es abordable (Vanderburgh, 2009). Posteriormente y después de la confirmación del diagnóstico, son básicas las entrevistas de apoyo al menor y a la familia, en el proceso de construcción de identidad de género sentida. A pesar de que se ha publicado datos cuantitativos de otros autores resultan un tanto contradictorios a este respecto (Cohen-Kettenis y Van Goozen, 1997; Zucker, 2005). Nuestros datos hasta la fecha, objetivan un número elevado de casos de menores vistos en edades tempranas, en los que se confirma y se mantiene su diagnóstico de disforia de género, después de la mayoría de edad.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2005). *Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asenjo, N. y Rodríguez, J. M. (2009). EEPPT: *Entrevista de Evaluación Psicológica a Pacientes con TIG. Documento sin publicar*. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid.
- Asenjo, N., Rodríguez, J.M., Lucio, M.J. y Becerra, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid). *Semergen*, 37, 87-92.
- Becerra, A. (2010). Transexualidad y Adolescencia. *Revista Internacional de Andrología*, 8, 165-171
- Cohen-Kettenis, P. y Van Goozen, S. H. M. (1997). Sex-reassignment of adolescent transsexuals: A follow- up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 36, 263-271.
- De Vries, A.L.C., Cohen-Kettenis, P. y Delemerre-Van de Wall, H. (2007). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *Internacional Journal of Transgenerism*, 9, 83-94.

- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE n. 274 del 15 de Noviembre de 2002).
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez J.M., Asenjo-Araque, N, Lucio, M.J. y Becerra, A. (2011). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *Semergen*, 37, 61-68.
- Spack, N., Edwards-Leeper L., A. Feldman H., Leibowitz, S., Mandel, F., A. Diamond, D. y R. Vance, S. (2012). Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. *Pediatrics*, 129, 418-425.
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for family with prepubescent transgender/gender-dissonant children. *Children and Adolescent Social Work Journal*, 26, 135-154.
- Zucker, K.J. (2005). Gender identity disorder in children and adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 467-492.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA MAMARIA. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INCLUIDA

Nuria Giner-Gosálbez*, Thais López-Moreno*, Helena Domínguez-Perandones*, Francisco Gómez-Holgado*, Blanca Quintana-Saiz*, María Díaz-Medina*, Carolina Rojas-Rocha*, Vanesa Fernández** y Diana Taboada**

* AGC Psiquiatría y Salud Mental,

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España

** Instituto de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España

Resumen

Introducción: El objetivo de este trabajo es describir el protocolo de evaluación-intervención de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. A través del análisis de los resultados obtenidos con este protocolo estandarizado se espera avanzar en la identificación y prevención de patrones disfuncionales en pacientes que sufren esta patología. **Método:** El protocolo de evaluación consiste en una entrevista semi-estructurada ad hoc utilizada en este servicio desde hace 5 años, de noventa minutos de duración, llevada a cabo por personal cualificado, en la habitación de la paciente a solas, al día siguiente de la intervención. Se exploran datos sociodemográficos, antecedentes psicopatológicos y disponibilidad de apoyo psicosocial, así como aspectos cognitivos, emocionales y conductuales que reflejen estilos de afrontamiento que puedan provocar la pérdida de la estabilidad emocional. La intervención consiste en validar y normalizar emociones y conductas que favorecen un adecuado ajuste psicológico y proporcionar asesoramiento sobre la posibilidad de tratamiento en caso de sintomatología significativa latente. Finalmente se ofrece acudir a un Taller Psicoeducativo impartido en el hospital que da continuidad a esta primera intervención. **Resultados:** Del análisis de datos se obtienen los siguientes resultados: media de edad 52,56 ($DT = 9,16$), 65,1% casadas, 44,4% nivel de estudios primarios, 46% está trabajando en la actualidad y el 77,4 vive con su familia propia. Aparece asociación significativa entre acudir al taller y presencia de antecedentes depresivos ($\chi^2 = 8,11$; $p < 0,01$). **Conclusión:** Por ello, consideramos necesario identificar aquellas pacientes que presentan mayor vulnerabilidad y así proporcionarles herramientas para un adecuado manejo de las emociones y la promoción de estilos de vida saludables.

Palabras clave: cáncer, mama, evaluación, afrontamiento, emociones.

PSYCHOLOGICAL EVALUATION AFTER CANCER SURGERY IN PATIENTS WITH BREAST DISEASE. PROGRAM, DESCRIPTION AND CHARACTERISTICS OF THE INCLUDED SAMPLE

Abstract

Introduction: The objective of this work is to describe the Protocol of evaluation-intervention of patients with diagnostic surgery breast cancer surgically in the Hospital 12 de October de Madrid. Through the analysis of the results obtained with this standardized protocol is expected to advance in the identification and prevention of dysfunctional patterns in patients suffering from this disease. **Method:** The evaluation protocol consists of a semi-structured interview ad

hoc that has been utilized in this service for the past 5 years. It has a duration of 90 minutes and is carried out by qualified trained staff in the room of the patient, whom is alone, the day after the intervention. Sociodemographic data, psychopathological background, and availability of psycho-social support are explored, as well as cognitive, emotional and behavioral aspects that reflect coping styles that may cause the loss of emotional stability. The intervention consists of validating and normalizing emotions and conducts that favor a suitable psychological adjustment and provide advice on the possibility of treatment in case of significant latent symptoms. Finally, a psychoeducational Workshop that is held at the hospital is offered that gives continuity to this first intervention. **Results:** From the analysis of data the following results were obtained: mean age 52.56 ($DT = 9.16$), 65.1 % were married, 44.4 % were of primary school level, 46% are currently working and the 77.4 live with their own family. There appears to be a significant association between attending the workshop and the presence of a depressive history ($\chi^2 = 8.11$; $p < 0.01$). **Conclusion:** For this reason, we consider it necessary to identify those patients who present an increased vulnerability and thus provide them with tools for a proper management of the emotions and the promotion of healthy lifestyles.

Keywords: Cancer, breast, evaluation, coping, emotions.

Introducción

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En España se diagnostican unos 22.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de los tumores detectados en mujeres de nuestro país, con un aumento de la incidencia del 1-2% anual (Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], 2012).

Estos datos dan medida de la dimensión del problema de salud que constituye el cáncer de mama. Su diagnóstico y los procesos que tienen lugar a lo largo de la enfermedad suponen un impacto emocional importante tanto en las pacientes como en sus familiares. El miedo o la incertidumbre son sólo algunas de las reacciones emocionales más frecuentes, a las que habitualmente se une la preocupación por los cambios que se producen en el cuerpo y que afectan a la imagen personal y a la feminidad.

En relación a los estilos de afrontamiento los datos difieren de unas investigaciones a otras aunque parecen seguir patrones comunes. Según Pettingale, Watson y Greer (1985) la supresión de emociones negativas es uno de los aspectos fundamentales encontrados en mujeres con cáncer de mama. Contrada, Leventhal y O'Leary (1990) clasificaron los factores psicológicos relacionados con el cáncer en dos grupos: el primero incluye depresión, desesperanza y pérdida de soporte socioafectivo y el segundo incluye la evitación emocional descrita como: baja emoción negativa y alta emoción positiva.

En los años consecutivos, varios estudios retrospectivos (Hanh y Petitti, 1988) así como el meta-análisis de McCaul, Sandgren y King (1999) mostraron que las mujeres con cáncer de mama presentaban mayor racionalización y control emocional y menor expresión emocional que las mujeres sanas. En las investigaciones de Iwamitsu Shimoda, Abe, Okawa y Buck (2005a, 2005b) también se concluyó que las mujeres que puntuaban alto en evitación emocional tenían más ansiedad y desesperanza durante el curso de la enfermedad que mujeres con el mismo diagnóstico pero con un estilo emocional expresivo asociado además a comportamientos saludables (Greenberg y Foerster, 1996; Lieberman y Goldstein, 2005). La expresión de sentimientos de rabia

en mujeres con cáncer de mama se ha relacionado con menores niveles de depresión y mayor calidad de vida (Iwamitsu et al., 2005a, 2005b; Lieberman y Goldstein, 2005).

Aunque no podemos decir que la evitación emocional sea un factor psicológico concluyente en la etiología, pronóstico y curso del cáncer de mama, si parece que hay suficiente evidencia empírica para tener en cuenta esta variable.

Dichos autores emplean la evaluación para comenzar a intervenir sobre los miedos, necesidades y dificultades de expresión de sentimientos siendo una oportunidad para aprender a pedir ayuda.

Consideramos que una intervención psicológica que tenga en cuenta estos aspectos puede favorecer el pronóstico y la evolución de la enfermedad. Es necesaria una perspectiva holística a la hora de acercarse a esta patología para poder cuidar aquellos aspectos que van más allá de lo estrictamente médico y constituyen la realidad de estas pacientes.

Para dar respuesta a esta necesidad se ha creado un protocolo de evaluación de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente en el Hospital 12 de Octubre de Madrid.

Este programa pretende avanzar en la identificación de patrones disfuncionales en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama para realizar una mejor prevención de los mismos. Así como validar y normalizar emociones y conductas que favorecen un adecuado ajuste psicológico ante esta enfermedad, también proporcionar asesoramiento sobre un posible tratamiento en caso de detectar sintomatología significativa latente.

Método

Participantes

La muestra está formada por 252 mujeres ingresadas en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, tras someterse a cirugía oncológica de patología mamaria, con una edad media de 52,56 años y una desviación típica de 9,16. Entre estas pacientes existe variedad en el tipo de intervención quirúrgica realizada: cirugía conservadora de la mama (tumorectomía o cuadrantectomía) o mastectomía; así como linfadenectomía y reconstrucción con DIEP o expansor.

Materiales

Entrevista Semi-Estructurada *ad hoc* (ver anexo).

Procedimiento

Este protocolo se encuentra enmarcado en el contexto de un equipo interdisciplinar de patología mamaria formado por ginecólogos, oncólogos, cirujanos plásticos, enfermeras, psicólogos y psiquiatras. Desde enfermería informan semanalmente al servicio de salud mental de la relación de pacientes intervenidas cada día, así como del tipo de intervención a la que han sido sometidas. Con esta información nos desplazamos hasta el servicio de ginecología donde se encuentran ingresadas para realizarles la evaluación, ésta se lleva a cabo individualmente en la habitación de la paciente, al día siguiente de la cirugía, durante noventa minutos. En la entrevista se exploran datos sociodemográficos, antecedentes psicopatológicos y disponibilidad de apoyo psicosocial, así como aspectos cognitivos, emocionales y conductuales que reflejan estilos de afrontamiento que podrían provocar la pérdida de la estabilidad

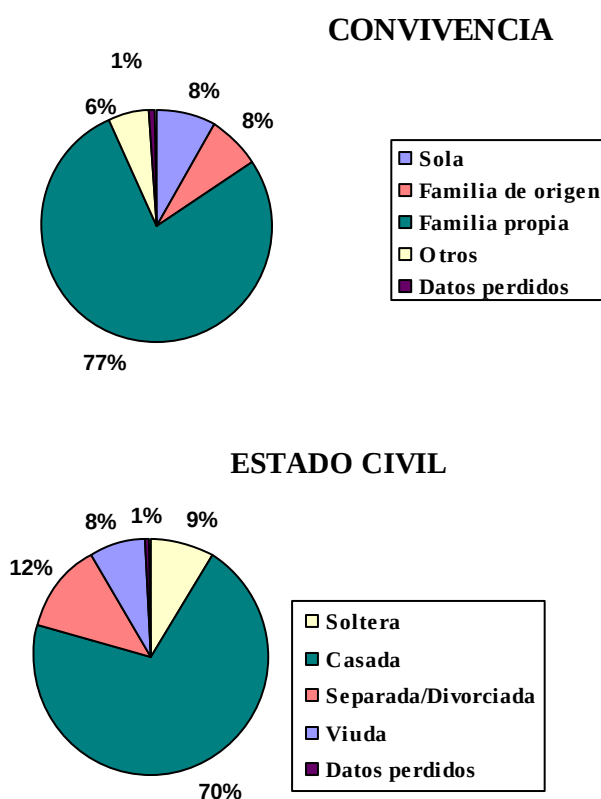
emocional. Respecto a la intervención, se validan y normalizan emociones y conductas saludables en estas pacientes. Finalmente se ofrece acudir a un Taller Psicoeducativo impartido en el hospital que da continuidad a esta primera intervención. Este taller pretende ayudar a las pacientes a entender la relación entre sus emociones, sus pensamientos y sus modos de vida, a través de cuatro sesiones de 75 minutos, con una frecuencia de una vez a la semana.

Diseño

Se trata de un diseño cuasi- experimental, con una muestra no aleatoria.

Resultados

Se usó el paquete SPSS v.15 para realizar el análisis estadístico (correlación de Pearson). En el análisis descriptivo de los datos se tienen en cuenta los siguientes aspectos: tipo de convivencia de la paciente, estado civil, nivel de estudios, actividad laboral y ocupación desarrollada, los resultados se muestran en la Figura 1.



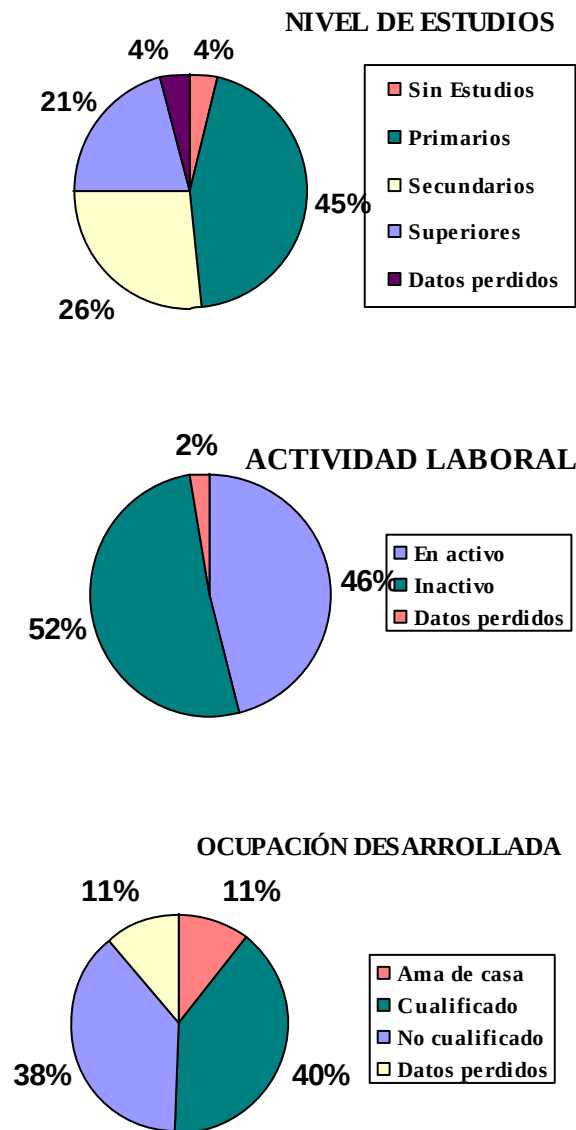


Figura 1. Análisis descriptivo de los datos.

En el análisis correlacional aparece asociación significativa entre acudir al taller psicoeducativo y la presencia de antecedentes depresivos ($\chi^2 = 8,11$; $p < 0,01$), para más detalle los resultados se observan en la Tabla 1.

Tabla 1. Análisis estadístico (Correlación de Pearson).

		<i>Si acuden al taller (%)</i>	<i>No acuden al taller (%)</i>	<i>Chi Cuadrado</i>
N		92	159	
AP		54,4	37,1	7,03
Psicopatología*				
Sintomatología	Ansiosa	12,2	10,1	
	Afectiva*	20,7	9,4	8,11
	Mixta	5,4	5,7	
	Psicótica	0,0	0,6	

Abuso de sustancias	0,0	1,3
Insomnio	0,0	2,5
No especificada	5,4	5,0
Datos perdidos	12,0	2,5
Problemas con la imagen corporal	29,0	23,9
Datos perdidos	14,0	5,7

Discusión

Los datos obtenidos ponen en evidencia la relación entre acudir al taller y la presencia de antecedentes depresivos. El hecho de que las pacientes que acuden al taller sean aquellas que han sufrido previamente al menos un episodio depresivo, nos sirve para hacer hincapié en la importancia de una intervención que identifique a las que presentan mayor vulnerabilidad de alteraciones emocionales, y de esta manera poder ofrecer el apoyo que necesitan, como han corroborado los resultados. A través del taller psicoeducativo se les proporcionan herramientas para un adecuado manejo de las emociones y la promoción de estilos de vida saludables; entendiendo que una disposición optimista, realista y confrontativa hacia la enfermedad favorece un adecuado manejo del distress emocional, mientras que la sintomatología afectiva favorece un estilo pasivo, con tendencia al aislamiento que podría verse acusado por la limitación de las actividades a consecuencia de la enfermedad y su tratamiento. Todo esto puede dificultar su recuperación y generar importante malestar en estas pacientes y en sus familias.

La aplicación de este programa en un centro hospitalario permite la evaluación y atención de las pacientes en un momento crítico como es la intervención quirúrgica. Al visitarlas a todas, se hace una evaluación para detectar a todas aquellas mujeres en riesgo de padecer psicopatología, de forma que puede ser una forma efectiva de recoger a estas pacientes y derivarlas a sus centros de salud si fuese oportuno.

Los datos recogidos en este análisis dan cuenta de la presencia de psicopatología previa en estas pacientes, por lo que es necesaria su detección precoz para poder intervenir posteriormente. Si con este protocolo de evaluación-intervención podemos hacer un primer señalamiento de la importancia de estos factores y facilitar la entrada en el grupo psicoeducativo de aquellas pacientes con mayor fragilidad emocional habremos cumplido un primer objetivo. Un futuro objetivo, sería poder ir más allá e identificar aquellas pacientes que teniendo antecedentes de problemática emocional no acude al taller, estudiando las causas por las que deciden no acudir y tratando de mejorar la intervención para poder llegar a mayor volumen de pacientes que potencialmente se beneficiarán de continuar en contacto con Salud Mental.

Desde el equipo de Salud Mental del Hospital 12 de Octubre se ha realizado un segundo estudio sobre este protocolo, en el que se analiza en profundidad la relación entre las características emocionales y el estilo de afrontamiento, para una mayor comprensión y mejora de la asistencia a estas pacientes. Una posible investigación futura sería comprobar si existen diferencias significativas en las medidas pre-post en las pacientes que acuden al taller, a través de pruebas psicométricas sensibles a variaciones emocionales, y si estas diferencias se mantienen en el tiempo.

La entrevista aplicada permite un acercamiento personal con la paciente, dándole un espacio para comunicar sus emociones y preocupaciones respecto a su vivencia de la enfermedad, que de otra forma no tendría. Esta expresión emocional es fundamental, ya que como vimos en estudios anteriores es característico de las mujeres con patología mamaria la no expresión emocional y la supresión de emociones negativas.

Referencias

- Asociación Española Contra el Cáncer, AECC (2012). *Cáncer de mama, incidencia*. Recuperado el 15 de febrero de 2013 de <https://www.aecc.es>
- Contrada, R.J., Leventhal, H. y O'Leary, A. (1990). Personality and health. En John, O.P., Robins, R.W. y Pervin, L.A. (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 638-669). New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. y Foerster, F.S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished Business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 439-446.
- Hahn, R.C. y Petitti, D.B. (1988). Minnesota Multiphasic Personality Inventory Rated depression and the incidence of breast cancer. *Cancer*, 61, 845-848.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Okawa, M. y Buck, R. (2005a). Anxiety, emotional suppression and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, 46, 19-24.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Okawa, M. y Buck, R. (2005b). The relation between negative emotional suppression and emotional distress in breast cancer diagnosis and treatment. *Health Communication*, 18, 201-205.
- Lieberman, M.A. y Goldstein, B.A. (2005). Self-help on-line: An outcome evaluation of breast cancer bulletin boards. *Journal of Health Psychology*, 10, 855-862.
- McCaul, K.D., Sandgren, A.K. y King, B. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psychooncology*, 8, 230-236.
- Pettingale, K.W., Watson, M. y Greer, S. (1985). The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 21-30.
-

Anexo.

UMPM: HOJA DE DATOS PSIQUIATRÍA-PSICOLOGÍA

Nombre: Fecha:
Apellidos: N° Hª General:
Dirección:
Teléfonos de contacto:
Edad:
Estado Civil:
Nivel estudios:
Profesión:
Trabajo remunerado:
Desde: Hasta:
Tipo de convivencia: Sola () Familia Origen () Familia propia ()
Institución () Otros ()
¿Con quién vive?

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Diagnóstico:
Evolución:
Impacto personal y en el entorno:

EXPLORACIÓN:

Indicadores de cuadro ansioso-depresivo:
Alteración de los biorritmos:
Alteración de la actividad:
Otros:

ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS:

Disfunción sintomática sin tratamiento:
¿Qué síntomas?
Tratamiento psicoterápico:
Desde: Hasta:
Tratamiento psiquiátrico:
Desde: Hasta:

Diagnóstico psiquiátrico:

ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

No ()
Sí () ¿Quién?

SOPORTE SOCIOAFECTIVO:

Familia de origen:
Familia propia:
Medio laboral /Compañeros:
Actividades de Ocio:
Amistades:
Vecinos:

SITUACIÓN ACTUAL:

Problemas con la imagen corporal:
Antecedentes familiares de cáncer:
Problemas en la relación de pareja:

“PRF” TEST: CONSTRUCT VALIDITY**Pablo García-Medina***Universidad de La Laguna, Spain***Abstract**

The PRF test (Response to Frustration Test), developed by the author of this work, offers a possibility to better understand the mechanisms of aggressive human behaviour. The PRF has shown sensitivity in the collection of four types of response-factors – from 25 categories. The styles or types of response permit the establishment of differences between people who tend to give: a Self-Punishing Response, a Conflictive Response, an Aggressive Response, and a Frustrated versus Pleased Response. The sample consisted of volunteer students from three primary schools and one sixth-form college. They provided heterogeneity of 70 girls and 50 boys, with an average age of 10 years and with an age range of 6 to 14 years. The control group comprised 230 children and adolescents (140 girls and 98 boys), with an average age of 15.5 years, and an age range of 14 to 18 years. We must point out that the evaluations by many pairs of judges assigning categories were always above 0.78. The Cronbach's Alpha results in a version with 30 items were a little more attenuated when applied to our pilot sample. Results by factors: 1) Passive Style Response, $\alpha = 0.74$; 2) Problem Solving, $\alpha = 0.70$; 3) Aggressive, $\alpha = 0.84$. The elements (items) were points evaluated by means of a displeasure scale with four intensities (1. Nothing, 2. A Little, 3. Quite a Lot, 4. Very Much). This is a value which refers to the degree of frustration that each individual may feel in each of the situations. The consistency in terms of Cronbach's Alpha was 0.85. We studied the relationships between the PRF test factors and their convergent validity with the factors of classic personality tests (ENR and MA). The constructs of personality were: Inflexibility, Neuroticism, Elitism (Dogmatism), Extroversion, Self-Demanding, Wilfulness, Anxiety and Disinterest.

Keywords: Frustration, self-punishing, conflict resolving, aggressive response, personality.

Introduction

Of the different forms that human aggression adopts, the cognitive style that accompanies it is one of those phenomena that needs greater attention (e.g. a case of abuse; García-Medina and Rodríguez-Sobrino, 2011). Also associated with this is the worry of how to prevent such a phenomenon (Henao, 2006). For that, of course, we have to know better how thought drives it. This involves the task of dedicating effort to get to know the particular aspects of the motives associated with it, among them those that feature a role played by personality. It is here where behaviour and the procedure for evaluation have relevance.

A few steps forward are now available, in the context of the aggressive component, in the form of abuse, above all in what has been covered and studied of some of its components (e.g., González-Álvarez, Gesteira, Fernández-Arias, and García-Vera, 2009; Graña, 2008). But since proposals by Dollard, Doob, Miller, Mowrer, and Sears (1939), little with this basic focus has been studied empirically, instrumentally and particularly in humans outside the clinical environment.

It appears necessary to us, and for that reason we are interested in deepening the mode in which certain variables – and personality in particular – achieve modulation of

aggressive response in situations of forced performance, or under stress. We presume that these cases include many of those who may be shielding themselves and exercising some form of abuse. For this reason it is important to analyse the styles and forms of resolution of conflict in a personal as well as an interpersonal sphere. In our particular experience, the PRF test (García-Medina, Bethencourt-Pérez and González, 1998) offers one more possibility that helps one to understand better such mechanisms of human conduct.

Method

Sample

The sample consisted of volunteer students from two primary schools and one sixth-form college. They provided the heterogeneity of 70 girls and 50 boys, with an average age of 10 years and an age range of 6 to 14 years. Another group of 230 children and adolescents served as our control: 140 girls and 98 boys with an average age of 15.5 years and an age range of 14 to 18 years (Table 1).

Table 1. Age Distribution in the Samples.

Boys		Adolescents	
Age	N	Age	N
6	18		
7	25	14	61
11	23	15	61
12	27	16	55
13	15	17	38
14	12	18	15
Total: 120		Total: 230	

Procedure

The test presented (PRF; García-Medina, 1998) has shown sensitivity for the collection of four types of styles of responses - factors - from 25 or 30 points (depending upon the format for children/adolescents or adults). In this case, we applied it to a very heterogeneous population – completely voluntary – which contributed to support for this affirmation.

The styles or types of response permit differences to be established between people who tend to give Self-Punishing, Conflict Resolving, and Aggressive Response Styles, and a measure of intensity of evoked Frustration versus Pleasure. On this occasion, we used as criteria the scores obtained in two classic personality tests (ENR and MA; Pelechano, 1989a, 1989b). The personality constructs were: ENR: Inflexibility, Neuroticism, Elitism (and Dogmatism), Extroversion; and MA: Self-Demanding, Wilfulness, Anxiety and Disinterest.

Instruments

PRF (Frustration Response Test). The PRF Frustration Response Test by García-Medina (1998) is a pencil and paper test. The author conceived and designed it initially for application with children and adolescents. We can see its virtual inspiration in the frustration project test by Rosenzweig (P-F Study) (Anastasi, 1985). However, its philosophy and response mode converts it into very different psychometric material;

making possible quantification and typing based on closed responses and an additional scale of intensity. Another characteristic of interest is that it can be applied for therapeutic purposes in an open as well as closed response format, with three options.

In this case the open responses were replaced with short texts associated with each situation, with passive content (without aggressive content) and with aggressive content (openly aggressive content). We recall that Rosenzweig (Anastasi, 1985) based his approach on his theory of frustration and aggression. Basically, he came to hold that all frustration tended to resolve itself with aggression. However, the interpretations of "block and me" and "block and super-me" did not fit here, and were set aside so as not to vary the philosophy of the analysis of the responses collected with this additional test. We certainly tried to capture the aggressive construct as a personality characteristic in response to – imaginary – evoked situations, albeit very defined and contextualised. This construct does also reveal itself in people as a semi-permanent characteristic.

We reiterate and insist that the difference is in the procedure of construction. We must emphasise that the process of preparation was undertaken by means of evaluation by various pairs of judges. It was found that the assignation of items to categories always reached values above 0.78. Cronbach's Alpha in the version with 25 items (children and adolescents) were a little more attenuated when applied to our control group. The results by factors were: 1) Passive Style Response, $\alpha = 0.74$; 2) Problem Solving, $\alpha = 0.70$; 3) Aggressive, $\alpha = 0.84$.

All the elements (items) are points that have to be answered with a level of displeasure (from 0 to 3) where you can see yourself or imagine yourself in a given situation. It is a value that represents the degree of frustration that each individual might feel in each of the suggested situations. Its consistency in terms of Cronbach's Alpha was 0.85.

Results

Inter and Intra-Factorial Relationships of the PRF Test

As may be concluded from the data presented in Table 2, the relationships between the factors of the PRF test support, in principle, their content validities. The Self-Punitive Style shows a relationship diametrically opposed to the Aggressive Style. Thus, the index for Displeasure is positive and significant in relation to the scores corresponding the Aggressive Style of Response factor ($r = 0.29$; $p < 0.001$); an alignment that validates and reinforces the content.

Table 2. Inter-Factorial Correlations of the PRF test and Displeasure ($N = 238$).

<i>Factors (Styles)</i>	<i>Solver</i>	<i>Aggressive</i>	<i>Displeasure (Frustration)</i>
Self-Punitive	- 0.23***	- 0.56***	- 0.22***
Solving		0.03	0.04
Aggressive			0.29***

Note. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

These results (Table 2) lead us the opportunity to conclude that there is a component with intermediate dependence – Displeasure – that does not have anything to do with a presumed one-way linear relationship, and neither with a continuum

between the three factors. It is the case, for example, that Self-Punishment correlates negatively with Conflict Solving. This, in the theoretical model, a person may score highly in positive solving at the same time as showing a high level of frustration.

Inter-Instrument Validity

The ENR and MA (Pelechano, 1989a, 1989b, 1993) questionnaires bring together several very useful characteristics in this context. The questionnaires have traditionally been used very widely in experimental and epidemiological applications and have maintained their status outside our area of work, representing a great repertoire of sufficiently validated content. This permits part of the divergent and convergent validation of content designed by the author of the PRF. Some of the relationships between factors in this last test and those others suggest the existence of a fabric of interesting personality variables when the dimensions of the aggressive-solving component are explained and its combination with frustration. We can see that high and, of course, significant relationships are produced between the styles of response captured in the PRF test and the self-described personality variables. At least this is what happened in the sample of children/adolescents included in the present study.

We wish to highlight that Table 3 appears to consolidate the type of results that tell us that the Aggressive Response Style has a relationship, with semantically negative aspects, with personality variables. In particular, those that counter or make socialisation difficult. On the other hand, the Self-Punishment Style of Response appears to reflect more positive relationships with aspects of personality involved in correct socialisation. It is here, perhaps, that divergent validity favours two well established dimensions for the test utilised.

Additionally, as more significant examples, positive and negative relationships, respectively, were obtained, between Neuroticism and Self-Punishment Style, and Neuroticism and Solving Style. In the first case, it appears that there is a greater tendency to denote initialising information of low emotional control when scoring highly for Self "Punishment". Both responses polarise, then, in the dimension that we might understand as psycho-pathological.

On the other hand, we found that there is a relationship between a tendency to score highly and significantly in hetero-aggression and anxiety. This is the same as the findings in the previous paragraph.

Table 3. Inter-Factorial Correlations of the PRF, ENR and MA Questionnaires ($N=230$).

<i>Factors</i>	<i>Self-Punishment</i>	<i>Solving</i>	<i>Aggressive</i>	<i>Displeasure (Frustration)</i>
Inflexibility	- 0.04	0.05	- 0.14*	- 0.30***
Neuroticism	0.15*	- 0.17**	0.02	- 0.02
Elitism and Dogmatism	- 0.09	0.08	0.13*	0.00
Extroversion	- 0.05	-0.13*	- 0.13*	0.06
Self-Demanding	0.03	-0.00	- 0.12*	- 0.22**
Wilfulness	- 0.03	0.00	-0.05	- 0.05
Anxiety	- 0.02	0.01	0.17**	0.00
Disinterest	0.22***	- 0.13*	- 0.29***	- 0.19**

Note. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Examples of Content:

ENR: Inflexibility: “I am, in many respects, better than others”. Neuroticism: “Sometimes I feel sad and other times I feel happy, without justification”. Elitism and Dogmatism: “My life is guided fundamentally by: obligation first and devotion later”. Extroversion and Leadership: “I am a happy boy/girl”; “I do what I think”.

MA: Self-Demanding: “For me, work is an especially important matter”. Wilfulness: “I work as hard as my colleagues”. Anxiety: “If I make mistakes, my state of happiness drops”. Disinterest: “I am happy to leave difficult tasks to one side”.

Thinking about those more positive parameters, we find relationships that are denoted by socially accepted values (e.g. Dogmatism). Conversely, we find a firmly negative relationship between Neuroticism and Solving/Resolving of Conflicts which appear in the situations presented ($r = -0.17$; $p < 0.01$).

For the Elitism and Dogmatism personality factor that shows a positive relationship with Aggressive Style of Response, at first sight, we find ourselves in a polarisation with a certain degree of negativity. But this is a question that has its plusses and minuses if we try to be coherent with the type of responses that our competitive culture calls for. Thus, we should accept without more complications that certain values “naturally” incorporated in our society include a certain aggressive component that, for others, tends to be accepted as positive in many social contexts. Seen like that, the nucleus correlated ends up signalling a certain despotism towards those who share this more competitive and aggressive mode of solving. Two of the contents of the Dogmatism construct say: “He who has never had faith in an ideal has never been happy”; “Someone who cannot overcome their defects is worthless”.

Finally, the scores for Extroversion appear with negative and significant relationships (in both cases $r = -0.13$; $p < 0.05$) with the two factors for items whose contents are aggression. Resulting in, or said another way, unfortunately found, to suggest incompatibility. Content of that personality factor asks if: “Is it easy for you to speak about or demonstrate your ideas in front of strangers?”

Conclusion

We picked some considerations that exemplified where we might direct our next efforts. Accordingly:

- *Anxiety* appears to be related to *Aggression*. Which could explain the relationship shown by some who “felt tempted” to apply this to others.
- *Disinterest for the study* (also synonymous with *no effort*) correlated positively and significantly with *Self-Punishment*. It appears to coincide with the pattern whose tendency reflects not offering to fight given the effort and self-flagellation required.
- *Disinterest owing to the effort* connected negatively and significantly with *Problem Solving Style*, although with lower probability ($p < 0.05$) than with *Aggressive Style* ($p < 0.001$). It might be understood that the first of the relationships might offer us something positive. However, it might be that both relationships place us in the polarisation of *Self-Demanding* and *Inflexibility*.

All things considered, it suggests to us that we should, in future work, include content related to personal health and its repercussions in other people. In this regard, various avenues of research could be suggested to explore such emotional correlations.

For example, one of the contents of Neuroticism says: “You feel sad sometimes, and happy at other times, without real reason”.

We presume, from here on, that it could be of great use to measure anxiety as a variable capable of modulating the particular form that that response adopts in situations of abuse. Other data suggests that this is the case where many of those who exercise abuse of others are shielded, or where they are seen as implicated. In our experience in particular, the PRF test (García-Medina et al., 1998; García-Medina and Rodríguez-Sobrino, 2011) offers a possibility to better understand such mechanisms of human conduct.

References

- Anastasi, A. (1985). Psychological Testing: Basic Concepts and Common Misconceptions. In A.M. Rogers and C.J. Sheirer, G. (Eds.), *Stanley Hall Lecture Series*, 5 (pp. 87-120). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N.E., Mowrer, H.O. and Sears, R.R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press.
- García-Medina, P.; Bethencourt-Pérez, J.M., and González, M. E. (1998). Frustration Aggression: No Linearity of a Theory. In E. Sola Reche, J.M. Bethencourt Pérez; P. Matud Aznar and P. García Medina (Eds.), *Implications of Psychology in Current Criminology* (pp. 157-71). Granada: Comares.
- García-Medina, P. and Rodríguez-Sobrino, N. (2011). *Evolutionary Development: Modulated Perception of Abuse*. Doctoral Thesis. University of La Laguna, La Laguna.
- González-Álvarez, M., Gesteira, C., Fernández-Arias, I. and García-Vera, M.P. (2009). Programme for Adolescents who Threaten their Parents (P. A. P.): A Specific Proposal for Treating Behavioural Problems in the Family Situation. *Legal and Criminal Clinical Psychopathology*, 9, 149-170.
- Graña, J. L. (2008, October). Programme for Adolescents who Threaten their Parents. Work presented at *International Symposium of Criminology, Delinquency and Psychology: Situations Involved, Advances in Treatment and Perspective and Prevention*, La Laguna, Tenerife.
- Henao, J. (2006). The Early Prevention of Violence: A Revision of Programmes and Modes of Intervention. *Universitas Psychologica*, 1(2), 315-339.
- Pelechano, V. (1989a). Axes of Reference and a Themed Proposition. In Ibáñez and V. Pelechano (Eds.), *Personality*. Madrid: Alhambra University.
- Pelechano, V. (1989b). Notes on Some Reflections with respect to Personality Psychology and Psychological/Scientific Therapeutic Interventions. *Analysis and Modification of Behaviour*, 15(44), 177-192.
- Pelechano, V. (1993). *Personality: A Historico-Conceptual Focus*. Valencia: Promolibro.

SENSIBILIZACIÓN HACIA UNA SOCIEDAD MÁS TOLERANTE: LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Ana Báez-Miralles*, Miguel Ángel Castro-Rodrigo*, Lucila Fernández-Lorente**, Francisco. Javier González-Villajos***, Paloma Martínez-Heras****, María Méndez-Moya**, Mayte Patier Del Río*** y Estrella Zorrilla-Rebollo**

*Centro de Rehabilitación Laboral de Móstoles (Madrid), España

**Equipo de Apoyo Social Comunitario de Móstoles (Madrid), España

***Centro de Rehabilitación Psicosocial de Móstoles (Madrid), España

Resumen

Introducción: La enfermedad mental conlleva una serie de consecuencias a nivel social, como estereotipos, prejuicios y conductas discriminativas, que dificultan, cuando no impiden, su plena y efectiva integración social, al reducir o eliminar oportunidades de acceso a derechos fundamentales (vivienda, trabajo...). Este proceso de estigmatización, en ocasiones, sitúa a esta población en situaciones de exclusión que requieren de medidas que promuevan un conocimiento objetivo de sus competencias así como la disposición de espacios comunitarios donde poner éstas en marcha. El Programa de Sensibilización de Centro de Rehabilitación de Móstoles se marca como objetivos ofrecer información ajustada sobre la enfermedad mental; definir que son los estereotipos, los prejuicios y la discriminación, y qué implican para este sector de la población; fomentar la participación e implicación de las personas con enfermedad mental en distintos contextos sociales; llevar a cabo acciones de sensibilización adaptadas a diferentes perfiles poblacionales que promuevan un cambio actitudinal que conlleve comportamientos inclusivos; realizar una labor de prevención. **Método:** La metodología empleada es activa y participativa, en la medida en que profesionales, usuarios y usuarias de este Centro, se reúnen con una frecuencia de dos días a la semana, durante una hora y media cada día, para diseñar el tipo de actuación a implantar (talleres formativos; material informativo; estrategias de marketing; contacto directo) en función de las características de la población a la que va dirigida (familiares de personas con enfermedad mental; personas con enfermedad mental; profesionales de salud mental; otros agentes sociales; estudiantes universitarios; jóvenes; empleadores; medio de comunicación...). **Resultados y conclusión:** Teniendo en cuenta que tales acciones tienen que ser mantenidas en el tiempo, y que la evaluación de su impacto es continúa, esto permite que a largo plazo se pueda valorar si la suma de todas ellas han contribuido a un nuevo germen social de aceptación e inclusión.

Palabras clave: estigma, sensibilización, enfermedad mental, integración social, prevención.

SENSITIZATION TOWARDS A MORE TOLERANT SOCIETY: PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

Abstract

Introduction: Mental illness carries a number of social consequences, such as stereotypes, prejudices and discriminative behaviors that make it difficult, if not prevent, their full and effective social integration, cutting down and erasing opportunities or access to fundamental rights (housing, work ...). This process of stigmatization sometimes puts them in situations of exclusion that require measures to promote real knowledge of their powers and also real available spaces to put them up. The Sensitization Program in the Rehabilitation Center of

Móstoles has marked as targets provide real information about mental illness; define what are the stereotypes, prejudices and discrimination and what they imply for this sector of the population, encourage participation and involvement of people with mental illness in different social contexts; carry out awareness campaigns tailored to different population profiles that promote attitudinal change that involves inclusive behaviors; make prevention work. **Method:** The methodology is interactive and participatory, to the extent that professionals and users of this center, meet with a frequency of two days a week, for an hour and a half each day, to design the type of performance to implement (training workshops, information materials, marketing strategies, direct contact) depending on the characteristics of the population to which it is addressed (relatives of people with mental illness, people with mental illness Mental Health professionals, other social agents, college students, young people, employers, media). **Results and Conclusion:** Considering that such actions have to be continuous in time, also the evaluation of its impact is continue, allowing long-term value if the sum of all contributed to a new social acceptance and inclusion germ.

Key words: Stigma, sensitization, mental illness, social integration, prevention.

Introducción

Sensibilizar es uno de los objetivos fundamentales para el desarrollo de una sociedad comprometida y responsable con los derechos de cualquier colectivo en riesgo de exclusión social. Las personas con problemas de salud mental experimentan una serie de prejuicios y comportamientos discriminativos como consecuencia del estigma asociado durante años hacia la enfermedad mental (López, 2012).

En cuanto al concepto de estigma según diversos autores, entre ellos Goffman (1963), Jones (1984) y Stafford y Scott (1986) (ver Muñoz, Pérez Santos, Crespo y Guillén, 2006), se puede entender como un conjunto de actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos, habitualmente negativos hacia grupos minoritarios que presentan un rasgo diferencial; y que conlleva, en el caso de las personas con enfermedad mental, una serie de consecuencias a nivel social, como estereotipos, prejuicios, y conductas discriminativas.

Como se ha demostrado en algunos estudios, como en el anteriormente citado Informe de Investigación, los comportamientos estigmatizantes tienen, como consecuencia, distintas repercusiones negativas en las personas que lo experimentan, así como en sus familiares, las personas con las que se relacionan y por ende a la sociedad en general. Esto conlleva diferentes dificultades de integración social, como son: restricción de derechos personales, menor posibilidad de oportunidades, dificultades para acceder a empleo y vivienda, limitación de las relaciones sociales y de pareja y/o pérdida de estatus e identidad social.

Este rechazo social experimentado tiene a su vez como consecuencia ciertos riesgos psicológicos para la persona como son: la percepción por parte de los otros de diferenciación y no aceptación, pérdida de autoestima, repercusiones emocionales como miedo, ansiedad, vergüenza y, por lo tanto, comportamientos de evitación y aislamiento, que implica no buscar ayuda para su tratamiento y recuperación.

Una de las consecuencias negativas de este proceso de discriminación es la auto-estigmatización. Este concepto hace referencia a la internalización del estigma por la persona afectada, asumiendo estereotipos como propios: incapacidad, incurabilidad, rechazo y evitación de sí mismo y de la búsqueda de ayuda profesional, negación, etc... (Michaels, López, Rüsck y Corrigan, 2012).

Teniendo en cuenta la problemática citada, dentro de los objetivos enmarcados en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 (Salud Madrid, 2013), se encuentra la lucha contra el estigma y la discriminación asociada a las personas con enfermedad mental, en colaboración con la Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Asuntos Sociales. Dentro de este Plan se encuentran los dispositivos Centro de Rehabilitación Laboral (CRL), Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) de Móstoles, recursos gestionados por Grupo EXTER S.A, que tienen como objetivo fundamental “la Sensibilización a la Sociedad”.

Es por ello que desde estos recursos se desarrolla el programa de sensibilización “Uniendo Lazos, Deshaciendo Nudos”, el cual se plantea como objetivos generales generar oportunidades de integración en todos los ámbitos; proporcionar información y experiencias de contacto para eliminar ideas erróneas; poner en marcha acciones de sensibilización adaptadas a diferentes perfiles poblacionales; llevar a cabo un trabajo de prevención (Henderson y Thornicroft, 2013).

Método

Teniendo en cuenta que uno de los aspectos más importantes a la hora de dar a conocer la realidad de la enfermedad mental es el contacto social directo con las personas afectadas, desde la participación en el grupo, se promueve el aumento de la interacción social, propiciando la adquisición de un mayor conocimiento de la problemática y, por lo tanto, favoreciendo un cambio actitudinal y empático hacia este colectivo. Organización Mundial de la Salud, OMS (2009). *Fomento de la Salud Mental*. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Ginebra, Suiza.

Así mismo, este proceso no sólo tiene beneficios para la población general, sino que también, permite que las personas con problemas de salud mental se impliquen en su proceso de recuperación, de la propia identidad personal y social, favoreciendo la mejora de su sentimiento de competencia e integración completa en la sociedad. Con esta filosofía comienza el grupo de sensibilización desde el Centro de Rehabilitación de Móstoles.

Este grupo está gestionado por las personas atendidas en los tres recursos (Centro de Rehabilitación Laboral, Centro de Rehabilitación Psicosocial y Equipo de Apoyo Social Comunitario de Móstoles), conjuntamente con los profesionales. El trabajo comienza con la realización de dos reuniones semanales de hora y media donde se concreta el objetivo común y la metodología de trabajo.

En el trabajo que se lleva a cabo en el programa de sensibilización se desarrollan una serie de acciones dirigidas a diferentes agentes sociales, adaptando los contenidos a transmitir al perfil de la población al que va dirigido, en función de sus necesidades y conocimientos previos.

Se elabora una presentación que explique desde el punto de vista de las personas afectadas, la enfermedad mental, informando acerca de:

- Necesidad de sensibilización social.
- Concepto de sensibilización.
- Concepto de estigma social.
- Describir las características de la enfermedad mental.
- Ideas erróneas sobre la enfermedad mental.

- Aportar datos objetivos y empíricos sobre las realidades de la enfermedad mental.
- Destacar la importancia de la responsabilidad, implicación y aceptación social.
- Aportar información para favorecer la detección e identificación de posibles primeros brotes, con el objeto de prevenir y actuar con inmediatez.

El programa de sensibilización se dirige a distintos ámbitos de actuación, realizando diferentes acciones en función del agente social al que se dirige: considerando desde el ámbito laboral, que el acceso y mantenimiento del empleo es un indicador y un instrumento de recuperación de las personas con enfermedad mental grave y duradera, se entiende que el desempeño de un rol social activo implica desarrollar una actividad socialmente valorada y por la que la persona obtiene cierto grado de reconocimiento.

El objetivo que se busca es acercar a la empresa y al trabajador con enfermedad mental, destacando las competencias y mostrando al empresario nuevas vías para el desarrollo de la responsabilidad social de la empresa. Para ello se llevan a cabo distintas acciones concretas como son desayunos con empresarios, participación en ferias de empleo, realización de prácticas no laborales, asesoramiento a la empresa, charlas con los mandos intermedios de la empresa, apoyo en el puesto de trabajo, mantenimiento del contacto continuo.

Teniendo en cuenta la imagen social negativa que transmiten los medios de comunicación (Alvarado López, De Andrés del Campo y González Martín, 2007), se contacta con radio y televisión con el fin de contribuir a que la información se ajuste a la realidad de la enfermedad mental. Es por ello que se realizan entrevistas de radio y televisión en Cadenas Sur- Suroeste, Radio UNED, y Madrid Sur-TV.

Como recurso de rehabilitación el objetivo principal es la integración comunitaria y participación social en el entorno y contexto de referencia, informando a la población general de la necesidad de comprensión, aceptación y reconocimiento hacia las personas que experimentan cualquier tipo de discriminación y prejuicio. López y Laviana (2007). *Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía*. Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.

En consecuencia, con el objetivo de favorecer una mejor integración y teniendo en cuenta la necesidad de cualquier colectivo de pertenencia al grupo y el establecimiento de la identidad social con el reconocimiento pleno e igualitario de derechos y oportunidades, en el radio de atención del recurso de Móstoles se han realizado charlas desde la Concejalía de Salud e Igualdad, talleres de sensibilización a agentes sociales como la Policía Local y Servicios Sociales, se ha formado a los profesionales del servicio de ayuda a domicilio, se ha firmado un Acuerdo de colaboración con el Ayuntamiento de Móstoles para el mantenimiento y restauración de la Casa Museo de Andrés Torrejón, se ha expuesto una muestra de pintura en el Museo de la Ciudad y, se llevan a cabo coloquios informativos a familiares de las personas atendidas por el recurso.

Desde el inicio del grupo de Sensibilización, se comenzaron a realizar talleres en los diferentes institutos de educación secundaria de la localidad de Móstoles con el objetivo no sólo de sensibilizar a los jóvenes en proceso de formación y mejorar su actitud social hacia la salud mental, sino también de *prevenir*, a través de la información, el desarrollo de estereotipos y prejuicios y así favorecer que se conviertan en agentes antiestigma.

Otro objetivo importante de estos talleres, es favorecer la *identificación y detección temprana* en jóvenes vulnerables a desarrollar la enfermedad, proporcionando información acerca de los recursos a los que acudir, medidas de atención y pautas de actuación en primeros brotes, tanto en el alumno como en el profesorado.

Hay que destacar la participación activa de las personas atendidas en la impartición de los talleres, asistiendo conjuntamente con los profesionales, sensibilizando en primera persona.

Resultados

Debido a que el trabajo de sensibilización es un proceso duradero en el tiempo, los resultados se empezarán a visibilizar a medio y a largo plazo. Mientras tanto se ha podido observar a corto plazo el impacto que ha tenido todo este trabajo realizado sobre las personas atendidas desde los distintos recursos, y se ha visto reflejado en el interés, la motivación, la constancia y la entrega al trabajo.

Las personas atendidas que han participado en esta lucha contra el estigma comentan en primera persona lo que les ha aportado esta *experiencia*. Aquí mostramos algunos de los testimonios:

“La aportación del grupo de sensibilización a mi vida es una vista más justa de las personas con enfermedad mental. El estigma de nuestra enfermedad está aún en nuestra sociedad...”. David.

“He participado en todas las cosas que se han hecho en el grupo y esto me ha ayudado a sentirme mejor como persona, también me he sentido realizado y satisfecho con las cosas que he aportado al grupo”. Jorge.

“Somos capaces de hacer cosas que desconocíamos como por ejemplo comprender más a la enfermedad mental, cómo compañeros son capaces de dar conferencias relacionadas con la enfermedad mental. Comprender que somos capaces de desarrollar, hacer un blog, hablar de ella como si fuera una enfermedad que tiene solución, avanzar cada día más, y vernos más positivos”. Charo.

Es importante destacar cómo las personas que han participado en el grupo al principio del mismo reconocían tener cierto *autoestigma*, donde asumían ciertos estereotipos como propios, por ejemplo, la incapacidad, la incompetencia, el rechazo y la evitación de sí mismos.

A lo largo de todo el trabajo conjunto en el grupo, se ha podido observar una evolución hacia una visión más positiva sobre sí mismos y sobre sus capacidades, no sólo entendiendo qué significa su enfermedad, sino también sensibilizando a la sociedad a través de todas las acciones mencionadas anteriormente.

Discusión

A lo largo de más de tres años de trabajo en el grupo de Sensibilización, son varios los aspectos en los que se observa una *valoración positiva*, tanto de los profesionales como de las personas atendidas por los recursos.

Es percibida como muy favorable la participación conjunta de las personas que acuden a los recursos y profesionales en las distintas acciones llevadas a cabo por parte del grupo.

El grado de satisfacción es alto debido a que se han realizado acciones de sensibilización en diversos ámbitos sociales como son la Educación, Servicios Sociales, Policía, Universidad, medios de comunicación y empresas.

El hecho de participar conjuntamente profesionales y personas atendidas y llevar acciones de sensibilización fuera de recurso, ha propiciado un cambio de actitud en los participantes pasando de un rol autoestigmatizado a hablar en primera persona de lo que es la enfermedad mental y asumiendo un rol de competencia y capacidad.

La continua participación de las personas con enfermedad mental en este grupo, ha facilitado que puedan trabajar de manera más autónoma, gestionando distintas tareas como son la elaboración de un blog, la búsqueda de material, creación de un logo...

Como se esperaba, el desconocimiento de la enfermedad mental, y su consiguiente estigma, en ocasiones, ha dificultado la puesta en marcha de algunas acciones de sensibilización, con colectivos más resistentes a la reestructuración del estigma, lo que traía como consecuencia la necesidad de modificar los contenidos para adaptarlos y así poder reducir los inconvenientes anteriormente citados.

La heterogeneidad de las personas que participan en el grupo y la diferente procedencia de los recursos como son Centro de Rehabilitación Laboral, Centro de Rehabilitación Psicosocial y Equipo de Apoyo Social Comunitario de Móstoles, ha enlentecido la puesta en marcha de diferentes acciones internas, en un principio, aunque hay que destacar que poco a poco, y con mucho trabajo y esfuerzo por parte de todos los participantes, empezó a funcionar de manera más integrada y adecuada.

Para finalizar, y teniendo en cuenta que la modificación del estigma y los cambios de actitud y comportamiento se observarán a largo plazo, podemos concluir que se han de seguir manteniendo acciones de sensibilización en todos los ámbitos de actuación en los que se viene trabajando, siendo conscientes del impacto positivo que la preparación y puesta en marcha de estas acciones ha implicado en las personas atendidas en el recurso y que participan en el grupo, así como la buena acogida de estas acciones en los diferentes colectivos en los que se ha intervenido.

Referencias

- Alvarado López, M.C., De Andrés del Campo, S. y González Martín, R. (2007). Discapacidad: Estigma y Concienciación. *Comunicación e Ciudadanía*, 1, 203-221.
- Henderson, C. y Thornicroft, G. (2013). Evaluation of the Time to Change programme in England 2008-2011. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 45-48.
- López, M. (2012). El estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education*, 4, 131-136.
- López, M y Laviana, M. (2007). *Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía*. Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- Michaels, P., López, M., Rüsch, N. y Corrigan, P. (2012). Constructs and Concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society, & Education*, 4, 183-194.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A.I. (2006). *El estigma de la Enfermedad Mental Grave y Persistente de la Comunidad de Madrid. Informe de Investigación*. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2009). *Fomento de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. Barcelona: Editores Médicos, S.A. EDIMSA.
- Salud Madrid (2013). *Plan Estratégico de Salud Mental 201-2014*. Recuperado el 14 de mayo de 2013, de

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142585101254&pagename=PortalSalud%2FPag e%2FPTSA_pintarContenidoFinal

SALUD BUCODENTAL Y TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA: TRATAMIENTO DE UNA ADOLESCENTE CON SUCCIÓN DEL PULGAR CRÓNICA

Patricia Borreguero Sancho

*Universidad Jaume I Castellón-Centro de Psicología Clínica y Educativa Piced,
Valencia -España*

Resumen

Antecedentes: Existen numerosas publicaciones sobre la importancia de las técnicas cognitivo-conductuales para el control de los hábitos nerviosos. Respecto a la salud bucodental, estos hábitos pueden producir malformaciones importantes de difícil tratamiento. Se aborda el tratamiento de una adolescente, mujer de 15 años remitida por el odontólogo por deformaciones en el paladar por el hábito de la succión crónica del pulgar. **Método:** Se completa el diagnóstico principal con los siguientes problemas adicionales: ansiedad, fracaso en el estudio, déficit en las relaciones sociales, baja autoestima y personalidad dependiente. Se utilizan para la evaluación: el CDI, EPQ-J, PROLEC, el TEST de Percepción de Diferencias, y los criterios del DSMIV para el TDAH y los trastornos de personalidad. El tratamiento se aborda utilizando las siguientes técnicas: el autorregistro, el control mecánico, técnicas de estudio, entrenamiento en la relajación muscular, la práctica del autorrefuerzo y las frases positivas. **Resultados:** Los resultados positivos se obtienen muy rápidamente utilizando como medida el autoinforme. La succión del pulgar diurna y nocturna va desapareciendo progresivamente en un 90% en el primer trimestre del tratamiento, partiendo de una línea de base de 10-12 succión diurnas y una succión nocturna continua todas las noches. A partir del segundo trimestre, se realiza un retest y se observa mejoría en los otros ámbitos evaluados. **Conclusiones:** En este estudio, se han abordado varios problemas, siendo el principal, el hábito de chuparse el dedo. Las técnicas cognitivo-conductuales son eficaces para la inversión de un hábito, aunque esté fuertemente arraigado. Debido a la combinación de técnicas utilizadas es difícil precisar cuál de todas tiene mayor influencia en los cambios producidos.

Palabras clave: succión del pulgar, inversión del hábito, autoinforme, psicología positiva.

DENTAL HEALTH AND BEHAVIOUR MODIFICATION THERAPY : STUDY OF AN ADOLESCENT PATIENT WITH CHRONIC THUMB-SUCKING.

Abstract

Introduction: There are many publications about the importance of behavior therapy in habit control problems, mostly in infancy and adolescence. Regarding dental health, these habits may cause important alterations requiring a complex treatment. In this case, a 15 year old girl is submitted by her dentist for palatal alterations due to thumb-sucking. **Method:** The initial diagnosis also includes anxiety problems, learning difficulties, unsatisfactory social life, low self-esteem and dependent personality. The following questionnaires were used to complete diagnosis: CDI, EPQ-J, PROLEC, TPD, and the DSMIV-TR Manual for personality disorders and TDHA. The treatment is initiated using different techniques as: a daily frequency inventory, sleeping gloves to reduce thumb-sucking, relaxation training, positive psychology techniques and family training. **Results:** The positive results show up very quickly using the frequency inventory. Either day or night thumb-sucking habit decreases up to 90% during the first quarter.

During the second quarter a new re-test is conducted and positive results are shown in other areas such learning skills and anxiety. **Conclusions:** In the present case, the main task is to reverse the thumb-sucking habit, although other aspects have been included in the treatment. The behavior and cognitive therapy is an efficient method to change these strong habits in adolescents, although it is difficult to precise which technique has been the most effective to change this behavior.

Keywords: Thumb-sucking, control, habit reversal, self-inventory, positive psychology.

Introducción

Existen en la actualidad, numerosos estudios sobre la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en los tratamientos del control de hábitos nerviosos. Sin embargo el componente de inversión del hábito del método de Azrin y Nunn (1987) no parece ser fundamental en todos los casos y otras variantes del tratamiento pueden tener valor terapéutico (Bayés, 1982). En el presente estudio hemos introducido como variables terapéuticas adicionales: el entrenamiento en la relajación muscular (Cautela y June, 1978) y la práctica de las afirmaciones positivas para generar emociones positivas y alcanzar una vida plena (Seligman, 2002). El uso de esta técnica de la psicología positiva se presenta como un complemento al tratamiento del problema principal (Lindely, Joseph, Harrington y Wood, 2006), Sternerg y Grigorenko (2001), y refleja como la frecuencia de la aplicación de estas técnicas puede contribuir al éxito terapéutico (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005). El caso presente ilustra un hábito fuertemente arraigado desde la infancia hasta la adolescencia, comórbido con otras alteraciones en la personalidad y la conducta, y la eficacia clínica de una combinación de técnicas cognitivo conductuales en la desaparición del hábito, aunque no se utilice la técnica de inversión del hábito de Azrin y Nunn (1987).

Método

Participantes

Una niña de 15 años y su madre de 45 años de edad. Acuden al centro, remitidas por el ortodoncista, porque aunque le habían insertado unas prótesis en el paladar durante un año, el hábito de chuparse el dedo no había remitido, y se habían producido malformaciones importantes en el paladar que impedían avanzar el tratamiento. En la consulta la madre manifiesta problemas con el carácter de su hija, de rendimiento académico y de convivencia en casa.

Materiales/instrumentos

Evaluación Inicial y Retest:

- CDI, *Child Depression Inventory* (Kovacs, 1992). Es un cuestionario para niños y adolescentes que mide aspectos cognitivos de la depresión adaptado al castellano en el 2004 y entre sus propiedades psicométricas destacan un alfa de Cronbach de 0,79, una fiabilidad test-retest de 0,38 y una fiabilidad de las dos mitades de 0,77. Los estudios sobre la validez del CDI indican que es capaz de discriminar entre los niños con problemas emocionales y los niños sin problemas.

- EPQ-J, Cuestionario de Personalidad (Eysenck y Eysenck, 1991). Aplicación de la prueba EPQ a niños y adolescentes de 8 a 15 años, con cuatro escalas: inestabilidad o neuroticismo, extraversión, psicoticismo o dureza, con una escala de sinceridad y otra de conducta antisocial. La fiabilidad obtenida en coeficiente alfa de Cronbach oscila entre 0,71 y 0,86. El análisis factorial reproduce la existencia de los factores que coinciden las escalas del EPQ-J.
- PROLEC-SE, Batería de evaluación de los procesos lectores (Ramos y Cuetos, 1999). Evalúa los procesos lectores en alumnos de 3er ciclo de primaria y secundaria basándose en los modelos cognitivos. Costa de seis tareas agrupadas en tres bloques: léxico, sintáctico y semántico. Obtiene una fiabilidad de 0,70 del Alfa de Cronbach y un análisis factorial confirmatorio de los tres apartados mencionados.
- CARAS-R, Test de Percepción de Diferencias Revisado (Thurstone y Yela, 2009). Escala que mide la aptitud perceptiva en primer lugar y en segundo lugar los aspectos perceptivos de la inteligencia espacial, con una fiabilidad de dos mitades de 0,94 y 0,97, de test-retest 0,60 y una validez refrendada por los estudios factoriales y las correlaciones con otras pruebas.
- Ítems del DSMIV_TR (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2001) para descartar un posible trastorno de déficit de atención (TDAH), los ítems fueron evaluados según la respuesta de los padres y la observación clínica.
- Entrevista semi-estructurada.
- Registro de línea base.

Procedimiento

Se aplicaron las siguientes técnicas en el tratamiento:

- Registro conductual de frecuencias de succión diurnas y nocturnas.
- Entrenamiento en relajación progresiva (Jacobson 1929).
- Afirmaciones positivas.
- Guantes nocturnos.
- Registro del hábito de estudio (en el segundo trimestre).

Diseño

Se estableció una línea base durante una semana, registrando una media de 12 succiones diarias y succión nocturna todas las noches registradas. Se programaban visitas quincenales durante los tres primeros meses y visitas mensuales durante los últimos 6 meses. Las tareas que se planificaron en casa durante el primer trimestre fueron:

Con practica mediante el móvil en casa :

- Entrenamiento en relajación. Al dormir con los ejercicios grabados en el móvil.
- La repetición de afirmaciones positivas .Dos veces al día, practica con el móvil.

Con los registros:

- De la succión: nocturna y diurna.
- Del hábito de estudio.

En la consulta se hizo el entrenamiento en relajación muscular, en la auto-observación mediante el registro y el auto-refuerzo.

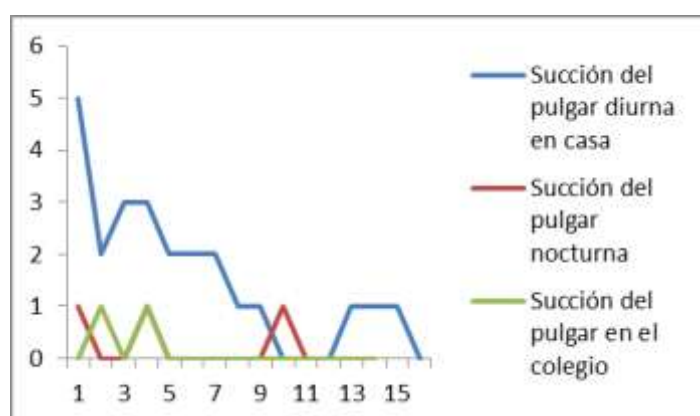
Tabla 1. Evaluación inicial.

<i>Subescalas</i>	<i>Percentil</i>	<i>Observaciones</i>
Disforia	55	Estado anímico normal
Autoestima	70 (negativa)	Baja
Neuroticismo	20	Baja
Extraversión	45	Medio
Psicoticismo	0	Bajo
Sinceridad	10	Bajo
Conducta Antisocial	30	Bajo

<i>Cuestionarios</i>	<i>Escalas</i>	<i>Percentil</i>	<i>Observaciones</i>
Criterios del DSMIV del TDAH	Hiperactividad	1 ítem	Baja
	Desatención	1 ítem	Baja
Test de Percepción de Caras	Percepción de diferencias	99	Atención alta.
Prolec	Comprensión de textos	90	Nivel Alto

Tabla 2. Resultados Re-test.

<i>CDI</i>	<i>Inicio</i>	<i>4 meses</i>	
Disforia	55	45	Disminuye
Autoestima	70	30	Aumenta

**Figura 1.** Resultados por semanas (de 1 a 15) de la frecuencia de succión.

Discusión/conclusiones

Los resultados indican una rápida mejoría en la eliminación de la succión sin utilizar el componente de inversión del hábito, aunque esta técnica ha sido ampliamente utilizada con éxito en otros problemas (Gonzales, 2010) y una mejoría en los demás objetivos del tratamiento. El estudio del caso demuestra que se puede utilizar las afirmaciones positivas como complemento al tratamiento del hábito principal y que esta técnica pueden estar relacionada con una mejoría de ánimo en general, como demuestran otros estudios, aunque seguimos con las limitaciones de un estudio restringido a un caso único y una interacción entre las técnicas utilizadas que hace difícil una generalización de los resultados obtenidos a otros problemas diferentes, teniendo también en cuenta la posible influencia de otros factores accidentales (Bayes, 1983).

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría, APA (2001). *DSMIV-TR: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson, Michael B. First.
- Azrin, N.H. y Nunn, R. G. (1987) *Tratamiento de los hábitos nerviosos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayes, R. (1982). Aplicación a la técnica de Azrin y Nunn para la modificación de los Hábitos nerviosos éxito didáctico, éxito terapéutico, pero ¿qué es lo que funciona? *Estudios de Psicología*, 9, 106-120.
- Bayes, R. (1983). Descripció i aplicació practica i resultats de la técnica d'azrin y Nunn per a la modificació d'hàbits nerviosos. *Quaderns de Psicologia*, 11, 55-59.
- Cautela, R. y June, G. (1978). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1991) *EPQ-J, Cuestionario de Personalidad de Eysenck para Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- González, M.J. y Baile J. (2010, febrero). Usos terapéuticos de la técnica de Inversión de Hábito. Comunicación presentada en el *11 Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2010*. Recuperado de www.interpsiquis.com
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kovacs, M. (1992). *CDI: Inventario de Depresión Infantil*. Madrid: TEA ediciones.
- Linley, A., Joseph, A., Harrington, S. y Wood, A. (2006). Positive psychology: Past, present and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 3-16.
- Ramos, J. L. y Cuetos, F. (1999). *Evaluación de los procesos lectores PROLEC-SE*. Madrid: TEA Ediciones.
- Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Sternberg, R.J. y Grigorenko, H.L. (2001). Unified psychology. *American Psychologist*, 56, 1069-1079.
- Thurstone, L.L. y Yela, M. (2009). *CARAS-R Test de Percepción de Diferencias Revisado*. Madrid: TEA ediciones.

DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN LA MUJER. TRATAMIENTO DIFERENCIAL EN FUNCIÓN DEL GÉNERO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia Navarro-Gómez, M^a Pilar Arnal-Val,
M^a José Lara-García y Helade M^a Verdet-Martínez

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

Resumen

Introducción: El número de mujeres con dependencia de alcohol que solicitan tratamiento está creciendo, lo que aumenta la necesidad de conocer sus características y el tratamiento más eficaz. Exponemos un estudio de caso clínico de una paciente tratada con el tratamiento grupal para mujeres con dependencia a alcohol que se ha instaurado en nuestra Unidad de Alcohol (UA) para dar respuesta a esta necesidad. **Datos de identificación:** mujer, 34 años. **Motivo de consulta:** acude a UA para desintoxicación ambulatoria de alcohol. **Psicopatología asociada:** rasgos disfuncionales de personalidad límite y sintomatología ansioso-depresiva. **Objetivos de la intervención:** abstinencia y mayor estabilidad emocional. **Objetivos terapéuticos:** aumento del control de impulsos, del control emocional y del estado de ánimo, desaparición conductas de riesgo y establecimiento de metas. Se opta por un tratamiento combinado: tratamiento grupal (novedoso, diferencial según género y orientación cognitivo-conductual), psicoterapia individual (entrevista motivacional y tratamiento cognitivo-conductual en función de la necesidad y como refuerzo del grupal), y tratamiento médico. **Técnicas de evaluación:** entrevista estructurada de la conducta adictiva, autorregistro de la conducta adictiva y deseo de consumo, entrevista clínica, Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI-2). La evaluación de la eficacia del tratamiento grupal se realiza mediante una medida pre y post. **Escalas aplicadas:** Escala de Autoestima (Rosenberg), Cuestionario de Ansiedad; STAI (Spielberger), Inventario de Asertividad (Rathus), Inventario de Depresión (Beck), Cuestionario de Calidad de Vida Percibida WHOQOL-BREF. Todas evolucionan favorablemente. **Seguimiento al año:** continua en abstinencia, planes de futuro ajustados, ciertos problemas para el control de la ira y desaparición de conductas de riesgo.

Palabras Clave: dependencia del alcohol, mujer, tratamiento, experimento de caso único, género.

ALCOHOL DEPENDENCE IN WOMEN. DIFFERENTIAL TREATMENT BASED ON GENDER. A CASE REPORT

Abstract

Introduction: The number of alcohol-dependent women seeking treatment is growing, increasing the need to know the characteristics of these patients and the most effective treatment. We present a case study of a patient treated with group treatment for women with alcohol dependence that has been developed in our Alcohol Unit to meet this need. **Identification data:** female, 34 years old. **Complaint:** she comes to UA for outpatient detoxification. **Psychopathology associated:** dysfunctional traits of borderline personality and anxious-depressive symptomatology. **Intervention objectives:** Alcohol withdrawal and emotional stability. We considered as therapeutic targets: increase impulse control, increase emotional control and improve mood, disappearance of risk behaviors and goal setting. We opted for a combined treatment: treatment group (novel, differential by gender and cognitive-behavioral), individual psychotherapy (motivational interviewing and cognitive-behavioral

treatment based on need and as reinforcement of group treatment), and medical treatment. Evaluation techniques used: structured interview of addictive behavior, self-report of addictive behavior and craving, clinical interview, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Evaluating the efficacy of treatment group is performed by a pre-and post-measurement. Scales applied: Self-Esteem Scale (Rosenberg) Anxiety Questionnaire; STAI (Spielberger) Assertiveness Inventory (Rathus) Depression Inventory (Beck), Questionnaire Perceived Quality of Life WHOQOL-BREF. All developing well. Year follow-up: abstinence continues, adjusted future plans, certain problems for the anger and disappearance of risk Behaviors.

Keywords: Alcohol dependence, woman, treatment, single-case experiment, gender.

Introducción

Tradicionalmente se ha estudiado más las características de personalidad y psicopatología asociada a la dependencia del alcohol en hombres dada su mayor prevalencia y necesidad de tratamiento. A pesar de que las cifras actuales de dependencia alcohólica en la mujer siguen siendo menores que las del hombre, durante los últimos años estas diferencias se han ido acortando. Así, se ha pasado de una ratio de 10/1 a 2,5/1 en tan sólo dos décadas, por lo que existe una tendencia a la convergencia en el consumo de alcohol en ambos sexos (Calafat y Amengual, 1999).

Ha habido un aumento creciente del consumo abusivo de alcohol en mujeres. De hecho, las mujeres jóvenes presentan tasas de prevalencia de consumo más elevadas que las de mayor edad y cada vez más próximas a las de los hombres (Gual, 2006).

Este aumento del número de mujeres con dependencia del alcohol y que solicitan tratamiento también aumenta la necesidad de conocer las características de estas pacientes y el tratamiento más eficaz.

Hay poca investigación acerca de estas diferencias de género asociado al consumo de alcohol. Recientes estudios sugieren la existencia de dos perfiles psicopatológicos claramente diferenciados en función del sexo:

Mayor presencia de sintomatología ansioso-depresiva y de trastornos de personalidad del *cluster C* (ansioso-temeroso) en la mujer que da pie para incorporar a los programas de tratamiento técnicas reductoras de la ansiedad y de la depresión (Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2008; Echeburúa, Salaberría, Corral, Cenea y Berasategui, 2006), a su vez, el mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana en la mujer alcohólica sugiere la conveniencia de establecer un formato grupal de tratamiento, al menos de forma complementaria a la terapia individual (Bravo de Medina et al., 2008).

Las mujeres con más frecuencia que los varones tenían puntuaciones más altas en escala límite (42,9%), escala de depresión (50%), y las escalas de evitación (21,4% vs 9,3%, $p = 0,02$). Las diferencias de género en la prevalencia del TP Límite son consistentes e incluso superior a lo que se observó en los estudios previos (Picci et al., 2012). Estos resultados indican que las mujeres alcohólicas tienen generalmente una patología más grave con tendencia a la devaluación, menor capacidad de experimentar placer, más aprensión en entornos sociales, mayor aislamiento social y más sensación de vacío, y son más propensas a la depresión (Picci et al., 2012).

Por lo que al hombre dependiente del alcohol se refiere, existirían más trastornos de personalidad y mas rasgos antisociales y narcisistas. Existiría una mayor frecuencia y heterogeneidad de los trastornos de personalidad por lo que se concluye que los

programas de tratamiento deberían abordar más específicamente, una vez conseguida la abstinencia inicial, el tratamiento de este tipo de trastornos (Echeburúa y Corral, 1999; Millon, 2006). En estos estudios se concluye que los programas de tratamiento deberían abordar de forma distinta la dependencia del alcohol en función del género.

En este trabajo exponemos un estudio de caso clínico de una paciente diagnosticada de dependencia del alcohol, rasgos disfuncionales de personalidad de cluster B (tipo límite) que asiste al tratamiento para mujeres dependientes del alcohol que se ha instaurado en nuestra UA para dar respuesta a esta necesidad. Este tipo de tratamiento, novedoso y diferencial en función del género, lleva instaurado en nuestra UA desde hace 3 años y se están obteniendo buenos resultados. Exponemos este estudio de caso clínico con el objetivo de arrojar luz acerca del tratamiento más eficaz para este tipo de pacientes.

Se realiza una medida pre y post tratamiento grupal con diferentes cuestionarios y mejoran todas las variables estudiadas. En el seguimiento al año de realizar el tratamiento la paciente continúa en abstinencia, mantiene planes de futuro ajustados, pareja estable, alta satisfacción con el tratamiento recibido, continúa con problemas para el control de la ira aunque han disminuido, y han desaparecido las conductas de riesgo.

Identificación del paciente y motivo de consulta

Mujer, 34 años.

Soltera, convive con su madre.

La mayor de 4 hermanos, todos por parte de padre.

Licenciada económicas.

Parada.

Acude a UA para desintoxicación ambulatoria tras varios intentos por su cuenta con posterior recaída. Rasgos disfuncionales de personalidad límite y sintomatología ansioso-depresiva asociada.

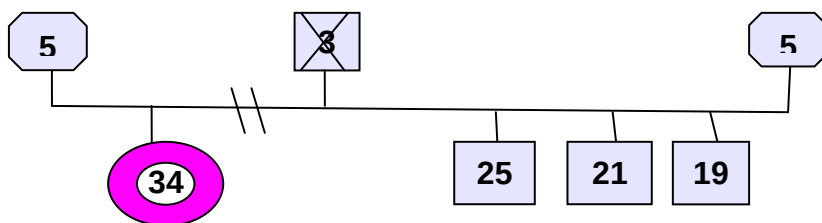


Figura 1: Genograma.

Estrategias de Evaluación

Entrevista estructurada de la conducta adictiva.

Autorregistro de la conducta adictiva y deseo de consumo.

Entrevista clínica.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989): perfil inválido.

Diagnóstico Multiaxial (American Psychiatric Association [APA], 2000).

EJE I: F 10.2 Dependencia a alcohol con dependencia fisiológica [303.90].

EJE II: Rasgos desadaptativos de personalidad de cluster B.

EJE III: Sin diagnóstico.

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario.

EJE V: 45 Síntomas graves.

Formulación del caso

Historia de consumo de alcohol

Inicio del consumo: 15 años.

Aumento del consumo: a los 18 años, tras la muerte de su padre.

De los 18-22 años refiere descontrol de la conducta al ir bajo los efectos del alcohol, inicia el consumo de otras sustancias y otras conductas de riesgo.

Historia personal

Embarazo:

No deseado. Padres jóvenes.

Maltrato físico hacia la madre durante durante el periodo de gestación.

Infancia:

Continúa el maltrato físico hacia su madre.

No refiere maltrato físico hacia ella.

Divorcio de sus padres a los 3 años.

Su padre forma una nueva familia.

Convive con su madre.

Destacar:

1. Padre ausente.
2. Negligencia y abandono emocional materno.
3. Enfermedad de Still.
4. Maltrato emocional de su madrastra.

Adolescencia:

Consumo abusivo de alcohol y otras drogas.

Pensamientos de suicidio.

Relaciones de pareja disfuncionales. Violencia de género en una de sus relaciones.

Conductas de riesgo en otras áreas.

Antecedentes sexuales:

Primera relación sexual a los 17 años.

A los 18 años refiere promiscuidad y relaciones sexuales de riesgo.

Mantiene una relación sexual incestuosa con un hermano.

Antecedentes laborales:

Trabajos eventuales: camarera y cuidadora de niños.

Contable durante 1 año. Despido durante el tratamiento.

Actividad social:

Baja.

Relaciones interpersonales cortas e inestables.

Análisis y descripción de las conductas problema

Consumo abusivo alcohol.

Consumo otras sustancias (cocaína, cannabis, anfetaminas y drogas de diseño).

Relaciones sexuales de riesgo.

Relaciones interpersonales inestables.

Otras conductas de riesgo: accidente de tráfico bajo los efectos del alcohol.

Formulación del caso (Tabla 1)

Tabla1. Resumen de la formulación del caso.

	Predisponentes	Precipitantes	Mantenedores
Biológicos	Edad. Sexo femenino. Vulnerabilidad biológica. Vulnerabilidad emocional*	Adolescencia cambios físicos y hormonales.	Desarrollo dependencia.
Psicológicos	Patrón de crianza patógeno. Ausencia de “base segura”. Violencia de género a la madre. Rasgos de personalidad patológicos en ambos progenitores. Maltrato emocional infantil. Inestabilidad afectiva. Familia desestructurada. Ambiente invalidante.*	Muerte prematura paterna. Cambios psicológicos adolescencia. Consumo alcohol. Efectos del alcohol, desinhibición. Disfunción en la regulación emocional.*	Rasgos de personalidad desadaptativos. Conductas de riesgo. Estrategias disfuncionales de regulación emocional que mantienen el trastorno.*
Sociales		Pertenencia al grupo. Percepción de aumento de relaciones sociales bajo efectos del alcohol.	Personas con las que habitualmente sale consumidoras de alcohol. Relaciones de pareja inestables.

*(García-Palacios 2006; Lineham 1993).

Tratamientos y elección del tratamiento

Se opta por un tratamiento combinado ya que se considera que es del que más se puede beneficiar la paciente.

- Establecimiento de las metas del tratamiento

Abstinencia alcohol

Mayor estabilidad emocional.

- Objetivos terapéuticos

Aumento control de impulsos.

Aumento del control emocional.

Desaparición conductas de riesgo (relaciones sexuales de riesgos, consumos de otras sustancias).

Aumento del estado de ánimo.

Establecimiento metas vitales a corto plazo.

1. Tratamiento grupal

Para mujeres con dependencia a alcohol.

Marco: abstinencia.

Modulo psicoeducativo de la adicción a OH.

Marco terapia grupal.

Abstinencia.

Psicoeducación.

Modulo de manejo de estados emocionales displacenteros.

Las emociones.

Diferenciación, componentes. Emociones positivas y negativas.

El papel de los pensamientos en las emociones.

Ansiedad adaptativa vs ansiedad patológica.

Diferentes trastornos de ansiedad.

Elementos de la respuesta de ansiedad.

Afrontamiento de la ansiedad: entrenamiento en relajación y terapia cognitiva.

Manejo de la frustración.

Control de la impulsividad.

2.5. Estados emocionales negativos.

Tristeza vs depresión.

La depresión: síntomas, diagnóstico y causas o factores implicados.

Terapia cognitiva de los pensamientos depresivos.

3. Modulo de prevención de recaídas.

Identificación del craving.

Diferencia caída / recaída y el proceso de recaída.

Manejo del efecto de violación de la abstinencia (EVA).

4. Modulo de habilidades interpersonales.

4.1. Habilidades sociales.

Iniciar y mantener conversaciones.

Expresar y recibir críticas.

Afrontamiento de la hostilidad.

4.2. Asertividad.

Estilos de comunicación, asertividad y decálogo de derechos asertivos.

Decir no.

Expresión de emociones positivas y negativas.

Habilidades de negociación.

Estrategias para rechazar ofrecimientos.
Expresar y defender opiniones opuestas.

5. *Modulo autoestima.*

Autoconcepto.

Autoaceptación.

Autoresponsabilización.

Autorrefuerzo.

2. Psicoterapia individual:

Se pauta en función de las necesidades y como refuerzo a la terapia grupal:

1. Entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999). Es la técnica más utilizada junto con el tratamiento grupal.

2. Tratamiento cognitivo-conductual.

2.1. Entrenamiento en habilidades sociales y de Afrontamiento.

2.2. Control de estímulos y exposición gradual.

2.3. Prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985).

3. Psicoterapia de apoyo y familiar o de pareja.

3. Tratamiento médico:

Cianamida Cálcica, Naltrexona, Paroxetina y Topiramato. Se van ajustando y retirando según criterio médico.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento grupal para mujeres dependientes del alcohol se aplica durante 10 meses, los lunes de 18:00 a 19:30 horas, desde septiembre hasta junio del año siguiente.

Se da cita individual cuando la psicóloga clínica lo considera necesario o si la paciente lo demanda. La paciente acude a citas regulares con la médico de la UA en las que se va ajustando el tratamiento farmacológico.

Factores relacionados con la terapeuta

Antes de comenzar el tratamiento grupal se realiza la evaluación de forma individual, durante la entrevista clínica se trabaja el vínculo terapéutico para conseguir una mayor adherencia terapéutica.

Diseño del estudio

Utilizamos un diseño AB ya que no es posible la retirada del tratamiento, sería desaconsejable dada la gravedad de las conductas problema de la paciente.

Efectividad y eficiencia de la intervención.

Se administra medida pre-test y post-test del tratamiento grupal para mujeres con dependencia alcohol (Tabla2).

Tabla 2. Aplicación pre-post test de los instrumentos.

	<i>Escala de Autoestima Rosenberg*</i>	<i>Cuestionario de Ansiedad STAI*</i>	<i>Inventario de Asertividad Rathus*</i>	<i>Inventario de Depresión Beck*</i>	<i>WHOQOL-BREF (calidad de vida percibida)*</i>
Pre-test	25	AE:95 AR:98	-30	19	55
Post-test	32	AE:70 AR:60-65	-17	9	89

*(Beck, Steer y Brown, 2006; Rathus, 1973; Rosenberg, 1989; Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1982; WHOQOL Group, 1998)

Seguimiento

Se realiza entrevista clínica al año de finalizar el tratamiento.

Evolución

Actualmente en abstinencia de alcohol desde hace mas de 2 años.

En desintoxicación de tabaco. 6 meses sin fumar.

Planes de futuro ajustados.

Continúa con problemas para el control de la ira.

Con pareja estable desde hace 1,5 años.

No psicopatología ansioso-depresiva.

Los rasgos disfuncionales de personalidad se han moderado tras el cese del consumo y la intervención.

Discusión

Nuestro trabajo es interesante ya que nos muestra un estudio de caso clínico en el que a una paciente se le aplica el tratamiento para mujeres dependientes del alcohol que se ha instaurado en nuestra unidad y comprobamos que se reducen o eliminan todas las conductas problemáticas, se mantiene en abstinencia y los cambios perduran en el tiempo. Además hay una gran satisfacción por parte de la paciente con el tratamiento recibido.

Como hemos explicado anteriormente, en recientes estudios se recomienda un tratamiento diferencial según el género para pacientes dependientes de alcohol, dadas sus características psicopatológicas diferentes (Echeburúa y Corral, 1999; Millon, 2006). Con este trabajo pretendemos arrojar luz sobre esta cuestión e ir perfilando como podría ser un tratamiento en grupo eficaz para las mujeres dependientes del alcohol.

Al tratarse de un estudio de caso, nuestro trabajo, tiene los problemas de validez interna propios de estos estudios, ya que es posible que los cambios observados en la paciente se deban al tratamiento grupal pero también a la combinación con la terapia individual cuando fue necesaria y al tratamiento farmacológico administrado, de hecho pensamos que se deben a la aplicación del tratamiento combinado. También las expectativas de la paciente con respecto al tratamiento y su motivación al cambio están influyendo en el resultado obtenido.

El número de mujeres dependientes del alcohol y que solicita tratamiento está aumentando considerablemente por lo que pensamos que es necesaria más investigación acerca de las características de psicopatológicas diferenciales de la mujer dependiente del alcohol y de los tratamientos más eficaces. Sería necesario un estudio acerca de la eficacia de este tipo de tratamiento con una muestra mas elevada de mujeres que nos pudiese dar un resultado más consistente. En nuestra UA estamos llevando a cabo un proyecto de este tipo para evaluar la eficacia de este tratamiento.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4a edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Washington DC: APA.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2008). Gender differences in alcohol dependence: personality variables, psychopathological profile and personality disorders. *Psicothema*, 20, 218-223.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Calafat, A. y Amengual, M. (1999). *Educación sobre el alcohol. Actuar es posible*. Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 585-614.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., Cenea, R., y Berasategui, T. (2006). Treatment of mixed anxiety-depression disorder: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 95-101.
- García Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental. *EduPsykhé*, 5, 255-271.
- Gual, A. (2006). Alcoholismo. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 599-613). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford.
- Miller, W.R. y Rollnick S. (1999). *Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Millon, T. (Ed.) (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Picci, R.L., Vigna-Taglianti, F., Oliva, F., Mathis, F., Salmaso, S., Ostacoli, L., Soldano, A. J. y Furlan, P.M. (2012). Personality disorders among patients accessing alcohol desintoxication treatment: pervacence and gender differences. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 355-363.
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image. Edición revisada*. Middletown CT: Wesleyan University Press.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

VARIABLES PREDICTORAS DEL RESULTADO DE UNA INTERVENCIÓN DE PREVENCIÓN INDICADA DE LA DEPRESIÓN APLICADA A CUIDADORAS NO PROFESIONALES

Patricia Otero*, Fernando L. Vázquez**, Vanessa Blanco*,
Elisabet Hermida* y Ángela Torres***

**Unidad de Trastornos Depresivos. Universidad de Santiago de Compostela, España*

***Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela, España*

****Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, España*

Resumen

Antecedentes: Aunque existen abundantes programas para disminuir el malestar en los cuidadores no profesionales, sólo existe un estudio de prevención indicada de la depresión y se desconoce para qué personas y en qué circunstancias este tipo de intervención obtiene mejores resultados. El objetivo de este trabajo fue estudiar las variables que predicen el resultado de una intervención de prevención indicada de la depresión en una muestra de cuidadoras. **Método:** Se examinaron variables sociodemográficas, de la situación de cuidado, sintomatología depresiva, malestar, número de sesiones asistidas y tareas para casa realizadas en una muestra seleccionada al azar de 89 cuidadoras (edad media = 53,6 años), que estaban en riesgo de desarrollar depresión por presentar sintomatología depresiva elevada (puntuación igual o superior a 16 en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos), a quienes se aplicó una intervención breve cognitivo-conductual de solución de problemas en formato grupal en cinco sesiones de aproximadamente una hora y media de duración. **Resultados:** Los mejores predictores de la sintomatología depresiva postratamiento fueron la puntuación combinada de síntomas depresivos y malestar pretratamiento (Coeficiente Beta no estandarizado = 0,17, $p = 0,003$) y el número de tareas para casa realizadas durante la intervención (Coeficiente Beta no estandarizado = -1,11, $p < 0,001$); el mejor predictor del riesgo de desarrollar depresión fue el número de tareas para casa realizadas ($B = -0,38$, $p = 0,006$). Las restantes variables no fueron variables predictoras del resultado de la intervención. **Conclusiones:** Lograron mejores resultados aquellas cuidadoras con menor sintomatología depresiva y malestar pretratamiento y las que realizaron más tareas para casa. Se recomienda introducir algunos cambios en la intervención para mejorar sus resultados.

Palabras clave: predictores, prevención indicada, depresión, cuidadores.

PREDICTORS OF RESULTS OF AN INDICATED PREVENTION OF DEPRESSION INTERVENTION APPLIED TO NONPROFESSIONAL CAREGIVERS

Abstract

Background: Although there are abundant programs to reduce distress in caregivers, there is only one study of indicated prevention of depression and it is unknown to what persons and in what circumstances the intervention gets better results. The aim of this work was to study the variables that predict the results of indicated prevention intervention for depression in a sample of caregivers. **Method:** We examined sociodemographic and care situation variables, depressive symptoms, distress, number of sessions attended and homework done on a random sample of 89 caregivers (mean age = 53.6 years) who were at risk of developing depression because of

having high depressive symptoms (score 16 or higher on the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), who were applied a brief cognitive-behavioural problem-solving intervention in a format group in five sessions of one hour and a half approximately. **Results:** The best predictors of post-treatment depressive symptoms were a combined score of pre-treatment depressive symptoms and distress (unstandardized Beta coefficient = 0.17, $p = .003$) and number of homework completed (unstandardized Beta coefficient = -1.11, $p < .001$); the best predictor of post-treatment risk of developing depression was the number of homework completed ($B = -0.38$, $p = .006$). Remaining variables were not significant predictors of results intervention. **Conclusions:** Those caregivers with lower pre-treatment depressive and distress symptoms and those who performed more homework achieved better results. We recommend some changes in the intervention to improve its results.

Keywords: Predictors, indicated prevention, depression, caregivers.

Introducción

Existe evidencia en la literatura científica de que cuidar a un ser querido en situación de dependencia supone un fuerte impacto psicológico sobre la vida de los cuidadores. Por ello, en las últimas décadas se han desarrollado abundantes programas para disminuir el malestar en los cuidadores no profesionales con diferentes formatos y métodos (Goy, Kansagara y Freeman, 2010; Pinquart y Sörensen, 2006).

Una de las consecuencias del cuidado más consistentemente observadas sobre la vida de los cuidadores es la depresión. Entre otros hallazgos, se ha encontrado que entre el 28% y el 66% de los cuidadores presentan sintomatología depresiva elevada (Papastavrou, Charalambous y Tsangari, 2009; Payakachat, Tilford, Brouwer, van Exel y Grosse, 2011; Rivera, Elliot, Berry, Grant y Oswald, 2007; Rozario y Menon, 2010) y entre el 18% y el 53% cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor (Cuijpers, 2005; Dura, Stukenberg, y Kiecolt-Glaser, 1991; Gallagher-Thompson, Rose, Rivera, Lovett y Thompson, 1989; Redinbaugh, MacCallum y Kiecolt-Glaser, 1995; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995).

Dado que la tarea de cuidar a los familiares en situación de dependencia es asumida mayoritariamente por mujeres -en España el 83,6% de los cuidadores son mujeres- (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005), y que la evidencia científica demuestra que éstas tienen una mayor prevalencia de depresión que los hombres, las mujeres cuidadoras se encuentran en un riesgo elevado de desarrollar depresión.

Aunque existen abundantes programas de intervención para cuidadores (algunos dirigidos específicamente a mujeres), sólo existe un estudio de prevención indicada de la depresión (Vázquez et al., 2013), esto es, dirigido a cuidadores con síntomas depresivos elevados pero que no llegan a cumplir los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor. Sin embargo, se desconoce para qué personas y en qué circunstancias esa modalidad de intervención obtiene mejores resultados, es decir, cuáles son las variables predictoras de los resultados de esos programas. El conocimiento de estas variables permitiría elaborar programas específicos para poblaciones con características concretas, optimizando los recursos disponibles y garantizando la obtención de resultados óptimos.

El objetivo de este estudio fue estudiar las variables que predicen el resultado de una intervención de prevención indicada de la depresión en una muestra de cuidadoras.

Método

Participantes

Las participantes de este estudio fueron cuidadoras no profesionales que presentaban sintomatología depresiva elevada, determinada por una puntuación igual o superior a 16 en la versión española de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Vázquez, Blanco y López, 2007) pero que no reunían los criterios para un trastorno depresivo mayor según el DSM-IV-TR (Asociación de Psiquiatría Americana [APA], 2000/2002), y que fueron asignadas al azar al grupo experimental de un ensayo clínico aleatorizado y controlado de prevención de la depresión, recibiendo una intervención cognitivo-conductual breve de solución de problemas. La muestra final estuvo formada por 89 cuidadoras con edades comprendidas entre los 31 y los 76 años ($M = 53,6$; $DT = 10,1$). Todas las participantes dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Materiales/instrumentos

Se elaboró un cuestionario ad hoc para recoger los datos sobre variables sociodemográficas (edad y nivel de estudios) y relacionadas con el cuidado (tiempo y horas cuidando). Para valorar el nivel de autonomía de la persona cuidada se utilizó la versión española del Índice de Barthel (Baztán et al., 1993), que posee una consistencia interna entre 0,86 y 0,92. La presencia de síntomas depresivos se evaluó con la versión española de la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Vázquez et al., 2007), que tiene una consistencia interna de 0,89. El diagnóstico de depresión mayor se evaluó con la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, versión clínica (SCID-CV; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997/1999), que tiene una alta fiabilidad test-retest para pacientes psiquiátricos (índice de kappa = 0,61). El malestar general se evaluó con la versión española del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28; Lobo, Pérez-Echeberría y Artal, 1986), que tiene una consistencia interna de 0,97. Se realizó un registro para evaluar el número de sesiones asistidas y las tareas para casa realizadas.

Procedimiento y diseño

Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado controlado. Se elaboró un protocolo de actuación y se plasmó en un manual, con el fin de incrementar la validez interna y la estandarización. Las participantes que cumplieron los criterios de inclusión mencionados fueron asignadas al azar a una intervención cognitivo-conductual de solución de problemas ($n = 89$) o a un grupo control de atención habitual ($n = 84$). La intervención se aplicó durante 5 sesiones semanales de 90 minutos aproximadamente cada una de ellas y en formato grupal por tres terapeutas licenciadas en psicología con experiencia clínica entre 2 y 5 años, que previamente habían sido entrenadas por dos expertos en salud mental con amplia experiencia clínica (entre 17 y 25 años). Las participantes se evaluaron en la línea base y el postratamiento por entrevistadores entrenados que no formaban parte del personal investigador.

Resultados

Para analizar las variables predictoras de los resultados en la sintomatología depresiva en el postratamiento se realizaron análisis de regresión lineal múltiple, y para

analizar las variables predictoras de los resultados en el riesgo de desarrollar depresión en el postratamiento (puntuación en sintomatología depresiva ≥ 16 en la CES-D) se realizaron análisis de regresión logística. En concreto, se han tenido en cuenta las siguientes variables: (a) edad; (b) nivel de estudios; (c) tiempo cuidando del familiar (d) horas cuidando; (e) grado de dependencia del familiar; (f) síntomas depresivos (evaluados por la CES-D) y malestar general (evaluado por la GHQ-28) en el pretratamiento de forma separada o formando un índice compuesto de síntomas depresivos y malestar [CES-D+GHQ-28]; (g) número de sesiones asistidas; (h) número de tareas para casa realizadas. En la fase previa a la elaboración de los modelos de regresión lineal se analizó la homocedasticidad, normalidad e independencia de los residuos y se exploró la presencia de colinealidad.

En la Tabla 1 se muestran los resultados obtenidos en el análisis de regresión lineal múltiple para el conjunto de variables predictivas de la sintomatología depresiva en el postratamiento. El modelo resultante tuvo una R^2 corregida = 0,25 (error típico de la estimación = 5,52) y fue significativa, $F(4, 84) = 8,28$, $p < 0,001$. Del conjunto de variables predictoras de la sintomatología depresiva, dos resultaron estadísticamente significativas: el índice compuesto depresión + malestar general pretratamiento (Coeficiente Beta no estandarizado = 0,17, $p = 0,003$); y el número de tareas para casa realizadas (Coeficiente Beta no estandarizado = -1,11, $p < 0,001$). Las variables edad y número de sesiones asistidas, en cambio, no resultaron significativas.

Tabla 1. Variables predictoras de los resultados en la sintomatología depresiva del grupo de solución de problemas en el postratamiento ($n = 89$).

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	<i>t</i>	<i>P</i>	Intervalo de confianza de 95% para B	
	B	Error típico	Beta			Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	12,44	6,33		1,97	0,053	-0,14	25,02
Edad	0,09	0,06	0,14	1,44	0,155	-0,03	0,21
Depresión + malestar general pretratamiento	0,17	0,05	0,29	3,07	0,003	0,06	0,28
Sesiones que ha asistido	0,49	0,91	0,06	0,54	0,591	-1,31	2,29
Tareas para casa realizadas	-1,11	0,29	-0,40	-3,85	< 0,001	-1,68	-0,53

Nota. Variable dependiente: puntuación CES-D en el postratamiento.

En la Tabla 2 se presentan los resultados obtenidos en el análisis de regresión logística para el conjunto de variables predictivas de encontrarse en riesgo de desarrollar depresión en el postratamiento. El modelo resultante alcanzó una $\chi^2(3, N = 89) = 19,25$; $p < 0,001$; R^2 de Cox y Snell = 0,20, y clasificó correctamente el 85,4% de los casos. Del conjunto de variables predictoras del riesgo de depresión, sólo una resultó estadísticamente significativa: el número de tareas para casa realizadas ($B = -0,38$, $p = 0,006$); la odds ratio fue de 0,68, IC 95% [0,52; 0,90]. Las variables edad y sintomatología depresiva en el pretratamiento, en cambio, no resultaron significativas.

Tabla 2. Variables predictoras del riesgo de desarrollar depresión del grupo de solución de problemas en el postratamiento ($n = 89$).

	B	E.T.	Wald	gl	p	OR	Intervalo de confianza de 95% para EXP (B)	
							Límite inferior	Límite superior
Edad	0,04	0,03	2,11	1	0,146	1,04	0,98	1,11
Síntomas depresivos pretratamiento	0,07	0,04	3,37	1	0,066	1,07	0,99	1,16
Tareas para casa realizadas	-0,38	0,14	7,58	1	0,006	0,68	0,52	0,90
Constante	-1,11	2,67	0,17	1	0,679	0,33		

Nota. Variable dependiente: 0 = (CES-D postratamiento < 16) vs. 1 = (CES-D postratamiento $\geq$ 16).

Discusión/conclusiones

El objetivo de este estudio fue investigar los factores predictores del resultado de una intervención de prevención indicada de la depresión en una muestra de cuidadoras no profesionales. Se halló que las cuidadoras con menor sintomatología depresiva y malestar pretratamiento y las que realizaron más tareas para casa lograron mejores resultados tras la intervención. Las que tuvieron menos síntomas pretratamiento alcanzaron una menor sintomatología depresiva postratamiento y aquellas que realizaron más tareas para casa tuvieron un menor riesgo de desarrollar depresión. Estos resultados son congruentes con los encontrados por Seligman, Schulman, DeRubeis y Hollon (1999) en un programa de prevención de la depresión dirigido a estudiantes universitarios, que obtuvieron mejores resultados con aquellos participantes con menores niveles iniciales de ansiedad y depresión. También son consistentes con estudios previos que han demostrado la importancia de la cumplimentación de las tareas para casa para adquirir destreza en las habilidades entrenadas, generalizarlas al ambiente natural y producir resultados terapéuticos positivos (Kazantzis y Lampropoulos, 2002; Mausbach, Moore, Roesch, Cardenas y Patterson, 2010).

Una derivación práctica de estos hallazgos es que las participantes que tienen niveles más elevados de sintomatología pretratamiento podrían necesitar más sesiones de intervención para disminuir su sintomatología depresiva postratamiento. Asimismo, se recomienda revisar y reforzar la realización de tareas para casa en cada sesión para fomentar la adquisición de destreza en las habilidades adecuadas para modificar los síntomas y la generalización a ambientes naturales.

Agradecimientos

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Proyecto 2007/PN017) y Unidad de Dependencia de la Dirección Xeral de Dependencia e Autonomía Persoal (Xunta de Galicia).

Referencias

- Asociación de Psiquiatría Americana [APA] (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson. (Original publicado en 2000).
- Baztán, J. J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristobal, E., Izquierdo, G. y Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes

- con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 28, 32-40.
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. *Aging and Mental Health*, 9, 325-330.
- Dura, J. R., Stukenberg, W. y Kiecolt-Glaser, J. K. (1991). Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented patients. *Psychology and Aging*, 6, 467-473.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-CV)*. Barcelona: Masson (Original publicado en 1997).
- Gallagher-Thompson, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S. y Thompson, L. W. (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *Gerontologist*, 29, 449-456.
- Goy, E., Kansagara, D. y Freeman, M. (2010). *A systematic evidence review of interventions for non-professional caregivers of individuals with dementia* (VA-ESP Project #05-225). Washington, DC: Health Services Research & Development Service.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ed.). (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-cuidados-01.pdf>
- Kazantzis, N. y Lampropoulos, G. K. (2002). Reflecting on homework in psychotherapy: What can we conclude from research and experience? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 577-585.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V. y Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: An updated meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 429-438.
- Papastavrou, E., Charalambous, A. y Tsangari, H. (2009). Exploring the other side of cancer care: The informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 128-136.
- Payakachat, N., Tilford, J. M., Brouwer, W. B., van Exel, N. J. y Grosse, S. D. (2011). Measuring health and well-being effects in family caregivers of children with craniofacial malformations. *Quality of Life Research*, 20, 1487-1495.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577-595.
- Redinbaugh, E. M., MacCallum, R. C. y Kiecolt-Glaser, J. K. (1995). Recurrent syndromal depression in caregivers. *Psychology and Aging*, 10, 358-368. Recuperado de [http://pni.osumc.edu/KG%20Publications%20\(pdf\)/095.pdf](http://pni.osumc.edu/KG%20Publications%20(pdf)/095.pdf)
- Rivera, P. A., Elliot, T. R., Berry, J. W., Grant, J. S. y Oswald, K. (2007). Predictors of caregiver depression among community-residing families living with traumatic brain injury. *Neurorehabilitation*, 22, 3-8. Recuperado de <http://iospress.metapress.com/content/32070055k1278k46/>
- Rozario, P. A. y Menon, N. (2010). An examination of the measurement adequacy of the CES-D among African American women family caregivers. *Psychiatry Research*, 179, 107-112.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35, 771-791.
- Seligman, M. E. P., Schulman, P., DeRubeis, R. J. y Hollon, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention & Treatment*, 2, article 8a.

- Vázquez, F. L., Blanco, V. y López, M. (2007). An adaptation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for use in non-psychiatric Spanish populations. *Psychiatric Research*, 149, 247-252.
- Vázquez, F.L., Otero, P., Torres, A., Hermida, E., Blanco, V. y Díaz, O. (2013). A brief problem-solving indicated prevention intervention for prevention of depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema*, 25, 87-92.

NANOPSICOTERAPIA. NUEVA TÉCNICA DE INTERVENCIÓN**María Pilar Emilia Romeo Sancet y Ana María Hernández Romeo***Asociación para el Desarrollo y Aplicación de la Psicología en Aragón (ADAPA),
España***Resumen**

Antecedentes: La Nanopsicoterapia surge ante la necesidad de satisfacer las demandas de los pacientes en un tiempo en que la sociedad se encuentra inmersa en una crisis económica, larga y profunda. La Nanopsicoterapia es una técnica que, como muchas otras, nace como respuesta a la necesidad de conocer los orígenes de las disfunciones que presentan las personas, cuyo malestar les conduce a la consulta del psicólogo. Su nombre hace referencia al poco tiempo empleado, cuatro horas y a que la persona obtiene inmediata mejoría. Su filosofía es el contextualismo funcional. **Método:** Después de un ejercicio de meditación, con hipnosis o hipnosis despierta, se consigue que la persona acceda mejor a su historia de vida. El terapeuta conduce el discurso situando al paciente en determinados momentos o actuaciones que pudieron ser relevantes: primeros recuerdos de la infancia, abuelos, padres, hermanos..., su paso por el colegio, instituto, universidad, trabajo... sus relaciones personales y de pareja..., sus experiencias con la enfermedad o la muerte... Todo esto en las tres primeras horas, reservando la cuarta para la puesta en común de las observaciones recogidas por el psicólogo y las propuestas para una orientación de vida más favorable, reforzando el yo y sus valores. **Resultados:** 100% de “darse cuenta”. 99% de satisfacción. 1% enfado con el resultado. **Conclusiones:** La Nanopsicoterapia es una forma de intervención nueva y desconocida para la mayoría del público y de profesionales. Así que, hoy por hoy, la casuística es corta. Se ha aplicado en: bulimia, alcoholismo, cleptomanía, relaciones insatisfactorias de pareja, de familia e interpersonales, y a personas que se encontraban interesadas en su propio conocimiento personal. La persona podrá realizar el cambio o no, pero es libre de elegir su camino. El terapeuta sólo se lo indica.

Palabras clave: Nanopsicoterapia, recuerdo, reconciliación con el pasado, contexto, cambio.

NANOPSICOTERAPIA. NEW INTERVENTION TECHNIQUE**Abstract**

Background: Nanopsicoterapia arises from the need to meet the demands of patients in a time when society is undergoing an economic crisis, long and deep. The Nanopsicoterapia is a technique that, like many others, was created in response to the need to know the origins of the dysfunctions found in people, which leads to discomfort when they see the psychologist. Its name refers to the short time spent four hours since the person gets immediate improvement. His philosophy is functional contextualism. **Method:** After a meditation exercise with hypnosis or waking hypnosis, the person will get better access to his life story. The therapist leads the speech placing the patient in certain moments or actions that might be relevant: first memories of childhood, grandparents, parents, siblings ... his way through school, college, university, work ... personal relationships and partner ... , their experiences with the disease or death ... All this in the first three hours, reserving the fourth for the pooling of the observations gathered by the psychologist and proposals for a more positive life orientation, reinforcing the self and its values . **Results:** 100% of "realizing". 99% satisfaction. 1% angry with the outcome. **Conclusions:** Nanopsicoterapia intervention is a new and unknown to most of the public and professionals. So, today, casuistry is short. It has been applied in: bulimia, alcoholism,

kleptomania, unsatisfactory relationships couple, family and interpersonal relationships, and people who were interested in their own personal knowledge. The person may make the change or not, but is free to choose his path. The therapist only suggests.

Keywords: Nanopsicoterapia, memory, reconciliation with the past, context, change.

Introducción

La Nanopsicoterapia es una técnica que se distingue de las conocidas como de Tercera Generación, sobre todo, en la brevedad del tiempo de intervención con el paciente, cuatro horas, suficiente para alcanzar un “darse cuenta” que le permita desear y promover un cambio.

Los autores de este trabajo entendemos que había que idear algo que permitiera a la persona, en el menor tiempo posible y con el menor coste económico, encontrar aquello que no le gustaba o no le beneficiaba de su forma de ser o de actuar, para conseguir después su decisión al cambio.

Nos pareció muy importante que fuera una actuación precisa, corta y rápida porque muchas personas no pueden dedicar demasiado esfuerzo, tiempo ni dinero, en esta época que nos toca vivir.

La nanopsicoterapia tiene como objeto ayudar a la persona a darse cuenta de los orígenes de sus actuaciones, ante los acontecimientos que le presenta la vida y a probar otras opciones de respuesta. O sea, un determinismo psíquico (búsqueda de las causas precipitantes en la historia actual del individuo y de las causas que proceden de su pasado). Psiquiew (2010). Por otra parte, está orientada a la persona ya que ésta es única, irrepetible e insustituible. Se trata, pues, de una técnica humanista centrada en la persona.

Otro objetivo es aumentar la comprensión que el paciente tiene de sí mismo, de sus valores, creencias, pautas de comportamiento, a fin de potenciar su estima personal y sus recursos para obtener satisfacción en su vida.

Toda persona puede acceder a la realización de una nanopsicoterapia, sin embargo, existen algunos factores que van a mejorar la intervención. Por ejemplo:

- El sujeto tiene habilidad para la comunicación y aptitud para expresar adecuadamente sus sentimientos (lexitimia).

- Motivación al cambio profundo, no sólo a los síntomas.

- Predisposición a buscar el origen de los problemas.

- Predisposición favorable para revivir los conflictos del pasado, curiosidad acerca de sí mismo y expectativas realistas sobre la nanopsicoterapia.

- Disposición favorable para hacer sacrificios y poseer una mínima disposición para cumplir con los compromisos de cambio.

El paciente ha acudido a consulta con una demanda concreta. Quizá está desanimado, deprimido, no sabe relacionarse con los demás, tiene problemas de pareja, no sabe como emprender una solicitud de empleo, no puede dejar de comer, o de beber, fumar, o un largo etcétera. Se siente confuso y muchas veces ha intentado por sí mismo solucionar sus problemas sin éxito.

Se le observa, escucha y comprende lo que expone: su síntoma, su malestar, sus vivencias y la forma en que lo presenta.

Por otra parte, el terapeuta que realice una Nanopsicoterapia ha de:

- Tener suficiente formación sobre los fenómenos psicopatológicos subyacentes a la sintomatología de los pacientes.
- Despertar y mantener la confianza del paciente por su sincero interés hacia él.
- Poseer capacidad para empatizar con el paciente.
- Tener actitud de verdadera preocupación por el paciente, tolerancia, aceptación, ausencia de toda crítica, etc.
- Poseer sus propias hipótesis acerca del comportamiento del paciente.
- Percibir cómo el paciente está viviendo y cómo debería hacerlo para evitar sufrimiento o atenuarlo y cómo debe él interpretar y actuar para prestarle ayuda.
- Adecuarse a las posibilidades de cada paciente en una posición ecléctica de funcionamiento.
- Ha de haberse formado previamente en la realización de Nanopsicoterapia.

El terapeuta recibe la demanda y devuelve posibilidad de intervención terapéutica. Se propone a la persona la realización de una nanopsicoterapia, terapia de cuatro horas de duración, advirtiéndole que la responsabilidad del cambio recaerá después en él/ella mismo/a.

Con la realización de la nanopsicoterapia la persona va a aprender. El terapeuta le formará, le enseñará dónde y cómo puede propiciar el cambio, a partir de entonces será la persona quien tiene que trabajar en ese camino. Según Bleger: *“cambio es la modificación de pautas de conducta en forma más o menos estable”* (Bleger, 1963).

A mayor gravedad del problema, mayor esfuerzo es necesario para obtener beneficio. También se le ha de explicar, de forma sucinta, el procedimiento a seguir durante la terapia. En este momento, tras su aceptación, se fija fecha y hora.

El paciente puede tener razones para no desear ese tipo de técnica, por ejemplo, no disponer fácilmente de cuatro horas seguidas libres. Se respetará siempre su criterio y se le ofrecerá otra alternativa.

Método

Procedimiento

1.-Preparación de la persona: se le ofrece sofá o sillón como alternativa cómoda para la realización de la terapia. El sofá es mejor para evitar distractores, pero hay personas que se sienten indefensas y prefieren estar incorporadas. El terapeuta en uno u otro caso, se situará de forma que el paciente no tenga fácil el contacto visual con él. Se procura que permanezca con los ojos cerrados para que fluya mejor el recuerdo.

2.-Sugestión, relajación, *mindfulness*, hipnosis: sugestión es una invitación a una experiencia (Barber 1996), procedimiento técnico que trata de producir o hacer desaparecer en la persona determinadas ideas, impulsos o formas de comportamiento. Por medio de la sugestión se va a favorecer consciente o inconscientemente la idónea disposición para realizar la Nanopsicoterapia. Con unos minutos de *mindfulness* se le pide a la persona que permanezca en una determinada situación sintiendo lo que allí suceda, consiguiendo equilibrio entre las áreas cerebrales (Vallejo Pareja, 2006). Con la relajación, mente y cuerpo están en sintonía (Davis, McKay y Robbins, 1982). Y con la hipnosis o con hipnosis despierta se va a lograr que el recuerdo fluya con menos reservas. A veces las personas se sorprenden por haber alcanzado éste o aquel recuerdo del pasado (Aguado, 2002). Así como cambiar eventos negativos por otros más adaptativos (Caballo, 1993).

3.-Verbalización de la persona: ahora el terapeuta ha de bucear en el contexto, a través del discurso del paciente, en el que han surgido las formas de actuación, los eventos que han dado lugar a patrones de conducta que se repiten en el tiempo y se generalizan ante distintas situaciones. El contexto que permitió o impidió determinadas respuestas (Caballo, 2002). Ahora, quizá, podemos adjetivar la técnica como contextualista.

El terapeuta indagará sobre el núcleo familiar del paciente: padre, madre, abuelos, hermanos y su lugar entre ellos, persona dominante, persona sometida... en busca de semejanzas entre la forma de actuación para con cada uno de ellos, y la forma de comportarse en la actualidad con otras personas con las que se relaciona (pareja, hijos, amigos, compañeros de trabajo...).

Después se dirigirá el discurso del paciente hacia otras etapas significativas de su vida: adolescencia, juventud, paso por el colegio, instituto, universidad, trabajo, enamoramientos, primeros contactos con la enfermedad, la muerte..., aquello que nunca consiguió: *“al que reconoce que lo tuvo todo, le falta resolver la frustración”* (2010), en una labor detectivesca en busca de eventos y patrones de conducta que se repiten a lo largo de la historia del paciente. ¿Cómo empezaron? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿En presencia de quién o quiénes? ¿Para qué sirvieron entonces? ¿Para qué sirven ahora? ¿Qué está reforzando su permanencia?

Cada paciente es distinto y, claro, cada desarrollo de la terapia también. El terapeuta ha de estar muy atento a los aspectos que se presentan. También ha de conseguir una reconciliación con el pasado, trabajando en el momento que aparecen, los recuerdos de situaciones traumáticas. No se trata de recrearse en el sufrimiento, sino de modificar los eventos que esos sucesos originaron. *“Si bien no podemos elegir el camino, sí la forma de andarlo”* (2000). Así, no se niega en ningún momento el pasado, pero se le coloca en el contexto actual, donde no duele, y donde también se puede propiciar o rechazar determinada respuesta.

El terapeuta irá anotando aquello que considere significativo, o aquello que se repita en todas las etapas, o aquello que requiera explicación. Cuando el paciente da por concluido el recuerdo sobre una etapa, se podrá discutir las anotaciones oportunas. En el discurso del paciente hay que atender tanto a lo que dice, como a lo que calla, los silencios respecto a personas o situaciones. Sensaciones, sentimientos o emociones que aparecen en diversas circunstancias y que pueden haberse generalizado perdiendo su identificación con la causa primera.

No resulta tan importante que los acontecimientos se aproximen más o menos a la realidad en que sucedieron, como el hecho de que los relate “ahora” y el significado que “ahora” les atribuye.

4.- Señalamiento: el terapeuta tiene la posibilidad de ayudar al paciente a darse cuenta de aquellos aspectos de él mismo que le pasan inadvertidos, a contemplar su mundo de manera diferente, y de animarle a arriesgarse poniendo en práctica nuevas respuestas de actuación.

Después se devolverán al paciente todos los comentarios que haya anotado durante la sesión y toda la información psicológica que permita una mejor comprensión de la situación personal, pudiendo entonces negociar el cambio a realizar, con sentido de operatividad funcional y social. Después la persona por sí misma, podrá generalizar el cambio a otras esferas de su vida.

5.- Fin de la Nanopsicoterapia: delante de la persona se destruyen las hojas con las anotaciones efectuadas. Por una parte con esta maniobra se ofrece la idea de fin de una etapa y comienzo de otra distinta, en donde poner en práctica el cambio pactado. Las personas se han sentido escuchadas durante mucho tiempo, y objeto de atención. Se ha priorizado el trabajo del hemisferio derecho cerebral. Se sienten muy bien y lo exteriorizan con sonrisas. Ahora le dan otro sentido a sus vidas. Manifiestan sentirse asintomáticas.

Por otra parte, la destrucción de las anotaciones les garantiza la privacidad.

Aplicaciones

Se ha aplicado en bulimia, alcoholismo, cleptomanía, relaciones insatisfactorias de pareja y de familia, relaciones interpersonales insatisfactorias y a personas que se encontraban interesadas en su propio conocimiento personal.

Resultados

Tras la realización de la Nanopsicoterapia, el cien por cien de las personas relata ser consciente del origen de sus eventos o de sus patrones de conducta. El noventa y nueve por ciento dicen sentirse satisfechas con el resultado. Una persona, tras ese darse cuenta, manifestó un gran enfado hacia la técnica, la terapeuta, la Psicología y el mundo. Las personas también aluden a la desaparición de síntomas molestos como presión en el pecho, dolores en cabeza o en extremidades. Y la mayoría de las personas relatan sentir “*como si me hubiera quitado un peso de encima*” o “*sensación de vacío*”, sensaciones ambas consideradas beneficiosas.

Cambios encontrados: alivio sintomático, potencia de la autoestima y la adaptación a la realidad, así como la capacidad para resolver los problemas, viéndolos desde otras perspectivas, desde donde son conscientes de nuevas formas de afrontamiento y resolución. Mejora de las relaciones interpersonales y desarrollo de relaciones significativas con personas nuevas. Aumento de la creatividad en la ideación de nuevas respuestas e iniciativas.

Conclusiones

La Nanopsicoterapia es una forma de intervención nueva y desconocida para la mayoría del público y de profesionales. Así que, hoy por hoy, la casuística es corta. La intención de las autoras es darla a conocer a través de esta publicación. La técnica es considerada por las personas que acceden a ella como muy interesante.

En un principio no se plantea comprobación ni seguimiento alguno, en la creencia de que una vez que la persona alcanza un conocimiento sobre sí misma, una maduración personal, no es posible una vuelta atrás. Podrá realizar el cambio o no, pero es libre de elegir su camino. El terapeuta sólo se lo indica.

Referencias

- Aguado, R. (2002). *Terapia de Interacción Recíproca. Hipnosis Clínica en Psicoterapia*. Madrid: Gráficas 85/S.A.
- Barber, J. (1996). *Tratamiento del Dolor Mediante Hipnosis y Sugestión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bleger, J. (1963). *Psicología de la Conducta*. Argentina: Paidós.
- Caballo, V.E. (1993). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.

- Caballo, V.E. (2002). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Davis, M., McKay, M y Robinson, E. (1982). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Psiquiew (2010). *Determinismo Psíquico*. Recuperado Buenas Tareas (2010). De <http://www.buenastareas.com/ensayos/Determinismo-Psíquico/815586.htm>.
- Vallejo Pareja, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1340>

NIVELES DE DEPRESIÓN EN CASADOS Y SEPARADOS: UN ANÁLISIS POR SEXO

**Ricardo Bastida-González*, José Luis Valdez-Medina*,
Inmaculada Valor-Segura**, Norma Ivonne González Arratia-López Fuentes* y
Sofía Rivera-Aragón*****

**Universidad Autónoma del Estado de México, México*

***Universidad de Granada, España*

****Universidad Nacional Autónoma de México, México*

Resumen

Estar en una relación de pareja puede ser una fuente de bienestar psicológico y social. Sin embargo, la pérdida de la pareja, sea por divorcio o separación, es uno de los principales responsables de la aparición de trastornos depresivos. La depresión es considerada como uno de los mayores padecimientos que afectarán a la población mundial durante este siglo categorizándola entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes, según la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de la presente investigación consistió en analizar los niveles de depresión que presentaban las personas que han pasado por una ruptura de pareja heterosexual así como las que se encuentran en una relación de pareja. Se utilizó una muestra no probabilística por cuotas compuesta por 180 participantes de nacionalidad mexicana, 98 hombres y 82 mujeres, de los cuales 89 vivían en pareja y 91 habían vivido una ruptura de la relación de pareja. Se utilizó como instrumento de medida el Inventario de Depresión de Beck BDI. Los resultados mostraron efecto del estado civil en los niveles de depresión, de modo que las personas que habían experimentado una ruptura de pareja obtenían mayores niveles de depresión que los que estaban casados. Además, los resultados también mostraron que no hay diferencias de género respecto a la depresión, tanto hombres como mujeres presentan niveles similares de depresión. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en los factores cognitivo, afectivo y somático al comparar por el estado civil, pero no hubo diferencia al comparar por género. Estos resultados tienen implicaciones a nivel clínico para disminuir algunas de las posibles consecuencias negativas tras una ruptura de pareja como es el trastorno depresivo.

Palabras clave: depresión, relación de pareja, género, casados, separados.

DEPRESSION LEVELS IN MARRIED AND SEPARATED: AN ANALYSIS BY SEX

Abstract

Being in a relationship can be a source of psychological and social wellbeing. However, the loss of a partner, either by divorce or separation, is one of the main responsible for the onset of depressive disorders. Depression is considered one of the major diseases that affect the global population during this century categorizing it among the most disabling clinical diagnoses, according to the World Health Organization. The aim of this study was to analyze the levels of depression than those who had gone through a breakup and heterosexual couples that are in a relationship. We used a non-probability quota sample comprised 180 participants of Mexican nationality, 98 men and 82 women, of whom 89 were living with a partner and 91 had experienced a break in the relationship. The instrument used to measure the Beck Depression

Inventory BDI. The results showed the effect of marital status on levels of depression, so that people who had experienced a family breakdown had higher levels of depression than those who were married. Moreover, the results also showed no gender differences in depression, both men and women have similar levels of depression. Also significant differences in cognitive factors, affective and somatic comparing civil state, but there was no gender difference when comparing. These results have implications at the clinical level to reduce some of the potential negative consequences after a break of couple as depressive disorder.

Keywords: Depression, partner relationship, gender, married, divorced.

Introducción

Las relaciones interpersonales forman parte esencial de nuestra vida social y constituyen una importante meta que nos esforzamos en conseguir. Baumeister y Leary (1995) defienden que la necesidad de pertenencia o integración es una motivación humana básica y consiste en un fuerte impulso para formar y mantener relaciones interpersonales duraderas, positivas y significativas. Estar en una relación de pareja puede ser una fuente de bienestar psicológico y social. Se ha detectado que las metas que una pareja tiene son la superación económica, formar una familia, tener una buena comunicación, una relación estable y satisfactoria (Garrido, Reyes, Torres y Ortega, 2008). Sin embargo, una vez establecida la pareja, lo importante para cubrir las necesidades biológicas y psicosocioculturales tan particulares de los seres humanos, no es romperla de inmediato, sino lograr que dure, que se conserve de una forma satisfactoria, para poder brindar todo el apoyo que sea necesario para sí mismos (Fisher, 2005).

El proceso de poner fin a una relación se ha mostrado como un proceso arduo y complejo que puede estar influenciado por barreras personales y situacionales (Slotter, Gardner, y Finkel, 2010). La investigación ha mostrado que la pérdida de la pareja, sea por divorcio, separación o muerte, es un suceso estresante para la persona y uno de los principales responsables de la aparición de trastornos depresivos (Bromet et al., 2011; Slotter et al., 2010).

La depresión es uno de los principales problemas de salud pública actual se considera como un trastorno propio de la época moderna, pero de fatales consecuencias por sus efectos en el comportamiento (Ferrel, Celis y Hernández, 2011). Se ha definido como un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2005). De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades (American Psychiatric Association [APA], 2002). Por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Lizondo y Llanque, 2008).

Los últimos resultados al respecto mostrados por la Organización Mundial de la Salud en la *Encuesta Mundial de Salud Mental* sitúan a la depresión como una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial en donde se estima que afecta a 350 millones de personas, lo que la ubica cerca de los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes (WHO, 2012). Se estima que en el año 2020 será la

segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares (Greden, 2001). En relación a la prevalencia de la depresión a nivel mundial, estudios recientes han mostrado que entre los diez países con mayor prevalencia son en primer lugar Francia, donde el 21% de la población padece este trastorno, seguido de Estados Unidos (19,2%), Brasil (18,4%), Holanda (17,9%), Nueva Zelanda (17,8%), Ucrania (14,6%), Bélgica (14,1%), Colombia (13,3%), Líbano (10,9%) y España (10,6%). En esta lista, México ocupa el lugar 16 con un 8% de personas que padecen el trastorno (Bromet et al., 2011). En México la depresión es considerada la primera causa de atención psiquiátrica según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Blanco et al., 2003).

Con respecto a las diferencias de género, se ha estimado que la prevalencia de los trastornos depresivos es el doble en la mujer que en el hombre al menos en las edades medias de la vida; además el riesgo de que la depresión evolucione a la cronicidad es mayor en la mujer (Hankin y Abramson, 2001; Kessler et al., 2003). Unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor (World Health Organization [WHO], 2012). Las diferencias de género no tienen una causa clara, aunque se han postulado que intervienen tanto factores biológicos como factores socioculturales (López, 2007). Sin embargo, en estudios recientes se ha detectado que los hombres están presentando depresión grave más que las mujeres, aunque el riesgo para los hombres a lo largo de la vida para este trastorno es de 12,7% y de un 21,3% para las mujeres (Ferrel et al., 2011).

En relación a lo expuesto anteriormente, los objetivos de la presente investigación consisten, en primer lugar, en explorar los niveles de depresión que presentan hombres y mujeres que han pasado por una ruptura de pareja heterosexual así como las que se encuentran en una relación de pareja estable. Y en segundo lugar, examinar si existen diferencias en depresión y sus dimensiones en función del estado civil y el sexo del participante.

Método

Participantes

Participaron un total 180 personas procedentes de la población general mexicana, 98 hombres y 82 mujeres, de los cuales 89 vivían en pareja y 91 habían vivido una ruptura de la relación. El rango de edad fue de 23 a 45 años ($M = 35,43$, $DT = 5,72$). Respecto al nivel cultural el 12,2% tenía estudios de secundaria, un 20,6% había cursado estudios de bachillerato el 24,4% realizó estudios de nivel técnico, un 35% obtuvo estudios de licenciatura y solo el 7,8% tenían estudios de posgrado.

Instrumentos

Se seleccionaron los siguientes instrumentos porque hasta la fecha se consideraron los más adecuados para medir los constructos de interés.

- Características sociodemográficas: se preguntó la edad, el sexo, estado civil y nivel cultural.
- Inventario de depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) adaptado a población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998). El instrumento se compone de 21 ítems que evalúan la intensidad de la depresión y presenta una consistencia interna de

0,95. El formato de respuesta es tipo Likert 0 a 3 puntos donde 0 indica que no hay síntoma depresivo, 1 síntoma leve, 2 síntoma moderado y 3 síntoma grave. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. El *BDI* representa un síndrome general de depresión que se puede dividir en tres dimensiones: cognitiva (se refiere a los pensamientos de la persona), somática (se refiere a los síntomas que experimenta) y afectiva (que hace referencia a la reacción emocional que la persona siente), los puntos de corte para establecer los síntomas de depresión son: de 0 a 9 no depresión, de 10 a 16 depresión leve, de 17 a 29 depresión moderada y de 30 a 63 depresión grave.

Procedimiento

La muestra fue recogida mediante un muestreo no probabilístico por cuotas llevado a cabo en la ciudad de Toluca de Lerdo (México). Los participantes contestaron al cuestionario de manera individual con una duración de 10 a 15 minutos. Las instrucciones, tanto verbales como escritas, garantizaban el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. Todos los participantes aceptaron contestar el cuestionario voluntariamente. Contestaron en primer lugar una serie de cuestiones sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel cultural), y posteriormente completaron el Inventario de Depresión de Beck adaptado a población mexicana (Jurado et al., 1998). Los criterios de inclusión para participar en la investigación fueron los siguientes: a) tener más de 23 años; b) mantener una relación de pareja estable durante al menos cinco años o haber sufrido una ruptura de pareja con una convivencia de al menos cinco años; c) si ha sufrido ruptura de pareja, que la separación haya tenido lugar entre un mes y un año previo a la evaluación; c) que tengan un nivel mínimo de escolaridad secundaria; e) que sea heterosexual y f) que pertenezcan a una nivel socioeconómico medio.

Resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de las frecuencias generales se observó que 99 personas no sufren depresión, 50 presentan depresión leve, 25 depresión moderada y seis presentan depresión grave (véase Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencias del nivel de depresión por sexo y estado civil.

<i>Nivel de depresión</i>	<i>Frecuencia general</i>	<i>Frecuencia hombres</i>	<i>Frecuencia mujeres</i>	<i>Frecuencia casados</i>	<i>Frecuencia separados</i>
No depresión	99	59	40	69	30
Depresión leve	50	24	26	18	32
Depresión moderada	25	12	13	2	23
Depresión grave	6	3	3	0	6
	180	98	82	89	91

Para comprobar la existencia o no de relación entre los niveles de depresión con el sexo y estado civil del participante, se aplicó la prueba de chi cuadrado. Los resultados no mostraron asociación entre niveles de depresión y sexo, $\chi^2_3(180) = 2,36$, $p = 0,501$, $\phi = 0,115$, $p = 0,501$. Al aplicar la misma prueba por estado civil y nivel de

depresión se encontró asociación entre estas variables $\chi^2_3 (180) = 42,90, p < 0,001, \phi = 0,488, p < 0,001$, siendo las personas separadas las que obtienen frecuencias mayores que las casadas en depresión leve, depresión moderada y depresión grave. Por otra parte hay una mayor frecuencia de personas casadas que no presentan depresión (véase Tabla 1).

Con el objetivo de analizar si existen diferencias en el total de depresión y en las diferentes dimensiones de la depresión en función del sexo del participante, se realizó una *t* de student para muestras independientes. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en ninguna de las variables analizadas. Del mismo modo, se analizó si existían diferencias en depresión y en las dimensiones en función del estado civil. Los resultados mostraron diferencias significativas en el total de depresión y en las dimensiones cognitiva, somática y afectiva. De modo que las personas separadas obtuvieron mayores puntuaciones en el total de depresión así como mayores puntuaciones en las dimensiones cognitiva, somática y afectiva en comparación con las personas casadas (véase Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias en el total de depresión y las dimensiones cognitiva, somática y afectiva en función del estado civil.

	Casados		Separados		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Total Depresión	6,34	4,68	13,56	8,95	6,80	0,001
Cognitiva	5,34	4,09	11,65	7,70	6,88	0,001
Somática	0,15	,39	0,54	0,79	4,23	0,001
Afectiva	0,85	1,20	1,37	1,31	2,77	0,001

Discusión

Este trabajo pretendía explorar los niveles de depresión en hombres y mujeres que habían pasado por una ruptura de pareja y los que mantenían una relación de pareja estable. A pesar de que se podría esperar que las mujeres mostraran mayores niveles de depresión (Hankin y Abramson, 2001; Kessler et al., 2003; WHO, 2012), los resultados no han mostrado diferencias en depresión entre hombres y mujeres, ni en los diferentes niveles ni en las dimensiones que componen el *Inventario de Depresión de Beck* (Beck et al., 1961). Este resultado viene a inferir que la prevalencia de los trastornos depresivos se puede estar presentando con la misma magnitud para ambos géneros. En este mismo sentido, otros autores manifiestan no tener una clara diferenciación por género en torno a la depresión, debido a que el desarrollo de ésta puede deberse tanto a factores biológicos como psicosocioculturales (López, 2007). Otro de los objetivos principales de la investigación consistió en analizar las diferencias en depresión en función del estado civil del participante. Los resultados mostraron que las personas que han pasado por una ruptura de pareja presentaban frecuencias mayores en los niveles de depresión en comparación con las personas separadas. Asimismo, se encontraron diferencias significativas tanto en el total de depresión como en las dimensiones cognitiva, somática y afectiva, de modo que las personas que han sufrido una separación o divorcio obtuvieron mayores puntuaciones en todas las medidas. Con este resultado, se puede destacar que encontrarse en una situación de este tipo afecta de manera global la vida psíquica y afectiva de los individuos (Lizondo y Llanque, 2008) y puede ser uno de los principales responsables de la aparición de trastornos depresivos (Bromet et al.,

2011; Slotter et al., 2010). Si este trastorno llega a evolucionar a un nivel de depresión grave tendrá un impacto importante en términos laborales, económicos, sanitarios y educativos, de adicciones y legal (Fortinberry, 2004). Para poder paliar las posibles secuelas que puede acarrear este trastorno, se considera de especial importancia una detección temprana. Se ha mostrado que un 70% de las personas depresivas no reciben tratamiento, la mitad nunca buscan ayuda y sólo un 20-25% son diagnosticados y tratados, pero de estos menos del 10% reciben tratamiento adecuado (Greden, 2002). Si las personas que han pasado por una situación de separación o divorcio presenten frecuencias más altas de depresión en este estudio, requiere de manera oportuna buscar implementar acciones que permitan dar la atención requerida, y al mismo tiempo buscar la prevención del trastorno en parejas que están próximas a vivir una separación. Así mismo, es necesario ampliar la muestra de esta investigación y replicarlo para corroborar los resultados obtenidos en otros niveles socioeconómicos, en diversos estados de la república mexicana y en otros países.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Baumeister, R. y Leary, M. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Biblioteca de Psicología de Desclee de Brouwer.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *The Journal of the American Medical Association, Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Blanco, J., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar, S., Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Fleiz, C., Villatoro, J. y Rojas, E. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Oakley B., Posada-Villa, J., Viana, M. C., Williams, D. R. y Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90-105.
- Ferrel, R. Celis, A. y Hernandez, O. (2011). Depression and socio demographic factors associated with college students of health sciences from a public university. *Revista Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 27, 40-60.
- Fisher, H. (2005). *Anatomía del amor*. España: Anagrama.
- Fortinberry, A. (2004). *Superando las depresiones*. España: Amat.
- Garrido, A., Reyes, L., Torres, L. y Ortega, P. (2008). Importancia de las expectativas de pareja en la dinámica familiar. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13, 231-238.
- Greden, J. (2001). The burden of Recurrent Depression: Causes, Consequences, and Future Prospects. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 5-14.
- Greden, J. (2002). Unmet Need: What Justifies the Search for a New Antidepressant? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 3-6.
- Hankin, B. y Abramson, L. (2001) Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., Rush, A., Walters, E. y Wang, P. (2003) The epidemiology of major depressive disorder. *The Journal of the American Medical Association, Archives of General Psychiatry*, 289, 3095-3105.
- Lizondo, G. y Llanque, C. (2008). Depresión. *Revista Pacea de Medicina Familiar*, 5, 24-31.
- López, I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24, 209-211.
- Slotter, E., Gardner, W. y Finkel, E. (2010). Who am I without you? The influence of romantic breakup on the self-concept. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 141-160.
- World Health Organization, WHO (2012). *World suicide prevention day 2012*. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/
Accessed 12.4.2013

USO DE PRUEBAS PROYECTIVAS GRÁFICAS Y SU CORRELACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

Roberto Guillermo Matías-Suárez*, José María Martín-Jiménez y Ana María García-Sánchez****

**Centro de Protección de Menores (Cabildo de Gran Canaria), España*

***Servicio Canario de Salud, España*

Resumen

Las técnicas proyectivas gráficas (TPG) son instrumentos que, dentro de un proceso psicodiagnóstico, permiten una evaluación cualitativa, a través de un material ambiguo y poco estructurado, centrando el interés en los resultados y en el proceso, con la finalidad de realizar una investigación dinámica y holística de la personalidad y se fundamentan en el mecanismo de proyección. Existe una extensa bibliografía de resultados dispares en relación al uso de estas pruebas en el ámbito clínico, y en particular sobre la ansiedad. Así, entre la amplia variedad de estas técnicas, está el Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Koppitz, o la modificación de Abrams con el Dibujo de la persona bajo la lluvia (DPBLL), como las que tienen un mayor interés en la evaluación de alteraciones emocionales, y en particular las que tiene que ver con la ansiedad. Se presenta la investigación realizada en niños de población canaria con edades comprendidas entre 9 y 12 años con un nivel significativo de ansiedad (obtenido a través del uso del STAIC), donde mediante el análisis de las pruebas DFH y DPBLL -presencia de indicadores emocionales (IE)- se estudia si existe correlación con niveles significativos de ansiedad-rasgo. De las diferentes pruebas y análisis realizados, entre los resultados se obtiene que en general existe una correlación débil o no significativa, salvo para la presencia de IE de la categoría “ANSIEDAD” en el DPBLL, la cual sí fue estadísticamente significativa. Por otro lado, se halla la presencia de una correlación entre un funcionamiento mental inferior reflejado en la expresión gráfica con una mayor presencia de IE en el DFH.

Palabras clave: técnicas proyectivas gráficas, dibujo de la figura humana, dibujo de la persona bajo la lluvia, STAIC, ansiedad.

USING OF PROJECTIVE GRAPHIC TECHNIQUES AND ITS PSYCHOPATHOLOGICAL CORRELATION IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE

Abstract

Projective Graphic Techniques (PGT) are tools within a psychodiagnostic process. They are based on the mechanism of projection and allow a qualitative assessment through an ambiguous and unstructured material, focusing the interest in the results and in the process. Their objective is to do a dynamic and holistic research on drawer's personality. There is an extensive bibliography of disparate results regarding the use of PGT in the clinical setting, particularly on anxiety. Among the wide variety of PGT are the Human Figure Drawing (HFD) of Koppitz and Abrams' modification "Draw-a-Person-in-the-Rain" drawing (DPR), which have a greater interest in the evaluation of emotional disturbances, especially those related to anxiety. We studied the relationship between the presence of emotional indicators (EI) in HFD and DPR with a significant levels of trait anxiety (obtained through the use of STAIC) in a sample of nine- to twelve-year-old Canarian children. The results revealed a weak or non-significant

correlation except for the presence of EIs in category "ANXIETY", which was statistically significant. On the other hand, lower mental functioning reflected in the graphical expression correlated with a greater presence of EIs in the HFD.

Keywords: Projective graphic techniques, human figure drawing, draw-a-person-in-the-rain drawing, STAIC, anxiety.

Introducción

Las técnicas proyectivas gráficas (TPG) son instrumentos que, dentro de un proceso psicodiagnóstico, permiten una evaluación cualitativa, a través de un material ambiguo y poco estructurado (Casullo, Figueroa y Aszkenazi, 1991). Basadas en el psicoanálisis, se fundamentan en el mecanismo de proyección, también aplicable a los niños. Siguiendo esta idea, Florence Goodenough opinó que los niños dibujan el mundo que conocen más que el mundo que ven, proyectando sus propias experiencias en el dibujo (Schildkrout y Shenker, 1972).

Las aportaciones realizadas por Goodenough (1926) a la psicometría y la psicología del desarrollo infantil mediante sus trabajos sobre la medición de la inteligencia de los niños a través del estudio de los dibujos, han sido integrados en la salud pediátrica y la práctica clínica infantil. Ya en fases tempranas en el uso del dibujo proyectivo como medición de la madurez intelectual, se hizo evidente para muchos clínicos que ciertas tareas de éste tiende a poner en evidencia factores de personalidad, además de las capacidades intelectuales y conceptuales (Hammer, 2011). Una de las figuras más representativas de este enfoque es Elizabeth Münsterberg Koppitz, quien analizó los dibujos de los niños desde una perspectiva emocional, cuyo modelo se ha mantenido desde la década de 1950. Existe una amplia variedad de TPG, siendo las más representativas:

El Dibujo de la Figura Humana (DFH; Koppitz, 2010) fue inicialmente conceptualizado por Goodenough como un test de inteligencia, pasando posteriormente a considerarse su valor como prueba proyectiva, primero por Machover y luego por Koppitz. En ésta, se requiere que el niño dibuje “una persona entera” a petición y en presencia del examinador. Éste es sin duda uno de los instrumentos usados con más frecuencia por los psicólogos clínicos (Camara, Nathan y Puente, 2000; Cashel, 2002), en particular para la exploración del concepto de sí mismo en niños y adolescentes.

El Sistema Koppitz (1968) ha recibido fundamentación empírica en comparaciones clínicas (Catte y Cox, 1999; Matto, 2002) y ha sido frecuentemente utilizado en diferentes culturas (Catte y Cox, 1999; DiCarlo, Gibbons, Kaminsky, Wright y Stiles, 2000; Vedder, Van De Vijfeijken y Kook, 2000). En este sistema se analiza los dibujos conforme a dos tipos de signos objetivos: items evolutivos -aquellos que según su presencia y/o ausencia se correlaciona con un funcionamiento cognitivo que se puede equiparar en algunos casos al nivel de inteligencia general- y los indicadores emocionales (IE) -signos que poseen validez clínica, son inusuales y se dan con escasa frecuencia en los DFH de los niños normales que no son pacientes psiquiátricos y no están relacionados con la edad y la maduración-. En 1984, Koppitz propone un nuevo sistema de interpretación de los IE agrupándolos en 5 categorías emocionales/conductuales (impulsividad, inseguridad-inadecuación, ansiedad, timidez-retraimiento e ira-agresividad), con lo que pretendía aumentar la confiabilidad de la interpretación proyectiva de los DFH (Barros y Ison, 2002) (ver Figura 1).

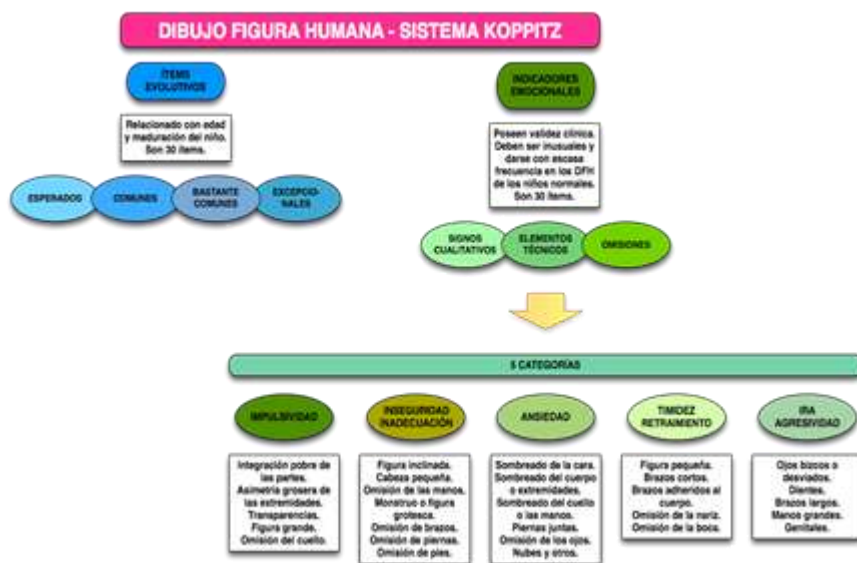


Figura 1. Sistema de análisis y categorías emocionales-conductuales según modelo de Koppitz para el DFH.

El Dibujo de la Persona bajo la Lluvia (DPBLL), de cuya autoría no se tiene claridad. Con el fin de ampliar la información dada por el test de DFH, Hammer (1997) propone pedir al sujeto, que como complemento, dibujen a otra persona en una situación específica estandarizada, sugiriendo así el dibujo de "una persona bajo la lluvia". Ello refleja la percepción de la imagen corporal cuando se encuentra un símbolo estresor en el medio ambiente, en este caso la lluvia (Oster y Montgomery, 1996). Posteriormente Querol y Chaves (2011) plantean que la lluvia hace propicia la aparición de defensas que se mantienen ocultas. Según estas autoras, el DPBLL agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes.

Existe multitud de estudios, ya desde Machover y Koppitz, en los que queda reflejado que las TPG permiten la evaluación emocional de niños, adolescentes y adultos, siendo incluso capaces de discriminar a personas con niveles significativos de depresión y ansiedad (Tharinger y Stark, 1990). Debe tenerse en cuenta que los trastornos ansioso constituyen una de las categorías más prevalentes en psicopatología infanto-juvenil; no obstante la sintomatología ansiosa no clínica es incluso más común, llegando a estimarse su presencia en hasta el 25% en población general (Vallance y Garralda, 2011).

Ante la extensa bibliografía dispar existente sobre al uso de las TPG en el ámbito clínico, y teniendo en cuenta la carencia de reportes de su uso en población canaria, se plantea valorar si dichas pruebas, en particular el DFH y el DPBLL, permiten identificar en los niños entre 9 y 12 años niveles significativos de ansiedad rasgo.

Método

Participantes

En el presente estudio se establece como criterios de inclusión: niños y niñas de la isla de Gran Canaria (Islas Canarias, España), de entre 9 y 12 años de edad (ambas inclusive); procedentes de la Red Insular de Protección de Menores y del Programa Infanto-Juvenil de la Red Pública de Salud Mental. Se excluyeron aquellos que cumpliesen criterios diagnósticos en el Eje I de alguna entidad distinta a la de los diferentes trastornos ansiosos, identificados a través de la 10ª Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; World Health Organization [WHO], 1992). La muestra objeto de esta investigación está constituida por 9 sujetos (5 chicos y 4 chicas) con una media de edad de 10,94 años ($DT = 1,34$).

Instrumentos

- El STAIC (*State-Trait Anxiety Inventory for Children*; Foster y Park, 2012; Spielberger, 1973), es uno de los instrumentos usados con mayor frecuencia en investigación pediátrica, validado para población española (de 9 a 15 años). Está formado por dos subescalas independientes: la ansiedad-estado (AE) y la ansiedad-rasgo (AR). Los criterios de bondad en los estudios españoles arrojan como coeficientes de fiabilidad un total de 0.89/0.91 en AE, y 0,85/0,87 en AR. Además, destacar la existencia de diferentes estudios que respaldan una correlación positiva de intensidad moderada-alta con otras medidas de ansiedad (validez concurrente). La Escala AR ha sido utilizada como cribaje de la población de estudio, constituyendo su resultado como la variable independiente para el mismo.
- DFH es una técnica ampliamente utilizada en el proceso de evaluación psicológica por sus características (Burgess y Hartman, 1993; Skybo, Ryan-Wenger y Su, 2007). Se utiliza el procedimiento básico descrito por Levy (Levy, 2011) y para el análisis y la interpretación, el sistema de puntuación de Koppitz (Koppitz, 2010). Existe controversia sobre la validez y fiabilidad de esta técnica. No obstante, hay estudios que apoyan la validez de los IE en el DFH (Sturner, Rothbaum, Visintainer y Wolfer, 1980) y otros que indican una fiabilidad interjueces por lo general superior a 0,90 (Rae y Hyland, 2001).
- DPBLL (Querol y Chaves, 2011) es una técnica útil en su comparación con el DFH de un mismo individuo, siguiendo el mismo procedimiento básico que en el pase del DFH, usando la consigna “*Quiero que dibujes en esta hoja una persona BAJO LA LLUVIA*”. Se realizó un análisis a partir de los IE de Koppitz, con el fin de evaluar las diferencias en una situación adversa. En lo referente a las propiedades psicométricas, existen escasos estudios sobre la bondad de la prueba.

Procedimiento

Dos profesionales, uno de la Psicología y otro de la Psiquiatría, formados en el uso de las TPG, suministran por separado y de manera individual tanto el STAIC como el DFH y el DPBLL. Posteriormente, los examinadores actuaron como jueces de forma conjunta evaluando las distintas pruebas, tal y como se muestra en la Figura 2.

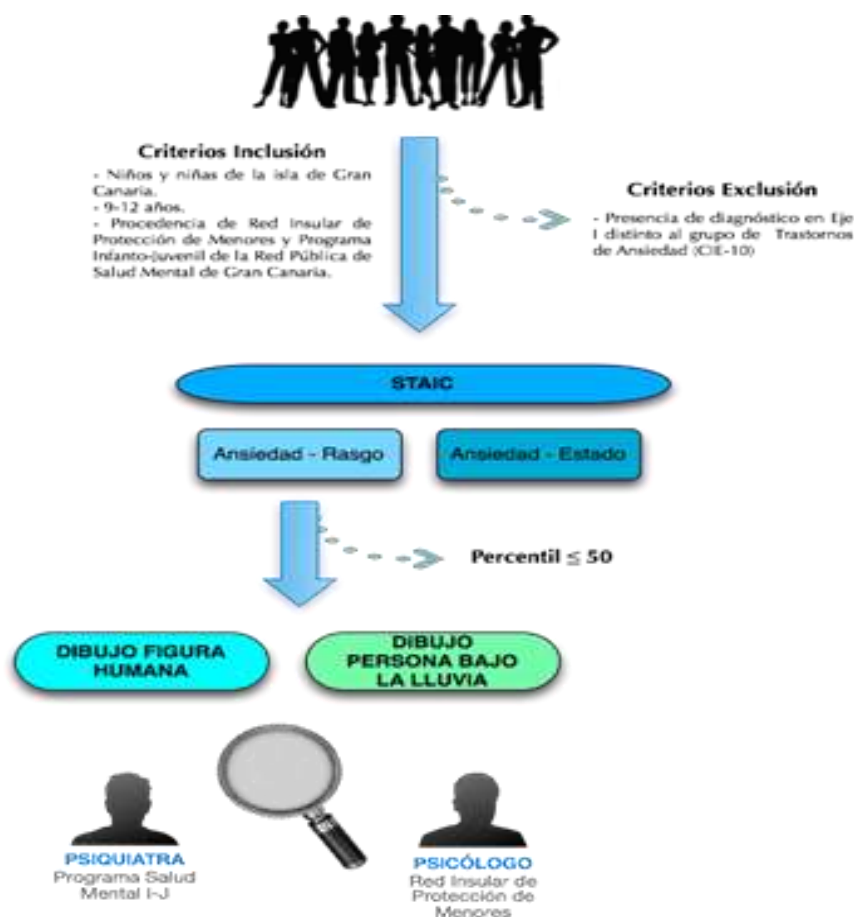


Figura 2. Procedimiento de la investigación.

Resultados

Todos los sujetos obtuvieron puntuaciones significativas en la Escala AR, entendiendo como tal, una Puntuación Centil > 50 . En el análisis del DFH, en el análisis de los ítems evolutivos con el fin de estimar el funcionamiento cognitivo se obtuvo que la mayoría de los sujetos (7 de 9) presentaron un rango funcional que oscila entre normal a normal alto (correspondiéndose a un nivel de cociente intelectual entre 85 y 120). Ha de mencionarse que en el momento de la evaluación se carecía de una valoración psicométrica reglada de su competencia intelectual. Por otro lado, en el análisis que evalúa la presencia de IE, se observa que en los dibujos de prácticamente todos los sujetos (8 de 9), presentan al menos 2 IE válidos, con una media de 4,33 ($DT = 2,5$) y cuyos valores oscilan entre 1 y 9. De acuerdo con la Teoría Multisistémica de las Emociones de Lang (1968), las categorías que se podría relacionar con la ansiedad según el constructo de Koppitz, serían las de inseguridad-inadecuación, ansiedad y timidez-retraimiento. Atendiendo a esto, prácticamente todos los sujetos presentan al menos un indicador emocional en alguna de ellas.

En el DPBLL, los dibujos de todos los sujetos presentan al menos 2 IE válidos, con una media de 5,22 ($DT = 2,54$) y cuyos valores oscilan entre 2 y 10. Asimismo, todos los sujetos presentarían al menos un indicador emocional en algunas de las categorías que corresponderían al complejo de la ansiedad.

*Análisis de datos***Tabla 1.** Resultados de correlaciones.

Resultados Rh0 Spearman		PBLL - IE	Índice Equilibrio Afrontamie nto	DFH - IE Insegurida d	DFH - IE Ansiedad	DFH - IE Timidez	PBLL - IE Insegurida d	PBLL - IE Ansiedad	PBLL - IE Timidez	DFH - Σ categorias ansiosas	DPBLL - Σ categorias ansiosas
Ansiedad Rasgo Puntuación Centil	Coefficiente de correlación	0,151	-0,171	-0,005	-0,566	0,345	0,387	-0,731*	0,166	-0,039	0,165
	Significación (Bilateral)	0,698	0,66	0,99	0,112	0,363	0,304	0,025	0,669	0,921	0,671

La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Las correlaciones han sido en general débiles o no significativas, salvo para la presencia de IE de la categoría ANSIEDAD en el DPBLL, la cual sí fue estadísticamente significativa.

Por otro lado, analizando los resultados surge la pregunta de si un funcionamiento mental inferior reflejado en la expresión gráfica se correlaciona de alguna forma con una mayor presencia de IE en el DFH. De esta forma, se obtiene utilizando la prueba de correlación de Spearman un coeficiente de -0,738, indicando una fuerte magnitud de la relación, lo cual es estadísticamente significativo ($p = 0,021$).

Discusión

El presente estudio tiene como objetivo valorar si se da la presencia de indicadores en las TPG del DFH y el DPBLL en los niños con un nivel significativo de ansiedad, hallando que en ambas pruebas existe la presencia de al menos dos IE en aquellos niños que presentan una puntuación centil mayor de 50 en la Escala de AR del STAIC. Cualitativamente se ha observado que en el DPBLL existen una mayor cantidad de IE que en el DFH lo cual concuerda con que en dicha técnica se sitúa al individuo ante una circunstancia adversa o estresante.

También se puede resaltar que dentro de las cinco categorías del Constructo de Koppitz, es la de la ANSIEDAD la que mayor correlación tiene con el STAIC, específicamente con la Escala de AR. Aunque la fuerza de correlación es de moderada a fuerte, en las dos TPG utilizadas, sólo ha sido estadísticamente significativa en el DPBLL. A pesar de que los resultados obtenidos en su mayoría no han sido estadísticamente significativos, deben ser contextualizados a un tamaño muestral a todas luces insuficiente.

Referencias

- Barros, M. C. y Ison, M. S. (2002). Conductas problemas infantiles: Indicadores evolutivos y emocionales en el Dibujo de la Figura Humana. *Revista Interamericana de Psicología*, 36, 279-298.
- Burgess, A. W. y Hartman, C. R. (1993). Children's drawings. [Review]. *Child Abuse & Neglect*, 17, 161-168.
- Camara, W. J., Nathan, J. S. y Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 141-154.

- Cashel, M. L. (2002). Child and adolescent psychological assessment: Current clinical practices and the impact of managed care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 446-453.
- Casullo, M. M., Figueroa, N. y Aszkenazi, M. (1991). *Teoría y técnicas de evaluación psicológica*. Buenos Aires, Argentina: Psicoteca.
- Catte, M. V. y Cox, M. V. (1999). Emotional indicators in children's human figure drawings. . *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 86-91.
- DiCarlo, M., Gibbons, J., Kaminsky, D., Wright, J. y Stiles, D. (2000). Street children's drawings. *International Social Work*, 43, 107-120. *International Social Work*, 43, 107-120.
- Foster, R. L. y Park, J. H. (2012). An integrative review of literature examining psychometric properties of instruments measuring anxiety or fear in hospitalized children. *Pain Management Nursing*, 13, 94-106.
- Hammer, E. F. (2011). *Tests proyectivos gráficos* (2º (5ª Reimpresión) ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Koppitz, E. M. (2010). *El Dibujo de la Figura Humana en los niños. Evaluación psicológica* (12ª (8º reimpresión) ed.). Buenos Aires, Argentina: Guadalupe.
- Levy, S. (2011). Dibujo Proyectivo de la Figura Humana. En E. F. Hammer (Ed.), *Tests proyectivos gráficos* (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Matto, H. C. (2002). Investigating the validity of the Draw-A-Person screening procedure for emotional disturbance. *Psychological Assessment*, 14, 221-225.
- Oster, G. D. y Montgomery, S. S. (1996). *Clinical Uses of Drawings*. London: Rowman & Littlefield Publishers, Incorporated.
- Querol, S. M. y Chaves, M. I. (2011). *Test De La Persona Bajo La Lluvia. Adaptación y Aplicación* (1ª (10ª Reimpresión) ed.). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Rae, G. y Hyland, P. (2001). Generalizability and classical test theory analyses of Koppitz's Scoring System for human figure drawings. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 369-382.
- Schildkrout, M. S. y Shenker, I. (1972). *Human Figure Drawings in Adolescence* (1a. ed.). Nueva York, Estados Unidos: Brunner-Mazel.
- Skybo, T., Ryan-Wenger, N. y Su, Y. H. (2007). Human figure drawings as a measure of children's emotional status: critical review for practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 15-28.
- Spielberger, C. D. (1973). *Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo para niños, STAIC*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sturner, R. A., Rothbaum, F., Visintainer, M. y Wolfer, J. (1980). The effects of stress on children's human figure drawings. [Comparative Study]. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 324-331.
- Tharinger, D. y Stark, K. (1990). A qualitative versus quantitative approach to evaluating the Draw-A-Person and Kinetic Family Drawing: A study of mood and anxiety disorder children. *Psychological Assesment*, 2, 365-375.
- Vallance, A. y Garralda, E. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents. En D. Skuse, H. Bruce y L. Dowdney (Eds.), *Child psychology and psychiatry - Frameworks for practice*. (pp. 306). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Vedder, P., Van De Vijfeijken, K. y Kook, H. (2000). Borrowing norms for the Human Figure Drawing Test: How to validate this practice. . *Scandinavian Journal of Educational Research*, 44, 393-404.
- World Health Organization, WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL Y LA IMPLICACIÓN EN LA PERSONALIDAD TIPO-D

M^a del Mar Benítez-Hernández*, María Valdés-Díaz*,
Juan Fco. Rodríguez-Testal*, Cristina Senín-Calderón** y
M^a Carmen Núñez-Gaitán*

* Universidad de Sevilla, España

** Universidad de Cádiz, España

Resumen

Antecedentes: La preocupación por la imagen corporal se relaciona con el trastorno dismórfico corporal. La Personalidad Tipo-D (afecto negativo e inhibición social) repercute sobre la presencia/mantenimiento de enfermedades cardiovasculares. Aunque ambos constructos tienen que ver con el cuerpo y su funcionamiento, no se han hallado estudios acerca de cómo ambas afectan a la salud psicológica. **Método.** *Participantes:* 331 universitarios (81,9 % mujeres). Edad media de 21.52 años (*DT* 3,20). *Diseño:* transversal *ex post facto*, una medida, relaciones Anova/Ancova de los factores Personalidad Tipo-D (y componentes), preocupación dismórfica, y género. *Instrumentos:* Cuestionario de Personalidad Tipo-D (afecto negativo e inhibición social), Cuestionario de preocupaciones dismórficas (DCQ), y Cuestionario de Salud General (GHQ-28): somatización, ansiedad, disfunción social, y depresión. **Resultados:** Se obtienen relaciones significativas entre las preocupaciones dismórficas y la Personalidad Tipo-D, tanto globalmente como por factores. Se obtiene un patrón diferenciado para estos criterios en función del género. Los varones muestran una conexión de la Personalidad Tipo-D con la somatización, las preocupaciones dismórficas se relacionan con la ansiedad, sin interacción significativa con el género. **Conclusiones:** La identificación temprana de la Personalidad Tipo-D y las preocupaciones dismórficas pueden ser relevante para la salud física y psicológica por su repercusión sobre enfermedades cardiovasculares y el trastorno dismórfico corporal.

Palabras Clave: personalidad Tipo-D, preocupaciones dismórficas, salud psicológica.

BODY IMAGE CONCERNS AND INVOLVEMENT IN THE TYPE-D PERSONALITY

Abstract

Background: Concern about body image is related to body dysmorphic disorder. The Type-D Personality (negative affect and social inhibition) impacts on the presence/maintenance of cardiovascular diseases. Although both constructs have to do with the body and its functioning, no studies were found about how these variables affect to psychological health. **Method.** *Participants:* 331 students (81.9% women). Average age: 21.52 years (*SD* 3.20). *Design:* cross-sectional, ex-post-facto, a measure with Anova/Ancova relations, and three factors: Type-D personality (and components), dysmorphic concern, and gender. *Instruments:* Type-D Personality Questionnaire (negative affect and social inhibition), dysmorphic concern questionnaire (DCQ), and General Health Questionnaire (GHQ-28): somatization, anxiety, social dysfunction, and depression. **Results:** Significant relationships were obtained between dysmorphic concerns and Type-D personality, both overall scores and factors ones. Differentiated pattern is obtained for these criteria with gender. Males show a connection of Type-D personality with somatization, dysmorphic concerns relate to the anxiety, without significant interaction with gender. **Conclusions:** Early identification of Type-D personality and

dysmorphic concerns may be relevant to the physical and psychological health because of their impact on cardiovascular disease and body dysmorphic disorder.

Keywords: Type-D personality, dysmorphic concerns, psychological health.

Introducción

La preocupación excesiva por la imagen corporal repercute en el bienestar psicológico, tiene efectos sobre el funcionamiento social, y puede ser la base del trastorno dismórfico corporal (Cash y Smolak, 2011; Rodríguez-Testal, 2013).

Por su parte, la Personalidad Tipo-D (Denollet, 2005), caracterizada por el afecto negativo (AN) y la inhibición social (IS), es una forma global en la que las personas manifiestan malestar psicológico con consecuencias en el ámbito de la salud. La combinación AN e IS ha servido para predecir la muerte por enfermedad cardiovascular o repetición de infarto de miocardio en mayor medida que por separado (Denollet, Vaes y Brutsaert, 2000; Kupper y Denollet 2007; Pederson y Denollet, 2006).

Si bien algunos autores han considerado que la personalidad Tipo-D es una medida más de afectividad negativa (véase en Williams, O'Carroll y O'Connor, 2009), se ha demostrado que es la manera en que las personas experimentan y expresan dicho afecto en el ámbito social, repercutiendo sobre la conducta social y los hábitos saludables (Denollet, 2005).

Dado que las preocupaciones por la imagen corporal, en este caso las preocupaciones por el cuerpo/apariencia o preocupaciones dismórficas, y la Personalidad Tipo-D implican de manera diferente al cuerpo, su funcionamiento, a la respuesta emocional y las repercusiones sociales, el objetivo de este trabajo es estudiar el papel de ambas sobre la salud psicológica. Se predice que las personas con elevado AN e IS, es decir, con propensión a la Personalidad Tipo-D, presentarán índices destacados de malestar psicológico, sobre todo, preocupaciones/quejas somáticas. Las personas con preocupaciones dismórficas, exhibirán principalmente síntomas ansiosos y depresivos. Se predice que la AN y la IS tienen un papel mediador sobre la salud psicológica.

Método

Participantes

Integraron el estudio 331 personas de población universitaria, 81,9 % mujeres, sin antecedentes de psicopatología el 94,6% y sin trastornos actuales. El promedio de edad fue de 21,52 ($DT = 3,20$), con un intervalo de 19-57 años de edad.

Instrumentos

- Cuestionario Tipo-D (Denollet, 2005); Versión experimental en castellano. Está compuesta por 14 ítems que evalúan el *afecto negativo* (AN) y la *inhibición social* (IS). La modalidad de respuesta es de tipo Likert puntuándose de 0-4. Un punto de corte de 10 en ambas escalas clasifica a las personas con Personalidad Tipo-D. La fiabilidad obtenida por el creador de la prueba es elevada (α de Cronbach = 0,88 a 0,86). La validez discriminante, convergente y predictiva son

adecuadas. En este estudio se obtuvo una fiabilidad α de .80 para el total de la escala, 0,79 y 0,66 para el AN y la IS, respectivamente.

- El Cuestionario de preocupaciones dismórficas (DCQ; Oosthuizen, Lambert y Castle, 1998) Versión experimental en castellano. Evalúa el grado de preocupaciones por el cuerpo/apariencia, representando una medida de cribado para el trastorno dismórfico corporal. Es muy breve (7 ítems) pero con buena consistencia interna (α Cronbach = 0,88) y validez de constructo (los autores obtuvieron un único factor que explicaba el 58,4% de la varianza). Con la presente muestra se alcanza un α de 0,83.
- El Cuestionario de Salud General (*General Health Questionnaire*, GHQ-28) desarrollado por Goldberg (1996) Es un cuestionario autoaplicado de *screening* psicopatológico y evaluación del funcionamiento/malestar psicológico general. Consta de 28 ítems subdivididos en cuatro escalas de 7 ítems cada una, referidas a sintomatología de somatización, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión. Se ha informado de fiabilidad retest para población española (.90), rangos de sensibilidad de 44-100%, y rangos de especificidad de 74-93%.

Procedimiento

Los instrumentos se administraron colectivamente, asegurando la confidencialidad de los datos, apelando a la voluntariedad en la participación, y tras la firma del consentimiento informado.

Diseño

Se ha empleado un diseño transversal *ex post facto* (una medida). El análisis de datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS (v.20). Se realizaron análisis descriptivos, relacionales entre las variables mediante correlaciones de Pearson, contrastes de medias (prueba t), ANOVA factorial 3x3x2, y ANCOVA.

Resultados

Los análisis correlacionales entre las puntuaciones de la *Personalidad Tipo-D* y la *preocupación por la imagen corporal o dismórfica* (DCQ) es significativa para toda la muestra ($r = 0,32$, $p < 0,01$), algo inferior en el caso de los varones ($r = 0,30$, $p < 0,05$). En la Tabla 1 se muestran las correlaciones entre las puntuaciones en *Personalidad Tipo-D* y sus factores AN e IS, con la puntuación en DCQ y en función del género. Índices elevados de *preocupación dismórfica* correlacionan con el AN ($r = 0,36$, $p < 0,01$) e IS ($r = 0,18$, $p < 0,01$) en mujeres. En cambio, en los varones, la *preocupación dismórfica* está asociada solamente con el AN ($r = 0,31$, $p < 0,05$).

Por otra parte, las correlaciones entre la *Personalidad Tipo-D* y sus factores con las variables de *malestar psicológico* (GHQ-28), mostraron también asociaciones bidireccionales significativas para toda la muestra, destacando la puntuación global con *depresión* ($r = 0,33$, $p < 0,01$), *AN-Somatización* y *AN-Ansiedad*, ambas con ($r = 0,29$, $p < 0,01$), e *IS-depresión* ($r = 0,26$, $p < 0,01$). Nótese en la Tabla 1 que en los varones el AN se relaciona más con la *somatización* ($r = 0,68$, $p < 0,01$), mientras las mujeres tienden a responder en mayor medida con *síntomas depresivos* ($r = 0,25$, $p < 0,01$). Índices elevados de AN correlacionan con la *ansiedad* tanto en hombres ($r = 0,54$, $p < 0,01$) como en mujeres ($r = 0,22$, $p < 0,05$). Por otra parte, mayores puntuaciones en IS

en el caso de los varones, están relacionadas con *disfunción social* ($r = 0,43$, $p < 0,05$). En el caso de las mujeres, la IS está asociada a *depresión* ($r = 0,30$, $p < 0,01$).

Tabla 1. Resumen de las correlaciones, medias y desviaciones estándar significativas para los puntajes en Personalidad Tipo-D, DCQ y GHQ-28 en función del género.

	1	2	3	4	5	6	7	8	M	DT
1. Tipo-D: Total	-	0,83**	0,82**	0,32**	0,11	0,14	0,03	33**	24,12	6,96
2. Tipo-D: AN	0,82**	-	0,38**	0,36**	0,19*	0,22*	0,11	25**	12,49	4,28
3. Tipo-D: IS	0,67**	0,17	-	0,18*	0	0,02	-0,06	0,30**	11,56	4,19
4. DCQ	0,30*	0,31*	0,25	-	0,24**	0,24**	0,16*	0,36**	4,64	3,66
5. GHQ-SOM	0,55**	0,68**	0,11	0,47**	-	0,56**	0,15	0,22*	4,82	3,30
6. GHQ-AN	0,33	0,54**	-0,07	0,52**	0,80**	-	0,08	0,21*	5,57	3,83
7. GHQ-DISF	0,13	-0,23	0,43*	-0,26	0,05	-0,03	-	0,25**	6,36	2,05
8. GHQ-DEP	0,28	0,43*	-0,04	0,39*	0,29	0,31	-0,03	-	1,12	1,94
M	22,06	11,30	10,91	4,11	4,31	4,17	6,06	0,86	-	-
DT	5,94	4,17	3,71	2,98	3,59	4,16	1,62	1,32	-	-

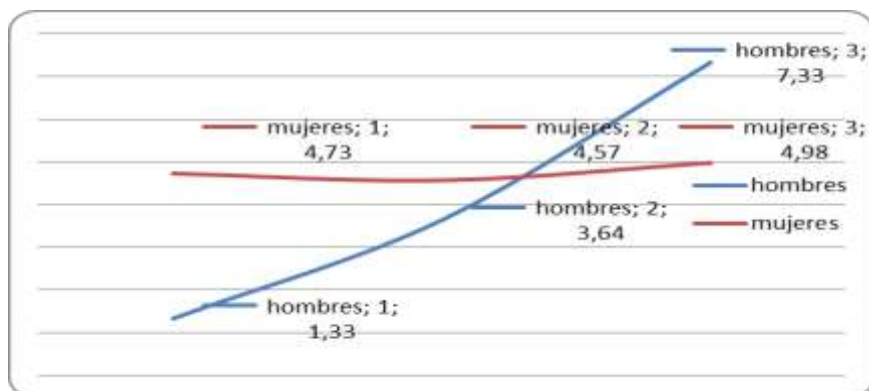
Nota. Tipo-D: Total; AN: Afecto Negativo; IS: Inhibición Social; DCQ: Preocupación por la imagen corporal o dismórfica. GHQ-SOM: Quejas somáticas, somatización. GHQ-AN: Ansiedad e insomnio. GHQ-DISF: Disfunción social. GHQ-DEP: Síntomas Depresivos. M: media. DT: desviación típica. Las correlaciones para las mujeres (N=271) se presentan en la parte derecha de la diagonal. Las correlaciones para los varones (N = 60) aparecen en la izquierda de la diagonal. La media y las desviaciones estándar para las mujeres se presentan en las columnas verticales de la derecha de la tabla. Las medias y desviaciones estándar para los varones en las filas horizontales de la parte baja de la tabla. Significación bilateral: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Las correlaciones entre la *preocupación dismórfica* (DCQ) y el *estado de salud psicológico* (GHQ-28) mostraron asociaciones bivariadas significativas con la *somatización* ($r = 0,29$, $p < 0,01$), *ansiedad* ($r = 0,29$, $p < 0,01$), y *depresión* ($r = 0,37$, $p < 0,01$). En la Tabla 1, se muestra que las puntuaciones en el DCQ correlacionaron en el caso de las mujeres con *ansiedad* ($r = 0,24$, $p < 0,01$) y *somatización* ($r = 0,24$, $p < 0,01$), mientras para los hombres la relación del DCQ es con *depresión* ($r = 0,39$, $p < 0,05$).

Al darse algunas respuestas diferenciales en función del *género*, se realizaron contrastes de medias para las medidas de *preocupaciones dismórficas* (DCQ) y la *Personalidad Tipo-D*, mostrando similitud en el caso del DCQ ($t_{(329)} = -1,038$, $p = 0,300$; $F_{\text{Levene}} = 2,595$, $p > 0,05$), en el límite para el AN ($t_{(329)} = -1,963$, $p = 0,051$; $F_{\text{Levene}} = 0,365$, $p > 0,05$), no significativa para la IS ($t_{(329)} = -1,104$, $p = 0,270$; $F_{\text{Levene}} = 2,606$, $p > 0,05$), y estadísticamente significativa para el total de la *Personalidad Tipo-D* ($t_{(329)} = -2,12$, $p = 0,034$; $F_{\text{Levene}} = 2,314$, $p > 0,05$).

Se tipificaron las puntuaciones para hacer 3 categorías con los resultados de la *Personalidad Tipo-D* y las *preocupaciones dismórficas* (DCQ) en ANOVAS de 3x3x2 (incluyendo el *género*), sobre las medidas de *somatización*, *depresión* y *ansiedad*. Los contrastes 3x3x2 revelaron que la *Personalidad Tipo-D* tiene un efecto unidireccional significativo ($F = 4,942$, $p = 0,008$) sobre la medida de *somatización*, con un tamaño del efecto de Eta^2 de 0,07, no siendo significativos ni las *preocupaciones dismórficas* (DCQ) ($F = 2,467$, $p = 0,089$), ni el *género* ($F = 0,172$, $p = 0,679$), y sí la interacción a 2 de la *Personalidad Tipo-D* x *género* ($F = 4,017$, $p = 0,020$). En la gráfica 1 se muestra dicha interacción con un tamaño del efecto de Eta^2 de .06. Las puntuaciones promedios en la *Personalidad Tipo-D* de los varones se relacionan de forma ascendente con la *somatización*, mientras en las mujeres permanece estable. Con todo, el promedio no alcanza el punto de corte establecido por los autores para indicar riesgo cardiovascular.

Gráfica 1. Interacción entre niveles de la Personalidad Tipo-D y el género sobre las puntuaciones promedio de somatización (GHQ-28).



Nota. Se muestran los promedios de la Personalidad Tipo-D aunque el análisis procede de la tipificación de las respuestas. 1 nivel bajo, 2 nivel medio, 3 nivel alto.

En el caso de la *ansiedad*, el contraste 3x3x2 mostró, por el contrario, que la *preocupación dismórfica* (DCQ) es estadísticamente significativa de forma unidireccional ($F = 5,228$, $p = 0,006$), con un tamaño del efecto de Eta^2 de 0,07, excluyendo la influencia de la *Personalidad Tipo-D* ($F = 1,109$, $p = 0,333$), del *género* ($F = 0,444$, $p = 0,507$), y cualquier otra interacción a dos o a tres ($p > 0,05$).

En el caso de la medida de *depresión*, no se dio ningún efecto unidireccional ni interactivo significativos ($p > 0,05$). La *preocupación dismórfica* (DCQ) mostró una tendencia estadística ($F = 2,733$, $p = 0,069$).

Finalmente, para verificar si algún factor de la *Personalidad Tipo-D* tenía un papel mediador con respecto a la *preocupación dismórfica* (DCQ) y sobre la salud, se realizaron ANCOVAs, resultando significativo únicamente la covarianza de la IS ($F = 8,356$, $p = 0,005$) sobre la *depresión*, siendo el DCQ la variable predictiva significativa ($F = 4,114$, $p = 0,019$).

Discusión

El objetivo fundamental de este trabajo ha sido estudiar la preocupación por la imagen corporal o dismórfica y la implicación de la Personalidad Tipo-D sobre la salud psicológica y el bienestar general. Según los datos de nuestro estudio, se ha observado que la Personalidad Tipo-D y sus dos dimensiones (afecto negativo, AN, e inhibición social, IS), están relacionadas con la preocupación dismórfica y las variables de salud psicológica.

Se ha hallado que en los varones, el AN se relaciona más con la somatización que entre las mujeres, quienes tienden a responder en mayor medida con síntomas depresivos; los primeros tienden a manifestar más respuestas físicas y corporales, mientras que las segundas dan respuestas más de tipo anímico, con una visión más pesimista de las cosas, sentimientos de infelicidad, o de tensión.

El AN y su relación con la ansiedad se pone de manifiesto tanto en hombres como en mujeres. Estos hallazgos concuerdan con estudios previos en población general, donde las correlaciones positivas entre el AN y la ansiedad/depresión son entendidos, más que como indicadores psicopatológicos, como factores que conforman el modelo de los cinco grandes de la personalidad (Calvillo-Mesa, Guerra-Muñoz, Robles-Ortega, Fernández-Santaella y Vila-Castellar, 2013).

Por su parte la IS está relacionada, en el grupo de varones, con la disfunción social, lo que llevará a manifestar una tendencia a mantener distancia con respecto a los demás, mostrar escaso interés por los contactos sociales, inhibir la expresión de sus sentimientos, y a percibir escaso apoyo social. Este resultado coincide con lo obtenido por otras investigaciones con varones obesos cuando señalan que el estigma social afecta al bienestar psicológico (Myers y Rosen, 1999) y la vulnerabilidad en general (Drury y Louis, 2002). Asimismo, se han hallado asociaciones positivas en población general entre la IS y la sensibilidad interpersonal (Calvillo et al., 2013).

Uno de los resultados obtenidos más relevantes se refiere al patrón diferenciado en cuanto al papel de la Personalidad Tipo-D (afectividad negativa más inhibición social) y las preocupaciones dismórficas según el género. Es entre los varones donde la presencia de la Personalidad Tipo-D se conecta directamente con la somatización. En consecuencia, aun cuando esta muestra es de población general, y según los trabajos de Denollet (Denollet et al., 2000; Kupper y Denollet, 2007), puede apreciarse que esta propensión refleja un indicador disminuido de salud psicológica que pudiera repercutir en el estado de funcionamiento corporal.

Por el contrario, en el caso de las preocupaciones dismórficas, la relación es significativa con la ansiedad, sin interacción significativa con el género, aun cuando las mujeres muestran las puntuaciones más elevadas en esta medida (Rodríguez-Testal, 2013).

Estos hallazgos concuerdan con estudios que han demostrado que la insatisfacción corporal influye en el funcionamiento emocional y se relaciona con la ansiedad y la depresión (Fernández de Mosteyrín, Leal y García-Camba, 2010), si bien en este último caso, parece que la relación viene mediada por la inhibición social. La actitud negativa hacia el propio cuerpo y la preocupación por el mismo es una expresión de autoconcepto negativo, conducente a la retirada social y la sintomatología depresiva.

En suma, si bien la Personalidad Tipo-D y las preocupaciones dismórficas tienen que ver de forma negativa con la salud psicológica, son dos constructos que se relacionan de forma diferente con esta última. Esta diferenciación puede ser relevante para el desarrollo de programas preventivos y de detección precoz para problemas de origen cardiovascular, sobre todo en hombres, y relacionados con las preocupaciones dismórficas, en ambos géneros.

Referencias

- Calvillo-Mesa, G.R., Guerra-Muñoz, P., Robles-Ortega, H., Fernández-Santaella, M.C. y Vila-Castellar, J. (2013). Análisis psicométrico de la escala de personalidad Tipo-D DS-14 en estudiantes universitarios. En Asociación Andaluza de Psicología Clínica y de la Salud (Comp.), *Libro de Actas I Congreso Ibérico de Psicología Clínica, de la Salud y del Deporte* (p. 111). España: Fénix Editora.
- Cash, T.F. y Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2a. ed.). New York: Guilford Press.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
- Denollet, J., Vaes, J. y Brutsaert, D.L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of Type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630-635.
- Drury, C.A. y Louis M. (2002) Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14, 554-561.

- Fernández de Mosteyrín, T., Leal, I. y García-Camba, E. (2010). Actitudes hacia el cuerpo y malestar psicológico en pacientes obesos en protocolo de cirugía bariátrica. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 95, 44-56
- Goldberg, D.P. (1996). *Cuestionario de Salud General de Goldberg*. Barcelona: Masson.
- Kupper, N. y Denollet, J. (2007). Type-D personality as a prognostic factor in heart disease: Assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, 89, 265-276.
- Myers, A. y Rosen, J.C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23, 221-230.
- Oosthuizen, P., Lambert, T. y Castle, D.J. (1998). Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 129-132.
- Pederson, S. S. y Denollet, J. (2006). Is Type-D personality here to stay? Emerging evidence across cardiovascular patient groups. *Current Cardiology Reviews*, 2, 205-213.
- Rodríguez-Testal, J.F. (Dir.) (2013). *Trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Síntesis.
- Williams, L., O'Carroll, R.E. y O'Connor, R.C. (2009). Type-D personality and cardiac output in response to stress. *Psychology and Health*, 24, 489-500.

**LA FAMILIA QUE NO SE MIRABA: A PROPÓSITO DE UN CASO.
ABORDAJE DE LAS AUTOLESIONES Y LA IMPULSIVIDAD DESDE LA
TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA ESTRUCTURAL**

Rosa María Espinosa-Gil* y Juan García-Sánchez**

* *Unidad Docente de Salud Mental Multiprofesional de la Región de Murcia, España*

** *Centro de Salud Mental "Vicente Campillo" de Molina de Segura, Murcia, España*

Resumen

Introducción: La impulsividad, la rebeldía y la búsqueda de identidad son características de la adolescencia. Es esencial que aprendan a autorregular sus emociones para poder afrontar las demandas de la sociedad y de sus padres. A la hora de abordar la impulsividad del adolescente es necesario determinar si se encuentra dentro de la normalidad como rasgo de personalidad o si es patológica. Un adolescente en una situación de frustración o indefensión puede recurrir a hacerse daño como forma de protestar o de calmar sus emociones. En el caso que presentamos, la adolescente ha tenido varias autolesiones (cortes con cristales) y gestos autolíticos. Presenta además síntomas depresivos y bulímicos. **Objetivos:** Reducir la frecuencia de la conducta autolesiva cuestionando el síntoma mediante la intensificación de mensajes: "No saben pedirse ayuda" y "no se miran", la escenificación de la expresión del afecto y el desequilibramiento de la estructura familiar coaligándose temporalmente el terapeuta con un progenitor contra el otro progenitor. **Evaluación:** Entrevista clínica, criterios DSM-IV-TR y WISC-IV (CI: 86, inteligencia normal baja) y MACI (rasgos límite con alto riesgo de bulimia). **Tratamiento:** Topiramato y psicoterapia familiar sistémica (8 sesiones). **Resultados:** Conseguimos la reorganización familiar, mejorando la comunicación en el subsistema conyugal (comparten actividades y afecto), en el parental (mayor implicación normativa del padre y menor expresividad de la madre) y en el fraternal (cooperación). Han remitido las autolesiones y la sintomatología depresiva y bulímica. **Conclusiones:** Abordar los distintos subsistemas familiares ha sido clave en la mejora del contexto familiar y el aprendizaje de la autorregulación emocional, que ha permitido la reducción de la sintomatología de la paciente. La reorganización de la jerarquía familiar y la mejora de la expresión emocional, sin centrarnos en las autolesiones (aunque sí explorándolas), ha ayudado a reducir la tensión familiar, que estaba focalizada en la paciente.

Palabras clave: autolesiones, trastorno de personalidad límite, terapia familiar sistémica estructural.

**THE FAMILY THAT DID NOT LOOK AT EACH OTHER: APROPOS OF A
CASE. ADDRESSING SELF-HARM BEHAVIOUR AND IMPULSIVENESS
FROM STRUCTURAL SYSTEMIC FAMILY THERAPY**

Abstract

Introduction: Impulsiveness, rebelliousness and search for identity are all characteristics of adolescence. It is essential to learn to self-regulate their emotions in order to cope with multiple demands that society and parents expect. When addressing adolescent impulsiveness is necessary to determine if it is within normalcy as a personality trait or if it is pathological. A teenager in a situation of frustration or helplessness can resort to self-harm as a way of protesting or calming (cutting with glass pieces) and had suicidal gestures in the context of

separation from her boyfriend, who abused her physically and psychologically. She also had depressive and bulimic symptoms. **Objectives:** To reduce frequency of self-harm behavior by questioning the symptom through intensification of messages "You do not know asking for help" and "You do not look at each other", through dramatization of expression of affect, and through unbalancing family structure by allying temporally to one parent against the other parent. **Assessment:** Clinical interview, DSM-IV-TR criteria, WISC-IV (IQ: 86, intelligence in normal low range) and MACI (borderline traits at high risk of bulimia). **Treatment:** Topiramate and systemic family therapy (8 sessions). **Result:.** Family reorganization is achieved, improving communication in marital subsystem (shared activities and affection), in parental subsystem (greater father's involvement in discipline of the parent and less mother's emotional expressiveness) and in fraternal subsystem (cooperation between siblings). Regarding, self-harm behaviour and depressive and bulimic symptomatology remitted. **Conclusions:** Approaching the various family subsystems has been essential in improving the family context and the learning of emotional self-regulation, which led to reduction in patient's symptomatology. Reorganization in family hierarchy and improvement in emotional expression, without focusing on self-harm (though explored), helped to reduce family tension, which was focused on patient's symptomatology.

Keywords: Self-harm, borderline personality disorder, systemic structural family therapy.

Introducción

La impulsividad, la rebeldía y la búsqueda de identidad son características de la adolescencia. Es esencial que los adolescentes aprendan a autorregular sus emociones para poder afrontar las múltiples demandas que la sociedad y sus padres esperan de ellos.

A la hora abordar la impulsividad del adolescente es necesario determinar si se encuentra dentro de la normalidad como rasgo de personalidad o si es patológica. Un adolescente en una situación de frustración o indefensión puede recurrir a hacerse daño como forma de protestar o de calmar la intensidad de sus emociones. Es importante que los clínicos seamos cautos a la hora de establecer un diagnóstico que pudiera ser erróneo y marcar de forma importante la vida del paciente con un diagnóstico precipitado. ¿La conducta del paciente puede interpretarse como un trastorno de personalidad incipiente o simplemente la impulsividad propia de la adolescencia? En esta etapa vital es difícil determinar si se trata de un TLP o de distintos trastornos conductuales y afectivos propios de la adolescencia. Un estudio muy interesante que aborda estas cuestiones es el de Garnet, Levy, Mattanah, Edell y McGlashan (1994), con 21 adolescentes diagnosticados de TLP, en el que sólo 7 sujetos mantuvieron el diagnóstico a largo plazo, siendo más estables la sensación de vacío/soledad, ira y el afecto inestable (rasgos más característicos del TLP) y las relaciones inestables y la impulsividad los menos estables. Por otro lado, la agresividad impulsiva es la característica central de los trastornos de personalidad del Cluster B (*borderline* y antisocial) y en el Eje I suele aparecer como trastorno explosivo intermitente, ludopatía o cleptomanía. Es heredable, según estudios de gemelos y adopción (Coccaro, Chandra, Yanowitch y Luan, 2012). La actividad serotoninérgica está disminuida en población psiquiátrica que presenta agresividad impulsiva.

En personas con TP, el abuso sexual y/o físico (trauma) es frecuente y puede activar el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y sus relaciones con la serotonina (Southwick, Yehuda, Giller y Perry, 1990), como reacción postraumática.

Es conocido que en los fenómenos impulsivos se encuentran estructuras cerebrales relacionadas como la hipofunción de la corteza prefrontal y límbica, que origina déficit de autocontrol y a su vez una hiperactividad del núcleo accumbens, que señala la búsqueda de placer (García Ribas, 2002). En el estudio de Lykken (2000), que evalúa a 186 reclusos y 354 adolescentes, no encontraron diferencias significativas entre reclusos y adolescentes en búsqueda de sensaciones y ausencia de miedo, pero los adolescentes puntuaron más alto en impulsividad (Herrero, Ordóñez, Salas y Colom, 2002).

En el caso que presentamos, la adolescente ha tenido varias autolesiones (cortes con cristales) y gestos autolíticos en el contexto de separarse de su novio, quien le propiciaba maltrato físico y psicológico. Presenta además síntomas depresivos y bulímicos.

Doctors (1999), propone que la autolesión en la adolescencia constituye una autorregulación, como una forma de organizarse a través del tiempo sus estados internos y como forma de proteger su integridad para mantener la activación emocional dentro de los límites aceptables para el individuo. El desarrollo normativo del adolescente se ve influido por su propia autorregulación y con los que interactúa dentro de un proceso de relación, por lo que presenta un carácter interactivo.

Un adolescente en una situación de frustración o indefensión puede recurrir a hacerse daño como forma de protestar o de calmar la intensidad de sus emociones. Dentro del sistema familiar debe existir una jerarquía de poder en el que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes (Minuchin, 1974).

Descripción del caso clínico

Niña de 13 años, que es derivada a Centro de Salud Mental por su pediatra por alteración del comportamiento. Desde hace 2 años y tras ruptura con su novio (quien la maltrató física y psíquicamente, según refiere la paciente), presenta cambio conductual, baja autoestima y autolesiones. Ha presentado conductas autolesivas (cortes en las muñecas y antebrazos) y gestos autolíticos (ingesta de fármacos). Su forma de vestir es peculiar, desafiante y con estilo gótico. Bajo rendimiento escolar y negativa a asistir a clases de matemáticas. Nivel de escolaridad de 2º de educación secundaria, habiendo repetido un curso. En los últimos 3 meses ha iniciado conductas de vómito como forma de protesta, además de presentar síntomas depresivos.

Objetivos

Reducir la frecuencia de la conducta autolesiva cuestionando el síntoma mediante la intensificación de los mensajes: “No saben pedirse ayuda” y “no se miran”, la escenificación de la expresión del afecto y el desequilibramiento de la estructura familiar coligándose temporalmente con el padre contra la madre.

Evaluación psicológica

Se realiza una entrevista clínica, siguiendo los criterios DSM-IV-TR y estableciendo un diagnóstico en cinco ejes. Se aplican las pruebas WISC-IV y MACI. (CI: 86, inteligencia normal baja) y MACI (rasgos límite con alto riesgo de bulimia).

Los resultados en los cuatro índices del WISC-IV (Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños) fueron los siguientes: comprensión verbal de 85, razonamiento perceptivo de 91, memoria de trabajo de 88 y velocidad de procesamiento de 102, con

un CI total de 86. En la prueba MACI (Inventario Clínico para Adolescentes de Millon) el indicador de deseabilidad social (minimización de síntomas) fue elevado (TB de 94) y no se observó ningún prototipo de personalidad, siendo el “desagrado por el propio cuerpo” la preocupación más significativa (TB de 113) y “trastornos de la alimentación” el síndrome clínico más significativo (TB de 89).

Conclusiones diagnósticas

Eje I: episodio depresivo moderado-leve con conductas autolesivas (cortes, vómitos).

Eje II: rasgos de trastorno límite de personalidad.

Eje III: no relevante.

Eje IV: conflicto familiar.

Eje V: 60

Tratamiento

Topiramato y psicoterapia familiar sistémica (8 sesiones quincenales).

Hipótesis de trabajo psicoterapéutico

Alteración en el subsistema conyugal: roles fijos de padre ausente y madre sobreimplicada y desvalorizadora.

Las parejas pueden mutuamente estimularse los rasgos inadecuados. Pueden entre ellos intentar mantener esta alteración para preservar a su pareja a través de descalificaciones. Pueden establecer pautas transaccionales del tipo dependiente-protector, en cuyo marco el miembro dependiente se mantiene como tal para proteger la impresión de su cónyuge de ser el protector (Minuchin, 1974).

Alteración en el subsistema parental: coalición alternante con ambos padres.

Alteración en el subsistema fraternal: desconexión del hermano del sistema familiar.

Procedimiento

Cuestionamiento del síntoma: Reencuadre o redefinición.

Se cuestiona la definición que la familia da al problema (síntomas conductuales), así como la índole de su respuesta (solución intentada). Al modificar la concepción que la familia tiene del problema, se motiva a sus miembros para que busquen respuestas afectivas, cognitivas y conductuales diferentes.

Los síntomas del paciente identificado ocupan una posición central en el sistema de transacciones de la familia, constituyendo el centro del estrés familiar. Los síntomas son reforzados por un número significativo de pautas transaccionales de la familia (Minuchin, 1974).

Escenificación, en tres pasos: observación de interacciones espontáneas, provocación de interacciones disfuncionales y vivencia de interacciones funcionales. La estructura familiar se pone de manifiesto en estas interacciones permitiendo comprender su dinámica nuclear. Se intenta modificar de manera temporal las alianzas entre los miembros de la familia, verificando la flexibilidad que muestra el sistema cuando el terapeuta presiona (Minuchin y Fishman, 1984).

Dar intensidad, mediante repetición de un mensaje, metáfora o imagen, en este caso el mensaje *No saben pedir lo que necesitan, no se miran.* Un mensaje terapéutico

tiene que ser reconocido por los miembros de la familia y que los motive a experimentar interacciones nuevas (Minuchin y Fishman, 1984).

Desequilibramiento. Se estableció una coalición con el padre en contra de la madre de forma transitoria, con la finalidad de que éste cónyuge ganara poder en la jerarquía y cambiara su rol fijo de padre ausente, dando lugar a un desplazamiento estructural y a su vez facilitando una mayor complicidad y reforzamiento del subsistema conyugal.

Cuestionamiento de la realidad familiar: Realidad alternativa

Énfasis en las fortalezas del sistema familiar, creando un relato alternativo centrado en los aspectos positivos de miembros de la familia.

El terapeuta apoya los subsistemas familiares cuando alienta a los cónyuges a apoyarse mutuamente al encarar el subsistema adolescente (Minuchin, 1974).

Resultados

Se consigue la reorganización familiar, mejorando la comunicación en el subsistema conyugal (comparten actividades y afecto), en el parental (mayor implicación normativa del padre y menor expresividad emocional de la madre) y en el fraternal (mayor cooperación entre los hermanos).

En cuanto a variables de resultado decir que han remitido las autolesiones y la sintomatología depresiva y bulímica.

Conclusiones y resultados sistémicos

La mejora del subsistema conyugal (relación de igualdad) y parental han sido claves en la mejoría del sistema y de la sintomatología.

Cuestionar el síntoma ha favorecido la reducción de la exigencia y la valoración de los esfuerzos de la paciente, así como mejoras clínicas significativas en sintomatología depresiva e impulsiva-autolesiva (cortes y vómitos).

Se ha producido el movimiento del sistema, la redistribución de responsabilidades por parte de los distintos elementos del sistema.

Según Chanen y McCutcheon (2008), la adolescencia es un periodo clave para la intervención precoz de los rasgos límites, ya que estos presentan una flexibilidad y una maleabilidad considerables.

Referencias

- Chanen, A.M. y McCutcheon, L.K. (2008). Complex Case personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, 2, 35-41
- Coccaro, E. F., Chandra, S., Yanowitch, R. y Luan .K(2012). Función corticolímbica en la conducta agresiva impulsiva. *Psiquiatría Biológica*, 19, 46-53.
- Doctors, S. (1999). Further thoughts on "selfcutting": The intersubjective context of self-experience and the vulnerability of self-loss. *Psychoanalysis Review*, 86, 733-744.
- Dudgeon, M., Pan Yuen, P., Germano, H., Nistico, D., McDougall, H., Weinstein, E., Clarkson, C. y McGorry, P. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 477-484.
- García Ribas (2002). Neuroanatomía de la impulsividad. *Psiquiatría Biológica*, 9, 10-15.
- Garnet, K. E., Levy, K. N., Mattanah, J. F., Edell, W. S. y McGlashan, T. H. (1994). Borderline personality disorder in adolescents: Ubiquitous or specific? *American Journal of Psychiatry*, 151, 1380-1382.

- Herrero, O., Ordóñez, F., Salas, A. y Colom, R.(2002). Adolescencia y comportamiento antisocial. *Psicothema*, 14, 340-343.
- Linares, J.L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18, 381-399.
- Lykken, D.T. (2000). *Las personalidades antisociales*. Barcelona: Herder.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S y Fishman, H.C. (1984). *Técnicas de Terapia de Familia*. Madrid: Paidós.
- Southwick, S.M., Yehuda, R., Giller, E.L. y Perry, B.D. (1990) Altered platelet alpha-2 adrenergic binding sites in borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1014-1017.

EMOCIONES NEGATIVAS Y SUPRESIÓN DE PENSAMIENTOS EN FIBROMIALGIA

Rubén Uclés-Juárez

Universidad de Almería, España

Resumen

La fibromialgia es una enfermedad reumática crónica de etiología desconocida cuyo principal síntoma es el dolor musculoesquelético. Se presenta mayoritariamente en mujeres, con una prevalencia de entre el 2-3 % de la población general. A menudo, estos pacientes muestran ciertas creencias y emociones negativas derivadas de la enfermedad que pueden predecir ciertos comportamientos de salud. Por otra parte, algunos estudios han mostrado que aquellos pacientes con una enfermedad crónica que informan de un patrón de control sobre sus síntomas informan de un mayor número de emociones negativas. Los objetivos de este trabajo son: explorar ciertas creencias sobre la enfermedad en una muestra de personas con fibromialgia, y analizar una posible relación entre ciertas representaciones emocionales con un patrón de supresión de pensamientos y/o emociones. La muestra se compuso por 31 mujeres con fibromialgia afiliadas a una asociación de pacientes con dicha enfermedad. Se administró una entrevista estructurada y el IPQ-R para valorar las creencias y emociones negativas derivadas de la enfermedad, así como el WBSI para medir un patrón caracterizado por la supresión de pensamientos. Dándose similares resultados en dichas creencias en comparación a otros estudios que medían los mismos constructos, se encontraron diferencias significativas entre grupos de distintos niveles de supresión en cuanto al nivel de emociones negativas derivadas de la fibromialgia. Estos resultados, si bien son de carácter preliminar debido, entre otras cosas, al escaso número de sujetos de la muestra, podrían sugerirnos que las personas con esta enfermedad que muestran un patrón de control informan más de emociones negativas.

Palabras clave: fibromialgia, supresión de pensamientos, dolor, creencias, conductas de salud.

NEGATIVE EMOTIONS AND THOUGHT SUPPRESSION IN FIBROMYALGIA

Abstract

Fibromyalgia is a chronic rheumatic disease of unknown aetiology whose main symptom is musculoskeletal pain. It occurs mainly in women, with a prevalence of 2-3% of the general population. Often, these patients show certain beliefs and negative emotions resulting from the disease that can predict certain health behaviors. Moreover, some studies have shown that patients with chronic illness that show a pattern of control over their symptoms report more negative emotions. The aims of this work are: to explore certain beliefs about the disease in a sample of people with fibromyalgia and analyze a possible relationship between certain emotional representations with a pattern of thought and/or emotion suppression. The sample consisted of 31 women with fibromyalgia affiliated to an association of patients with this disease. A structured interview was administered and the IPQ-R to assess beliefs and negative emotions resulting from the disease as well as the WBSI to measure a pattern characterized by thoughts suppression. Realising these beliefs similar results compared to other studies that measured the same constructs, significant differences were found between groups of different levels of suppression in the level of negative emotions resulting from fibromyalgia. These results, although preliminary due to, among other things, the small number of subjects in the

sample, could suggest that people with this disease that show a pattern of control report more negative emotions.

Keywords: fibromyalgia, thought suppression, pain, beliefs, health behaviours.

Introducción

La fibromialgia es una enfermedad reumática dolorosa dada predominantemente en mujeres con una prevalencia entre el 2-3% de la población general (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001). Según el *American College of Rheumatology* (ACR), se clasifica como crónica y su síntoma principal es dolor musculoesquelético. Su etiología es desconocida (Rivera, Alegre, Ballina et al., 2006); sin embargo, aunque se han sugerido multitud de causas, la perspectiva más aceptada a día de hoy para explicarla es la enmarcada en un modelo *biopsicosocial* (Winfield, 1999). Los síntomas son tratados de forma paliativa (Rivera et al., 2006) al no estar claro su mecanismo fisiopatológico (Barkhuizen, 2002).

Según Glattacker, Opitz y Jäckel (2010), en la fibromialgia es frecuente que pasen algunos años desde los primeros síntomas hasta su diagnóstico, entre los cuales los afectados pasan por multitud de procedimientos de diagnóstico e innumerables tratamientos sin ningunos resultados favorables, por lo que pueden surgir ciertas creencias sobre la enfermedad que puedan jugar un papel especial en el ajuste a la enfermedad (p. ej., las preferencias en el tratamiento, seguir ciertas estrategias de regulación que impliquen ciertos resultados de salud, etc.).

Stuifbergen, Philips, Voelmeck y Browder (2006), mostraron que presentaban altas percepciones negativas sobre su enfermedad (veían su enfermedad como *crónica*, con *consecuencias importantes* en sus vidas, con *falta de coherencia* en la concepción de su enfermedad, *angustia emocional* y *bajo control personal* sobre la enfermedad. Otros estudios han encontrado resultados similares (Van Wilgen, Van Ittersum, Kaptein y Wijhe, 2008).

Por otra parte, al ser una enfermedad de etiología desconocida, se han evaluado las creencias relacionadas con la(s) causa(s). Las más referidas son el estrés o preocupaciones, la mala suerte, la herencia, problemas del sistema inmunológico, el exceso de trabajo, accidente o lesión, alteración inmune y la personalidad (Stuifbergen et al., 2006; Van Ittersum Wilgen, Hilberdink, y Groothoff, 2009).

En cuanto al afrontamiento en enfermedades de dolor crónico, en un estudio de Sullivan, Rouse, Bishop y Johnston (1997) se observó que las estrategias de supresión de pensamientos dolorosos incrementan la frecuencia de esos pensamientos así como la experiencia de dolor cuando la persona se encuentra en una situación molesta. Además, en otros estudios se ha visto que los que informan de mayor control sobre sus síntomas informan de mayores emociones negativas y mayor cantidad de molestias (Affleck, Tennen, Pfeiffer y Fifiield, 1987).

Con todo esto, puede resultar útil analizar qué creencias pueden estar operando, así como si la presencia de ciertas creencias puede asociarse con un patrón de supresión de pensamientos.

Los objetivos de este estudio son: explorar las *creencias* sobre la enfermedad presentes en un grupo de pacientes con fibromialgia y analizar una posible relación entre la presencia de ciertas creencias sobre la enfermedad con un patrón de *supresión de pensamientos*.

Método

Participantes

Se contó con 31 mujeres con fibromialgia, con edades comprendidas entre los 36 y 71 años (media = 53,77; *DT* = 8,12) afiliadas a la asociación para personas con fibromialgia de la provincia de Almería (Asociación de Fibromialgia de Almería, AFIAL).

Instrumentos

- Entrevista estructurada. Esta medida estaba compuesta por una serie de preguntas totalmente anónimas de carácter sociodemográfico (como la edad, estado civil, etc.) y otras más específicas de la fibromialgia (como cuánto tiempo lleva con el diagnóstico, cuánto tiempo pasó desde los primeros síntomas hasta su diagnóstico, etc.).
- *Illness Perception Questionnaire-Revised* (IPQ-R; Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron y Buick, 2002). Evalúa las percepciones de los pacientes sobre su enfermedad y las respuestas emocionales generadas por la enfermedad con buenas propiedades psicométricas en lo referente a la validez discriminante entre dimensiones, así como para la fiabilidad test-retest y para la validez predictiva en una variedad de enfermedades (Moss-Morris et al., 2002). Está compuesto por 70 ítems divididos en 3 secciones. La primera de ellas es una escala de *identidad* sobre la presencia de ciertos síntomas pero en este estudio no se vio oportuno emplearla. La siguiente sección se compone de 38 ítems escala tipo Likert comprendida entre 1 (“totalmente en desacuerdo”) y 5 (“totalmente de acuerdo”). Se divide en siete dimensiones que evalúan percepciones sobre la *cronicidad*, el carácter *cíclico* de los síntomas, las *consecuencias* de la enfermedad, el *control personal* sobre la enfermedad, el *control del tratamiento*, la *coherencia* de la enfermedad y las *representaciones emocionales* (emociones negativas generadas por la enfermedad). Altas puntuaciones en identidad, cronicidad, síntomas por cíclicos y consecuencias representan creencias negativas sobre la enfermedad. Altas puntuaciones en control personal, control del tratamiento y coherencia de la enfermedad representan creencias positivas sobre la controlabilidad de la enfermedad y buen entendimiento de tal condición. Finalmente, la última sección está compuesta por 18 ítems correspondientes a posibles *causas de la enfermedad*. La puntuación es similar a la anterior sección. Puesto que existía sólo una adaptación para la hemofilia, se tradujo a nuestro idioma la versión en inglés, previa traducción doble ciego del inglés al castellano y viceversa. Además, se estimó oportuno alterar el orden de forma aleatoria de los ítems de la segunda sección.
- *White Bear Suppression Inventory* (WBSI; Wegner y Zanakos, 1994). Es una medida del nivel de supresión de pensamientos. Consiste en 15 ítems con una escala tipo Likert que oscila desde 1 (absolutamente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Puntuaciones altas indican un nivel alto de supresión de pensamientos. Se empleó la traducción española de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), que cuenta con buenas propiedades psicométricas de

fiabilidad y validez. La media para muestras no clínicas es de 42,7 con una desviación típica de 11,9 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004).

Procedimiento

En primer lugar, se confeccionó la entrevista y el cuestionario de creencias. Tras esto, se contactó con la asociación para proponerle al responsable realizar este estudio con sus afiliadas. Posteriormente, previo consentimiento informado, se repartieron 48 entrevistas a la psicóloga de la asociación. Transcurridas tres semanas, se acudió a la asociación para recoger las entrevistas completadas. Sólo se completaron 38. Además, en ese momento se entregaron 38 cuestionarios de creencias más las medidas de supresión. Pasadas dos semanas, se recogieron los cumplimentados. Sólo se disponía de 31 debidamente cumplimentados.

Diseño y análisis de datos

Se trata de un estudio descriptivo, de carácter transversal. Para el análisis de los datos se empleó el programa de estadística SPSS 11.5 mediante medidas de frecuencia y prueba t de diferencia de medias.

Resultados

En cuanto a las causas atribuidas a la fibromialgia, se puede observar en la Tabla 1 que las más atribuidas son las de “exceso de trabajo” (58,1%), el “estrés o preocupaciones” (54,6%), la “alteración inmune” (54,6%), que comparte el porcentaje de la anterior causa y la “herencia” (38,7%).

Tabla 1. Causas atribuidas a la fibromialgia.

Causas	“De acuerdo” o “Totalmente de acuerdo” N (%)
El exceso de trabajo	18 (58,1)
Estrés o preocupaciones	17 (54,6)
Alteración inmune	17 (54,6)
Herencia (es corriente en mi familia)	12 (38,7)
Problemas familiares o preocupaciones	12 (38,7)
El azar o la mala suerte	11 (35,5)
Mi estado emocional (p.ej., venirse abajo, la soledad, la ansiedad, sentirse vacío)	11 (35,5)
La contaminación en el ambiente	9 (29,0)
El envejecimiento	7 (22,6)
El poco cuidado médico en el pasado	6 (19,4)
Mi propio comportamiento	6 (19,4)
Mi actitud mental (p.ej., pensar sobre la vida de forma negativa)	5 (16,1)
La alimentación o los hábitos de comida	4 (12,9)
El alcohol	4 (12,9)
Accidente o lesión	3 (9,7)
Mi personalidad	3 (9,7)
Fumar	2 (6,4)
Un germen o virus	0

Nota. N = 31.

En la Tabla 2 se muestra la prueba t de diferencia de medias en cada una de las dimensiones del IPQ-R entre grupos de altos, medios y bajos en puntuaciones del WBSI. La puntuación media en supresión fue de 54,67 ($DT = 15,08$), situándose así por encima de la media de la población no clínica. Para comparar los resultados de creencias según el grado de supresión, se dividió en grupos a las personas que tenía una u otra puntuación en supresión (evitación). Así, se tomó como *altos evitadores* aquellos cuya puntuación fuera igual o superior a 60, *medios evitadores*, igual o superior a 45, y *bajos evitadores*, inferior a 45. Observando la Tabla 2, si comparamos altos evitadores con bajos, no hay diferencias significativas entre las medias de cada una de las dimensiones salvo en representaciones emocionales ($t = -3,55$; $p = 0,002$). Por otra parte, si comparamos los altos evitadores con los medios siguen dándose esas diferencias en representaciones emocionales ($t = -2,18$; $p = 0,044$). No existen diferencias significativas entre los medios y bajos evitadores.

Tabla 2. Comparaciones entre grupos de WBSI (supresión) de las puntuaciones medias de las dimensiones del IPQ-R.

IPQ-R	WBSI Altos (M, DT)	WBSI Bajos (M, DT)	Valor de t	WBSI Altos (M, DT)	WBSI Medios (M, DT)	Valor de t
Cronicidad	27,53 (2,98)	26,5 (3,27)	-0,68	27,53 (2,98)	29 (1,12)	1,64
Síntomas en ciclos	16,00 (3,76)	15 (2,44)	-0,59	16 (3,76)	16 (3,93)	0,00
Consecuencias	27,07 (2,78)	22,66 (2,80)	-3,20	27,07 (2,78)	26,06 (4,48)	-0,67
Control personal	19,92 (5,75)	21 (3,40)	0,42	19,92 (5,75)	21,75 (5,65)	0,80
Control del tratamiento	12,76 (6,27)	13,83 (3,43)	0,38	12,76 (6,27)	12,16 (4,8)	-0,26
Coherencia de la enfermedad	11,46 (5,98)	14,5 (2,42)	1,57	11,46 (5,98)	14,50 (4,77)	1,39
Representaciones emocionales	27,07 (2,95)	20,5 (5,16)	-3,55**	27,07 (2,95)	23 (5,79)	-2,18*

Nota. Prueba t de diferencia de medias; $N = 31$; M , media; DT , desviación típica; WBSI Altos, $N = 13$; WBSI Medios, $N = 12$; WBSI Bajos, $N = 6$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

En la Tbla 3 se muestran las puntuaciones medias para cada dimensión. Se observan altas puntuaciones en todas las dimensiones, excepto en el control que ejerce su tratamiento sobre sus síntomas así como en la coherencia sobre su enfermedad.

Tabla 3. Puntuaciones medias en cada dimensión.

IPQ-R	(M, DT)
Cronicidad [6-30]	27,9 (2,59)
Síntomas en ciclos [4-20]	15,8 (3,53)
Consecuencias [6-30]	25,83 (3,8)

Control personal [6-30]	20,83 (5,25)
Control del tratamiento [5-25]	12,74 (5,15)
Coherencia de la enfermedad [5-25]	12,74 (5,09)
Representaciones emocionales [6-30]	24,22 (5,21)

Nota. $N = 31$; $[n_1-n_2]$, valores mínimos y máximos que pueden tomar esas dimensiones.

Discusión

Como hemos visto, se han obtenido resultados similares a los de Glattacker et al. (2010) en cuanto a las causas atribuidas a la fibromialgia, donde al igual que en nuestro estudio, se atribuyeron en mayor porcentaje causas referentes al “exceso de trabajo”, al “estrés o preocupaciones” y a una “alteración inmune”. Como se dijo, no se conocen las causas de esta enfermedad, pero sin embargo, se han descrito multitud de posibles causas o factores de riesgo. Quizá ésta sea una de las razones por las que todas las causas a elegir (a excepción de “un germen o virus”) han sido indicadas como causas. Pero la cuestión relevante no es tanto si todas las causas son potencialmente elegibles sino qué tipo de causas se eligen. Presuponemos que no es lo mismo creer que tu enfermedad es debida a, por ejemplo, un problema hereditario que a tu propio comportamiento.

En cuanto a las creencias de las distintas dimensiones, al igual que en otros estudios, encontramos algunas coincidencias. Comparando nuestros resultados con los de Stuifbergen et al. (2006), nuestras participantes tienen la creencia de que es *crónica*, que trae *consecuencias negativas* de peso en sus vidas, que el *tratamiento* no hace mucho por su enfermedad y muestran *emociones negativas* sobre su enfermedad. Sin embargo, en nuestro estudio sí creen controlar sus síntomas por sí mismas. Puede ser que crean efectivas distintas formas de supresión de pensamientos y/o emociones que a corto plazo consigan mitigar las emociones, pensamientos o sensaciones sobre la experiencia de dolor.

Por otra parte, las puntuaciones de supresión de pensamientos son más altas que para muestras no clínicas así como las emociones negativas. Esto puede indicarnos que la supresión de emociones o pensamientos acerca del dolor no hace sino que, paradójicamente, incrementarlos. Estos resultados de algún modo son análogos a los encontrados por Sullivan y colaboradores (1997). Tal hecho se puede observar en las diferencias significativas encontradas en la cantidad de emociones negativas (representaciones emocionales) comparando entre los tres grupos de supresión, que podría guardar relación con los encontrados en Affleck et al. (1987).

Ante esto no hemos de olvidar las numerosas limitaciones de este estudio preliminar. Se evaluaron a través de cuestionarios, no controlando bajo qué circunstancias fueron contestados o bajo qué *eventos disposicionales*. Además, se han analizado los datos a través de correlaciones, puntuaciones medias, etc., dejándose de lado un análisis particular de cada caso (un *análisis funcional*) sin analizar qué contingencias son las que las mantienen y qué función tienen para la persona.

Para próximos estudios, si se quiere seguir por esta línea, se necesitaría una muestra más representativa y más numerosa. También analizar si, entre otros, los profesionales de la salud sirven de modelo para formar creencias relacionadas con la enfermedad. Además, analizar si efectivamente, la estrategia de supresión de pensamientos es habitual en este tipo de pacientes. No obstante, sería fundamental hacer un *análisis*

funcional para ver la función de dichas creencias y emociones así como conocer en qué medida *controlan* ciertas conductas.

Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. y Fifiield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R. y Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 60, 1040-1045.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish version of the White Bear Suppression Inventory. *Psychological Reports*, 94, 782-784.
- Glattacker, M., Opitz, U. y Jäckel, W. H. (2010). Illness representations in women with fibromyalgia. *British Journal of Health Psychology*, 15, 367-387.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. y Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Stuifbergen, A. K., Philips, L., Voelmeck, W. y Browder, R. (2006). Illness perceptions and related outcomes among women with fibromyalgia syndrome. *Women's Health Issues*, 16, 353-360.
- Sullivan, M. J. L., Rouse, D., Bishop, S. y Johnston, S. (1997). Thought suppression, catastrophizing and pain. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 555-568.
- Van Ittersum, M. W., van Wilgen, C.P., Hilberdink, W. K. y Groothoff, J. W. (2009). Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 74, 53-60.
- Van Wilgen, C. P., Van Ittersum, M. W., Kaptein, A. A. y Wijhe, M. (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis and Rheumatism*, 58, 3618-3626.
- Wegner, D. M. y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Winfield, J. B. (1999). Pain in fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 25, 55-80.

LA EXPOSICIÓN PURA MEJORA LOS PENSAMIENTOS Y ESTADOS EMOCIONALES ASOCIADOS AL PROPIO CUERPO EN BULIMIA NERVIOSA

Sandra Díaz-Ferrer*, Blanca Ortega-Roldán*, Sonia Rodríguez-Ruiz*,
Silvia Moreno-Domínguez** y M^a Carmen Fernández-Santaella*

* Universidad de Granada, España

** Universidad de Jaén, España

Resumen

Antecedentes: La exposición al propio cuerpo ha demostrado ser una técnica útil para reducir la insatisfacción corporal en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, aún no se han examinado los procesos psicológicos que subyacen a las diversas técnicas de exposición existentes. El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de tres técnicas de exposición para modificar las emociones y cogniciones asociadas a la propia imagen corporal en bulimia nerviosa (BN). **Método:** En total, participaron 42 estudiantes universitarias con insatisfacción corporal y sintomatología bulímica. Las participantes fueron asignadas de forma aleatoria a cada uno de los tres grupos de exposición: Exposición Pura ($N = 14$), Exposición Guiada ($N = 15$) y Exposición en Imaginación ($N = 13$). Todas las participantes recibieron 6 sesiones, dos por semana, de 50 min de exposición. Se registraron, por una parte, los cambios durante el tratamiento, a través de los pensamientos (positivos/negativos) y sentimientos de satisfacción con el propio cuerpo y, por otro, el malestar subjetivo provocado por la imagen corporal dentro de cada sesión. **Resultados.** Los datos revelaron un descenso progresivo y significativo del malestar subjetivo y pensamientos negativos en los tres grupos a lo largo del tratamiento, así como un incremento de los pensamientos positivos y de la satisfacción con el propio cuerpo. No obstante, los cambios fueron más notables en el grupo de Exposición Pura. **Conclusiones:** Estos resultados sugieren que las terapias de exposición al propio cuerpo, especialmente la exposición pura, son tratamientos efectivos para reducir los pensamientos negativos, así como para aumentar las emociones y pensamientos positivos asociados al propio cuerpo en BN.

Palabras clave: insatisfacción corporal, exposición al propio cuerpo, cogniciones, emociones, bulimia nerviosa.

PURE MIRROR EXPOSURE IMPROVE THOUGHTS AND EMOTIONAL STATES ASSOCIATED WITH ONE'S OWN BODY IN BULIMIA NERVOSA

Abstract

Background: Body exposure is a relevant technique to reduce body dissatisfaction in women with eating disorders. However, the psychological processes underlying the mirror exposure remains unclear. The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of three different body exposure techniques to change the emotions and cognitions related to one's own body image in bulimia nervosa (BN). **Method:** Forty-two university women with high body dissatisfaction and bulimic symptoms were semi-randomly assigned to one of three exposure groups: a) Pure mirror exposure ($N = 14$), b) Guided mirror exposure ($N = 15$) y c) Imagery exposure ($N = 13$). All participants received six 50-minutes exposures sessions distributed twice a week. On the one hand, were registered the changes during treatment, through the thoughts

(positive/negative) and feelings of satisfaction with one's body, and on the other hand, the subjective discomfort within and throughout the sessions. **Results:** The results showed in the three groups a progressive and significant decrease of subjective discomfort and negative thoughts throughout the treatment as well as a progressive and significant increase in the positive thoughts and satisfaction with one's body. Nevertheless, these changes were more remarkable in the pure mirror exposure group. **Conclusions:** These findings suggest that mirror exposures therapies, particularly the pure mirror exposure technique, are effective treatments to reduce negative thoughts, as well as to increase body related positive feelings and thoughts and body satisfaction with one's body in BN.

Keywords: Body dissatisfaction, mirror exposure, cognitions, emotions, bulimia nervosa.

Introducción

La exposición al propio cuerpo ha demostrado ser una técnica eficaz para reducir la insatisfacción corporal en población con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Key et al., 2002; Tuschen-Caffier, Vögele, Bracht y Hilbert, 2003), así como los pensamientos y emociones negativas asociados al propio cuerpo (Moreno-Domínguez, Rodríguez-Ruiz, Fernández-Santaella, Jansen y Tuschen-Caffier, 2012; Trentowska, Bender y Tuschen-Caffier, 2013). Esta técnica también ha sido incorporada dentro de otras modalidades terapéuticas tales como las cognitivo-conductuales (Key et al., 2002), el *mindfulness* o la *disonancia cognitiva* (Delinsky y Wilson, 2006; Stice y Presnell, 2007).

En esta línea, Tuschen-Caffier, Pook y Frank (2001) desarrollaron una técnica de exposición centrada en los aspectos cognitivos-emocionales de la distorsión de la imagen corporal para pacientes con bulimia nerviosa (BN), que implicaba observarse en un espejo de cuerpo entero mientras realizaban una descripción neutral y objetiva de su propio cuerpo. Esta técnica mejoró el esquema corporal y redujo gradualmente la respuesta emocional negativa ante la propia imagen. Hilbert, Tuschen-Caffier y Vögele (2002) utilizaron esta técnica para evaluar los efectos de la exposición repetida y prolongada al propio cuerpo en mujeres con trastorno por atracón. Estos autores observaron que, después de dos sesiones de tratamiento, aumentaba la autoestima y disminuía el nivel de malestar provocado por la propia imagen, así como el estado de ánimo negativo y la frecuencia de cogniciones negativas.

Recientemente, Luethcke, McDaniel y Beker (2011) utilizaron una muestra no clínica de mujeres para comparar tres técnicas distintas basadas en la exposición al propio cuerpo: dos enfoques neutrales (exposición al propio cuerpo basada en *mindfulness* y descripción neutral) y un enfoque positivo (disonancia cognitiva, consistente en verbalizar los aspectos positivos de sus cuerpos). Las tres variantes de exposición mejoraron los factores de riesgo para los TCA, pero sólo el enfoque basado en la disonancia cognitiva mejoró sustancialmente la satisfacción corporal.

Sin embargo, pocos estudios han evaluado qué ocurre a nivel emocional y cognitivo dentro y entre sesiones sucesivas. Trentowska et al. (2013), utilizando la técnica de desarrollada por Tuschen-Caffier et al. (2001), analizaron los cambios en el malestar producido por la visión del propio dentro de cada sesión, así como las emociones (positivas y negativas) y pensamientos negativos al final de cada sesión de tratamiento, en población con TCA no especificado, con BN, y en población sana. El malestar subjetivo producido por el cuerpo se incrementó significativamente dentro de

cada sesión de tratamiento, disminuyendo al final de cada sesión en ambos grupos. Sin embargo, sólo en el grupo de BN el malestar subjetivo y los pensamientos/emociones negativos disminuyeron significativamente sesión tras sesión, mientras que las emociones positivas incrementaron.

Además, aún no está claro qué es lo que realmente está modificando la exposición usada como técnica aislada. Con este objetivo, Moreno et al. (2012) compararon tres modalidades de exposición en mujeres con insatisfacción corporal sin TCA: exposición pura (exposición sin componentes adicionales), exposición más descripción neutral (Tuschen-Caffier et al., 2001) y exposición en imaginación. Encontraron que sólo las modalidades de exposición al espejo reducían de forma sustancial los pensamientos negativos y sentimientos de fealdad, y que sólo la exposición pura lograba reducir de forma significativa el malestar subjetivo provocado por el propio cuerpo, dentro y entre sesiones, en comparación con los otros dos grupos.

En conclusión, todavía se desconocen los procesos psicológicos que subyacen a las diversas técnicas de exposición durante su aplicación. Así, el objetivo del presente estudio fue comparar la efectividad de tres técnicas de exposición (exposición pura vs. exposición guiada vs. exposición en imaginación) para modificar las emociones y cogniciones asociadas al propio cuerpo en BN a lo largo de seis sesiones de tratamiento.

Método

Participantes

En el estudio participaron 29 mujeres universitarias con sintomatología de bulimia nerviosa (BN) e insatisfacción corporal. Las participantes fueron seleccionadas de una muestra de 1.154 mujeres en función de sus puntuaciones en los cuestionarios *Bulimic Inventory Test Edinburgh* (BITE; Henderson y Freeman, 1987) y *Body Shape Questionnaire* (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). El diagnóstico fue confirmado mediante una entrevista clínica basada en los criterios diagnósticos para BN del DSM-IV (American Psychiatry Association [APA], 2000).

Materiales

- *The Body Image Automatic Thoughts Questionnaire* (BIATQ; Perpiña et al., 2003). Consta de 52 ítems que evalúan la frecuencia con la que la persona ha tenido pensamientos negativos o positivos acerca de su cuerpo o apariencia en una escala tipo Likert que va desde “Nunca” (1) hasta “Muy a menudo” (5). Presenta dos subescalas: una que evalúa pensamientos positivos (15 ítems) y otra que evalúa pensamientos negativos (37 ítems). Presenta una consistencia interna de .91, una fiabilidad test-retest de 0,97 en la escala negativa y de 0,91 en la escala positiva. En cuanto a la validez predictiva, el BIATQ discrimina entre población general, subclínica y clínica (Perpiña et al., 2003).
- *The Visual Analogue Scale* (VAS) fue utilizada para medir la dimensión “Insatisfacción-Satisfacción Corporal”. En el lado izquierdo de la escala se encuentra la palabra “Insatisfacción” y, en el lado derecho, la palabra “Satisfacción”. Las participantes tienen que contestar poniendo una cruz a lo largo de una línea que mide 100 mm., asignándose una puntuación de 100 al extremo de *Insatisfacción* y una puntuación de 0 al extremo de *Satisfacción*.

- *La Escala Subjetiva de Malestar (ESM)* fue creada para medir el nivel de malestar subjetivo de las participantes durante la exposición frente al espejo y en imaginación dentro de cada sesión de tratamiento. Las participantes informaron de su nivel de malestar al inicio de la sesión y cada 5 minutos durante la sesión, usando una escala de 1 a 10 (1 = *nivel mínimo de malestar*; 10 = *nivel máximo de malestar*).

Procedimiento

Todas las participantes recibieron seis sesiones (dos por semana) de tratamiento individuales de 40-50 minutos de duración. Al inicio del tratamiento se les entregaba un conjunto de ropa interior (camiseta y short beige), que debían ponerse en cada sesión de exposición. El grupo de Exposición Pura (EXP) debía permanecer observando su cuerpo en un espejo y, a su vez, verbalizar todos los pensamientos y sentimientos que les asaltaran sobre su propio cuerpo. El grupo de Exposición Guiada (EXP-G) también debía permanecer observando su cuerpo en un espejo y, al mismo tiempo, describir éste de la forma más neutral y objetiva posible, de acuerdo al manual de Tuschen-Caffier y Florin (2002). Finalmente, el grupo de Exposición en Imaginación (EXP-I) debía describir el propio cuerpo utilizando también el manual de Tuschen-Caffier y Florin (2002), pero sin estar frente al espejo ni vestidas en ropa interior. En todas las sesiones el nivel de malestar subjetivo fue evaluado al inicio de la exposición y en nueve momentos temporales, utilizando la ESM. Asimismo, al finalizar las seis exposiciones, se evaluó la frecuencia de los pensamientos positivos y negativos en relación al propio cuerpo y los sentimientos de satisfacción corporal.

Diseño

Para evaluar los cambios en la frecuencia de los pensamientos y la satisfacción corporal, se llevaron a cabo tres ANOVAS de medidas de repetidas (3 x 6) con Grupo como factor entre grupos (EXP vs EXP-G vs EXP-I) y Sesiones (1-6) como factor de medidas repetidas. Los cambios en malestar subjetivo (dentro y entre sesiones) fueron analizados a través de un ANOVA de medidas repetidas (3 x 6 x 10) con Grupo (3) como factor entre-grupos y Sesiones (6) y Medidas (10) (1ª: inicio sesión; 2ª-10ª: intra-sesión) como factores de medidas repetidas.

Resultados

Por un lado, los resultados del ANOVA muestran diferencias significativas para los pensamientos positivos en los factores Sesiones ($F_{(5, 195)} = 10,97, p < 0,0001$) y Grupo ($F_{(1, 39)} = 4,99, p < 0,012$). Todos los grupos incrementaron los pensamientos positivos sobre el propio cuerpo a lo largo de las sesiones, siendo el grupo de EXP el que muestra el mayor aumento (ver Figura 1a). Por otro lado, los resultados del ANOVA para los pensamientos negativos muestran diferencias significativas en el factor Sesiones ($F_{(5, 195)} = 21,55, p < 0,0001$). De nuevo, en todos los grupos se observa una disminución de los pensamientos negativos sobre el propio cuerpo, siendo el grupo de EXP el que muestra un mayor decremento (ver Figura 1b).

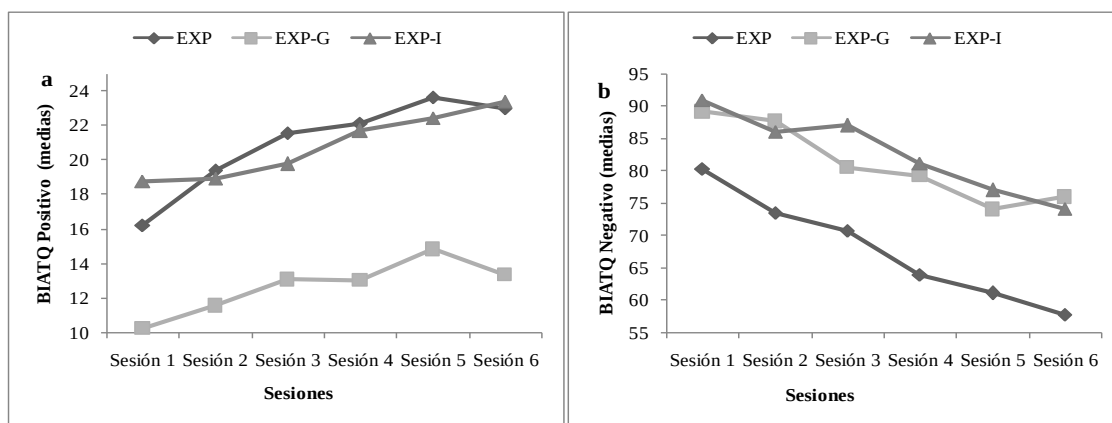


Figura 1. (a) Medias de los pensamientos positivos y (b) negativos entre sesiones en cada grupo: EXP: exposición pura; G-EXP: exposición guiada; I-EXP: exposición en imaginación.

En cuanto a los sentimientos de satisfacción con el propio cuerpo, los resultados del ANOVA muestran diferencias significativas para los factores Sesiones ($F_{(5, 195)} = 21,78$, $p < 0,0001$) y Grupo ($F_{(1, 39)} = 3,88$, $p < 0,029$). Los tres grupos disminuyen sus sentimientos de insatisfacción a lo largo de las sesiones, siendo de nuevo el grupo de EXP el que muestra un mayor decremento de sus sentimientos de insatisfacción (ver Figura 2).

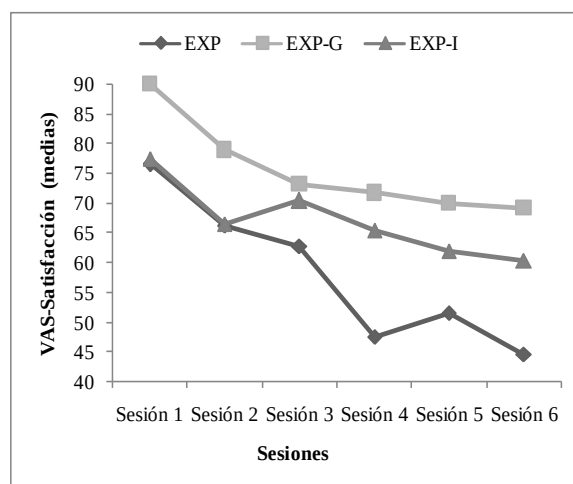


Figura 2. Medias de los cambios en los sentimientos de satisfacción-insatisfacción en cada grupo: EXP: exposición pura; G-EXP: exposición guiada; I-EXP: exposición en imaginación.

Por último, los resultados del ANOVA para los cambios en malestar subjetivo (dentro y entre sesiones sucesivas), muestran diferencias significativas en el factor Sesiones ($F_{(5, 195)} = 30.17$, $p < 0,0001$) y Medidas ($F_{(9, 351)} = 16,81$, $p < 0,0001$); en las dobles interacciones Sesiones x Grupo ($F_{(10, 195)} = 2,71$, $p < 0,012$) y Medidas x Grupo ($F_{(18, 351)} = 7,18$, $p < 0,0001$); y, en la triple interacción, Sesiones x Medidas x Grupo ($F_{(90, 1755)} = 1,58$, $p < 0,041$). El análisis de la triple interacción revela que los tres grupos disminuyeron su nivel de malestar dentro de cada sesión y entre sesiones, siendo de nuevo el grupo de EXP el que muestra un mayor decremento de su malestar en cada sesión y entre sesiones. Las diferencias significativas entre los grupos de EXP y EXP-G aparecen de forma constante desde la sesión 2 y en las medida 5 y 9 (ver Figura 3).

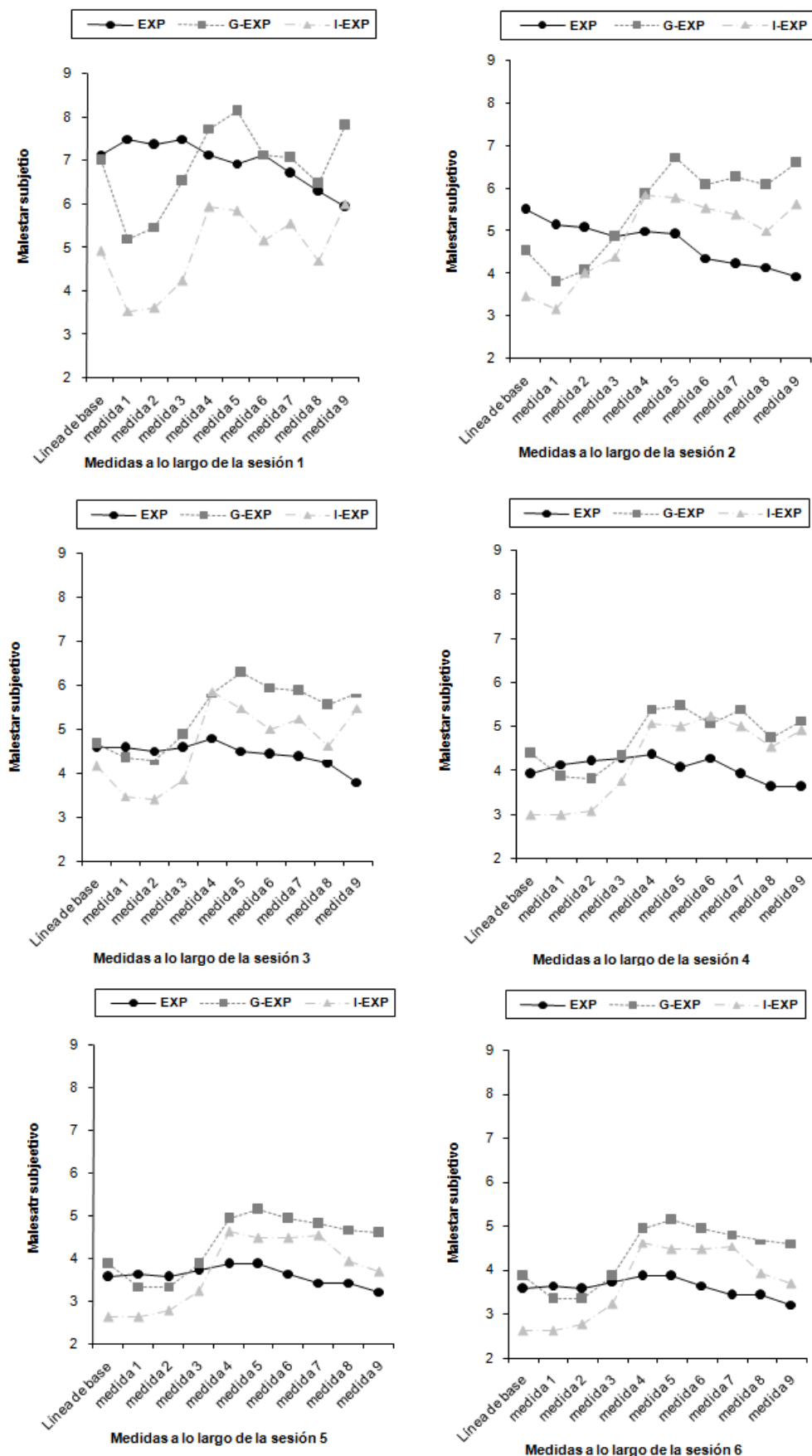


Figura 3. Medias en malestar subjetivo entre y dentro de las sesiones en cada grupo: EXP: exposición pura; G-EXP: exposición guiada; I-EXP: exposición en imaginación.

Discusión/conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio muestran, por una parte, que las técnicas de exposición disminuyen los pensamientos y sentimientos negativos y, al mismo tiempo, provocan un aumento de los pensamientos y sentimientos positivos relacionados con el propio cuerpo durante su aplicación, siendo significativamente mayores estos cambios con la técnica de exposición pura. Por otra parte, se ha observado que estas técnicas provocan un notable descenso del malestar subjetivo provocado por el cuerpo, en cada sesión y entre sesiones sucesivas, siendo igualmente mayores estos cambios con la de exposición pura.

Estos resultados van en la línea de los encontrados por Trentowska et al. (2013) en cuanto a la disminución de pensamientos y emociones negativas ante la exposición al espejo y el aumento de las emociones positivas. Sin embargo, nosotros observamos además cambios en los pensamientos positivos. Una posible explicación a este hecho es que la técnica de exposición pura sea más directa y efectiva para lograr la habituación de las emociones negativas, y que esto provoque un incremento mayor de las cogniciones y emociones positivas.

En relación al malestar provocado por el propio cuerpo, observamos que éste disminuye de forma progresiva a lo largo de la sesiones y entre sesiones, siendo los cambios más marcados en el grupo de exposición pura. Coincidiendo con el estudio de Moreno et al. (2012) en población subclínica, creemos que la exposición pura, al ser más intensiva, puede provocar una mayor habituación. Esta técnica permite a la persona enfrentarse desde el principio a todo su cuerpo, incluyendo las partes más temidas (como muestra el hecho de que en la primera sesión experimenten niveles muy altos de malestar subjetivo), así como a las emociones y pensamientos evocados por la situación. Todo ello podría facilitar una mayor habituación a la visión del propio cuerpo y una extinción más rápida de las respuestas emocionales negativas asociadas al mismo.

A pesar de ser el primer estudio que compara los efectos subjetivos de la exposición por sí sola al propio cuerpo en población clínica, presenta algunas limitaciones como la variabilidad de la muestra y la subjetividad de los datos al utilizar sólo medidas de auto-informe como índices de cambio terapéutico. Por tanto, de cara al futuro, sería importante incluir medidas psicofisiológicas que permitan estudiar en profundidad los procesos motivacionales implicados en el cambio hacia una imagen corporal saludable en este tipo de terapias, y si existen diferencias en distintas poblaciones, con y sin TCA, para mejorar finalmente el conocimiento de las distintas técnicas basadas en la exposición.

En conclusión, nuestro estudio sugiere que las técnicas de exposición, y en especial la exposición pura, son efectivas para reducir la insatisfacción corporal, así como para incrementar los pensamientos y emociones positivas relacionadas con el propio cuerpo en BN.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por dos proyectos de investigación concedidos por el Ministerio de Economía y Competitividad [PSI2009-08417 y PSI2012-31395].

Referencias

American Psychiatry Association, APA (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4a. ed., Test Revised). Washington, DC: Author

- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Delinsky, S.S. y Wilson, G.T. (2006). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 108-116.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B. y Vögele, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 137-144.
- Key, A., George, L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H. y Waller, G. (2002). Body Image Treatment within an inpatient program for Anorexia Nervosa: The role of Mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 185-190.
- Luethcke, C.A., McDaniel, L. y Beker, C. (2011). A comparison of Mindfulness, Nonjudgmental, and Cognitive Dissonance-Based Approaches to Mirror Exposure. *Body Image*, 8, 251-258.
- Moreno-Domínguez, S., Rodríguez-Ruiz, S., Fernández-Santaella, M.C., Jasen, A. y Tuschen-Caffier, B. (2012). Pure versus guided mirror exposure to reduce body dissatisfaction: A preliminary study with university women. *Body image*, 9, 285-288.
- Perpiñá, C., Borra, C., Baños, R., Botella, C., Quero, S. y Jonquera, M. (2003, Noviembre). Psychometric properties of the Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ) in a Spanish population. Póster presentado en *The 37th Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy (AABT)*, Boston, EE.UU.
- Trentowska, M., Bender, C. y Tuschen-Caffier, B. (2013). Mirror exposure in women with bulimic symptoms: How do thoughts and emotions change in a body image treatment? *Behaviour Research and Therapy*, 51, 1-6.
- Tuschen-Caffier, B. y Florin, I. (2002). *Teufelskreis Bulimie: Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Tuschen-Caffier, B., Pook, M. y Frank, M. (2001). Evaluation of manual-based cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa in a service setting. *Behaviour, Research and Therapy*, 39, 299-308.
- Tuschen-Caffier, B., Vögele, C., Bracht, S. y Hilbert, A. (2003). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 573-586.

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL TRASTORNO DE PÁNICO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Sara Pineda*, Gemma Benavides** y Fermín Martínez**

**Hospital General Universitario Morales Meseguer, España*

***Universidad Miguel Hernández, España*

Resumen

El protocolo de Barlow para el tratamiento del trastorno de pánico ha demostrado su eficacia en terapia individual desde su creación en 1988. El objetivo del presente estudio es el de comprobar la eficacia de dicho protocolo aplicado en formato grupal. Para tal fin se realizó una evaluación pretratamiento y postratamiento a un grupo de 6 pacientes con diagnóstico de trastorno de pánico con o sin agorafobia, mediante los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, el Cuestionario de 90 Síntomas-Revisado (SCL-90-R), La Escala de Pánico y Agorafobia (PAS), la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) y la Escala de Bienestar Psicológico (EBP). Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que, tras la intervención grupal, se produce una reducción significativa de la sintomatología de pánico y agorafobia, así como una mejoría del afecto y del bienestar psicológico.

Palabras clave: trastorno de pánico, tratamiento de grupo, salud mental, terapia cognitivo conductual.

COGNITIVE BEHAVIORAL GROUP THERAPY FOR PANIC DISORDER: EXPERIENCE IN A MENTAL HEALTH CENTER

Abstract

Barlow protocol for the treatment of panic disorder has proven successful in individual therapy since its inception in 1988. The aim of this study is to test the effectiveness of the protocol applied in group format. To this end underwent pretreatment and posttreatment evaluation of a group of 6 patients diagnosed with panic disorder with or without agoraphobia, using the DSM-IV-TR, 90 Symptoms Questionnaire-Revised (SCL-90-R), the Panic and Agoraphobia Scale (PAS), the Scale of Positive and Negative Affect (PANAS) and the Psychological Well-being Scale (EBP). The results obtained show that, following the intervention group, there is a significant reduction of symptoms of panic and agoraphobia, as well as improvement of affection and psychological wellbeing.

Keywords: Panic disorder, group therapy, mental health, cognitive behavioral therapy.

Introducción

Los trastornos de ansiedad son, junto con los trastornos del estado del ánimo, los que más contribuyen a la morbi-mortalidad debido al sufrimiento que generan, y los que más repercuten en las economías nacionales (Demertzis y Craske, 2006; Kroenke et al., 2007). Estudios comunitarios a gran escala han encontrado que hasta un 10% de la población adulta experimenta un ataque de pánico en algún momento de su vida (Robins et al., 1984), situándose la prevalencia anual del trastorno de pánico (TP en

adelante) entre el 1,5% y el 3,5% (American Psychiatric Association [APA], 2002). El TP presenta una comorbilidad entre un 65% y un 88%, siendo los trastornos comórbidos más frecuentes los de ansiedad y los del estado de ánimo (APA, 2002). También se ha observado que, comparados con pacientes que presentan otras patologías, las personas que padecen TP usan con mayor frecuencia los servicios de emergencia de los hospitales, tienen un riesgo de suicidio más elevado (Weissman, Klerman, Markowitz y Oullette, 1989), y presentan un mayor uso de psicofármacos, hasta el 52% de estos pacientes consume alguna sustancia psicoactiva (Alonso et al., 2004). Más alarmante aún resulta el hecho de que sin tratamiento adecuado tiende a cronificarse, siendo su pronóstico a largo plazo peor que el de la depresión (Botella, 2001).

Las consultas por TP en el sistema nacional de salud son mayores que las debidas a cualquier otro trastorno de ansiedad o emocional (Fernández et al., 2006), y suponen la primera causa de derivación desde las consultas de Atención Primaria a los Servicios especializados de Salud Mental, en concreto, un 46,3% según el estudio de Martín et al. (2009). Sin embargo, el tratamiento recibido por estos pacientes no siempre es el más adecuado, encontrando que: un 33% recibe tratamiento exclusivamente farmacológico, un 27% recibe tratamiento farmacológico junto con atención psicológica, un 0,9% recibe tratamiento exclusivamente psicológico, y un 39% no recibe ningún tipo de tratamiento (Codony et al., 2007). Sin embargo, encontramos que la Guía del Instituto Nacional de Excelencia Clínica y de la Salud de Gran Bretaña (NICE, 2011) recomienda la terapia cognitivo conductual (en adelante TCC) con el nivel de evidencia más elevado, por encima de los antidepresivos ISRS, que aparecen en segundo lugar. La Guía Clínica para el tratamiento del trastorno por angustia de la Asociación Psiquiátrica Americana recomienda la TCC como tratamiento de elección, colocándola al mismo nivel que la farmacoterapia (Martín et al., 2009).

Según diferentes estudios, la terapia en formato grupal para el pánico ha mostrado una eficacia similar a un menor coste (Reger y Gahm, 2009). En la Región de Murcia, se ha venido aplicando el programa de Barlow para el tratamiento del control del pánico en forma grupal, encontrando que éste es eficaz en la reducción de la sintomatología propia de este trastorno (Martín et al., 2009; Garriga, 2009; Martí, Martín y Garriga 2011).

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, el objetivo del presente trabajo es doble. Por un lado, aportar nuevas evidencias sobre la eficacia de la aplicación en formato grupal del programa de TCC para el TP desarrollado por Barlow (1989). Y, por otro lado, evaluar si dicha intervención no sólo disminuye la sintomatología del trastorno, sino si además aumenta el estado de ánimo positivo y el bienestar psicológico, aspectos sobre los que no se ha hecho hincapié en las investigaciones revisadas, y que consideramos de gran importancia si atendemos a la definición de la OMS en la que se afirma que la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales sino un estado de bienestar.

Método

Participantes

Los criterios para la selección de la muestra fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión: cumplir criterios diagnósticos para Trastorno de pánico, con o sin agorafobia.

- Criterios de exclusión: otro diagnóstico principal en el Eje I, trastorno de personalidad, abusos de sustancias y/o alcohol. No superar una asistencia mínima del 80% de las sesiones.

La muestra fue seleccionada mediante un protocolo de derivación a terapia grupal, de forma que cualquier profesional del centro pudiera derivar a aquellos pacientes que cumplieran los criterios mencionados. Se seleccionan 15 participantes, de los cuales 7 se comprometen a asistir regularmente a las sesiones y a realizar el tratamiento grupal. Cumplen el criterio de asistencia regular a las sesiones semanales (un mínimo del 80% de las sesiones) 6 sujetos.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra.

<i>Sexo</i>	
Mujer	83%
Varón	17%
<i>Edad</i>	
	Media: 36,3
	DT: 11,4
	MIN: 21
	MAX: 58
<i>Estado civil</i>	
Casado	67%
Soltero	33%
<i>Nivel estudios</i>	
Primarios	33%
Secundarios	50%
Universitarios	17%
<i>Situación laboral</i>	
Ama de casa	42%
En paro	42%
En activo	14%
Pensionista	14%

Instrumentos

- Inventario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R; Derogatis, 1983; adaptación española de González de Rivera et al., 1989). Evalúa el grado de malestar psicológico que experimenta una persona, y es una de las pruebas más utilizadas para detectar psicopatología o sintomatología psíquica. Consta de 90 ítems agrupados en 9 dimensiones: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Además, proporciona 3 índices globales de malestar. La fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores 0,70 en la mayoría de los estudios de fiabilidad test-retest y en torno a 0,80 en los análisis de consistencia interna (Derogatis, 1994; Derogatis y Savitz, 2000).
- Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS; Bandelow, 1995). Evalúa la gravedad del trastorno de pánico. Consta de 13 ítems agrupados en 5 subescalas: ataques de pánico (frecuencia, gravedad y duración), agorafobia (frecuencia e importancia de las situaciones), ansiedad anticipatoria (frecuencia y gravedad), discapacidad (social, familiar y laboral) y preocupaciones por la salud, además de una puntuación de gravedad total. Los autores no proponen puntos de corte, si no que a mayor puntuación, mayor gravedad. En el trabajo original de Bandelow

- (1995) el cuestionario mostró satisfactorios resultados en el análisis de los ítems, fiabilidad inter-examinadores, objetividad, validez externa y estructura factorial.
- Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Consta de 20 ítems que conforman las dos subescalas de esta prueba: afecto positivo y afecto negativo. El afecto positivo refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, alerta, activa, con energía y participación gratificante. El afecto negativo representa una dimensión general de distrés subjetivo y participación desagradable, que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, miedo y nerviosismo. Esta escala se caracteriza por una alta consistencia interna, con alfas de 0.86 a 0.90 para el afecto positivo y de 0,84 a 0,87 para el afecto negativo. La estructura bifactorial de la escala ha sido corroborada en numerosos estudios, incluidos los realizados con población española (Sandín et al., 1999).
 - Escala de bienestar psicológico (EBP; Sánchez-Cánovas, 1998). Consta de 65 ítems y está formada por 4 subescalas: bienestar psicológico subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y relaciones con la pareja. En el presente estudio se utilizó la primera subescala exclusivamente. La consistencia interna de la prueba es elevada para la subescala de bienestar psicológico subjetivo (alfa de Cronbach= 0,93).

Procedimiento

Se realiza una intervención clínica grupal, comprobándose la eficacia de la misma mediante una evaluación pretratamiento y una evaluación postratamiento. El tratamiento se lleva a cabo en el CSM de Molina de Segura (Murcia), aplicando el protocolo adaptado de Barlow para el TP. Se trata de una adaptación realizada por Moreno y Martín (2007), en cuya guía se recoge de forma detallada el tratamiento realizado. La intervención consiste en 12 sesiones, con periodicidad semanal, de una hora y media de duración.

Diseño

Se trata de un diseño cuasi-experimental de tipo pre-post, con un solo grupo de tratamiento.

Resultados

Tras el tratamiento ninguno de los pacientes continúa presentando los criterios necesarios para el diagnóstico de TP con o sin agorafobia según el DSM-IV, objetivado mediante evaluación clínica. En la prueba SCL-90-R, se obtienen diferencias significativas en las variables de ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica y psicoticismo.

Tabla 2. Comparación pre post SCL-90-R.

Variables	Pre <i>M (DT)</i>	Post <i>M(DT)</i>	Wilcoxon Z	<i>p</i>
Somatizaciones (SOM)	1,78 (0,99)	1,45 (0,61)	-1,51	0,13
Obsesiones-Compulsiones (OBS)	1,73 (0,95)	1,56 (0,85)	-1,37	0,16
Sensibilidad Interpersonal (INT)	0,85 (0,67)	0,91 (0,79)	0,42	0,67
Depresión (DEP)	1,91 (0,86)	1,35 (0,68)	-1,21	0,22
Ansiedad (ANS)	1,98 (1,05)	1,16 (0,62)	-2,20	0,02*
Hostilidad (HOS)	1,15 (1,14)	0,66 (0,58)	-2,22	0,02*

Ansiedad Fóbica (FOB)	2,11 (1,01)	1,30 (0,78)	-2,04	0,04*
Ideación Paranoide (PAR)	0,83 (0,79)	0,83 (0,78)	-0,10	0,91
Psicoticismo (PSI)	0,85 (0,77)	0,51 (0,70)	-2,02	0,04*
Índice Global de Severidad (IGS)	1,54 (0,70)	1,10 (0,53)	-1,75	0,80
Total de Síntomas Positivos (PST)	52,50 (18,19)	52,00 (19,88)	0,13	0,89
Índice Positivo de Malestar (PSDI)	2,55 (0,31)	2,08 (0,90)	-0,94	0,34

* $p < 0,05$

En la PAS, se obtienen diferencias significativas en las variables de ataques de pánico, agorafobia, ansiedad anticipatoria, discapacidad y puntuación total de la escala.

Tabla 3. Comparación pre post PAS.

Variables	Pre <i>M (DT)</i>	Post <i>M(DT)</i>	Wilcoxon Z	<i>p</i>
Ataques de Pánico (A)	3,67 (2,25)	1,17 (1,83)	-2,04	0,04*
Agorafobia (B)	8,67 (2,58)	4,17 (3,31)	-2,21	0,02*
Ansiedad Anticipatoria (C)	4,17 (2,13)	2,33 (2,06)	-2,06	0,03*
Discapacidad (D)	5,00 (3,03)	1,33 (1,63)	-2,06	0,03*
Preocupaciones por la Salud (E)	2,50 (2,34)	0,67 (1,03)	-1,60	0,10
Puntuación Total (T)	24,00 (9,46)	9,67 (6,02)	-2,20	0,02*

* $p < 0,05$

En la PANAS se encuentran diferencias significativas en ambas variables, afecto positivo (que refleja un aumento significativo) y afecto negativo (que refleja una disminución significativa).

Tabla 4. Comparación pre post PANAS.

Variables	Pre <i>M (DT)</i>	Post <i>M(DT)</i>	Wilcoxon Z	<i>p</i>
Afecto positivo (P)	21,33 (4,27)	31,33 (4,17)	2,20	0,02*
Afecto Negativo (N)	34,67 (8,21)	20,83 (3,34)	-2,22	0,02*

* $p < 0,05$

La prueba EBP muestra una diferencia significativa en la variable de bienestar psicológico subjetivo.

Tabla 5. Comparación pre post EBP.

Variables	Pre <i>M (DT)</i>	Post <i>M(DT)</i>	Wilcoxon Z	<i>p</i>
Bienestar psicológico subjetivo (BPS)	62,50 (27,01)	90,67 (20,17)	2,20	0,02*

* $p < 0,05$

Discusión

El objetivo del presente trabajo se ha centrado en evaluar la eficacia del protocolo de intervención cognitivo-conductual de Barlow, adaptado a formato grupal, tanto en la reducción de la sintomatología del trastorno de pánico, como en la mejora del estado de ánimo y del bienestar psicológico de los pacientes.

El análisis comparativo muestra una reducción en aquellas variables que están directamente relacionadas con el trastorno de pánico: ansiedad general, ansiedad fóbica, número e intensidad de los ataques de pánico, conductas agorafóbicas y ansiedad anticipatoria. Además, se ha encontrado que el tratamiento produce diferencias significativas en variables relacionadas con una mejor adaptación por parte de los sujetos a su vida cotidiana: una reducción de la *discapacidad* y el *afecto negativo*, así como un aumento del *afecto positivo* y del *bienestar psicológico subjetivo*.

Los resultados obtenidos se encuentran en la línea de los estudios previos (Garriga, 2009; Martín et al., 2009; Martí et al., 2011), exceptuando el resultado obtenido en la variable depresión, que en este caso no muestra una disminución estadísticamente significativa después del tratamiento.

Como novedoso, se aporta una medición de variables no reflejadas en otros estudios: la afectividad y el bienestar psicológico. Estas variables, deben ser consideradas de importancia si atendemos al concepto de salud no sólo como la ausencia de patología (en este caso, ausencia de crisis de pánico), sino como la presencia de un bienestar físico y emocional.

Además, el tratamiento en formato grupal permite una atención más rápida al usuario así como una reducción de las listas de espera, generando un menor coste económico. Mediante el presente trabajo, se espera contribuir a la consolidación de la TCC como tratamiento de primera elección en el sistema sanitario público.

Posibilidades de mejora de este estudio: seguimiento de los pacientes para comprobar la estabilidad de los cambios producidos, control de la covariable medicación como posible factor interviniente en los cambios producidos, aumentar el tamaño muestral, y comparar el grupo de tratamiento con grupos control en lista de espera o en tratamiento farmacológico exclusivamente.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Bandelow, B. (1995). The assessment of efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia II. The Panic and Agoraphobia Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 73-82.
- Barlow, D. H. y Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, New York: Graywind Publications.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13, 465-478.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A. et al. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(2), 21-28.
- Demertzis, K. H. y Craske M.G. (2006). Anxiety in primary care. *Current Psychiatry Reports*, 8, 291-297.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer Systems, Inc.
- Derogatis, L. R. y Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En M.E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care setting* (pp. 297-334) Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., et al. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.

- Garriga, A., Martín, J. C. y López-Soler, C. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14(2), 79-93.
- González de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., De las Cuevas, C., Gracia, R., Rodríguez, R., Henry, M. y Monterrey, A. L. (1989). *The Spanish version of SCL-90-R. Normative Data in the General Population. Clinical Psychometric Research*. Baltimore: Towson.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O. y Löwe B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325.
- Martín, J. C., Garriga, A., Pujalte, M. L., Balanza, P., San Llorente, C. y Guijarro, A. (2009). Generalización y efectividad de la aplicación del modelo de control de pánico en centros de salud mental. Una estrategia de benchmarking. *Psicologia.com*, 13(2), 15.
- Martí, J., Martín, J. C. y Garriga, A. (2011). Tratamiento cognitivo conductual grupal de Trastorno de pánico en Atención primaria: una experiencia piloto. *Psiquiatria.com*, 15, 77.
- Moreno, P. y Martín, J. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia: Manual para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- National Institute for Clinical Excellence (2011). *Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care*. London: NICE. Recuperado de <http://guidance.nice.org.uk/CG113>
- Reger, M. A. y Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 53-75.
- Robins, L. N., Helzer J. E., Weissman M., Orvaschel H., Grunberg, E., Burke, J. D. y Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Sánchez-Cánovas, J. (1998). *EBP: Escala de bienestar psicológico*. Madrid: TEA.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Markowitz, J. S. y Oullette, R. (1989). Suicidal ideation and attempts in panic disorder and attacks. *New England Journal of Medicine*, 321, 1209-1214.

RECONOCIMIENTO EMOCIONAL FACIAL Y NIVEL DE AGRESIVIDAD EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TDAH

Sarah Berrocoso-Cascallana, Esther Lázaro-Pérez, Mireia Oliva-Macias,
Manuel Pérez-Álvarez, Pamela Parada-Fernández, Andrea Iglesias-Núñez,
Amaia Jometón-Elorriaga, Óscar Martínez-Gutiérrez,
Juan Francisco López-Paz e Imanol Amayra-Caro

Universidad de Deusto, Bilbao, España

Resumen

Antecedentes: En niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se constata la existencia de déficits en el reconocimiento emocional de expresiones faciales. Hay evidencias a favor de que estos déficits están asociados con la agresividad y/o comportamientos antisociales. El objetivo del estudio es establecer si existen diferencias en el reconocimiento facial de emociones en grupos de niños con TDAH con diferentes niveles de agresividad, midiendo el reconocimiento emocional con dos herramientas virtuales (FEEL y e-Motion-I). **Método:** Un total de 39 varones con edades comprendidas entre 8 y 12 años son evaluados, siendo clasificados según diferentes niveles de agresividad (muy adaptado, adaptado, normal, en riesgo y clínicamente significativo) acorde a sus puntuaciones T en la escala agresividad del BASC. **Resultados:** Se realizaron análisis descriptivos y no paramétricos para examinar diferencias en las variables agresividad y reconocimiento de emociones. El 51,3% de los niños muestra un nivel de agresividad “clínicamente significativo” ($n = 20$). Se encontraron diferencias significativas entre los subgrupos de nivel de agresividad en el total de respuestas correctas de la expresión facial de enfado ($p < 0,05$), siendo el grupo <<en riesgo>> el que mostró mayor tasa de aciertos; ocurre lo mismo ante la emoción de asco ($p = 0,03$). **Conclusiones:** En general, se aprecia un alto porcentaje de niños con conductas de agresividad. El subgrupo de niños con niveles más altos muestra una sensibilidad mayor hacia las emociones asociadas a la agresividad, como el enfado y el asco. Se plantean diversas hipótesis sobre la relación encontrada de la que se pueden derivar implicaciones terapéuticas.

Palabras clave: TDAH, reconocimiento emocional facial, agresividad, herramienta virtual.

FACIAL EMOTION RECOGNITION AND AGGRESSION AMONG CHILDREN WITH ADHD

Abstract

Background: It is found the existence of deficits in emotional recognition of facial expressions in children diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). There is evidence supporting that these deficits are associated with aggressive and / or antisocial behavior. The aim of the study is to establish the differences in facial emotion recognition between groups of children with ADHD with different levels of aggressiveness, measuring emotional recognition with two virtual tools (FEEL and e-Motion-I). **Method:** 39 men aged between 8 and 12 years are assessed, classified according to different levels of aggressiveness (very adapted, adjusted, normal, at risk and clinically significant) according to their T scores on the scale of the BASC aggression. **Results:** Descriptive and non-parametric analysis was conducted to examine differences in variables of aggressiveness and emotion recognition. The 51.3% of children shows a clinically significant level of aggression ($n = 20$). Significant

differences were found between subgroups of level of aggression in the total correct responses on the facial expression of anger ($p < .05$), being the group <<at risk >> which showed higher hit rate. Similar results were found in relation to the emotion of disgust ($p = .03$). Conclusions: In general, there are a high percentage of children with aggression. The subgroup of children with higher levels shows a greater sensitivity to the aggression associated to emotions like anger and disgust. They raise a number of hypotheses about the relationship found from which can be derived therapeutic implications.

Keywords: ADHD, facial emotion recognition, aggressiveness, virtual tool.

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un desorden del neurodesarrollo infantil que se diagnostica tanto en niños como en adolescentes. Es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente ya que afecta a un 5-8% de la población infantil en edad escolar (American Psychiatric Association [APA], 2002; Centers for Disease Control and Prevention, 2003; Froehlich, Lanphear y Epstein, 2007; Mayo Clinic, 2002). Se estima que en España la prevalencia del TDAH es de un 6,8% (Catalá-López et al., 2012).

El TDAH presenta cierta comorbilidad con trastornos del comportamiento, del estado de ánimo, de ansiedad, tics, Síndrome de Tourette y problemas de aprendizaje, pero los trastornos del comportamiento parecen concurrir más frecuentemente (Adelman, 2003). Esta comorbilidad no solo complicará el diagnóstico y el tratamiento, sino que empeora el pronóstico de este colectivo. Uno de los problemas de conducta más disruptivos en el TDAH es la agresividad (Hinshaw, 1987); según el estudio de Sinzig, Manfred-Döpfner, Lehmkuhl y German (2007) las primeras descripciones sobre el comportamiento agresivo en niños con TDAH aparecen referidas desde 1977 (Cantwell et al., 1977; Loney et al., 1978; Prinz, et al., 1981). La incidencia de comportamientos de tipo agresivo y oposicionista se hace patente en diversos grupos de edad. Así entre el 40-70% de estas conductas aparecen entre los 6 y los 12 años de edad (educación primaria), y el 25-45% recibirá un diagnóstico de trastorno de comportamiento entre los 8 y 12 años (Loeber, Green, Lahey, Christ y Frick, 1992).

Uno de los problemas más comunes que se deriva del TDAH son las dificultades sociales experimentadas por los niños que tienen este trastorno. En este sentido, hasta el 50-70% de los niños que acuden a consulta presentan problemas de adaptación social (Fernández-Jaén et al., 2011). El 60-70% de niños con un TDAH son rechazados y estigmatizados por sus compañeros debido a sus comportamientos provocadores, agresivos o disruptivos (Pardos, Fernández y Fernández, 2009). Otros autores señalan que la tasa de estos comportamientos es superior en los niños con TDAH de subtipo combinado, lo que explicaría que un 74% de estos niños reciban un rechazo frecuente y continuado en el tiempo por parte de sus iguales (García, Presentación, Sigenthaler y Miranda, 2006). Cabe destacar que las relaciones con los compañeros resultan un indicador clave para la medida de la competencia social de estos niños, y suponen una medida indirecta de su funcionamiento social (Mrug, Hoza y Gerdes, 2001; Nixon, 2001).

En la revisión de King y Waschbusch (2010) se refiere que la importancia de estudiar y entender estas relaciones sociales en niños y adolescentes diagnosticados de

TDAH, permite predecir la aparición de relaciones disfuncionales entre iguales en la infancia y en la edad adulta.

Hasta el momento, la investigación sobre este trastorno ha hecho hincapié en los aspectos de tipo cognitivo y no tanto en las alteraciones emocionales experimentadas. Sin embargo, tanto en niños como en adultos diagnosticados de TDAH se ha identificado una disfunción primaria en el reconocimiento de estímulos emocionales, tanto en las expresiones faciales como en la prosodia afectiva, fundamentales en el desarrollo y regulación de las relaciones interpersonales (Albert, López, Fernández- y Carretil, 2008; Pelc, Kornreich, Foisy y Dan, 2006).

El objetivo planteado en la presente investigación es establecer si existen diferencias en el reconocimiento facial de emociones en grupos de niños con TDAH con diferentes niveles de agresividad. Conocer dicha información, ayudaría a encaminar diferentes vías de actuación en cuanto a la intervención, así como a entender factores relacionados con este déficit en el reconocimiento emocional.

Método

Participantes

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico compuesto por un total de 39 niños varones de la Comunidad Autónoma Vasca. Todos los niños fueron reclutados a través de diferentes asociaciones de TDAH de la Comunidad. La media de edad fue de 9 años ($DT= 1,11$). Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico previo según categorías del DSM-IV-R a través de un profesional cualificado y consentimiento de los progenitores o tutores; los niños con ceguera, parálisis, retraso mental o bajo otro tipo de condición médica o neurobiológica fueron excluidos del estudio.

Instrumentos

En este estudio se aplicaron tres instrumentos:

- *Test Feel* (Facially Expressed Emotion Labeling, Kessler, Bayerl, Deighton y Traue, 2002) empleo de la adaptación española para muestra infantil (Amayra et al., 2011a). Es una prueba por ordenador que mide la capacidad de reconocer emociones básicas (ira, asco, miedo, alegría, sorpresa y tristeza) en expresiones faciales estáticas en un formato de respuesta cerrada. Tiene un índice de fiabilidad de α de Cronbach de $\alpha = 0,77$, en la muestra estudiada hemos obtenido un valor de $\alpha = 0,87$.
- *Emotion-I* (Amayra et al., 2011b; Lázaro et al., 2013). Instrumento de realidad virtual que proporciona medidas del reconocimiento de emociones faciales básicas en estímulos estáticos y dinámicos. En la actualidad se están llevando a cabo los análisis de fiabilidad para esta prueba (in press).
- BASC, Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes- Cuestionario para padres (P)- escala Agresividad (Reynolds y Kamphaus, 1992; adaptación española de González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004). Define la agresión desde la multidimensionalidad del fenómeno (agresiones físicas, verbales, conductas de la ruptura de la propiedad de otros, etc.). Esta escala presenta unos índices de consistencia interna que oscilan entre 0,79-0,75 dependiendo de la franja de edad estudiada.

Procedimiento

En un primer momento se tomó contacto con familias pertenecientes a asociaciones de TDAH de la Comunidad (AHIDA y ANADAHI). Tras una sesión informativa en la que se detallaban los objetivos del estudio, los padres interesados en participar firmaron el consentimiento informado.

Los padres y niños fueron evaluados de forma separada. A los padres, se les realizó una entrevista acerca de los datos relevantes del niño y se les administró el cuestionario BASC. Los niños fueron evaluados con las pruebas relativas al reconocimiento de expresión facial emocional.

Tras la recogida de cuestionarios se transformaron las puntuaciones directas del BASC en puntuaciones T. El análisis de las variables clínicas y demográficas de la muestra se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 20. Para el contraste de hipótesis, se empleó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis para muestras independientes; se utilizó este tipo de estadístico ya que la muestra no seguía el criterio de normalidad.

Diseño

El estudio sigue un diseño ex post facto (observacional transversal). Para todos los contrastes de hipótesis se aceptó un valor de significación estadística (p) menor o igual a 0,05 para un nivel de confianza del 95%.

Resultados

En la variable agresividad del BASC se ha obtenido una puntuación T media de 71,72 ($DT= 17,97$), que es superior a la media establecida por el instrumento ($T = 50$). Las puntuaciones obtenidas por los participantes se sitúan en un rango entre 42 y 105. Respecto a la clasificación de los sujetos en función de los niveles establecidos por el BASC, la figura 1 muestra el porcentaje de sujetos calificados como “muy adaptados” ($T < 30$), “adaptados” ($30 < T < 40$), dentro de un “rango normal” ($40 < T < 60$), “en riesgo” ($T > 60$) y “clínicamente significativos” ($T > 70$).

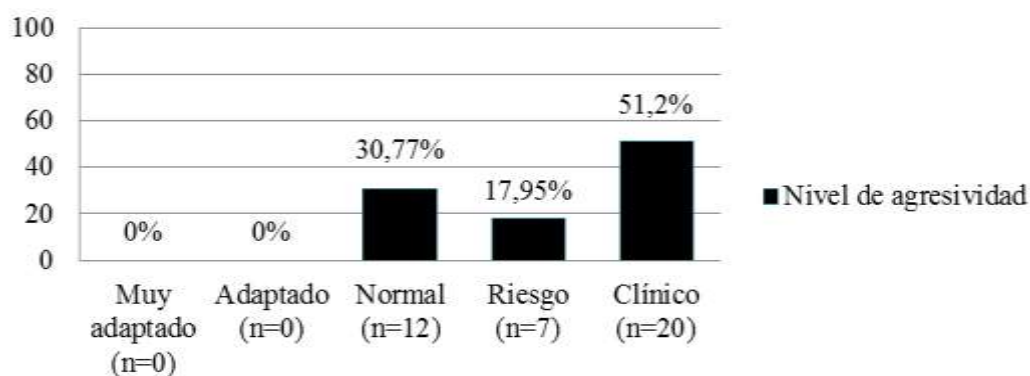


Figura 1. Clasificación de los niños según su puntuación T en agresividad.

Se aprecian diferencias significativas en el reconocimiento emocional facial de caras estáticas (Feel) en enfado ($X^2_{(2)} = 6,04$, $p = 0,05$) y asco ($X^2_{(2)} = 7,25$, $p = 0,03$) entre los diferentes grupos de agresividad. El grupo con un mayor número de aciertos en el reconocimiento de emociones es el de “riesgo”. No se observaron diferencias de

reconocimiento emocional facial significativas en el resto de emociones básicas medidas a través de la herramienta Feel ni e-Motion-I (Figura 2).

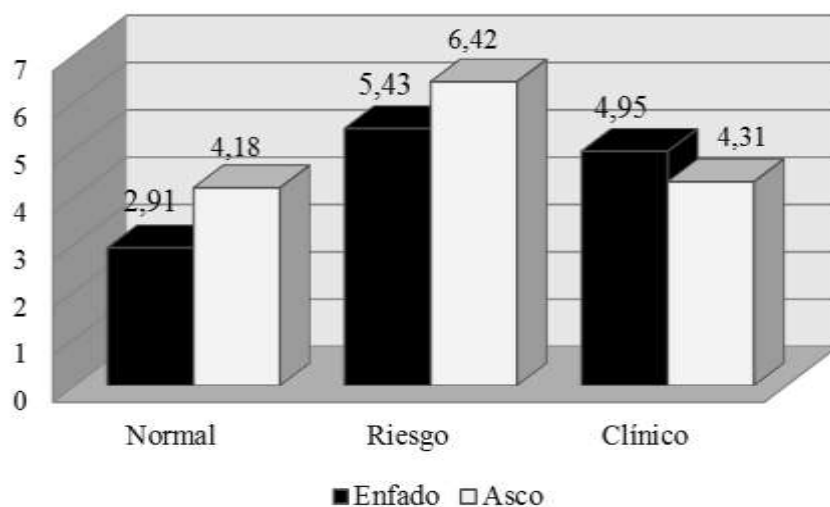


Figura 2. Media de aciertos en el reconocimiento emocional facial enfado/asco entre grupos de diferentes niveles de agresividad (Test Feel).

Discusión

El 51,3% de los niños de la muestra expresaron un nivel de agresividad clínicamente significativo ($n = 20$); este resultado puede basarse en el hecho de que los síntomas descritos para el TDAH se encuentran ligados a factores como el control de la ira y la impulsividad (Harty et al., 2009). Por otra parte, la hipótesis de la exacerbación sugiere que los niños que padecen TDAH son propensos a mostrar esta agresividad, a causa de la baja capacidad de control inhibitorio asociada al diagnóstico (Becker, Luebke, Stoppelbein, Greening y Fite, 2012).

Los niños con niveles más altos de agresividad han mostrado una mayor sensibilidad hacia las emociones más relacionadas con ésta, como el enfado o el asco; este hallazgo concuerda con los resultados de Cadesky et al. (2000) donde los niños con TDAH+CD mostraron un rendimiento inferior en el reconocimiento de todas las emociones excepto en la de enfado.

En cuanto al tratamiento empleado ante este tipo de disfunción de la conducta, la vía más empleada es el uso de medicamentos en combinación con intervenciones psicosociales eficaces en el control del comportamiento agresivo de los niños y adolescentes con TDAH (List y Barzman, 2011). Por otra parte, encontramos que las dificultades sociales están relacionadas con disfunciones en la atención y respuesta ante las pistas que proporciona la información emocional (Pelc et al., 2006). Los niños con TDAH experimentan fuertes reacciones emocionales frente a eventos de alta carga emotiva y dada la baja habilidad para regular su emoción y arousal en dirección a un comportamiento ajustado, pueden llegar a desarrollar con frecuencia comportamientos agresivos ante estas situaciones (Kitchens, Rosen y Braaten, 1999). Teniendo en cuenta estos datos, el entrenamiento específico en reconocimiento de emociones y autoajuste podría adquirir especial relevancia.

Una de las principales limitaciones de nuestro estudio es la herramienta empleada para medir el nivel de agresividad (subescala agresividad del BASC). Si bien

analiza la multidimensionalidad del trastorno, no nos proporciona información en cuanto a los síntomas/tipología concretos y carece de una medida directa de la agresividad expresada. Es por ello que en futuras investigaciones se plantea el desarrollo y la aplicación de instrumentos con un contenido más ecológico.

Referencias

- Adesman, A. (2003). A diagnosis of AD/HD? Don't overlook the probability of comorbidity! *Contemporary Pediatrics*, 20.
- Amayra, I., López-Paz, J.F., Lázaro, E., Caballero, P., Oliva, M. y Jometón, A. (2011a). *Adaptación y baremos del FEEL en población infantil*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Amayra, I., López-Paz, J.F., Lázaro, E., Caballero, P., Oliva, M. y Jometón, A. (2011b). *Emotion-Motion 1.0*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Becker, S.P., Luebke, A.M., Stoppelbein, L., Greening, L. y Fite, P.J. (2012). Aggression among Children with ADHD, Anxiety, or Co-Occurring Symptoms: Competing Exacerbation and Attenuation Hypotheses. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 40, 527-542.
- Cadesky, E.B., Mota, V.L. y Schachar, R. (2000). Beyonds words: How do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 39, 1160-1167.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. y Catalá, M.A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, 12, 168-180.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003). Prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, 842-847.
- Fernández-Jaén, A., Fernández, D.M., López, S., García, C., Muñoz, C., Pardos, A., Prados, B., Calleja, B. y Muñoz, N. (2011). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y su relación con las habilidades sociales y de liderazgo evaluadas a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 339-348.
- Froelich, T.E., Lanphear, B.P., Epstein, J.N., Barbaresi, W.J., Katusic, S.K. y Kahn, R.S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Achives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 857-864.
- García, R., Presentación, M.J., Sighenthaler, R. y Miranda, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con trastorno de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Revista de Neurología*, 42(Supl. 1), S13-S17.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones.
- Harty, S. C., Miller, C. J., Newcorn, J. H. y Halperin, J. M. (2009). Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: aggression, anger, and hostility. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 85-97.
- Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attention deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101, 443-463.
- Kessler, H., Bayerl, P., Deighton, R. M. y Traue, H. C. (2002). Facially Expressed Emotion Labeling (FEEL): PC-gestützter Test zur Emotionserkennung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23, 297-306.

- King, S. y Waschbusch, D.A. (2010). Aggression in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 10, 1581-1594.
- Kitchens, S.A., Rosen, L.A. y Braaten, E.B. (1999). Differences in anger, aggression, depression, and anxiety between ADHD and non-ADHD children. *Journal of Attention Disorders*, 3, 77-83.
- Lázaro, E., Amayra, I., López-Paz, J.F., Jometón, A., Pérez, M., Oliva, M. (2013). E-motion1.0: a Virtual Serious Game to assess Theory of Mind in children. *Conference Proceedings IADIS International Conference e-Society 2013*, 241-246.
- List, B. A. y Barzman, D. H. (2011). Evidence-Based Recommendations for the Treatment of Aggression in Pediatric Patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 82, 33-42.
- Loeber, R., Green, S.M., Lahey, B.B., Christ, M.A.G. y Frick, P.J. (1992). Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 1, 21-41.
- Loney, J., Prinz, R.J., Mishalow, J. y Joad, J. (1978). Hyperkinetic/aggressive boys in treatment: Predictors of clinical response to methylphenidate. *American Journal of Psychiatry*, 135, 1487-1491.
- Mayo Clinic (2002). How Common is Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 209-210.
- Mrug, S., Hoza, B. y Gerdes, C. (2001). Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: peer relationships and peer-oriented intervention. *ew Directions for Child and Adolescent Development*, 91, 51-77.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit Hyperactivity Disorder: A Review of the literature. *Child psychology & Psychiatry*, 6, 172-180.
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A. y Fernández-Mayorales, M. (2009) Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48(Supl. 2), S107-S111.
- Pelc, K., Kornreich, C., Foisy, M.L. y Dan, B. (2006). Recognition of emotional facial expressions in attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatric Neurology*, 35, 93-97.
- Prinz, R.J., Connor, P.A. y Wilson, C.C. (1981). Hyperactive and aggressive behaviors in childhood: Interviewed dimensions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 191-202.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior assessment system for children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Sinzig, J., Döpfner, M. y Lehmkuhl, G. (2007). Long-acting methylphenidate has an effect on aggressive behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child And Adolescent Psychopharmacology*, 17, 421-432.

SUBTIPOS DE PERSONALIDAD EN CANDIDATOS OBESOS PREBARIÁTRICOS: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN IMAGEN CORPORAL Y SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA?

Sergio Sánchez-Reales*, Javier Prado-Abril**,
Carmen Caballero-Pelaez***, Sandra del Olmo Conte****

*Hospital General Universitario de Elche, España

**Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

***Hospital General Universitario J. M. Morales Messeguer, Murcia, España

****Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Resumen

Antecedentes: Durante las últimas décadas la obesidad se erige como un problema sanitario fundamental en las sociedades occidentales. La cirugía bariátrica es el tratamiento de elección en obesidad grave y mórbida. No obstante, la población bariátrica es muy heterogénea y revisiones recientes enfatizan que la personalidad es uno de los predictores fundamentales de la pérdida de peso post-cirugía. La identificación de patrones diferenciales de personalidad en pacientes prebariátricos es necesaria en el diseño de tratamientos efectivos que optimicen el proceso de pérdida de peso. **Método:** Se realizó un análisis jerárquico de clusters (método Ward) sobre las respuestas al Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 en 53 candidatos prebariátricos para identificar subtipos de personalidad en dicha muestra y compararlos en psicopatología alimentaria e imagen corporal. **Resultados:** El análisis de clusters ofreció una solución de 4 grupos: El Cluster 1 ($n = 13$) con perfil de personalidad normalizado; el Cluster 2 ($n = 18$) con un perfil caracterizado por puntuaciones altas en Hipocondría, Histeria, Masculinidad-Feminidad y bajas en Introversión Social. El Cluster 3 ($n = 14$) ofrece un perfil alto en Hipomanía y el Cluster 4 ($n = 8$) un perfil altamente disfuncional, destacando en Hipocondría, Depresión e Histeria. Se aislaron diferencias significativas entre clusters en Distorsión Corporal ($F_{(3,49)} = 3,40$; $p = 0,02$); Bulimia ($F_{(3,48)} = 4,34$; $p < 0,01$) y en las escalas TIBE Síntomas ($F_{(3,49)} = 3,13$; $p = 0,34$) y Gravedad ($F_{(3,49)} = 5,36$; $p < 0,01$). **Conclusiones:** La presencia de una proporción de candidatos prebariátricos con perfil patológico de personalidad y su relación a indicadores alimentarios alterados, enfatiza la necesidad de profundizar en la heterogeneidad de estos pacientes, delimitando diferentes necesidades terapéuticas para optimizar el impacto de cualquier intervención.

Palabras clave: cirugía bariátrica, obesidad mórbida, personalidad, evaluación psicológica.

PERSONALITY SUBTYPES IN MORBID OBESITY PRE-BARIATRIC SURGERY CANDIDATES: ARE THERE ANY DIFFERENCES IN BODY IMAGE AND ALIMENTARY SYMPTOMATOLOGY?

Abstract

Background: In the last decades obesity has become a main sanitary problem at occidental societies. Bariatric surgery is the election treatment in morbid obesity. Nevertheless, bariatric population are heterogeneous and recent reviews emphasize personality is one of the principal predictors in weight loss post-surgery. Localization of different personality patterns on prebariatric patients is necessary for the design of effective treatments optimizing the loss weight process. **Method:** It was made a cluster hierarchical analysis (Ward method) on the

Minnesota Multiphasic Personality Inventory–2 scores of a sample of 53 morbidly obese patients accepted as bariatric surgery candidates. Afterwards those clusters were compared in alimentary psychopathology and body image. **Results:** Clusters analysis shown a 4 group solution: Cluster 1 ($n = 13$) with a normalized personality profile; Cluster 2 ($n = 18$) with high scores on Hypochondriasis, Hysteria, Masculinity/Femininity and low score on Social Introversion; Cluster 3 ($n = 14$) shows a high on Hypomania profile; and Cluster 4 ($n = 8$) shows a high dysfunctional profile, specially high on Hypochondriasis, Depression and Hysteria. There were isolated significant differences between clusters in Body Distortion ($F_{(3,49)} = 3.40$; $p = 0.02$); Food Worry ($F_{(3,48)} = 4.34$; $p < 0.01$) and the BITE symptoms ($F_{(3,49)} = 3.13$; $p = 0.34$) and severity scale ($F_{(3,49)} = 5.36$; $p < 0.01$). **Conclusions:** the presence of some prebariatric candidates with a pathological pattern and its relation with alimentary measures emphasize the relevance to delve into the heterogeneity of those patients. Thereby the therapeutic approaches could be design to optimize the impact of any intervention.

Keywords: Bariatric surgery, morbid obesity, personality, psychological assessment.

Introducción

La obesidad mórbida (índice de masa corporal [IMC] ≥ 30) es un problema de primer orden en el panorama sanitario español; recientemente, el estudio realizado por Basterra-Gortari et al. (2011) señala un incremento de la prevalencia de obesidad mórbida de más del 200% desde 1993 a 2006, pasando de 1,8 a 6,1/1.000 habitantes. La multimorbilidad en estos pacientes es habitual, con un incremento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades psiquiátricas (Drew, 1998), siendo estos indicadores superiores en las personas con mayor grado de obesidad que en otros obesos (McTigue et al., 2006).

La literatura subraya el limitado alcance en los obesos mórbidos de las intervenciones basadas exclusivamente en aspectos clásicos de la obesidad como son la realización de ejercicio, la modificación de conducta o la ingesta de fármacos (Davidson et al., 1999; Van Itallie, 1980; Wadden y Butryn, 2003). La cirugía bariátrica reduce el peso corporal revertiendo gran parte de la multimorbilidad tanto física como psíquica, con un impacto generalizado en el estado y calidad de vida del paciente con obesidad mórbida (Kral et al., 2002; van den Oever y Volckaert, 2006), considerándose el tratamiento de elección para IMC > 35 con complicaciones asociadas (Brolin, 1996).

Los resultados de las intervenciones de cirugía bariátrica no sólo dependen de la adecuación técnica de la misma sino además de otros factores de naturaleza psicosocial como la motivación al cambio, la capacidad específica de poner en marcha cambios duraderos, diversos aspectos de personalidad o las características del entorno del paciente. Por lo tanto, no resulta sorprendente que el resultado a largo plazo de este tipo de intervenciones sea variable, e incluso que las recuperaciones del peso a estados previos a la intervención se consideren frecuentes entre el 15 y el 20% de los pacientes intervenidos (ver la revisión de Maggard, Shugarman y Suttorp, 2005)

Conocemos relativamente poco sobre los aspectos de personalidad, los resultados hasta la fecha no han sido consistentes. Si bien algunos estudios de revisión han destacado claramente el rol de los trastornos de personalidad en el ajuste del tratamiento bariátrico (Livhits et al., 2012), otros no han evidenciado tal relación (Poston, Walker y Ericsson, 1999). Más allá de los trabajos de revisión, la mayoría de estudios han destacado rasgos de personalidad como la rigidez (Bleijenberg, Raes y Heevel, 1986), la desviación psicopática (Barrash, Rodriguez, Scott, Mason y Sines,

1987), la somatización y la hostilidad (Hafner, Rogers y Watts, 1990) o la hipocondría (Webb, Morey, Castelnuevo-Tedesco y Scott 1990) que predicen la pérdida de peso post intervención bariátrica.

El objetivo del presente trabajo es identificar subtipos de personalidad en una muestra de candidatos obesos prebariátricos y comparar, entre los grupos aislados, los niveles de marcadores alimentarios considerados en la literatura como aspectos de mal pronóstico en el ajuste post cirugía bariátrica (Claes, Vandereycken, Vandeputty Braet, 2012).

Método

Participantes

53 candidatos bariátricos (4 hombres y 49 mujeres) referidos al dispositivo de Psicología Clínica de la Salud del Hospital General Universitario de Elche (Alicante) para evaluación previa al inicio del proceso quirúrgico. La edad media de los pacientes era de 42,32 años ($DT = 9,51$) y el IMC medio fue de 44,41 ($DT = 4,85$).

Materiales

La evaluación de la personalidad se realizó a través de la adaptación española del *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (MMPI-2, Hathaway y McKinley, 2002; adaptado por Avila-Espada y Jiménez-Gómez): Se aplicaron las 10 escalas básicas Hipocondría (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy), Desviación Psicopática (Pd), Masculinidad-Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc), Hipomanía (Ma) y Introversión Social (Si). La fiabilidad estimada para el conjunto de estas escalas se sitúa en el estudio de referencia en el 0,71 calculado por el método alfa de cronbach.

Para la valoración de los marcadores de sintomatología alimentaria se consideraron tres instrumentos, la versión española de la Escala de evaluación de la Imagen Corporal (Rodríguez-Campayo et al., 2003): Compuesta por el Índice de Insatisfacción de la Imagen Corporal y el Índice de Distorsión de la Imagen Corporal. Todas los índices presentaron un α de cronbach y validez test-retest superior a 0,80.

La versión española del Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo (TIBE, Rivas, et al., 2004): Compuesto por la escala de Síntomas y la escala de Gravedad. El test presenta unos sólidos valores de consistencia (por encima de 0,75 en todas las escalas) y fiabilidad.

Por último, la versión española del Cuestionario de actitudes de la alimentación (EAT-26; Gandarillas et al., 2003): Factores Dieta, Bulimia y Preocupación por la Comida y Control Oral. En este cuestionario, para un punto de corte de 20 puntos o más, la sensibilidad es del 59%, la especificidad del 93%, valor predictivo positivo del 23%, valor predictivo negativo 99% y un porcentaje de bien clasificados del 92%.

Diseño y procedimiento

Diseño transversal comparativo. Las medidas de este estudio forman parte del protocolo habitual de evaluación de los pacientes con obesidad mórbida candidatos a la intervención quirúrgica bariátrica. El cálculo de clusters mediante el análisis jerárquico tipo Ward, el análisis de las diferencias entre grupos mediante ANOVA y las diferencias

post-hoc (estadístico de Tukey) se realizaron en el programa SPSS v19 (IBM SPSS, 2010).

Resultados

Los resultados del análisis jerárquico tipo Ward ofrecen una solución de cuatro factores, ver Figura 1. El cluster 1 ($n = 13$) presentó puntuaciones normalizadas en su totalidad, el cluster 2 ($n = 18$) destacó por sus altas puntuaciones en las escalas Hs y Hy junto con una puntuación baja en D; igualmente este grupo presentó las puntuaciones más medi-alta en Mf y media-alta en Ma, el resto de escalas están normalizadas. El cluster 3 ($n = 14$) ofrece un perfil de puntuaciones medio-alto, siendo el grupo que presenta las puntuaciones más altas en la escala Ma. Finalmente el cluster 4 ($n = 8$) ofrece un perfil claramente patológico, con puntuaciones que implican diagnóstico clínico en varias de las escalas básicas (tríada neurótica).

Figura 1. Puntuaciones de los diferentes clusters en las escalas básicas MMPI-2.

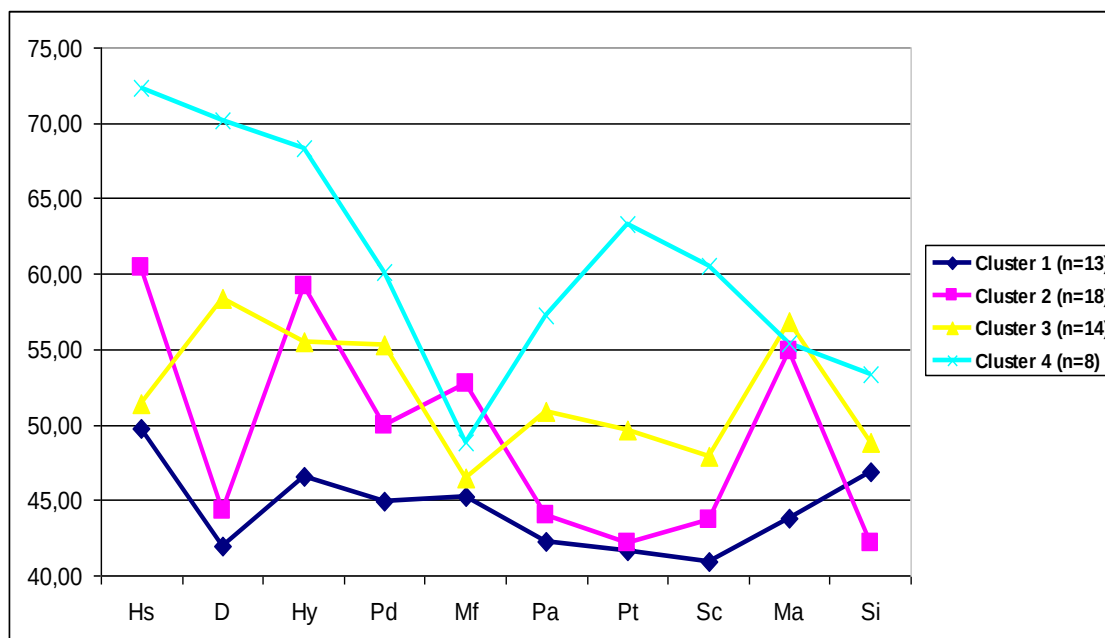


Tabla 2. Puntuaciones de los clusters en los instrumentos de contenido alimentario.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	F	P
EEIC						
Índice de insatisfacción	5,08(2,21)	4,78(1,98)	5,57(2,40)	4,50(3,16)	0,45	0,71
Índice de distorsión	2,15(1,57) ^B	1,50(1,42) ^B	1,71(0,91)	3,25(1,38) ^A	3,40	0,02
TIBE						
Síntomas	6,46(5,3) ^B	6,22(5,01)	9,21(7,64)	13,25(5,09) ^A	3,13	0,03
Gravedad	1,23(1,83) ^B	1,11(2,34) ^B	3,57(3,32)	6,75(7,34) ^A	5,36	0,01
EAT-26						
Dieta	12,96(4,93)	9,06(6,89)	13,36 (12,25)	12,25(5,33)	1,65	0,19
Bulimia	0,69(1,79) ^B	0,06(0,24)	2,14(2,68) ^A	2,25(2,31) ^A	4,34	0,01
Control oral	4,38(2,72)	2,71(3,75)	3,07(2,58)	4,00(2,44)	0,90	0,44

Las puntuaciones en medias (desviación típica). En relación a las diferencias post-hoc, A>B.

Las puntuaciones de los clusters en las escalas de sintomatología alimentaria se muestran al completo en la Tabla 2. En relación a las medidas de imagen corporal, el cluster 4 obtuvo puntuaciones significativamente más altas ($F_{(3,49)} = 3,40$; $p = 0,02$) que los cluster 1 y 2 en el índice de distorsión corporal. En el EAT-26 únicamente se destacan diferencias significativas ($F_{(3,48)} = 4,34$; $p = 0,01$) en la escala Bulimia y preocupación por la comida, en la que los clusters 3 y 4 informaron puntuaciones más altas que el cluster 1. Finalmente, en relación con la medida TIBE, en la escala de síntomas el cluster 4 obtuvo puntuaciones más altas que el cluster 1 ($F_{(3,49)} = 3,13$; $p = 0,03$), mientras para la escala de gravedad de nuevo el cluster 4 reflejó puntuaciones significativamente más altas que los clusters 1 y 2 ($F_{(3,49)} = 5,36$; $p = 0,01$).

Discusión

Hasta la fecha se han realizado diversos análisis de cluster a partir del análisis de las puntuaciones a las escalas básicas del MMPI en obesidad mórbida y candidatos prebariátricos (Blankmeyer et al., 1990; Duckro, Leavitt, Beal y Chang 1983; Grana, Coolidge y Merwin, 1989; Lauer, Wampler, Lantz y Madura 1996; Webb et al., 1983) y las soluciones han sido poco consistentes, reclamando todos los grupos replicaciones en este sentido. Las mismas han variado desde 3 clusters hasta 19. La propuesta que más se asemeja a los análisis mostrados en este trabajo son los señalados por Webb et al., 1983, autores que trabajando sobre una muestra de 215 pacientes se agruparon en cuatro clusters; a saber, un primer cluster en puntuaciones normalizadas, un segundo cluster caracterizado por las altas puntuaciones en las escalas básicas Hs e Hy, un tercer cluster con puntuaciones elevadas en la escala Pd y un último con puntuaciones promedio más altas que el grupo normalizado con un pico en la escala D. Más allá de la presencia en todos los estudios de un grupo de pacientes normalizados en cuanto a las escalas básicas MMPI, parece claro que los rasgos de personalidad histérico-hipocondriacos son comunes, enfatizando un perfil de relación particular con el cuerpo. Asimismo la experiencia depresiva también es muy frecuente en los candidatos prebariátricos, aunque en nuestro estudio son dos grupos los que han destacado en esta escala.

La presencia de rasgos de personalidad disfuncionales entre los candidatos bariátricos han sido puestos de manifiesto por otros trabajos realizados en nuestro país (Guisado y Vaz, 2003); este trabajo no hace más que aportar más información en este sentido. Respecto a la relación de los cluster con la sintomatología alimentaria, el cluster con mayores problemas de personalidad es el que claramente presenta peores marcadores alimentarios. La reciente revisión sistemática realizada por Livhits et al., (2012), pone de manifiesto que uno de los mejores predictores del fracaso en la pérdida de peso tras la intervención bariátrica era sufrir un trastorno de personalidad. Por lo tanto, salvando las limitaciones de este estudio como la muestra o el empleo de una sola medida en la evaluación de la personalidad, se hace necesario seguir profundizando en este tipo de diseño con el objetivo de aislar grupos estables y construir, basándonos en este conocimiento, tratamientos a medida que potencien la adaptación del paciente tras la intervención bariátrica.

Referencias

- Barrash, J., Rodriguez, E.M., Scott, D.H., Mason, E.E. y Sines, J.O. (1987) The utility of MMPI subtypes for the prediction of weight loss after bariatric surgery. *Internarional Journal of Obesity*, 11, 115-128.

- Basterra-Gortari, F.J., Beunza, J.J., Bes-Rastrollo, M., Toledo, E., García-López, M. y Martínez-González, M. (2011). Tendencia creciente de la prevalencia de obesidad mórbida en España: de 1,8 a 6,1 por mil en 14 años. *Revista Española de Cardiología*, 64, 424-426.
- Blankmeyer, B.L., Smylie, K.D., Price, D.C., Costello, R.M., McFee, A.S. y Fuller, D.S. (1990). A replicated five cluster MMPI typology of morbidly obese female candidates for gastric bypass. *International Journal of Obesity*, 14, 235-247.
- Bleijenberg, G., Raes, B.C. y Heevel, J.G. (1986). Psychological aspects of gastric partitioning, surgical treatment of patients with extreme obesity: preliminary results. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 130, 693-696.
- Brolin, R.E. (1996). Update: NIH consensus conference: gastrointestinal surgery for severe obesity. *Nutrition*, 12, 403-404.
- Claes, L., Vandereycken, W., Vandeputte, A. y Braet, C. (2012). Personality Subtypes in Female Pre-Bariatric Obese Patients: Do They Differ in Eating Disorder Symptoms, Psychological Complaints and Coping Behaviour? *European Eating Disorders Review*, 21, 72-77.
- Davidson, M.H., Hauptman, J., DiGirolamo, M., Foreyt, J.P., Halsted, C.H., Heber, D., Heimbarger, D.C., Lucas, C.P., Robbins, D.C., Chung, J. y Heymsfield, S.B. (1999). Weight control and risk factor reduction in obese subjects treated for 2 years with orlistat: a randomized controlled trial. *JAMA*, 281, 235-242.
- Drew, M.A. (1998). *Psychiatric disorder in the context of physical illness, in Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Duckro, P., Leavitt, J., Beal, D. y Chang A. (1983). Psychological status among female candidates for surgical treatment. *International Journal of Obesity*, 7, 477-486.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Muñoz, P., Sepúlveda, A.R., Galan, I., Leon, C., et al. (2002). Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gaceta Sanitaria*, 1, 40-42.
- Grana, A., Coolidge, F. y Merwin, M. (1989). Personality profiles of the morbidly obese. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 762-765.
- Hafner, R.J., Rogers, J. y Watts, J.M. (1990). Psychological status before and after gastric restriction as predictors of weight loss in the morbidly obese. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 295-302.
- Hathaway S.R. y McKinley J.C. (2002). *MMPI-2 Manual*. Madrid: TEA Ediciones (adaptado por Avila-Espada y Jiménez-Gómez, 2002).
- Hsu, L.K.G., Benotti, P.N., Dwyer, J., Roberts, S.B., Saltzman, E., Shikora, S., Rolls, B.J. y Rand, W. (1998). Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosomatic Medicine*, 60, 338-346.
- IBM SPSS (2010). *Statistics v 19*. Chicago, Illinois.
- Kral, J.G., Brolin, R.E., Buchwald, H., Pories, W.J., Sarr, M.G. y Sugerman, H.J. y Wolfe, B.M. (2002). Research considerations in obesity surgery. *Obesity Research*, 10, 63-64.
- Lauer, J., Wampler, R., Lantz, J. y Madura, J. (1996). MMPI profiles of female candidates for obesity surgery: a cluster analytic approach. *Obesity Surgery*, 6, 28-37.
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J.A., Dutson, E., Mehran, A., Ko, C.Y. y Gibbons, M.M. (2012). Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obesity Surgery*, 22, 70-89.
- Maggard, M.A., Shugarman, L.R., Suttrop, M., Maglione, M., Sugerman, H.J., Livingston E.H., Nguyen, N.T., Li, Z., Mojica, W.A., Hilton, L., Rhodes, S., Morton, S.C. y Shekelle, P.G. (2005). Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142, 547-559.
- Mitigue, K., Larson, J.C., Valoski, A., Burke, G., Kotchen, J., Lewis, C.E., Stefanick, M.L., van Horn, L. y Kuller L. (2006). Mortality and cardiac and vascular outcomes in extremely obese women. *JAMA*, 296, 79-86.

- Poston, W.S., Ericsson, M., Linder, J., Nilsson, T., Goodrick, G.K. y Foreyt, J.P. (1999). Personality and the prediction of weight loss and relapse in the treatment of obesity. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25, 301-309.
- Van den Oever, R. y Volckaert, C. (2006). Bariatric surgery trends in Belgium: The health insurer's view. *Acta Chirurgica Belgica*, 106, 641-646.
- Van Itallie, T. B. (1980). Morbid obesity: a hazardous disorder that resists conservative treatment. *American Journal of Clinical Nutrition*, 33, 358-361.
- Wadden, T.A. y Butryn, M.L. (2003). Behavioral treatment of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 32, 981-1003.
- Webb, W.W., Morey, L.C., Castelnovo-Tedesco, P. y Scott H.W. (1990). Heterogeneity of personality traits in massive obesity and outcome prediction of bariatric surgery. *International Journal of Obesity*, 14, 13-20.
- Webb, W.W., Morey, L.C., Castelnovo-Tedesco, P. y Scott, H.W. (1990). Heterogeneity of personality traits in massive obesity and outcome prediction of bariatric surgery. *Internarional Journal of Obesity*, 14, 13-20.

LOS PROCESOS IMAGINATIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Silvia Schlemenson, Julián Grunin y Gustavo Cantú

Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina

Resumen

Introducción: Los desarrollos a presentar constituyen resultados de un programa de investigación subsidiado por UBACyT y la AGENCIA (Ministerio de Ciencia de la República Argentina), que se encuentra a cargo del equipo de la Cátedra de Psicopedagogía Clínica con sede en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina, y que aborda un modelo teórico, clínico e investigativo para el abordaje clínico de las restricciones en los procesos de simbolización de niños y adolescentes con problemas de aprendizaje. **Objetivos:** Este proyecto se propone como objetivos: analizar las características de los procesos imaginativos en niños y adolescentes con problemas de aprendizaje, y elaborar estrategias para el despliegue de sus procesos imaginativos. **Método:** Desde el punto de vista metodológico, la investigación toma como material las producciones de niños y adolescentes con problemas de aprendizaje durante su tratamiento psicopedagógico clínico. El modelo se fundamenta en un encuadre dinámico-psicoanalítico y focaliza en las características de sus modalidades de simbolización ligadas a sus producciones gráficas, discursivas, lectoras y escriturales, desarrolladas durante el tratamiento, que asiste aspectos del sufrimiento psíquico producido por la disminución de las posibilidades de inclusión social satisfactoria. **Resultados:** Como resultados de la investigación, se generaron mediaciones teórico-clínicas para interpretar las transformaciones simbólicas distinguidas durante el tratamiento, y sus alcances para el desarrollo de los procesos imaginativos en sus modalidades singulares de producción. En este sentido se elaboraron categorías e indicadores de análisis, en cada una de las categorías de estudio propuestas. **Conclusiones:** Se concluye que las restricciones imaginativas de un sujeto se expresan en la uniformidad y rigidez de sus modos de pensar, dibujar o hablar, y pueden modificarse durante el tratamiento psicopedagógico. El estudio de los resultados permite sostener que el proceso imaginativo puede complejizarse a lo largo del tratamiento por inclusión de estrategias que lo enriquezcan.

Palabras clave: sufrimiento psíquico, problemas de aprendizaje, procesos imaginativos.

IMAGINATIVE PROCESSES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH LEARNING DISSABILITIES

Abstract

Introduction: This paper aims at characterizing a clinical approach to symbolization problems in children and adolescents. Such particular approach is related to a theoretical, clinical and research model, developed by the chair of Clinical Psychopedagogy, at the University of *Buenos Aires*. **Objectives:** The research project in which this paper is sustained aims at characterizing imaginative processes in children and adolescents with learning disabilities, and at developing clinical strategies to improve them. **Method:** Methodologically, the research studies children and adolescents' productions all along their psychopedagogical treatment. This treatment is based on a psychoanalytical frame and focuses on symbolization singularities, related to graphic, discursive, reading and writing production. **Result:** As a result of the research, new theoretical and clinical constructions were developed to analyze subjective changes observed

during psychopedagogical treatment. **Conclusions:** It is concluded that imaginative restrictions result in uniformity and rigidity in the ways children and adolescents think, draw, read and write. Such singular patterns may be modified as a result of the psychopedagogical treatment, and imaginative processes may therefore be enriched by specific clinical strategies.

Keywords: Psychic suffering, learning disabilities, imaginative processes.

Introducción

Los desarrollos a presentar constituyen resultados de un programa de investigación, subsidiado por UBACyT¹ y la AGENCIA² (Ministerio de Ciencia), que se encuentra a cargo del equipo de la Cátedra de Psicopedagogía Clínica con sede en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

En esta investigación se produjeron conceptualizaciones teóricas sobre las diversas formas de intervención clínica que promueven transformaciones en las características restrictivas de los procesos imaginativos involucrados de niños y adolescentes con problemas de aprendizaje, a partir de un estudio de las modalidades de sus formas de *producción simbólica* (escritural, gráfica, discursiva, lectora) durante el tratamiento psicopedagógico.

La *producción simbólica* (Schlemenson, 2009) se define como la actividad psíquica mediante la cual el sujeto produce marcas significativas en su modalidad de representar el mundo, la sociedad y la cultura en la que se encuentra inserto.

Los procesos imaginativos se comprenden como formas de trabajo psíquico que combinan y entrelazan diversas materialidades expresivas (afectos, emociones, imágenes, palabras) orientadas a la construcción de pensamientos. Se trata por lo tanto de un proceso psíquico complejo de creación de representaciones singulares sobre la propia experiencia subjetiva, que constituye la base del pensamiento autónomo y reflexivo Castoriadis (1993, 1998). Los *objetivos generales* fueron:

- Analizar las características de los procesos imaginativos en la producción simbólica de niños y adolescentes con problemas de aprendizaje.
- Caracterizar las transformaciones psíquicas que inciden, durante su tratamiento psicopedagógico, en el desarrollo de sus procesos imaginativos.
- Elaborar estrategias de complejización de su producción simbólica para el despliegue de sus procesos imaginativos, que resulten transferibles al sistema educativo.

Método

Diseño

La propuesta metodológica se fundamenta en el modelo de la Complejidad (Morin, 1994) considerado indispensable para abordar un recorte de objeto que involucra relaciones entre dimensiones heterogéneas de los procesos de simbolización

¹ Proyecto UBACyT 2011-14 (Código 20020100100211): “Procesos imaginativos en la producción simbólica de niños y adolescentes con problemas de aprendizaje”. Directora: Dra. Silvia Schlemenson.

² Proyecto PICT 2010-2013 (nº 2008-01188): “Tratamiento psicopedagógico en niños y adolescentes en situación de pobreza”. Directora: Dra. Silvia Schlemenson. Subsidiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.

como la producción discursiva, gráfica, escrita y lectora y estudiar sus relaciones con los procesos imaginativos.

Se partió de la hipótesis que las transformaciones en los procesos imaginativos podían evaluarse en las características de la *producción simbólica* (escritural, discursiva, lectora y gráfica) que cada uno de los pacientes despliega en el encuadre clínico (Schlemenson y Grunin, 2013).

Con el objetivo de aportar herramientas de abordaje de la problemática psicopedagógica en los niños y adolescentes consultantes, se generaron mediaciones teórico-clínicas para interpretar las transformaciones simbólicas distinguidas en la producción simbólica de los niños y adolescentes en tratamiento psicopedagógico.

En este sentido, y para su caracterización, se elaboraron categorías e indicadores de análisis, en cada una de las categorías propuestas. Entre ellas se destacaron:

- Las formas de elaboración de sentido subjetivo en sus producciones gráficas, lectoras, discursivas y escriturales.
- Los niveles de complejidad de su actividad representativa.
- Las modalidades de circulación del afecto en el trabajo representativo.
- Los modos de elaboración de sus conflictivas psíquicas incidentes en las restricciones simbólicas de los niños con problemas de aprendizaje.

Las mismas se evaluaron en dos instancias: en el proceso diagnóstico inicial y durante el tratamiento psicopedagógico. Se trata por lo tanto de un estudio longitudinal.

Para el análisis del material clínico recolectado durante el proceso diagnóstico inicial y el proceso terapéutico, se caracterizaron las transformaciones en los procesos imaginativos comprometidos en cada una de las formas de producción simbólica (discurso, gráficos, escritura, lectura) de los niños y adolescentes con problemas de aprendizaje. En ese sentido constituye un estudio exploratorio que propone un estudio cualitativo de los procesos imaginativos involucrados en las diversas formas de producción simbólica en niños y adolescentes con problemas de aprendizaje escolar.

Participantes

Por tratarse de un diseño delimitado por el tipo de encuadre clínico, se parte de un criterio de selección muestral teórico, no probabilístico y de carácter intencional (Taylor y Bogdan, 1992), representativo de las problemáticas actuales de simbolización de niños y adolescentes con dificultades en el aprendizaje.

El universo del que se seleccionan los casos se integra por las poblaciones a las cuales están dirigidas las áreas asistenciales de UBA y UCSE, compuestas por los alumnos que cursan en escuelas públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de Santiago del Estero, que son derivados a los respectivos equipos psicopedagógicos a partir de la detección de problemas de aprendizaje manifiestos y estables no resolubles en el ámbito del aula.

Los equipos terapéuticos de ambas universidades comparten el dispositivo y encuadre clínico psicopedagógico elaborado por la Cátedra de Psicopedagogía Clínica de la Facultad de Psicología UBA en sucesivas investigaciones desde 1988 hasta el presente.

El abordaje clínico se inicia con un proceso diagnóstico individual en el que se analizan las modalidades específicas de producción simbólica (discursiva, gráfica, escritural y lectora), con el previo formulario de consentimiento informado y firmado

por los padres, a partir del cual se formulan hipótesis de interpretación sobre las problemáticas psíquicas involucradas y la propuesta terapéutica apropiada.

Se conformaron dos grupos por universidad compuestos por niños y adolescentes que a partir del mencionado proceso diagnóstico son derivados a tratamiento grupal en los respectivos servicios psicopedagógicos de UBA y UCSE.

- Grupo 1: Compuesto por 6 niños de edades comprendidas entre 6 y 8 años con dificultades de incorporación del código lecto escrito, que finalizaron el proceso diagnóstico individual y fueron derivados a tratamiento psicopedagógico grupal. En estos grupos las principales restricciones simbólicas se encuentran en relación a dificultades para el acceso al código lectoescrito y la incorporación de objetos sociales y de conocimiento característicos de los primeros años de escolaridad.
- Grupo 2: Compuesto por 6 púberes y adolescentes de edades comprendidas entre 11 y 14 años con restricciones simbólicas que fracturan los niveles de comprensión e investimiento de los objetos de conocimiento disciplinarios y dificultades para el acceso a modalidades productivas autónomas, que finalizaron el proceso diagnóstico individual y fueron derivados a tratamiento psicopedagógico grupal.

Los cuatro grupos son homogéneos en cuanto a la manifestación de problemas de aprendizaje así como en relación a sus condiciones socioeconómicas, según los indicadores del INDEC de “Necesidades Básicas Insatisfechas” (NBI). Al mismo tiempo, los grupos 1 y 2 de cada ciudad se diferencian en las condiciones contextuales y socio-culturales de pertenencia a la ciudad de Buenos Aires y a la de Santiago del Estero.

Por otra parte, los dos grupos 1 y 2 son heterogéneos en cuanto al período vital, problemáticas psíquicas y dificultades de simbolización que padecen. Todos los niños y adolescentes participantes de la investigación son considerados parte de los grupos únicamente después de que sus padres lo hayan aceptado voluntariamente, momento en el cual firman una notificación de consentimiento escrito en la que como adultos a cargo del niño acceden a formar parte del proyecto.

Materiales

Se analizaron sesiones videograbadas de los 2 grupos de niños y 2 de púberes y adolescentes durante un período de dos años desde el inicio del tratamiento, para poder construir los descriptores y realizar un análisis exhaustivo de los procesos imaginativos en cada dimensión en estudio.

La recolección de los datos estuvo compuesta por distintos tipos de fuentes: por un lado la selección de producciones dialógicas y narrativas recortadas de distintas situaciones de las sesiones de tratamiento videograbadas y posteriormente desgrabadas para su análisis, y por otro, las distintas producciones de los sujetos (gráficas y escritas) que los mismos realizan en sus cuadernos de tratamiento y que resultaron significativas según las dimensiones de análisis de las modalidades de simbolización comprometidas.

Procedimiento de análisis de datos

La filmación y grabación de todo el proceso terapéutico permitió elaborar un instrumento de análisis longitudinal para caracterizar las formas específicas de procesos imaginativos en cada dimensión estudiada.

Se realizaron desgrabaciones del material para cada dimensión de análisis, según las características específicas de recorte de objeto de las modalidades de simbolización estudiadas.

Paralelamente, el análisis de la producción de los sujetos en sus cuadernos se realizó en tres cortes por año en períodos similares.

Se elaboraron conceptualizaciones sobre las transformaciones de la producción simbólica en cada grupo de manera simultánea.

Resultados

Para el análisis del material clínico recolectado durante el proceso diagnóstico inicial y el proceso terapéutico, se caracterizaron las transformaciones en los procesos imaginativos comprometidos en cada una de las formas de producción simbólica (discurso, gráficos, escritura, lectura) de los niños y adolescentes con problemas de aprendizaje:

Producción discursiva

Las oportunidades de complejización de los procesos de simbolización involucrados en la producción discursiva (narrativa y asociativa) propiciaron alternativas para el despliegue de la actividad imaginativa. La complejidad de la temporalidad, la estabilidad de las referencias y la apertura al impacto que el otro genera en los sentidos expresados, abrió un campo de trabajo terapéutico sobre el discurso que permitió la creación de indicadores diagnósticos sobre las diversas modalidades restrictivas y herramientas terapéuticas de intervención para su transformación. Asimismo las intervenciones clínicas sobre el eje narrativo se dedicaron a promover procesos de apertura reflexiva y de creatividad imaginativa orientados a la ficción, para potenciar nuevos recursos de simbolización imprescindibles para los procesos de aprendizaje (Álvarez, 2010).

Producción proyectiva gráfica

El análisis de los procesos imaginativos involucrados en la actividad gráfica de los pacientes pudo distinguirse en diferentes elementos indiciarios convergentes. Por ejemplo, el despliegue de nuevas formas de circulación de mociones afectivas en lo graficado, la incorporación de una mayor ductilidad proyectiva en imágenes representativas de índices subjetivos singulares, así como la inclusión de elementos fantasmáticos ligados a deseos, temores y anhelos plasmados en las conflictivas elaboradas. Los cambios en la producción gráfica permitieron realzar el cambio de los modos rígidos iniciales (de vacío representacional y/o descarga evacuativa), por la inclusión de dibujos con sentidos subjetivos transmisibles, dúctiles y de mayor complejidad representativa (Wald, 2010).

Producción escrita

El análisis de la escritura de los pacientes permitió dar cuenta de los modos en que cada sujeto se apropia del código social compartido para la expresión y transmisibilidad de sus procesos imaginativos plasmados en la elaboración de sentidos subjetivos singulares articulados a las diferentes tramas narrativas que cada paciente desarrolló en su cuaderno de trabajo durante el tratamiento psicopedagógico grupal. La incorporación de propuestas escriturales vinculadas a aspectos ficcionales, y/o de

terceridad, incorporó oportunidades dúctiles de simbolización para el despliegue de los procesos imaginativos, que pudieron abordarse a través de indicadores como: los cambios posicionales en los personajes narrativos esbozados, la apertura de resoluciones alternativas en las diferentes conflictivas narradas, la incorporación de atributos imaginativos en sus formas de presentación, entre otros. Las intervenciones clínicas que propiciaban la puesta en intercambio y confrontación con la producción de los otros semejantes, activaron la plasticidad psíquica necesaria para ampliar la circulación de nuevos sentidos imaginados sobre las conflictivas presentadas (Grunin, 2013).

Producción lectora

Por último, el estudio de las transformaciones en la *lectura* ha mostrado la agilización en la comprensión de textos así como la posibilidad de desplegar procesos de apropiación subjetiva del texto que abren la oportunidad de contar con recursos creativos e inventivos más dúctiles por la confrontación con la alteridad. Las intervenciones clínicas en la actividad de lectura han potenciado la creatividad con la inclusión de elementos intertextuales que aportan sentidos inexistentes en los textos, así como predicaciones, acciones y desenlaces que complejizan el sentido propuesto en la trama narrativa (Cantú, 2011).

Conclusiones

Durante el proceso investigativo se generaron mediaciones conceptuales específicas para caracterizar las transformaciones distinguidas en las modalidades restrictivas de simbolización de los niños y adolescentes con problemas de aprendizaje.

Uno de los primeros resultados obtenidos permitió detectar y describir las diversas modalidades de rigidez repetitiva en los procesos representativos, que suelen obstaculizar los procesos imaginativos, imprescindibles para el aprendizaje y el pensamiento autónomo y reflexivo.

Asimismo se destacó la potencialidad del afecto cuando compromete la producción simbólica e imaginativa de los sujetos. En esa dirección se elaboraron estrategias de intervención clínica que permitieron agilizar la circulación del afecto alrededor de las distintas maneras de elaborar sentido asociadas a la complejidad de las producciones imaginativas de cada uno de los pacientes.

A partir de los resultados se concluye que las transformaciones en los procesos de simbolización tienden, a lo largo del proceso terapéutico, a una mayor ductilidad psíquica para el despliegue de los *procesos imaginativos* a través del discurso, la escritura, la lectura o la producción gráfica (Álvarez, 2010; Cantú, 2011; Grunin, 2013; Schlemenson, 2009; Wald, 2010).

Partiendo desde una perspectiva metapsicológica, se consideró que las mismas comprometen la articulación (en conflicto) entre procesos heterogéneos de simbolización, que enriquecen la actividad representativa de cada paciente; complejizando así sus formas rígidas y uniformes de presentación (habitualmente ligadas a problemáticas de sobreadaptación con efectos de vacío representacional, tendencias a la descarga directa, somatizaciones, entre otras).

Se consideró, a su vez, que dichas transformaciones involucran la incorporación de una mayor ductilidad psíquica en su actividad representativa, en tanto favorecen oportunidades alternativas de integración de la subjetividad en los procesos de simbolización, incidiendo en la complejización de sus recursos simbólicos para el

despliegue de sus procesos imaginativos y reflexivos, necesarios para todo aprendizaje autónomo.

Referencias

- Álvarez, P. (2010). *Los trabajos psíquicos del discurso*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Cantú, G. (2011). *Lectura y subjetividad en la clínica psicopedagógica*. Buenos Aires: Noveduc.
- Castoriadis, C. (1993). *Lógica, imaginación, reflexión. El inconciente y la ciencia* (pp.21-50). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Castoriadis, C. (1998). *Hecho y por hacer. Pensar la imaginación*. Buenos Aires: Eudeba.
- Grunin, J. (2013). *Escritura y proceso identificador en la clínica de púberes y adolescentes con problemas de aprendizaje*. Tesis Doctoral por la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA).
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Schlemenson, S. (2009). *La clínica en el tratamiento psicopedagógico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Schlemenson, S. y Grunin, J. (2013). *Psicopedagogía Clínica. Propuestas para un modelo teórico e investigativo*. Buenos Aires: Eudeba.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Wald, A. (2010). Los procesos imaginativos en niños y niñas con problemas de aprendizaje. *Psicología em Revista*, 16, 437-447.

UN GRUPO DE APOYO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: UNA EXPERIENCIA CLÍNICA

**Silvia Yáñez-López, Ana Rosa González-Barroso, Sara Herrera-Rodríguez,
Rocío Guardiola-Wanden-Berghe, Elena Cordero-Gutiérrez y
M. Francisca Diéguez-Porres**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), España

Resumen

El cáncer de mama es uno de los tipos de cáncer con mayor prevalencia en nuestro país. En torno a la tercera parte de las pacientes desarrollan trastornos de ansiedad o adaptativos. Se ha demostrado que las terapias de apoyo mejoran tanto la calidad de vida como los síntomas afectivos que pueden acompañar al diagnóstico. Entre las más utilizadas están las terapias en formato grupal. El objetivo del presente estudio es analizar la eficacia de un grupo de apoyo psicológico para pacientes con cáncer de mama. Para ello se utilizó una muestra de 12 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama con buen pronóstico. Se llevaron a cabo dos grupos de apoyo psicológico llevados a cabo por dos terapeutas. Se tomaron medidas pre y postgrupo de las variables de ansiedad, depresión, adaptación al cáncer y estado general de salud. Los datos obtenidos al comparar las mediciones muestran diferencias estadísticamente significativas en las variables de depresión y estado general de salud. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables, aunque sí una mejoría clínica en todas ellas. En conclusión, los resultados apuntan a que el grupo ejerce una mejoría en el estado anímico de las pacientes, pudiendo considerarse una herramienta útil en el acompañamiento de este tipo de enfermedad.

Palabras clave: neoplasias de la mama, psicoterapia de grupo, adaptación psicológica, rol de enfermo.

A PSYCHOLOGICAL SUPPORT GROUP FOR BREAST CANCER PATIENTS: A CLINICAL EXPERIENCE

Abstract

Breast cancer is one of the most prevalent type of cancer in our country. Around a third of breast cancer patients develop anxiety or adaptive disorders. It has been shown that support therapies improve both quality of life and affective symptoms that can accompany the diagnosis. The group format is the most commonly used. The aim of this paper is to study the efficiency of a psychological support group for breast cancer patients. Data from 12 women with a diagnosis of breast cancer with good prognosis were collected about anxiety, depression, adjustment to cancer and state of health pre and post group. Two support groups were carried out, each one of them conducted by two psychotherapists. The results obtained shows statistical significant differences in depression and state of health pre and post group. No significant differences were found in any other variable, although clinical differences were found in all of them. In conclusion, data points to the improvement in the affective state of the patients. It could be considered a useful tool for the intervention of this kind of patients.

Keywords: Breast Neoplasms, psychotherapy group, adaptation, psychological, sick role.

Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres europeas, afectando aproximadamente a una de cada 10 mujeres (Font y Rodríguez, 2004). En España se diagnostican unos 15.000 casos nuevos al año, lo que sitúa a este tipo de cáncer en primer lugar respecto a la incidencia y mortalidad entre las mujeres Españolas (López-Abente y el Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, 2005; López-Abente, Pollán, Escolar, Errezola y Abaira, 2001). En torno a una tercera parte de las pacientes desarrollan trastornos de ansiedad o adaptativos debido a su larga evolución y las posibilidades de recaída y de enfermedad avanzada (Almanza, Juárez, Silva y Huerta, 2010). Estas características hacen que las personas afectadas tengan que convivir con la enfermedad y sus consecuencias físicas, sociales y emocionales durante años, pudiendo considerarla incluso como una enfermedad crónica (Font y Rodríguez, 2004).

El diagnóstico de cáncer de mama comporta muchas y variadas reacciones emocionales (Carlsson y Hamrin, 1994; Salvatierra, 1995). La calidad de vida puede ir cambiando a lo largo de la enfermedad (Arras, Martínez, Mantarota y Laínez, 2004). En dicho proceso habrá que tener en cuenta diferentes variables clínicas y psicológicas relacionadas con el proceso de adaptación del paciente, entre las que destacan: el estadio de la enfermedad, el/los tratamiento/s oncológico/s que debe realizar, variables de personalidad, el apoyo social y familiar, la edad o momento del ciclo vital en el que se produce el diagnóstico, las estrategias de afrontamiento utilizadas o las expectativas respecto a la enfermedad (Font, 1990). Estudios como el de Andersen (1992) apuntan a que el apoyo psicológico permite mejorar la calidad de vida y facilitar el proceso de adaptación, mejorando incluso en algunos casos la supervivencia.

Numerosos estudios (Andersen, 2007; Font y Rodríguez, 2004) apuntan a que el apoyo psicológico mejora la calidad de vida y facilita la adaptación a la enfermedad. De esta forma, las intervenciones psicológicas grupales producen mejoras en medidas de calidad de vida del enfermo con cáncer, tales como estado de ánimo, afrontamiento, angustia y funcionamiento físico, además de aumentar la familiaridad del paciente con la enfermedad y sus tratamientos (Font y Rodríguez, 2007)

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 12 pacientes, todas ellas mujeres, que acudieron de manera regular a las sesiones. Los criterios de inclusión fueron tener diagnóstico de cáncer de mama, en estadios del I al III y en remisión.

Materiales/instrumentos utilizados

Tanto al inicio como al final del grupo, se evaluó a las pacientes en las variables de: ansiedad, a través del *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; fiabilidad test retest de 0,81 en la escala rasgo y 0,40 en la de estado; validez convergente entre 0,58 y 0,79), depresión, a través del *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaun, 1961; fiabilidad de 0,93 y validez convergente entre 0,62 y 0,66), adaptación al cáncer a través del *Mental Adjustment to Cancer Scale* (MAC; Watson y Homewood, 2008; fiabilidad test-retest

entre 0,32 y 0,65 para las distintas subescalas; consistencia interna entre 0,65 y 0,84) y el estado General de Salud con los cuestionarios *Health Survey Short Form* (SF-36; McHorney, Ware, Lu, y Sherbourne 1994; alpha de Cronbach entre 0,71 y 0,94) y el *Nottingham Health Profile* (NHP; Hunt, McKenna, Mcewen, William y Papp, 1981).

El análisis de resultados se llevó cabo mediante el programa estadístico SPSS 20.0 para Windows. Se procedió a una estadística descriptiva de la muestra y para la comparación de medias se utilizó el estadístico *w* de Wilcoxon y la prueba *t*.

Procedimiento

El reclutamiento para el programa grupal de Apoyo Psicológico para pacientes con cáncer de mama se hizo informando a los profesionales de salud mental, ginecólogos y oncólogos, con el fin de que derivaran a las pacientes. De forma paralela se expusieron carteles informativos en los diferentes centros de salud. Aunque la posibilidad de derivación se extendía a todos los facultativos del Área 3 de Madrid.

Se realizaron entrevistas de evaluación individualizadas a cada una de las pacientes para valorar los criterios de inclusión, la adecuación al grupo y recoger datos de filiación y del problema actual. Estas evaluaciones se llevaron a cabo por las mismas terapeutas que dirigían los grupos.

Las intervenciones se realizaron en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares por parte de dos residentes de psicología clínica, en horario de tarde una vez por semana durante 1 hora y 30 minutos. Tomando como modelo investigaciones anteriores (Bloch y Kissane, 2000; Classen, Kraemer, Blasey, Glese-Davis, et al., 2008; Font y Rodríguez, 2007; Kissane, Love, Hatton, Bloch et al., 2004) el programa se enfocó desde una perspectiva no psicoeducativa, sino centrada en las experiencias personales de las pacientes, facilitando el abordaje de los siguientes temas:

1. Presentación: evaluación pre, expectativas acerca del grupo, significado del cáncer.
2. Ansiedad: utilidad, situaciones, síntomas, manejo.
3. Tristeza y otras emociones: utilidad, dificultades, miedo a dañar al otro.
4. Afrontamiento del nuevo rol: limitaciones, oportunidades, dependencia, dar pena, rol laboral.
5. Relaciones afectivas: cambios, dificultades, oportunidades.
6. Imagen corporal: representación como mujer, el espejo, el pelo, la ropa, inseguridad.
7. Sexualidad: dificultades, incomodidad, evitación.
8. Perspectivas de futuro: revisiones, recaídas, miedo, esperanza.
9. Despedida y evaluación post.
10. Revisión a los 3 meses.

Diseño

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo con evaluación de resultados cuantitativos mediante una medida comparativa pre y postratamiento evaluada mediante una batería de tests.

Resultados

Se compararon las puntuaciones pre y post-grupo encontrando diferencias estadísticamente significativas en las medidas de depresión ($W = -1,99$, $p = 0,046$) y cercanas al nivel de significación en ansiedad ($W = -1,86$, $p = 0,063$). Cumpliendo los criterios estadísticos, se realizó la prueba t , hallando diferencias estadísticamente significativas en el estado general de salud ($t = 7,13$, $p = 0,041$). No se hallaron cambios significativos en el resto de variables, aunque con mejoría clínica en todas ellas (ver Figura 1).

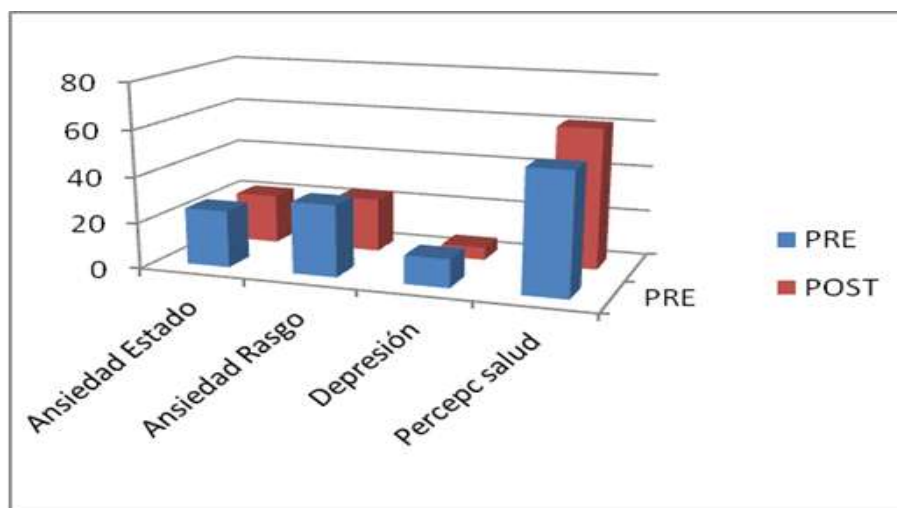


Figura 1. Diferencias pre-post en las variables medidas.

Conclusiones

Los resultados apuntan a una mejoría en las variables de ansiedad, depresión y estado general de salud. Se requieren estudios con mayor muestra que permitan ampliar los resultados, si bien la experiencia clínica apunta a un beneficio para las pacientes con este tipo de intervención.

De la misma forma, las participantes manifiestan satisfacción con el grupo y el contenido de las sesiones y expresaban deseos de continuar. A lo largo del grupo, pudimos observar el cambio de pauta en el rol de cuidado-cuidador. Las pacientes referían una progresiva aceptación del cuidado por parte de otros y un mayor autocuidado, pudiendo expresar sus emociones y deseos de una manera más asertiva.

En las pacientes que detectamos mecanismos de negación, pudimos observar que ésta desaparecía para dejar paso a los cuidados necesarios para una mejor evolución.

Referencias

- Almanza Muñoz, J. J. Juárez, I. R. Silva Ortiz, J. y Huerta Sánchez, R. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 55, 15-23.
- Andersen B. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552-568.
- Andersen, B.L., Farrar, W.B., Golden-Kreutz, D., Emery, Ch.F., Glaser, R., Crespin, T. y Carson, W.E. (2007). Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. *Brain, Behaviour and Immunity*, 21, 953-961.

- Arras, J.I., Martínez, M., Mantarota, A. y Laínez, M. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico: el grupo de calidad de vida de la EORT. *Psicooncología*, 1, 87-98.
- Beck, A. T., Ward, C. M., Mendelson, M., Mock, J. E. y Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bloch, S. y Kissane, D. (2000). Psychotherapies in psycho-oncology: An exciting new challenge. *British Journal of Psychiatry*, 177, 112-116.
- Carlsson M, Hamrin E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. A literature review. *Cancer Nurse*, 17, 418-428.
- Classen, C.C., Kraemer, H.C., Blasey, C., Glese-Davis, J., Koopman, C., Palesh, O.G., Atkinson, A., DiMiceli, S., Stonisch-Riggs, G., Westendorp, J., Morrow, R. y Spiegel, D. (2008). Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Psychooncology*, 17, 438-447.
- Font, A. (1990). Las expectativas como predictoras de cambios emocionales y conductuales. En Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (Eds.), *Psicología española en la Europa de los 90: ciencia y profesión: Valencia, 15 a 20 de abril de 1990* (pp. 238-243). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Font, A. (2000) Calidad de vida: modelo de toma de decisiones compartidas oncólogo- paciente. En F. Gil (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 225-254). Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología*, 1, 67-86.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 423-446.
- Hosaka, T., Sugiyama, Y., Hirai, K., Okuyama, T., Sugawara, Y. y Nakamura, Y. (2001). Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer. *General Hospital Psychiatry*, 23, 145-151.
- Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J. y Papp, E. (1981) The Nottingham Health Profile: Subjective health Status and medical consultations. *Social Science & Medicine*; 15, 221-9.
- Kissane, D.W., Love, A., Hatton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D.M., Miach, P., Ikin, J., Ranieri, N. y Snyder, R.D. (2004). Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 4255-4260.
- López-Abente, G. y el Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (2005). *La situación del cáncer en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- López-Abente, G., Pollán, M., Escolar, A., Errezola, M. y Abaira V. (2001). *Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España, 1978-1992*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.
- McHorney, C.A., Ware, J.E., Lu, R. y Sherbourne, C.D. (1994). The MOS 36-item short form health survey (SF-36) III. Tests of data quality scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32, 40-66.
- Salvatierra, V. (1995). Repercusiones psicológicas del cáncer de mama. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 33,6-21.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. C. y Lushene, R. F. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Watson, M. y Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to Cancer scale: psychometric properties in a large cancer cohort. *Psychooncology*, 17, 1146-1151.

PERFIL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO ADAPTATIVO EN CENTRO DE SALUD MENTAL

Sofía Torres-Pousa, Laura Bafaluy -Franch,
Laura Barbadillo-Izquierdo, e Imanol Querejeta-Ayerdi

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Donostia, España

Resumen

Antecedentes: El Trastorno Adaptativo constituye actualmente uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, alcanzando según estudios una prevalencia global del 10%. Los Trastornos Adaptativos se consideran reacciones desadaptativas de corta duración ante un factor de estrés psicosocial, remitiendo el cuadro clínico al ceder el estrés, o alcanzando un nuevo nivel de adaptación si el estrés se mantiene. La literatura científica refleja una mayor probabilidad de presentar Trastorno Adaptativo en pacientes con el siguiente perfil: mujer, en la treintena, casada, que convive con su familia, estudios medios, laboralmente activa. El presente estudio pretende describir el perfil de los pacientes diagnosticados de Trastorno Adaptativo en Centros de Salud Mental de Gipuzkoa. **Método:** La muestra se obtuvo entre Noviembre de 2010 y Agosto de 2011 de los usuarios de los Centros de Salud Mental de Rentería y de Eibar diagnosticados de Trastorno Adaptativo y sin patología del Eje II. **Resultados:** Se incluyeron un total de 20 pacientes, 14 mujeres (70%), y 6 hombres (30%). La edad media fue de 37 años ($DE = 9,67$). El 60% casados, el 25% separados, el 10% solteros, y el 5% viudos. El 40% con estudios secundarios, el 30% primarios, y el 30% superiores. El 65% convive con familia propia, el 20% con la familia de origen, un 10% no convive habitualmente con nadie, y un 5 % comparte piso con no familiares. El 75% en situación laboral activa, 10% desempleados, 10% en interrupción laboral temporal, y 5% estudiantes. El 70% sin antecedentes de tratamiento psicológico previo. **Conclusiones:** El perfil de pacientes diagnosticados de Trastorno Adaptativo en Centros de Salud Mental de Gipuzkoa hallado es: mujer, 37 años, casada, convive con su familia, estudios secundarios, laboralmente activa, y sin tratamiento psicológico previo.

Palabras clave: trastorno adaptativo, perfil de pacientes, centro de salud mental.

ADJUSTMENT DISORDER: PROFILE OF THE PATIENTS IN MENTAL HEALTH CENTER

Abstract

Background: Nowadays, the Adjustment Disorder is one of the most common psychiatric diagnosis, with a global prevalence up to 10%. The Adjustment Disorders are considered maladaptive reactions of short duration in the presence of psychosocial stress, vanishing when the stress is finished or getting to a new level of adaption if the stress continuous. The scientific literature shows a major probability in having an Adjustment Disorder in patients with this profile: female, in the thirties, married, with family background, intermediate level of studies and working in the moment. This study tries to describe the profile of the patients with a diagnosis of Adjustment Disorder at the Mental Health Centers in our community. **Methods:** We select the patients from November 2010 to August 2011 in the Mental Health Centers of Renteria and Eibar with Adaptive Disorder and without pathology of the II Axis. **Results:** We included 20 patients, 14 women (70%) and 6 men (30%). The average age was 37 years old (SD

= 9.67). 60% of the patients were married, 25% separated, 10% singles and 5% widows. 40% with secondary studies, 30% with primary studies and the 30% left with university studies. 65% of the patients have family background, 20% living with their parents, 10% living by themselves and 5% sharing a flat. 75% working, 10% unemployed, 10% temporary working interruption, and 5% were students. 70% of the patients without previous of psychological treatment. **Conclusions:** The profile of the patient with Adjustment Disorder in the Mental Health Centers in our community found is: female, 37 years old, married, with family background, intermediate level of studies, working in the moment and without previous psychological treatment.

Keywords: Adjustment disorder, profile of the patients, mental health center.

Introducción

El Trastorno Adaptativo constituye actualmente uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, alcanzando según estudios (Sadock y Sadock, 2008) una prevalencia global del 10 %.

Los Trastornos Adaptativos se consideran reacciones desadaptativas de corta duración ante un factor de estrés psicosocial, remitiendo el cuadro clínico al ceder el estrés, o alcanzando un nuevo nivel de adaptación si el estrés se mantiene. El Trastorno Adaptativo se encuentra en todas las culturas y en todos los grupos de edad (Casey, 2009). La presencia de un factor estresante causal es esencial antes de poder hacer un diagnóstico de trastorno de adaptación, mientras que los síntomas varían y son los que se encuentran en otros trastornos psiquiátricos comunes (Casey, 2009).

La CIE 10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992) considera los Trastornos de adaptación (F43.2) estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado).

Las manifestaciones clínicas del Trastorno Adaptativo son variadas e incluyen humor depresivo, ansiedad, preocupación, o una mezcla de las anteriores; sentimientos de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y cierto grado de deterioro para llevar a cabo el funcionamiento diario social, laboral o académico.

Las pautas para el diagnóstico según la CIE -10 (OMS, 1992), contemplarían: la forma, el contenido y la gravedad de los síntomas, los antecedentes y la personalidad, y el acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Tanto la CIE-10 (OMS, 1992) como el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) consideran que la sintomatología del trastorno no es por sí sola de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico, y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

El comienzo sintomático del cuadro se sitúa en torno al mes posterior (OMS, 1992) o dentro de los 3 meses siguientes (APA, 2002) a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante. La duración de los síntomas no suelen exceder los seis meses una vez cesado el estresante. El DSM-IV-TR permite especificar el Trastorno como agudo, si la alteración dura menos de 6 meses, o crónico, si la

alteración dura 6 meses o más, permitiendo además señalar el estresante específico en el Eje IV.

La categoría de Trastornos de adaptación en la CIE 10 (OMS, 1992) incluye el “shock cultural”, Hospitalismo en niños, y reacciones de duelo (ésta última condición excluye la categoría diagnóstica en el DSM-IV-TR), y excluye el Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).

Tanto la CIE 10 (OMS, 1992) como el DSM-IV-TR (APA, 2002) permiten especificar la forma clínica o manifestación predominantes del Trastorno Adaptativo en los siguientes subtipos:

F43.20 Reacción depresiva breve [309.0].

F43.21 Reacción depresiva prolongada

F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión [309.28].

F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones.

F43.24 Con predominio de alteraciones disociales [309.3].

F43.25 Con alteración mixta de emociones y disociales [309.4].

F43.28 Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados [309.24].

F43.8 Otras reacciones a estrés grave.

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación [309.9].

Las clasificaciones actuales distan de distinguir específicamente los Trastornos Adaptativos de las reacciones normales de adaptación al estrés (Servant, Pelissolo, Chancharme, Le Guern y Boulanger, 2012), de la depresión mayor planteando un dilema clasificatorio (Casey, 2009), y muestran escasa especificidad como diagnóstico operacional (Baumeister y Kaufner, 2009).

Esta categoría es duramente criticada como un intento de medicalizar los problemas de la vida, asignada como categoría residual o cajón de sastre a aquellos pacientes que no cumplen con los criterios de otros trastornos, y por ser justificable en el funcionamiento de sistemas sanitarios privados (Casey y Bailey, 2011).

La escasa investigación epidemiológica de la que ha sido objeto (Casey y Doherty, 2012), es motivo de controversia entre los investigadores que recomiendan su revisión (Casey) (Baumeister, 2009) frente a aquellos investigadores que consideran prematura la necesidad de redefinición y reclasificación de esta categoría diagnóstica (Laugharne, Van der Watt y Janca, 2009).

A pesar de las críticas, la categoría se conserva en gran medida debido a su utilidad clínica, generando gran interés por sus altas tasas de prevalencia y el impacto socioeconómico que implica. Es un diagnóstico frecuente en varios entornos clínicos como la Atención Primaria, Psiquiatría de Enlace y Servicios de Psiquiatría, llegando incluso a un 12% de las derivaciones en los hospitales universitarios en los EE.UU, cifra similar a la de los hospitales europeos (Casey, et al. 2011). En la Atención Primaria es un trastorno comúnmente diagnosticado aunque faltan estudios epidemiológicos pertinentes en este contexto (Casey et al., 2011).

Según algunos autores (Vallejo Ruiloba, 2011) se considera que tiene mayor probabilidad de presentar Trastorno Adaptativo un paciente tipo con las siguientes características: mujer, en la treintena, casada, que convive con su familia, nivel de estudios medios, laboralmente activa.

La actividad de las investigadoras en Centros de Salud Mental durante la formación como Psicólogas Internas Residentes nos hizo darnos cuenta de la frecuente

presencia y utilidad de esta categoría diagnóstica en la práctica clínica diaria, y de una mayor aparición en pacientes similares a los descritos en el perfil típico señalado por la literatura. Para observar este fenómeno, se diseñó el presente estudio con la intención de observarlo de forma rigurosa.

Por tanto, este estudio se propone replicar los estudios sobre el perfil del Trastorno Adaptativo en la población gipuzkoana, con el objetivo de describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes diagnosticados de Trastorno Adaptativo en Centros de Salud Mental de la provincia de Gipuzkoa, con la hipótesis de que el perfil de nuestros pacientes es similar a las consideradas en otros estudios.

Método

Participantes

Pacientes de Centro de Salud Mental de la provincia de Gipuzkoa diagnosticados de Trastorno Adaptativo. Excluye patología del Eje II. Se requiere colaboración voluntaria.

Materiales/instrumentos

Se empleó un protocolo de entrevista semiestructurada ad hoc para recoger los datos sociodemográficos, que incluía datos de las siguientes variables a estudio:

Sexo,

Edad,

Estado Civil, con las siguientes opciones de respuesta: soltero, casado/pareja., separado/divorciado, viudo.

Convivencia, con las siguientes opciones de respuesta: solo, familia de origen, familia propia, comparte piso.

Estudios, con las siguientes opciones de respuesta: primarios, secundarios, superiores.

Situación laboral, con las siguientes opciones de respuesta: desempleado, estudiante, activo, ILT (interrupción laboral temporal).

Tratamiento psicológico previo, a contestar existencia o no tratamiento psicológico anterior al momento actual.

Se entregó a cada paciente un Documento explicativo sobre la participación en el estudio y copia del Consentimiento informado firmado por ambas partes.

Procedimiento

Se contactó con una muestra de pacientes con Trastorno adaptativo y en los que la impresión diagnóstica descartó patología del Eje II. Los pacientes proceden de los Centros de Salud Mental de Eibar y Rentería, entre los meses de noviembre de 2010 a agosto de 2011.

Los pacientes acceden a los recursos de Salud Mental remitidos por su Médico de Atención Primaria con un volante de derivación. Tras esta derivación, el paciente es asignado a un facultativo del Centro de Salud Mental (psiquiatra/ psicólogo) para una primera entrevista. Tras esta entrevista, y antes del inicio de tratamiento, los pacientes que cumplen los criterios son puestos en contacto con investigadoras al cargo del estudio. Se les ofrece participar en el estudio de forma voluntaria, requiriendo que firmen un consentimiento informado para entrar en la muestra del estudio y pasar el protocolo ad hoc en entrevista.

Diseño

Se propuso desarrollar este estudio observacional, transversal y de cohorte. Tratamiento de los datos recogidos por medio de Análisis Descriptivo-Univariante. Se empleó el paquete estadístico SPSS en su versión 17.0.

Resultados

En el estudio se incluyeron un total de 20 pacientes, 14 mujeres (70%), y 6 hombres (30%). El rango de edad de la muestra fue de entre 25 y 60 años. La edad media de los participantes en el estudio fue de 37 años, con una desviación típica de 9,67 años.

Al analizar la edad en relación al sexo, se obtuvo una media más joven de edad para las mujeres que para los hombres. Así, la media de edad de las mujeres fue de 34,9 años, frente a la media de edad de los hombres de 41,83 años.

En cuanto al Estado civil, la mayor parte de los participantes fueron casados /pareja (60%), frente al 40% restante formado por separado/divorciado (25%), soltero (10%) y viudo (5%).

La convivencia de los participantes fue del 85 % con familia (65% con familia propia y 25% con familia de origen), frente al 10 % que vivía solo o el 5% que convivía con no familiares en piso compartido.

El nivel de estudios, fue principalmente de nivel medio con un 40% de la muestra de participantes con estudios secundarios completados, un 30% contaba con estudios primarios y el 30% restante de la muestra contaba con estudios superiores.

La situación laboral de los participantes fue mayoritariamente en activo (75%), frente al 25% restante (10% desempleado. 10% en I.L.T., 5% estudiante).

En la categoría de Tratamiento psicológico previo, sólo un 30% de la muestra había recibido tratamiento en otra ocasión, constituyendo la derivación actual a Salud Mental su primer contacto con facultativos especializados para el 70% de los participantes.

Discusión/conclusiones

A la vista de los datos, el perfil de pacientes diagnosticados de Trastorno Adaptativo en Centros de Salud Mental de Gipuzkoa fue: mujer, en torno a los 37 años, casada, que convive con su propia familia, cuenta con al menos un nivel de estudios secundarios, activa laboralmente, y que no ha recibido tratamiento psicológico anteriormente.

Estos datos confirmaron nuestra hipótesis de similitud con el perfil de paciente típico de Trastorno Adaptativo, corroborando para nuestra muestra lo mencionado por la literatura (Vallejo Ruiloba), según el cual se da un mayor porcentaje de Diagnósticos de Trastorno adaptativo en mujeres frente a los hombres, en casadas frente a solteras, en las que la convivencia es con la familia propia frente a la de origen, en situación laboral activa y con un nivel medio de estudios.

Como resultado del estudio, consideramos que se necesita más investigación para comprender mejor la enfermedad, su epidemiología y aclarar sus fronteras, que siguen siendo objeto de controversia en cuanto a la adaptación al estrés y otros tipos de trastornos limítrofes como otros trastornos de ansiedad o la depresión.

Los resultados de nuestro estudio sugieren que el perfil de pacientes de este trastorno es vulnerable a varios niveles, social, laboral y psicológicamente, por lo que es vital que esta entidad sea reconocida y tratada adecuadamente, tanto en la práctica general, donde es muy común, como en su derivación y tratamiento especializado.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (1987). *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, APA (1989). *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Libro de casos*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, APA (1994). *DSM-IV-: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association, APA (2001). *DSM-IV-TR: Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR Breviario: Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Baumeister, H. y Kaufner, K. (2009). It is time to adjust the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 409-412.
- Baumeister, H., Maercker, A. y Casey, P. (2009). Adjustment disorder with depressed mood: a critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualisations and recommendations for the future. *Psychopathology*, 42, 139-147.
- Belloch, A. (2008). *Manual de psicopatología. Vol. I*. Madrid: McGraw-Hill.
- Belloch, A. (2008). *Manual de psicopatología. Vol. II*. Madrid: McGraw-Hill.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorders: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23, 927-938.
- Casey, P. y Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*, 10, 11-18.
- Casey, P. y Doherty. A. (2012). Adjustment disorders: implications for the ICD-11 and DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, 10, 90-92.
- Fernández, A., Mendive, J.M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A., Haro, J.M., Palao, D.J., Bellón, J.A. y Serrano-Blanco, A. (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *British Journal of Psychiatry*, 201, 137-142.
- Laugharne, J., Van der Watt, G. y Janca, A. (2009). It is too early for adjusting the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 50-54.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Presicci, A., Lecce, P., Ventura, P., Margari, F., Tafuri, S. y Margari, L. (2010). Depressive and adjustment disorders - some questions about the differential diagnosis: case studies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 473-481.
- Sadock, B. J. y Sadock V. A. (2008). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatria (10a. Ed.)*. Barcelona: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins.
- Servant, D., Pelissolo, A., Chancharme, L. Le Guern, M.E., y Boulanger, J. P. (2012). Adjustment disorders with anxiety. Clinical and psychometric characteristics in patients consulting a general practitioner. *Encéphale*, 12, 271-280.
- Strain, J., Newcorn, J., Wolf, D. y Fulop, G. (1996). Trastorno adaptativo. En R. Hales, S. Yudofsky y J. Talbott (Ed.), *Tratado de psiquiatria, 2ª Edición* (pp.711-722). Barcelona: Ancora.
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatria, 7ª Edición*. Barcelona: Elsevier-Masson.

TERMS OF SOCIALIZATION AND AGGRESSION AS A FACTOR OF SOCIOPATHY IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN

Sofiya Portukhay

The Faculty of psychology, Taras Shevchenko National University of Kyiv, Ukraine

Abstract

This research is devoted to identifying predisposition to develop sociopathic personality type in primary school children. Sociopathy is a psychological condition in which the individual shows a profound lack of empathy, immoral and antisocial behavior for short-term gains, and extreme egocentricity. Sociopaths can show both - reactive and instrumental aggression. Instrumental aggression is planned, controlled, and purposeful, and is used for a particular aim. Reactive aggression is much more impulsive and emotion driven and arises from a perceived threat or attack or uncontrolled anger. The contribution of socialization, aggression and family conditions in the development of sociopathic personality were measured in this research. Since the sample consisted of pupils from 6 to 10 years old, the suitable methodology was selected. To investigate the level of socialization Rozhkov technique was used, which aims to determine the level of social adaptability, activity, autonomy and moral thinking of pupils. The second method was the "Hand test" - a projective technique widely used to measure action tendencies - particularly acting-out and aggressive behavior. There was also an interview conducted with teachers to learn more about the children's personalities, conditions of their families and the way they are treated. To identify sociopathic tendencies among children special instrument was developed by the author based on Hare's psychopathy checklist. The research had found significant correlations with some factors. For example, more socially adjusted children are less likely to be sociopaths / psychopaths in the future. Many other examples of correlations are highlighted in the paper. This research will help to identify not only the predisposition to sociopathy among children, but also behavioral problems in general and it is intended to draw attention of all to whom it may concern to find the optimal way to work with these children.

Keywords: sociopathy, children, psychopathy, aggression, socialization.

Introduction

This article is an overview of research which was conducted to identify the predisposition to sociopathy in the age from 6 to 10 years old. Such factors as level of socialization and aggression were taken into consideration in this research. Studying this issue is important for several reasons.

Firstly, the literature on developmental aspects of sociopathy as well as psychopathy is limited. A number of instruments to measure psychopathy in the young age have been designed but they usually are intended for individuals from 15 years old. According to DSM-IV, where psychopathy considered as a part of Antisocial Personality Disorder (ASPD), psychopathy could be diagnosed at the age of 18 and the traits could be shown since the age of 15. It is not a surprise that new generation is developing faster. Modern childrens' ways of thinking, their values are similar to those of adolescents and adults. That is why we should try to measure these traits in a primary age. The question of possibility to measure psychopathy or sociopathy in young age is still debated.

Some (e.g., Frick, 2002; Lynam, 2002) argue that, theoretically, personality traits are relatively stable across adolescence into adulthood and that there are remarkable similarities between the literature on psychopathy in adults and that which is emerging on children and adolescents. Others (e.g., Seagrave & Grisso, 2002) suggest that psychopathy as a construct has a high false-positive rate in adolescence, as this is period of considerable developmental change. Cleckley (1976) also noted that certain transient developmental behaviours and attributes that arise in childhood and adolescence resemble psychopathic traits but attenuate with normal development. For example, adolescents are known to be more impulsive and have less empathic understanding than adults, which might result in higher scores on these items on current psychopathy measures. According to these statements, measuring sociopathy in the primary age may provide an early detection and intervention in high-risk groups. It is not surprising that it is much more difficult to change and rebuild the personality after puberty and later in adulthood, than in childhood (for example from 6 to 10 years old). That is why administering particular therapy and providing more attention to these children may prevent negative consequences to their future social environment. One possible example of it is excluding their own manifestations of delinquent behavior.

Secondly, there was no other research devoted to the problem of sociopathy in Ukraine before. The notion of sociopathy is not well known in Ukrainian psychology, even though it deserves particular attention. Many clinical psychologists in Ukraine still use the typology of Karl Leonhard, who did not distinguish this particular personality type, attributing such trait as “manipulativeness” only to histrionic people. Sometimes the diagnostic approach of Hans Eysenck is also used, where only impulsiveness is emphasized. Concerning Eysenck’s (1964) point of view, he offered a typical description; psychopaths are individuals “. . . who have manifested considerable difficulty in social adjustment over a period of many years or throughout life, but who are not of defective intelligence nor suffering from structural disease of the brain or epilepsy, and whose difficulties in adjustment have not been manifested by the behavioural syndromes which are conventionally referred to as neuroses or psychoses. Among the symptoms often stressed are defects of emotional control, inability to profit from experience, impulsiveness, lack of foresight, inability to modify infantile standards of conduct, lack of self-reliance, unsatisfactory adjustment to the group, inability to withstand tedium, and irresponsibility of character. Psychopaths can usually verbalize all the social and moral rules but they do not seem to be able to understand them and to obey them in the way that others do”. Later Eysenck and Eysenck’s (1976) genetic model of psychoticism links psychopathy with schizophrenia and he predicts a relationship between psychopathy and the Psychoticism scale of the EPQ. However, two later studies fail to support this prediction. It is argued that this theory may be more appropriately tested using DSM-III categories of borderline and schizotypal personality disorder and more specific measures of schizoid personality. This study also assesses two claims by Howard, Bailey and Newman (1984) that an affective deficit is common to both psychopathy and schizophrenia and that Hare’s Checklist for Psychopathy is lacking in clinical specificity. 37 male adults from a top-security prison took several tests measuring borderline and schizotypal personality disorder, and 10 scales of schizoid personality. All resulting correlations were small and non-significant. It is concluded that: (a) there is no link between psychopathy and schizoid tendencies; (b) Hare’s checklist is not lacking in clinical specificity; and (c) a fundamental methodological flaw

in Howard et al.'s study invalidates their claims. A main theoretical implication is that Eysenck and his theory is best viewed from the standpoint of antisocial behaviour in general and not psychopathy or sociopathy in particular. That statement confirms that in Ukrainian psychology the problem of psychopathy as well as sociopathy is not deeply understood.

The other problem concerns the institution of school psychology in Ukraine, which is usually ineffective if even exists in some schools. Ukrainian school psychologists, who have to deal with wide range of mental and behavioral disorders of children, often are poorly paid, not well educated and are not trusted by either pupils their parents or even by teachers. This research should play an important role for Ukrainian psychology in understanding psychopathic and sociopathic personality types.

Method

Participants

The sample consisted of 44 children. Inclusion criteria for participants were (1) age 6 to 10 years old, (2) attendance of an ordinary primary school. Exclusion criteria were (1) mental retardation, (2) neurological damage or (3) any other medical conditions which interfere with the central nervous system.

Instruments

The questionnaire, which was prepared specifically to measure sociopathic traits among children at the age from 6 to 10 was based on Robert Hare's Psychopathy Checklist (PCL) and Psychopathy Checklist Revised (PCL-R). It consists of 30 questions which were simple, since children from 6 years old should be able to answer them ("Yes" or "No"). This questionnaire measures child's aggression, hypocrisy, narcissism, aptitude for empathy and level of socialization. The questionnaire shows test-retest validity (.82) and between rater validity (.63 and .67) for controls. Also, in the current study all measures revealed acceptable Cronbach's alpha values for factors (ranging from .59 to .71). As the controls such methodology as Rozhkov questionnaire, "Hand-Test" and an interview with teachers were used in this investigation.

To determine the level of socialization Rozhkov questionnaire was used. It aims to determine the level of social activity, adaptability, autonomy and moral thinking of children. It has 20 questions which children were asked to answer by a 5 point scale. This technique is often used in school psychology especially in Ukraine.

The other method which was used in the research was "Hand-Test". It is a projective technique widely used to measure action tendencies – particularly acting-out and aggressive behavior. In this technique children shared their thoughts about actions of the 9+1 hands on the pictures, which are used as stimuli.

The structured interview provided the information about child's family, peculiarities of his or her personality and behavior.

Procedure

After informed consent, participants were asked to answer the questions of above mentioned methodology. Because of the age of participants, all of the questions were read out loud and they were offered to fill in the forms. The "Hand test" and an interview were carried out orally.

Design

This study had a cross-sectional design. Statistical analysis was conducted using the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 16. The research has a qualitative and quantitative analysis. Normal distribution was checked, Pearson correlation analysis was conducted to assess the relations between level of sociopathy, socialization and aggression. The correlation between sociopathy and other factors (such as order of birth in the family, hypocrisy, aptitude to empathy, etc.) were also taken into consideration.

Results

Gender differences

This research has shown that 54% of children who are more likely to have sociopathic traits are males (Figure 1). Moreover, in the high-risk group, from 9 children only one (11%) is a female. The most essential difference concerns narcissism (males – 2.85, females – 1.82) and aggression (males – 2.36, females – 1.47) (Figure 2).

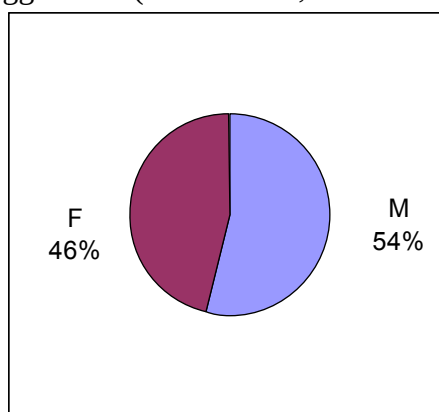


Figure 1. Level of sociopathy among males (M) and females (F).

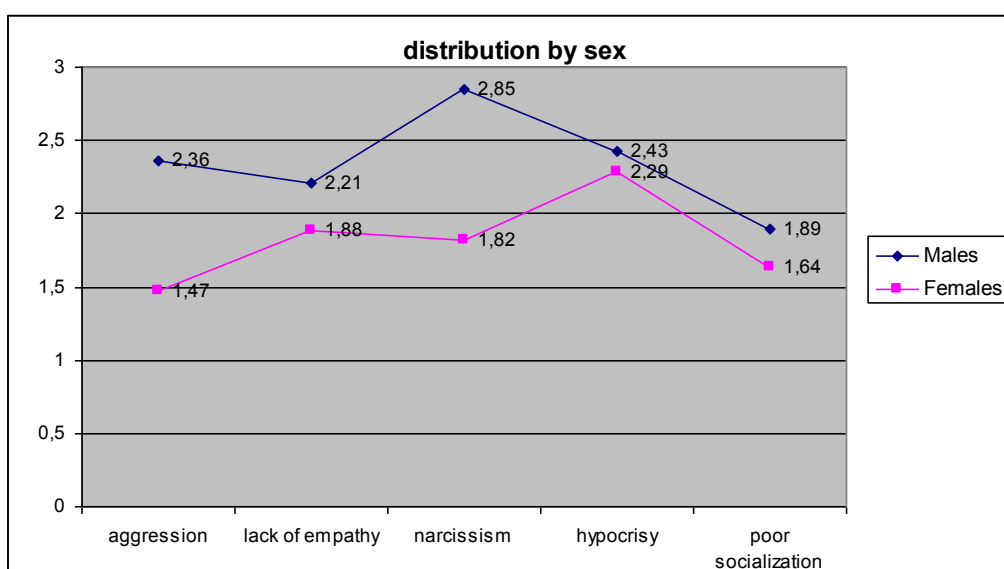


Figure 2. Detailed gender differences by traits.

Correlational analysis

Correlation analysis (Table 1) shows that there is a strong relationship between sociopathy and aggression ($r = .736$), which proves that sociopaths are aggressive (it could be either reactive or instrumental aggression). Also such personality quality as hypocrisy effects the level of sociopathy ($r = .621$). Lack of empathy ($r = .473$) and narcissism ($r = .391$) has a slighter correlation with sociopathy, but it is still significant at level 0.01. Regarding the factor of socialization, there is an interesting outcome. Although in theory, the poor socialization was expected as the factor of sociopathy, there is no significant correlation between sociopathy and the level of socialization (within one questionnaire $r = .253$, with Rozhkov technique $r = .132$). This could be explained in the following way. Sociopathy includes the ability to manipulate other people's behavior; therefore a sociopath must develop a certain range of communicative skills to have some authoritative status. He/she knows the social norms, rules and ideologies (which is required for good socialization), but does not understand their importance and necessity. He/she therefore does not adhere to those standards and behaves the way which is profitable for him/her only.

Table 1. Correlations between sociopathy and main traits.

		<i>Aggression</i>	<i>Narcissism</i>	<i>Hypocrisy</i>	<i>Empathy</i>	<i>Socialization</i>
Sociopathy	Pearson Correlation	.763**	.391**	.621**	.473**	.253*
	Sig.	.000	.004	.000	.001	.049
	N	44	44	44	44	44

"Empathy" – Lack of empathy

"Socialization" – Poor socialization

** Correlation is significant at the 0.01 level ($p < 0.01$)

* Correlation is significant at the 0.05 level ($p < 0.05$)

Other results

(1) In the high-risk group 56% of children are the youngest in the family (the last child), 33% are the only child and 11% (only one participant) is the first child in the family;

(2) the financial situation in the family does not effect child's predisposition to sociopathy;

(3) there is no difference between one-parent or two-parrent upbringing;

(4) in the interview children with high results for sociopathy were described as cunning, aggressive, active, communicative, beneficial and with false emotions; children who are less likely to become a sociopath, according to results, were described as emotional, empathic, sensitive, shy, generous, shy and with fearful and closed personality qualities.

Discussion

The present study explored the relationship between sociopathy and such traits as aggression, socialization, lack of empathy, narcissism and hypocrisy which includes reward-dominant response style. The study revealed: children who show aggression, narcissism, lack of empathy and hypocrisy are more likely to become sociopaths in the future. These children are able to lie and act immorally without any remorse and sense of guilt, but they are unable to take the responsibility for their own actions, to control their

behavioral manifestations and their emotions are insincere. These results are just the same as Robert Hare has described in his PCL (1980) for adults. It is also important to mention Cleckley's "mask of sanity" (1976), Hare called it "superficial charm" (1980). According to the results, which are similar to previous studies but with adults, it could be considered that early detection of sociopathic personality type is possible. Frick (2002) also had stated that these traits are stable throughout the lifespan, but still this problem should be studied a lot more deeply.

Also this investigation has shown some gender differences. First of all, the dissimilarities are slight in general sample of 44 participants (54% of males and 46% of females); but review of the high-risk group of 9 pupils shows some significant differences: 8 males (89%) are in this group and only one female. This could be explained by the aggression, which is more common for males (Hartup, 2005) and by other factors.

It is necessary to note that the main questionnaire which was used in present research has some limitations. First of all, it has not been compared with similar sociopathy inventory, since it has just been developed. In the future it will be compared and improved. Here is the list and a brief review of tests which are usually used to define psychopathic personality type:

Hare's tests:

Hare has generated a very lucrative business by selling his tests for use in forensic assessment.

A) The Psychopathy Checklist (PCL). Original 22 item test, now outdated but seen in original research (Hare, 1980).

B) The Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R). 20 items, based on a semi-structured interview and collateral information. Takes several hours to complete. 3-point scale scored for each item, scores range from 0 to 40. Based on criteria outlined by Cleckley (1976). (Hare, 1991; Hart, Hare, & Harpur, 1992).

C) The Psychopathy Checklist Screening version (PCL:SV).

The screening version has 12 items. Anyone can use the PCL:SV but one is advised that high scores should then be checked by the more detailed PCL-R version (hence the screening function of the PCL:SV). To use the PCL-R, technically a person needs Hare's training program (Cooke, Michie, Hart, & Hare, 1999; Hart, Cox, & Hare, 1995; Hart, Hare, & Forth, 1994).

Test Scores:

-nonpsychopathic - PCL-R under 20; PCL:SV under 13

-possible/less serious: PCL-R 20 to 29; 13 to 17 on the PCL:SV

-definite/serious psychopathy: PCL-R 30 to 40; 18 to 24 on the PCL:SV.

- Note: a score of 18 on the PCL:SV = a score of 30 on the PCL-R

D) Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV) (Forth, Kosson, & Hare, 2003). The PCL: YV is a 20-item rating scale for the assessment of psychopathic traits in male and female offenders, ages 12-18 years. Based on the Hare Psychopathy Checklist—Revised (PCL-R), the PCL:YV uses a semistructured interview and collateral information to measure interpersonal, affective, and behavioral features of psychopathy.

E) P-SCAN

- designed for non-clinicians

- simple, can be used by any professional

- intended to provide indication of psychopathy
 - based on correlations of psychopathy that has been discovered through research
 - scale requires collateral information i.e., interviews, interactions, files
- F) Business-Scan (B-SCAN)(B-Scan 360), an instrument that screens for psychopathic tendencies in managers. The B-Scan instrument is designed to identify developmental needs in management and supervisory staff. The B-Scan assesses the degree to which a person responds to challenges to organizational responsibility and effectiveness as expressed in his or her behaviors, attitudes, and judgments.

Characteristics assessed are:

- Personal Style (how an individual sees himself or herself and his or her attitude toward others);
- Emotional Style (understanding of one's own feelings and emotions, those of others, and the way in which one uses that understanding in the business environment);
- Organizational Effectiveness (what it takes to be a contributing member of an organization);
- Social Responsibility (how effectively an individual interacts with others).

G) Self-Report Psychopathy-II (SRP-II) scale (Hare, 1985, 1991) a 60-item self-report measure based on the theoretical underpinnings of the Psychopathy Checklist-Revised

H) Antisocial Process Screening Device (APSD) (Frick & Hare, 2001). 20 item self-report version for children and adolescents.

Other tests used to assess psychopathy:

- The Psychopathic Personality Inventory (PPI) (Lilienfeld & Andrews, 1996).
- The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2).
- The Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI; Andershed, Hodgins & Tengstrom, 2007).
- Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP; Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick, 1995).
- Personality Assessment Inventory-Antisocial Scale (Morey, 1991, 2007)

In conclusion, this research shows the importance of distinguishing sociopathic personality types among primary school children, as it could help their selves and their social environment in the future. By early detection of these traits it is possible to start working with these children and rebuild their personality before it is too late.

References

- Cleckley, H. M. (1976). *The Mask of Sanity: An Attempt to Reinterpret the So-Called Psychopathic Personality* (5th edition). St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Eysenck, J. H. (1964). *Crime and personality*. Boston: Houghton Mifflin.
- Eysenck, J. H., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoicism as a Dimension of Personality*. London: Hodder and Stoughton.
- Farrington, D. P., & Gunn J. (Eds.)(1985). *Aggression and dangerousness* (pp. 57-80). New York: Wiley.
- Freedman, M. D. (2001). False prediction of future dangerousness: Error rates and Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 29, 89-95.
- Frick, P.J. (1995). Callous-unemotional traits and conduct problems: a two-factor model of psychopathy in children. *Issues in Criminological and Legal Psychology*, 24, 47-57.
- Frick, P. J., & Hare, R. D. (2000). *The psychopathy screening device*. Toronto: Multy-Health Systems.
- Frick, P. J., O'Brien, B. S., Wootton, J. M., & McBurnett, K. (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 700-707.

- Grann, M., Langström, N., Tengström, A., & Kullgren, G. (1999). Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law and Human Behavior* 23, 205-217.
- Hare, R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 2, 111-120.
- Hare, R. D. (1993). *Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths Among Us*. New-York: Pocket Books.
- Hare, R. D. (1998). Psychopaths and their nature: Implications for mental health and criminal justice systems. In T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith, & R. D. Davis, (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior* (pp. 188-212). New York: Guilford Press.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (2nd edition)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hartup, W. W. (2005). The development of aggression: Where do we stand? In R. E. Tremblay, W. W. Hartup, & J. Archer (Eds.), *Developmental Origins of Aggression* (pp. 3-22). New-York: Guilford Press.
- Howard, R., Bailey, R., & Newman, A. (1984). A preliminary study of Hare's "Research Scale for the Assessment of Psychopathy" in mentally-abnormal offenders. *Personality and Individual Differences*, 5, 389-396.
- Lynam, D. R. (2002). Fledgling psychopathy: a view from personality theory. *Law and Human Behavior*, 26, 255-259.
- Seagrave, D., & Grisso, T. (2002). Adolescent development and the measurement of juvenile psychopathy. *Law and Human Behavior*, 26, 219-239.

ME SIENTO SUCIO. ABORDAJE DE UN CASO DE TOC DE LARGA EVOLUCIÓN

**Teresa Montalvo-Calahorra, Marina Carretero-Gómez y
M^a del Pino Espegel-Betegón**

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España

Resumen

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente, que generan un intenso malestar o una interferencia significativa en la rutina habitual del individuo, su funcionamiento profesional o en sus relaciones con los demás. Se trata de un trastorno complejo, tanto por su frecuente comorbilidad con otros cuadros clínicos (p.ej. depresión) como por el importante grado de deterioro e incapacitación social que genera. El TOC se encuentra entre una de las veinte condiciones más incapacitantes; sin embargo, la búsqueda de tratamiento suele demorarse entre 10-15 años y se estima que el TOC es una de las condiciones clínicas más frecuentes en mayores de 60 años. La exposición y prevención de respuesta (ERP) se considera el tratamiento psicológico más eficaz para niños y adultos con TOC, pero existen estudios de caso limitados aunque prometedores acerca la efectividad de la ERP en personas mayores. Se presenta un estudio de caso acerca de la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), en concreto de la ERP en un formato combinado de terapia individual y grupal, con un total de 28 sesiones, en un varón de 66 años con más de 40 años de evolución del TOC, en el que se obtuvo una mejoría significativa tanto en las puntuaciones del Y-BOCS, como en el estado anímico como en el nivel de adaptación a los 6 meses de seguimiento.

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo, exposición con prevención de respuesta, estudio de caso, personas mayores.

I FEEL DIRTY. ACCOUNT OF THE LONG TERM EVOLUTION OF A CASE OF OCD

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is characterised by the presence of obsessions and compulsions of a recurring character, which generate an intense sense of distress or a significant interference in the everyday routine of the individual, their working habits or in their relations with others. It relates to a complex disorder, through its frequent comorbidity with other clinical conditions (e.g depression) due to the severe degree of deterioration and social disability which it generates. OCD is amongst the top twenty most disabling conditions; the search for treatment, however, could be delayed by up to 10-15 years, and it is estimated that OCD is one of the most frequent clinical conditions amongst adults over the age of 60. Exposure and Response Prevention (ERP) is considered the most effective psychological treatment for children and adults with OCD, however there are limited yet promising case studies regarding the efficiency of ERP in patients over the age of 60. We present a case regarding the efficiency of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), specifically of ERP in a 66 year old adult male with 40 years experience of an evolving OCD who attended 28 sessions following a format which combines individual and group therapy, during which he experienced a significant improvement

in Y-BOCS readings, in his emotional state and in the level of adaptation to everyday life in the following 6 months.

Keywords: Obsessive compulsive disorder, exposure and response prevention, case study, older adults.

Identificación del paciente

Varón de 66 años, soltero y natural de Madrid. Actualmente jubilado desde hace 6 meses. Trabajó como representante de material de papelería durante 20 años. Vive solo desde el fallecimiento de sus padres. Es el tercero de cinco hermanos, dos de los cuales fallecieron y otros dos viven fuera (un hermano con el que no mantiene relación desde hace años y una hermana con la que mantiene contacto telefónico). Tiene dos sobrinos en Madrid con los que tiene escasa relación, aunque refiere que le gustaría poderlos ver y retomar el contacto con ellos.

Motivo de consulta

Acude derivado a Psicología Clínica en 2011 por aislamiento social y familiar debido a la presencia de obsesiones y compulsiones que generan gran interferencia en su funcionamiento cotidiano así como ánimo bajo. El paciente refiere que a raíz de la jubilación hace 5 meses, es más consciente de sus dificultades y limitaciones para relacionarse debido a la presencia de rituales de lavado y conductas de búsqueda de seguridad (ensalivarse las manos o el uso de toallitas higiénicas) y conductas de evitación en respuesta a la sensación de sentirse sucio (viajar en transporte público, dar la mano, uso de baños públicos, pomos de las puertas, etc) que generan gran interferencia en su funcionamiento cotidiano así como marcado aislamiento. El paciente cumple criterios para el diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (American Psychiatric Association, APA, 2000).

Las principales repercusiones percibidas por el paciente son el aislamiento progresivo en las relaciones sociales y familiares debido a la presencia de los temores de contaminación. Es consciente de que las obsesiones y los rituales que tiene son irracionales y le impiden llevar una vida normal a cualquier nivel, lo cual aumenta su malestar general.

Presenta una importante motivación al cambio y unas altas expectativas de mejoría.

Historia del problema

El cuadro cínico evoluciona desde los 20 años agravándose cuando comienza a trabajar como funcionario de prisiones durante 6 años, presentando múltiples rituales de lavado (manos, ropa o dinero) acompañados de angustia significativa. Desde entonces, evita el contacto con la policía, juzgados, cárceles así como con las personas relacionadas con estos ámbitos. Su sobrina es policía y debido al temor de entrar en contacto con ella o invitarla a su casa, lleva varios años sin verla y solo mantiene con ella un contacto telefónico, asimismo evita el contacto con objetos que hayan podido tocar otras personas como pomos, barandillas, asientos, baños públicos o cualquier objeto fuera de su casa.

Establece un primer contacto con psiquiatría a los 20 años. A los 30 años acude a terapia grupal e individual de corte psicodinámico, sin percibir mejoría significativa.

En seguimiento en su Centro de Salud Mental de zona desde 2008. Derivado a Psicología Clínica en enero de 2011, iniciando terapia de corte cognitivo-conductual. No enfermedades médicas significativas.

Como antecedentes familiares refiere que su madre estuvo en tratamiento psiquiátrico Comenta: “mi madre tenía muchas manías como repetir las cosas un número determinado de veces, vestirse de una manera determinada o lavarse las manos con lejía”.

Descripción de las conductas problema

A nivel cognitivo presenta la sensación de sentirse sucio cuando toca determinados objetos como pomos, libros usados, mobiliario público, dar la mano, etc. En este caso nos resulta útil la clasificación de Rachmann (1994) para describir los síntomas del paciente. Rachmann plantea una alternativa nueva a las clasificaciones tradicionales en cuanto a las obsesiones y compulsiones de limpieza. Diferencia entre la sensación de suciedad y la sensación de polución mental.

La sensación de estar sucio es lo predominante en el caso de nuestro paciente. Esta sensación se debe al contacto directo con algún material u objeto objetivamente sucio, que mediante el lavado de la parte del cuerpo afectado, se puede eliminar, mientras que la sensación de “polución mental”, puede surgir y persistir con independencia de la presencia o ausencia de la suciedad (objetivamente observable). La polución puede generarse por acontecimientos mentales (pensamientos, impulsos o imágenes) que le son inaceptables al sujeto.

A nivel fisiológico se produce un incremento de los niveles de ansiedad al tocar los objetos “contaminados” que disminuye tras el lavado, el uso de toallitas higiénicas o el ensalivado de manos.

A nivel motor predominan las conductas de evitación de lugares y situaciones ansiógenas así como rituales de lavado con un tiempo inferior a cinco minutos.

Las obsesiones y los rituales le ocupan la mayor parte del tiempo, limitando su funcionamiento cotidiano.

Establecimiento de las metas del tratamiento

De manera conjunta establecimos las siguientes metas terapéuticas:

- Reducción de la ansiedad subjetiva, la duración de las obsesiones y rituales.
- Exposición a situaciones evitadas/EEs temidos, con prevención de respuesta.
- Incremento actividades placenteras.
- Recuperación relaciones socio-familiares.

Objetivos terapéuticos

Desarrollo de la alianza terapéutica y planteamiento de objetivos concretos.

Psicoeducación acerca de las obsesiones, el papel de las compulsiones y de las conductas de evitación en el mantenimiento de la sintomatología.

Aprendizaje de técnicas de relajación y respiración.

Exposición con prevención de respuesta. Elaboración de jerarquía de situaciones de exposición.

Reestructuración cognitiva en relación con la exageración de las consecuencias amenazantes de las obsesiones así como de la sobreestimación del poder de los pensamientos.

Traspaso progresivo del control externo al interno. Mejora de la autoeficacia y control conductual.

Trabajo del autorrefuerzo por los logros conseguidos. Prevención de recaídas y mantenimiento de logros.

Selección del tratamiento

Terapia cognitivo-conductual, incluyendo como componente cardinal la exposición prevención de respuesta (EPR) actualmente considerado el tratamiento de elección para el tratamiento del TOC (American Psychiatric Association, APA, 2013; National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, 2005; Vallejo-Pareja, 2001).

La programación de las situaciones de exposición se llevó a cabo de manera semanal. Se realizaron exposiciones en vivo de manera prolongada y gradual hasta que la ansiedad y la necesidad de realizar los rituales disminuyeran.

Se realizó una jerarquía de exposición en relación con las situaciones que le generaban malestar graduadas en USA, empezando las exposiciones con los ítems de intensidad moderada.

Tocar puerta del ascensor 40 USA

Sentarse en asientos cercanías/autobús 45 USA

Dar la mano 50 USA

Abrir la puerta de casa 55 USA

Agarrar pasamanos cercanías/autobús 60 USA

Pomos baños públicos 65 USA

Ir a la casa de su cuñada 70 USA

Ir a la casa de su sobrino 75 USA

Ir a su casa sobrino y cuñada 80 USA

Usar el ordenador sin lavarse las manos 85 USA

Ir a casa de su sobrina policía o que ella vaya a su casa 90 USA

Evaluación

En el protocolo de evaluación utilizado se incluyó la entrevista clínica y la aplicación de cuatro autoinformes (PRE-POST), así como el uso de autorregistros.

- *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al, 1989; versión española de Bobes y González, 1994).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; versión española de Vázquez y Sanz, 1998).
- Escala de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988; versión española de Sanz, Vallar, de la Guía y Hernández, 2011).
- Escala de Adaptación de Echeburúa y Corral (1987).
- Autorregistros del nivel de ansiedad antes, durante y después de la EPR.

Tratamiento

Se llevaron a cabo un total de 28 sesiones de psicoterapia, con una duración estimada de las mismas de entre 60 y 45 minutos con periodicidad semanal durante la primera parte del tratamiento y posteriormente con seguimiento mensual, siendo la última revisión hace aproximadamente 6 meses.

Las primeras sesiones estuvieron orientadas a la psicoeducación acerca del papel de las obsesiones en relación con las compulsiones y las conductas de evitación, basándonos en sus propios autorregistros así como en ejemplos de su vida cotidiana. También se trabajó el aprendizaje de técnicas de relajación.

Posteriormente se elaboró una jerarquía, a partir de la cual el paciente se fue exponiendo (en tiempos no inferiores a 40 minutos) de manera gradual a aquellas situaciones evitadas sin llevar a cabo la compulsión (prevención de respuesta). Para la comprobación de que se ha llevado a cabo la exposición, es importante destacar el papel de los autorregistros, los cuales reflejen el nivel de ansiedad antes, durante y después de la exposición así como posibles problemas surgidos de cara a poder abordarlos en la siguiente sesión. También se trabajó a nivel cognitivo los pensamientos relacionados con el daño así como con la sobreestimación de la amenaza percibida respecto a la sensación de suciedad/contaminación.

Es importante destacar que el paciente no tomaba tratamiento farmacológico en el momento de la intervención psicológica.

En las últimas sesiones se sigue trabajando la exposición en vivo, ajustándola según la evolución y necesidades del paciente, de manera que él sea el que plantee los próximos objetivos y se autoexponga a las situaciones temidas.

Resultados

Tras 29 sesiones (12 meses) se consigue una mejoría significativa. Desaparecen los rituales de lavado así como la evitación de situaciones/EEs temidos, aunque persiste cierto temor y malestar ante la sensación de sentirse sucio que reaparece ante situaciones estresantes (muerte de su tía) y el afrontamiento de los items de mayor dificultad (retomar el contacto con su sobrina policía) que reactiva las compulsiones. Progresivamente se produce un incremento de las relaciones familiares (retoma el contacto telefónico con sus sobrinos, acude a su casa y ellos le visitan) y con amigos.

En la Tabla 1 se observa un descenso de las puntuaciones desde el pretratamiento al postratamiento, presentando una menor gravedad global del trastorno, una mejoría anímica y una mayor adaptación.

Tabla 1. Resultados de los instrumentos de evaluación.

	<i>PRE</i>	<i>POST</i>
Y-BOCS	23	7
BDI	17	14
BAI	3	1
ADAPTACIÓN	27	16

Por otra parte, la intervención consiguió otros beneficios a nivel cognitivo y conductual, como un mayor autorrefuerzo por los logros conseguidos, mayor control interno, así como la puesta en marcha de actividades físicas saludables e incremento de las actividades de ocio y tiempo libre.

Seguimiento

Las sesiones se fueron espaciando gradualmente en el tiempo (1 vez al mes, 1 vez cada 3 meses, 1 vez cada seis meses). Actualmente se observa un mantenimiento de los logros alcanzados.

Observaciones

Los resultados obtenidos se suman a la evidencia existente (Jones, Wootton y Vaccaro, 2012; Hirsh et al, 2006; Carmin y Wiegartz, 2000) acerca de que la EPR es un tratamiento eficaz para los adultos mayores con una larga historia de síntomas obsesivo-compulsivos. Hay una necesidad creciente de adecuar las intervenciones psicológicas en función de la edad del paciente, no sólo en el caso del TOC, sino de otros trastornos mentales.

Es importante destacar que el paciente presentaba una importante motivación al cambio así como la ausencia de enfermedades significativas, que en otros casos pueden requerir la adaptación de la intervención a las particularidades del paciente con mayor edad.

Aun así una intervención más precoz hubiera probablemente evitado la cronificación de la sintomatología y hubiera permitido al paciente tener una mayor calidad de vida.

Nota

La estructura del presente documento ha sido elaborada en base a las normas para la redacción de casos clínicos (Buela-Casal y Sierra, 2002).

Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV-TR* (4ª. Ed. Texto revisado). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. APA Practice Guidelines*. Recuperado de <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28&sectionid=40634994>
- Beck, A.T, Brown, G, Epstein, N y Steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Buela-Casal, G y Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 525-532.
- Carmin, C.N. y Wiegartz, P.S. (2000). Successful and unsuccessful treatment of obsessive-compulsive disorder in older adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30, 181-193.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de adaptación*. Manuscrito no publicado.
- Goodman, W.K., Price, L.H, Rasmussen, S.A, Mazure, C, Fleischmann, R.L, Hill, C.L, Heninger, G.R. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, Use and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hirsh, A., O'Brien, K., Geffken, G.R., Adkins, J., Goodman, W.K y Storch, E.A. (2006). Cognitive-Behavioral Treatment for obsessive-compulsive disorder in a elderly man with concurrent medical constraints. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 380-381.
- Jones, M.K., Wootton, B.M. y Vaccaro, L.D. (2012). The efficacy of exposure and response prevention for geriatric obsessive-compulsive disorder: A clinical case illustration. *Case Reports in Psychiatry*, 2012, 1-5.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE. (2005). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. National Clinical Practice Guideline*. Recuperado de <http://www.nice.org.uk>

- Rachmann, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1227-1255.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Vallejo, M.A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicothema*, 13, 410-427.

EVALUACIÓN DEL DETERIORO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS ¿QUÉ INSTRUMENTOS SON ÚTILES?

Montserrat García-Zamora, Pilar Jiménez-Solís,
Natalia Marcos-Casero y Maica Ruiz-Pérez

Triginta Salud Mental. Mútua Terrassa (Barcelona), España

Resumen

El grado de afectación cognitiva del paciente esquizofrénico definirá el pronóstico y su capacidad funcional. El deterioro cognitivo es un buen predictor del funcionamiento en la comunidad, de la capacidad de resolución de problemas sociales y de la adquisición de habilidades instrumentales. Es importante evaluar con instrumentos útiles, capaces de detectar y cuantificar alteraciones cognitivas específicas de la esquizofrenia y establecer así estrategias de rehabilitación adecuadas. El presente trabajo compara el grado de discriminación en la detección de alteraciones cognitivas de un grupo de pruebas psicométricas. De las pruebas objeto de estudio, el instrumento que ha resultado menos eficaz en detectar deterioro cognitivo ha sido el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Contrariamente, el *Test Trail Making* (formas A y B) ha resultado ser el más sensible en detectar déficits cognitivos.

Palabras clave: esquizofrenia, deterioro cognitivo, evaluación, eficacia.

ASSESSMENT OF IMPAIRMENT OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS, WHAT ARE USEFUL INSTRUMENTS?

Abstract

The degree of cognitive impairment defined schizophrenic patient's prognosis and functional capacity. Cognitive impairment is a good predictor of performance in the community, the ability to solve social problems and the acquisition of instrumental skills. It is important to assess useful tools capable of detecting and quantifying specific cognitive disorders of schizophrenia and to establish appropriate rehabilitation strategies. This paper compares the degree of discrimination in detecting cognitive impairment in a group of psychometric tests. From the tests under study, the instrument has been less effective in detecting cognitive impairment was the Cognitive Test Mini (MEC). Conversely, the Trail Making Test (Forms A and B) has proven to be the most sensitive in detecting cognitive deficits.

Keywords: Schizophrenia, cognitive impairment, assessment, effectiveness.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno complejo que presenta afectaciones conductuales, emocionales, sociales y cognitivas. Las primeras referencias históricas del déficit cognitivo en la esquizofrenia datan del siglo XIX. Autores de modelos históricos de la esquizofrenia como Morel, Kraepelin, Bleuer y Shneider ya mencionaban la existencia de un síndrome cognitivo en este trastorno. El tema parece no suscitar interés hasta finales de los años 70 que repunta hasta convertirse en uno de los temas clave de investigación. Empezaron a publicarse estudios dirigidos a detectar y definir los déficits

cognitivos en esquizofrenia utilizando pruebas de medición neurocognitiva y comparando el rendimiento con sujetos sanos, con pacientes de daño cerebral y otros trastornos psiquiátricos. En los años 80 los estudios se centraron en la especificidad de las alteraciones cognitivas (atención, memoria, funciones ejecutivas y aprendizaje). En los años 90 los estudios se centraron en precisar el tipo de déficit y si correlacionaba con variables de la enfermedad y el tratamiento. Harvey (1997), estableció una gradación en la afectación de las funciones cognitivas (Tabla 1). La severidad de las alteraciones cognitivas en esquizofrenia están dimensionadas a través de la cuantificación del rendimiento en pruebas neuropsicológicas en términos de desviaciones estándar (DS).

Tabla 1. Afectación diferencial de las funciones cognitivas en los trastornos esquizofrénicos (Harvey, 1997). Ligeramente (0,5-1 DS bajo la media sujetos sanos), moderado (1-2 DS bajo media sujetos sanos), grave (>2DS bajo la media de sujetos sanos).

<i>INTENSIDAD DE LOS DÉFICITS COGNITIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA</i>	
LIGERO	Habilidades perceptivas
	Memoria de reconocimiento demorada
	Confrontación-denominación
MODERADO	Distracción
	Recuerdo demorado
	Habilidades visio-motoras
	Memoria inmediata
GRAVE	Memoria de trabajo
	Aprendizaje de series
	Funciones ejecutivas
	Vigilancia
	Velocidad motora
	Fluencia verbal

La *Food and Drug Administration* ha promovido estudios sobre la contribución de los déficits cognitivos en el funcionamiento de la vida real de estos pacientes. Corroboran estudios anteriores que concluían que la capacidad cognitiva en el esquizofrénico correlaciona positivamente con su capacidad funcional en las actividades de la vida diaria. Es decir, el grado de afectación cognitiva definirá el pronóstico y capacidad funcional del paciente. En la misma línea, Green (1996), afirma que las alteraciones cognitivas en pacientes con esquizofrenia predicen mejor el funcionamiento en diferentes áreas que la sintomatología positiva y negativa. El deterioro cognitivo es un buen predictor del funcionamiento en la comunidad, de la capacidad de solución de problemas sociales y de la adquisición de habilidades instrumentales.

Las alteraciones cognitivas se asocian con déficits en el funcionamiento de las personas con esquizofrenia. Según Barrera (2006), los déficits de la memoria declarativa y de la atención sostenida afectan el funcionamiento social. Los déficits observados en las funciones ejecutivas, la memoria declarativa, memoria de trabajo y atención sostenida afectan el funcionamiento ocupacional. Los déficits de las funciones ejecutivas, la memoria declarativa y la memoria de trabajo afectan la capacidad de vivir independientemente.

Las alteraciones cognitivas son un desafío porque afectan severamente al funcionamiento cotidiano de estas personas. Hasta el momento, se han utilizado gran variedad de criterios y métodos que dificultan obtener conclusiones de los diferentes hallazgos. Incluso pueden ser conclusiones contrarias según la metodología escogida,

por ejemplo en cuestiones tales como si el deterioro cognitivo en la esquizofrenia se agrava en severidad con la evolución de la enfermedad o permanece estable. Hay gran variedad incluso a la hora de evaluar el propio déficit cognitivo. Unas pruebas son mas específicas de la enfermedad y otras fueron ideadas para enfermedades neurodegenerativas como pueden ser las demencias y se han ido instaurando en estudios sobre esquizofrenia.

Con el fin de consensuar criterios diagnósticos y de investigación en el deterioro cognitivo de la esquizofrenia así como la necesidad de obtener herramientas eficaces para su tratamiento, han surgido iniciativas como la denominada proyecto MATRICS (*Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*). En este proyecto han conformado una batería compuesta por 10 tests cognitivos que pretenden mejorar la validez de los instrumentos de medida de los déficits cognitivos en esquizofrenia (*MATRICS Consensus Cognitive Battery, MCCB*).

Es importante fomentar este tipo de iniciativas para evaluar con instrumentos útiles, capaces de detectar alteraciones cognitivas específicas de la esquizofrenia y establecer así estrategias de rehabilitación adecuadas.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar el grado de discriminación de una batería de pruebas muy utilizada en estudios sobre esquizofrenia y comparar su eficacia con otro test también empleado en esquizofrenia pero que fue ideado para detectar casos de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer.

Método

Participantes

La muestra está formada por 30 personas adultas diagnosticadas de esquizofrenia, de ambos sexos (11 mujeres, 19 hombres). Las edades oscilan de 31 a 72 años, con una media de 44 años. Todos ellos están institucionalizados.

Instrumentos

MEC (Miniexamen Cognoscitivo) de Lobo et al. (1999), versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein et al. (1975). Se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a trastornos orgánicos y enfermedades Neurodegenerativas como el Alzheimer. Es un instrumento muy utilizado en estudios con pacientes esquizofrénicos. Explora las siguientes áreas cognitivas: Orientación temporal y espacial, Fijación, Concentración-Cálculo, Memoria y Lenguaje-Construcción.

Batería formada por:

- Dígitos. Sub-test de *Wechsler Adult Intelligence Scale*, WAIS-IV (Wechsler, 2008). Orden directo y orden inverso. Entre las funciones implicadas en esta prueba se encuentran la distracción, el *span* de memoria a corto plazo (MCP), la concentración, la secuenciación auditiva y la atención ejecutiva.
- Clave de números. Sub-test de WAIS-IV (Wechsler, 2008) que mide la velocidad perceptiva y grafo-motora, concentración, atención sostenida y habilidad de aprendizaje asociativo.
- *Test Trail Making* (forma A y B) de Tombaugh (2004). En su forma A explora la atención sostenida, velocidad de procesamiento, secuencialidad, habilidades motoras y viso-espaciales de búsqueda visual. En la forma B se exploran las

mismas funciones más la atención alternante, la atención dividida y la flexibilidad cognitiva.

- Sub-test colores (C) del test *Stroop* versión adaptada de Golden (2001). Las puntuaciones reflejan el efecto de la interferencia palabra-color permitiendo valorar funciones ejecutivas como la atención selectiva, flexibilidad cognitiva, inhibición cognitiva y velocidad de procesamiento de la información.

Procedimiento

Es un estudio transversal. Se administró el MEC y la batería de tests y sub-tests al total de la muestra ($n = 30$). La evaluación se dividió en tres sesiones por las características de los participantes (dificultad en mantener la vigilancia y el rendimiento continuo).

Resultados

El MEC cribó un 3% de casos con trastorno cognitivo. En cada área cognitiva hay un elevado porcentaje que obtienen la puntuación más alta posible. En fijación el total de la muestra obtiene la mejor puntuación posible. De las áreas cognitivas exploradas, las de concentración y cálculo y memoria son las que obtienen menores resultados siendo aun así elevados: en ambos casos más del 83% obtienen la puntuación más elevada (Figura 1 y 2).

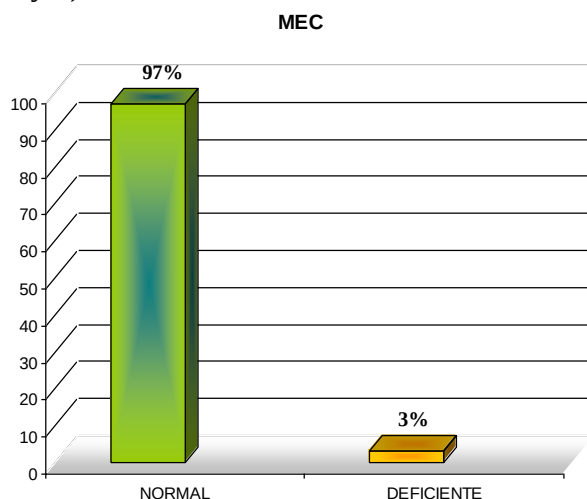


Figura 1. Resultados puntuaciones totales test MEC.

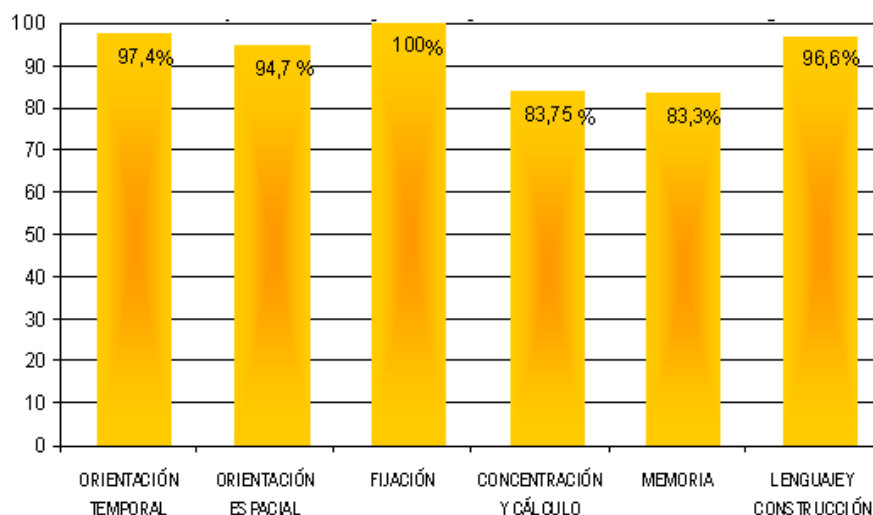


Figura 2. Porcentaje de puntuaciones máximas obtenidas en cada área cognitiva del test MEC.

Los resultados del sub-test clave de números indican que el 40% tiene afectada la capacidad de aprendizaje asociativo, destreza viso-motora, velocidad de procesamiento, distracción-atención y MCP (Figura 3).

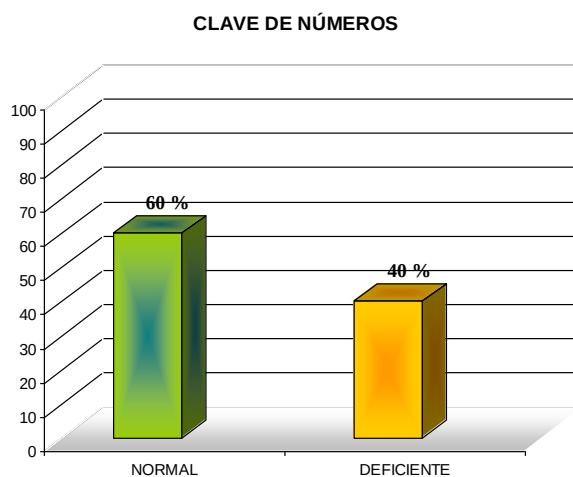


Figura 3. Resultados sub-test clave de números del WAIS.

En orden directo del sub-test de dígitos, un 7% obtiene puntuaciones que pueden indicar problemas en la amplitud de *Span* de la MCP, concentración, secuenciación auditiva y atención ejecutiva. En orden inverso se incrementa al 23% las puntuaciones que pueden indicar problemas en las funciones examinadas y en un 7% las funciones están claramente defectuosas (Figura 4).

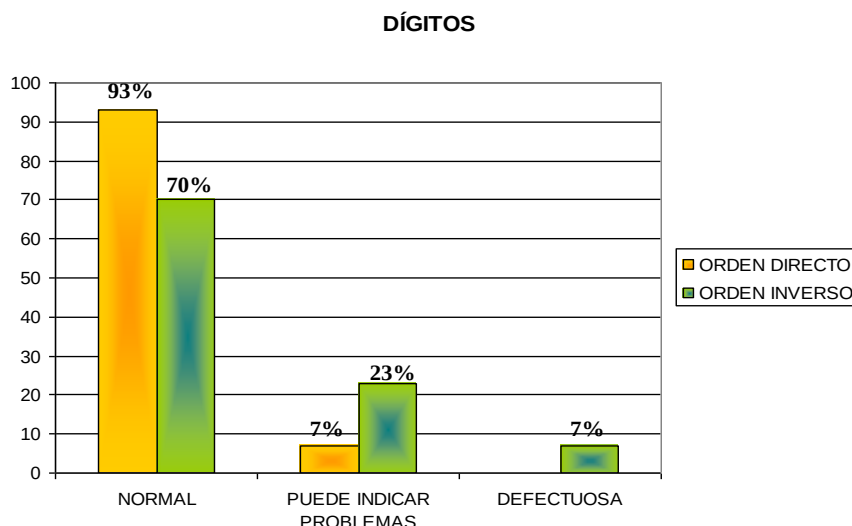


Figura 4. Distribución resultados en sub-test dígitos de WAIS.

En la forma A del *Trail Making*, forma, el 23 % muestra un deterioro moderado y en un 70% el deterioro es severo en atención sostenida, velocidad de procesamiento y habilidad viso-espacial. En cuanto a su forma B, un 67% muestra un deterioro severo en atención alternante, atención dividida y flexibilidad cognitiva. Un 27% obtiene puntuaciones que implican deterioro moderado y sólo el 6% presenta puntuaciones normales (Figura 5).

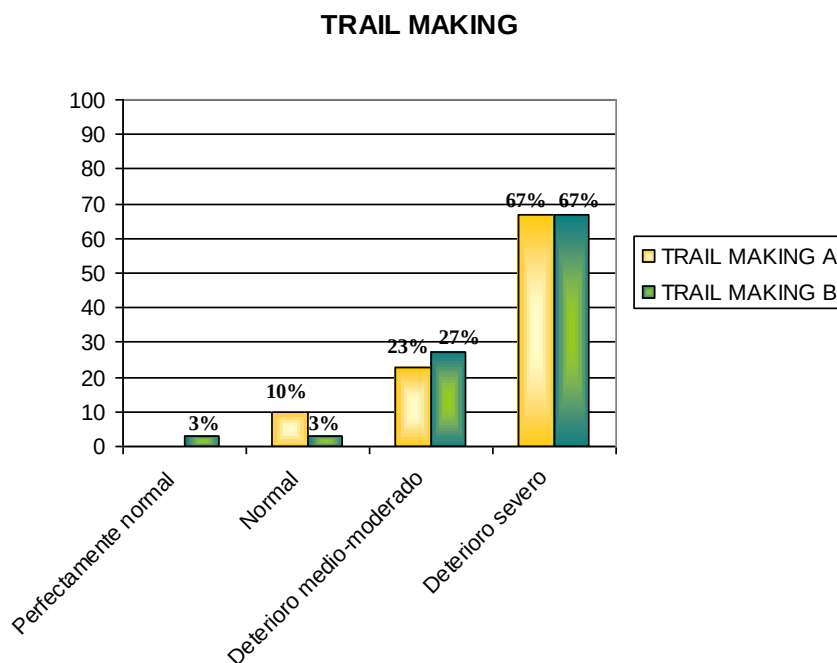


Figura 5. Distribución de resultados del test *Trail Making* (forma A y B).

Un 10% presenta afectada funciones como la atención selectiva, flexibilidad cognitiva, inhibición cognitiva y velocidad de procesamiento de la información evaluadas por Sub-test colores *Stroop C* (Figura 6).

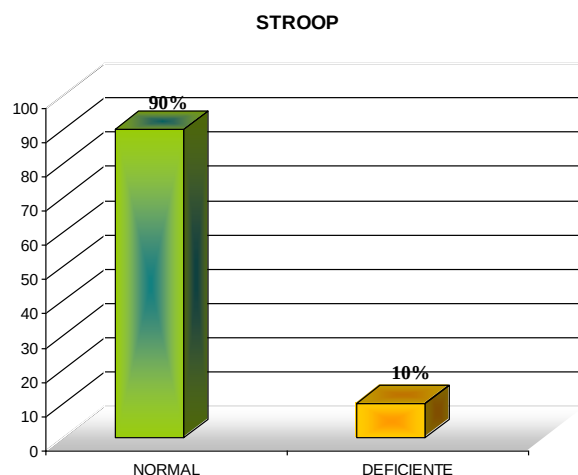


Figura 6. Casos de déficit cognitivo detectados por el Sub-test colores *Stroop* (C).

Conclusiones

El MEC es un instrumento de evaluación para los trastornos mentales orgánicos y ha demostrado buena capacidad diagnóstica en demencias moderadas y severas, pero no resulta útil para evaluar el deterioro cognitivo específico de la esquizofrenia si la enfermedad no está en estados extremadamente severos. Esto lo ratifica estudios como el llevado a cabo por Palmer, Appelbaum y Heaton (2004), que consiguieron obtener más casos de deterioro cognitivo con el MEC, con una población de pacientes con esquizofrenia mayores de 65 años y crónicamente hospitalizados. Es decir, en estadios más severos de la enfermedad puede resultar un instrumento útil en la detección de casos. En nuestro estudio, sólo criba un caso de deterioro cognitivo de los treinta que forman la muestra. De hecho, en cada área cognitiva obtienen un alto porcentaje las puntuaciones máximas posibles. Las áreas de concentración-cálculo (atención ejecutiva, memoria de trabajo) y memoria (capacidad de retención a corto plazo) son las que disminuyen ligeramente el porcentaje de puntuaciones máximas.

Cada uno de los componentes de la batería ha resultado ser más eficaz en detectar déficits cognitivos concretos. El test de *Trail Making*, en su forma A y B, ha resultado ser el que más casos ha detectado en las funciones evaluadas. En ambas formas detecta al menos un 90% de algún grado de deterioro. Los Sub-test de la Escala Wechsler (WAIS) también muestran afectaciones cognitivas específicas en distintas áreas, aunque en menor medida. El sub-test Clave de Números detectó un 40% de casos con déficits en las funciones evaluadas. En Dígitos, cuando la retención es en el mismo orden, es decir, directo, solo un 7% de la muestra obtiene puntuaciones que puede indicar problemas en la amplitud del *Span* en la MCP. Cuando la retención de dígitos es en orden inverso, la afectación del deterioro se refleja en los resultados incrementando en un 23% los casos que puede indicar problemas y en un 7% un *Span* defectuoso. Cuando el orden es inverso se detectan más casos de afectación cognitiva. El Sub-test de colores *Stroop* ha sido el que menos casos de deterioro cognitivo ha detectado de la batería con un 10% de casos.

La gran diversidad en la detección de casos obtenida en cada prueba puede explicarse por el grado de severidad de las funciones cognitivas específicas evaluadas (Tabla 1). El test *Trail Making* (forma A y B) evalúa funciones ejecutivas, vigilancia y velocidad motora, casi el total de los déficits cognitivos con grado de afectación grave

según Harvey (1997) (situadas bajo 2 o más DS del promedio población sana). La prueba de *Stroop* también estaría situada en este tipo de funciones más afectadas. En nuestro caso no se refleja en los resultados ya que sólo examinamos el sub-test Colores ya que en el momento del estudio se evaluó para otra investigación y se incluyó en el presente. Justamente es el sub-test de los tres que forman el *Stroop* que suelen puntuar mejor los pacientes psiquiátricos. Para obtener una mejor detección de casos en esta prueba se debe administrar también el sub-test Palabras (P) y el de Palabras-Colores (PC). El resto de pruebas que forman la batería examina funciones como la concentración, memoria de recuperación, habilidades viso-motoras y memoria de trabajo. Estas funciones están dimensionadas como moderadamente afectadas (de 1 a 2 DS bajo el promedio normal). Podemos concluir así, que más que detectar más o menos casos en el conjunto de la batería, estamos evaluando funciones cognitivas menos conservadas en estos pacientes que las evaluadas por ejemplo con el *Trail Making* que son funciones dimensionadas como severamente dañadas. Estos hallazgos corroboran estudios anteriores como el llevado a cabo por Barrera (2006) que ya apuntaba la necesidad de una evaluación específica de los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. También corrobora la línea actual de tratar estos déficits cognitivos como específicos y no generalizados. En todos los casos, las pruebas que forman la batería han resultado ser más eficaces que el MEC.

Saber qué pruebas discriminan mejor y qué funciones concretas evalúa y el grado de afectación de los enfermos facilita la evaluación y estudio de este colectivo y nos aporta un diagnóstico más preciso y ajustado de sus capacidades para establecer estrategias de intervención adecuadas. Es importante abordar estas cuestiones de la sintomatología cognitiva que presentan estos pacientes ya que afecta a su funcionamiento cotidiano de un modo severo.

Referencias

- Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44, 215-221
- Folstein, M. et al (1975). 'Minimental state: a practical method for grading the cognitive state of the patients for the clinician'. *Journal Psychiatric Res*, 12, 189-198
- Golden, C.J. (2001). *STROOP: Test de colores y palabras*. Madrid: TEA Ediciones.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-30.
- Harvey, P. (1997). *Cognitive function in patients with schizophrenia*. Report from a roundtable meeting. Janssen-Cilag. Organon.
- Lobo, A., Sanz, P., Marcos, G., Día, J.L., De la Cámara, C. y Ventura, T. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo en la población geriátrica. *Medicina Clínica*, 112, 767-774
- Palmer, B., Appelbaum, M. y Heaton R. (2004). Rohling's interpretive method and inherent limitations on the flexibility of 'flexible batteries'. *Neuropsychology Review*, 14, 171-176.
- Tombaugh, T.N (2004). Trail Making Test A and B: Normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 203-214
- Wechsler, D. (2008). *WAIS-IV: Administration and scoring manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

ESQUIZOFRENIA + MUNCHAUSEN: ¿ACTOR FINGIDO O ENFERMO MANTENIDO?

**Natalia Marcos-Casero, Pilar Jiménez-Solis,
Montserrat García-Zamora y Maica Ruiz-Pérez**

Triginta Salud Mental. Mútua Terrassa (Barcelona), España

Resumen

Se podría considerar la esquizofrenia como un trastorno real con características irreales; con lo cual no cabría esperar que quien lo padece necesite asumir el rol de enfermo que ya tiene adjudicado. Aunque en este caso, el paciente también presenta enfermedades pintorescas auto-inducidas con la única motivación de asumir por partida doble el papel de enfermo. Ahora bien, ¿podemos ver esta motivación como un delirio propio de su esquizofrenia, o en cambio cómo un síntoma característico de otra entidad nosológica diferente? A propósito de descubrir la fuente del continuo vagabundeo hospitalario de un varón de 36 años diagnosticado de Esquizofrenia Indiferenciada [295.90] y ante indicios de un posible Trastorno Facticio con predominio de signos y síntomas físicos [300.19], el presente trabajo pretende esclarecer cómo llegar a un correcto diagnóstico descartando sintomatología peculiar de la esquizofrenia que pueda viciar el proceso. Para eliminar la posibilidad de existencia de enfermedades físicas, se le realizan exploraciones médicas diversas ante quejas somáticas. Además del uso de Autoinformes como MMPI-2 y SIMS que descarten una posible simulación, se efectúa Evaluación Neuropsicológica a través de las siguientes pruebas: Dígitos (WAISS-III) y Test Retención Visual Benton. Descartando lesiones orgánicas, simulación y con un perfil de personalidad pasivo-dependiente (8-7) en el MMPI-II concordante con una tendencia a exagerar síntomas, se confirma el diagnóstico de Síndrome de Munchausen en el sujeto objeto de estudio.

Palabras Clave: esquizofrenia, trastorno facticio, síndrome de munchausen, caso único, diagnóstico.

SCHIZOPHRENIA + MUNCHAUSEN: PRETENDING ACTOR OR MAINTAINED SICK?**Abstract**

Schizophrenia could be considered as a real disorder with features unreal thus would not be expected that the sufferer needs to assume the sick role has already awarded. Although in this case, the patient also has quaint self-induced diseases with the sole motivation assume the sick role doubly. Now, can we see this motivation as their own delusions schizophrenia, or like a symptom of another disease entity different? In order to discover the source of a continuous hospital wandering 36 year old male diagnosed with Undifferentiated Schizophrenia [295.10] and to indications of possible factitious disorder with predominantly physical signs and symptoms [300.19], this paper aims to clarify how to discard a correct diagnosis Schizophrenia peculiar symptoms that may vitiate the process. To eliminate the possibility of existence of physical disease, medical examination was performed at various somatic complaints. Besides the use of self-reporting as MMPI-2 and SIMS to discard a possible simulation Neuropsychological Evaluation is done through the following tests: Digit, Benton Visual Retention Test. Ruling out organic lesions, simulation and with a personality profile 8-7 MMPI-

2 consistent with a tendency to exaggerate symptoms, the diagnosis of Munchausen syndrome in the subject under study is confirmed.

Key Words: Schizophrenia, munchausen's syndrome, factitious disorder, case study, diagnostic.

Introducción

El Síndrome de Munchausen (SM) sólo contrata actores motivados a enfermar, fingidores conscientes de síntomas, cuya gloria consistirá en asumir el papel de enfermo sin saber por qué. Una historia dramática precede su guion de vida, intentando calmar su sufrimiento y haciéndose protagonistas de una enfermedad de etiología desconocida que les lleva a peregrinar por diversos recursos sanitarios, alcanzando así múltiples ingresos por causas diversas.

Asher (1951) fue quien acuñó el término SM, para referirse a sujetos que presentan una pseudología fantástica, pautas de conducta errante de hospital en hospital que fingen una enfermedad física inexistente. Algunas características que permiten identificar a estos sujetos incluirían las siguientes:

- Rasgos de personalidad morbosos, tendencia histriónica, bajo control de impulsos, conductas autodestructivas (patrón pasivo-agresivo).
- Sumisos y complacientes.
- Conocimientos jerga médica.
- Problemas emocionales graves.
- Evasivos cuando explican sus ingresos.
- Deseosos de realizarse exámenes médicos.
- Evidencia de intervenciones (cicatrices, historia médica interminable).

Este síndrome caracterizado por la producción intencionada de signos o síntomas físicos en el que el sujeto busca ocupar el rol de enfermo en ausencia de incentivos externos en contraposición a la Simulación, se clasifica en el DSM-IV-TR dentro de Trastornos Facticios con predominio de signos y síntomas físicos [300.19].

Los Trastornos Facticios son más habituales en mujeres, siendo el SM la variante más crónica y cuya prevalencia es mayor en hombres.

Entre los factores predisponentes, llama la atención el hecho de que exista mayor riesgo en pacientes con otros trastornos psiquiátricos tales como Trastorno Depresivo Mayor, Trastornos de Personalidad o Esquizofrenia, como es el caso que nos ocupa.

Si además de la dificultad implícita del diagnóstico del SM por el entramado de engaños que le caracteriza, le añadimos la problemática presente derivada de la Esquizofrenia que padece el sujeto de estudio y un perfil de personalidad disfuncional, resulta todo un reto el poder discernir entre lo real y lo facticio.

Dado que numerosos pacientes presentan sintomatología orgánica, son tratados por especialistas de Medicina General que en búsqueda de la causa de su padecimiento acumulan informes con un diagnóstico inexplicable.

Es por ello que en este trabajo de carácter empírico cualitativo, se pretende esclarecer a través de un caso clínico cómo llegar con cautela a un correcto diagnóstico del SM descartando a su vez síntomas delirantes de la esquizofrenia u otros trastornos, así como evaluar rasgos de personalidad característicos y valorar la posibilidad de Simulación a través de la presencia de algún incentivo externo. Todo ello con el

objetivo de determinar un juicio válido ante la posibilidad de coexistencia de esquizofrenia y SM en un mismo sujeto.

Descripción del caso

Se trata de un varón institucionalizado, soltero de 36 años, con estudios primarios y diagnosticado de Esquizofrenia Indiferenciada sin síntomas residuales con numerosos antecedentes de ingresos hospitalarios y una historia vital dramática.

El paciente proviene de una familia de clase social media-alta que le adoptó a los dos días de su nacimiento. A los tres años adoptan a la que será su hermana. Se refiere una infancia marcada por la escasa relación con otros niños y la necesidad constante de atención por parte de adultos.

Con siete años de edad fallece el padre adoptivo por neoplasia pulmonar, y al cumplir los trece, a su madre también se le desarrolla otra neoplasia que acaba con su vida.

A partir de este momento se inicia en el consumo de tóxicos y es tutelado por la familia materna. A pesar del alto nivel adquisitivo y la seguridad económica de la familia, el paciente incurre en fugas, transgresiones y robos, llegando incluso a pertenecer al grupo radical Boixos Nois del F.C. Barcelona.

Ante la imposibilidad de sus tutores de hacerse cargo de su custodia debido a sus problemas de conducta, va a vivir a la casa de otros familiares donde el comportamiento no remite.

A la mayoría de edad, recibe 18.000€ de la herencia parental y se los gasta en menos de dos meses. Pese a disponer de dinero, en sus fugas pernocta en la calle con asiduidad. Además es portador de prótesis de cadera bilateral por intento de autolisis, que no ha considerado oportuno relatar.

Historia con múltiples ingresos psiquiátricos. Incapacitado judicialmente, desde hace diez años reside en un recurso de salud mental. Además, mantiene contacto con su hermana y una tía paterna.

En la actualidad, recibe tratamiento farmacológico para la esquizofrenia simultáneo con la realización en el centro de talleres grupales de periodicidad de semanal en Rehabilitación Cognitiva, Memoria, Actualidad, Deporte, Expresión Corporal, Lectura y Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Durante este tiempo, el personal del centro ha observado demandas constantes de atención y frustración ante la negativa, quejas y malestar continuado ante los problemas, coping escaso, actitud hipercomplaciente y familiar con el personal asistencial. También expresa tristeza si requiere atención, es demandante y poco asertivo, presenta quejas somáticas sin fiebre ni signos neurológicos y es poco colaborador en exploraciones médicas. A continuación, se presenta parte de su historial médico por orden cronológico desde su ingreso en el recurso en el que vive:

2002

Mareos: Somatización y Despersonalización por angustia.

2003

Bagaje médico por pérdida de peso sin causa aparente.

Dermatitis y Diarrea.

Pinchazos en el corazón.

Demanda cita por cambio de tiempo climático.

2004

Cansancio.

2005

Visita urgencias por fractura de brazo: Consigue tratamiento para dolor de espalda. En la consulta refiere además contracturas.

2006

Eczema en la cara.

Picor en genitales.

Caída accidental y luxación de hombro.

2007

Flemón dentario.

Fisuras en las manos.

Forúnculo en el glúteo: Pese a las curas y tratamiento antibiótico no sana.

Pide hora a su psiquiatra, ante la lista de espera muestra enfado. Cuando consigue visita, no acude para ir a cantar villancicos al Centro de Día.

2008

Heridas en el brazo (autoinducidas): Consigue curas diarias en el centro médico.

Consultas recurrentes por diversidad de causas dermatológicas.

Ingreso en Psiquiatría: El día del alta vuelve a ingresar por convulsiones que remiten sin fármacos.

2009

Infinidad de visitas al médico de cabecera por causas diversas (somatizaciones).

Pasa una noche en urgencias sin causa objetiva.

Dermatología: Heridas de larga evolución que no curan (al final acaba confesando que él mismo se las toca).

2010

Llagas infectadas.

Consultas dermatología.

Dolor de muelas.

Dolor indiferenciado de boca.

Llagas por el cuerpo.

Urgencias recurrentes.

Encías inflamadas.

Ingreso por ingesta compulsiva de agua (en el centro convulsiona, en urgencias se le pasa): POTOMANÍA o POLIDIPSIA PSICÓGENA.

2011

Carácter irritado.

Recidivas flemones maxilares.

Estrategias de evaluación

En este caso se ha realizado una evaluación multimétodo para confirmar o descartar la presencia del SM. Para ello, se ha recogido información desde la observación, autoinformes y otros instrumentos como:

- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989; Hathaway y Mckinley, (2000): Obtención de un Perfil característico concordante con el Trastorno Facticio.
- *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; González y Santamaría, 2009): Descartar simulación.

- Test Retención Visual Benton (TRVB; Benton, 1986): Descartar deterioro cognitivo.
- Dígitos de WAIS-III (Wechsler, 2002). Comparar la ejecución normal/empobrecida.

Análisis de datos

De este modo, los resultados obtenidos fueron los siguientes (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados obtenidos de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS).

		Deterioro Psicosis	Trastornos neurológico	Baja amnésicos	Trastornos Inteligencia	Trastornos afectivos	TOTAL
PD	0	2	2	1	4	9	

Nota. PD = puntuación directa de Structured Inventory of Malingered Symptomatology.

En la SIMS, la puntuación total resulta inferior a la recomendada como punto de corte, lo que sugiere que sus respuestas respecto a los síntomas relacionados con las cinco escalas estudiadas, son genuinos. De esta manera queda excluida la Simulación.

Respecto a la subescala del WAIS-III, Dígitos, el resultado de la prueba es de 16, estando dentro de los límites normales, lo cual no muestra alteración cognitiva.

En cuanto al Test de Retención Visual de Benton existe una diferencia de 5 puntos entre las respuestas correctas esperadas y las obtenidas, lo cual denota una clara indicación de deterioro cognitivo propio de la esquizofrenia (ver Tabla 2).

Tabla 2. Resultados Test de Retención Visual de Benton (TRVB).

LÁMINA	REPROD. OK	VALORACIÓN ERRORES				TOTAL ERRORES	
		Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Derecha	Izquierda
I	1						
II	1						
III	0				AbPI		1
IV	1						
V	0				AbPD	1	
VI	0	SPI / EMD	PerMI			1	2
VII	0				AbPD	1	
VIII	0			90MI / LMD		1	1
IX	0	EMD	PerPD			2	
X	0	SPI					1
TOTALES	3	4	2	2	3	6	5

Puesto que a nivel cuantitativo los simuladores cometen más errores que los sujetos con lesión cerebral y más distorsiones, en este caso, los resultados del TRVB serían contradictorios con los de la SIMS en la que se descarta simulación (Tabla 3).

Tabla 3. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2).

	<i>L</i>	<i>F</i>	<i>K</i>	<i>?</i>	<i>Hs.</i>	<i>D.</i>	<i>Hy.</i>	<i>Pd.</i>	<i>Mf.</i>	<i>Pa.</i>	<i>Pt.</i>	<i>Sc.</i>	<i>Ma.</i>	<i>Si.</i>
Total Bruto	8	16	18	0	16	26	30	28	33	13	24	31	24	35
Total	70	85	56	0	79	66	71	82	64	61	83	89	72	61

Perfil 8-7 (Psicastenia-Esquizofrenia) en MMPI-2: tendencia a exagerar síntomas y aparentar malestar, inseguridad, relaciones conflictivas e inmadurez. Se intuye a un sujeto Pasivo-Agresivo congruente con la caracterización del SM.

Según Butcher (1989) los pacientes con puntuaciones altas en la escala 8 son excéntricos, obstinados, temperamentales, inmaduros e impulsivos. Este mismo autor, también informa que aquellos sujetos que arrojen una puntuación elevada en la escala 7, suelen intensificar sus síntomas como resultado de su tendencia a considerar todo como una catástrofe.

Además, las puntuaciones en esta prueba describen características de la personalidad del sujeto tales como:

- Preocupaciones somáticas.
- Exageración de problemas físicos.
- Quejas variables y múltiples.
- Insatisfacción.
- Falta de confianza.
- Ausencia de comprensión acerca de las causas de los síntomas.
- Exigencia.
- Inmadurez.
- Agresividad.
- Juicio pobre.
- Predisposición paranoide.
- Miedos.
- Tiranía.
- Falta de realismo en su auto-valoración.
- Exceso de fantasía.

Discusión

En general, las motivaciones para desarrollar una enfermedad facticia pueden ser diversas, aunque las de un paciente con SM son más difíciles de precisar (Shafer y Shafer, 1980). Aun así, la verdadera etiología de los Trastornos Facticios es la perturbación psiquiátrica subyacente que existe en el paciente.

Además, las lesiones descritas suelen ser atípicas y raras en apariencia, cuyo origen resulta de manera espontánea en zonas accesibles a la manipulación del sujeto.

Puesto que los Trastornos Facticios son complicados de diagnosticar, sería aconsejable ante cualquier indicio de la presencia de éste, realizar un trabajo interdisciplinario que aborde todas las conductas a eliminar en estos pacientes.

En el caso que nos ocupa, después de descartar causas de origen orgánico a través de visitas médicas; se planteó la posibilidad de un trastorno añadido a su diagnóstico principal de esquizofrenia. Es por ello, que se inicia la evaluación oportuna en la que se constata que el paciente presenta un perfil descrito como típico en sujetos con SM, siendo definido como pasivo-agresivo con exaltación de sintomatología como

característica saliente. Por otro lado, también se elimina la posibilidad de que exista una recompensa externa que excluye la presencia de simulación.

Puesto que en la actualidad no existe un tratamiento efectivo para este tipo de trastornos, el estudio quedó limitado a la evaluación; precisando en un futuro una línea de tratamiento que incida en la motivación del paciente e irrumpa en la necesidad de estar más enfermo de lo que le produce en sí la misma esquizofrenia. Ahora bien, como profesionales ¿seremos capaces de discernir entre el inicio de la realidad y el fin del engaño?, en este caso sí, aunque la duda se presenta en referencia a una correcta orientación terapéutica. La confrontación no basta en ningún caso de SM, pero si además existe esquizofrenia de base, queda demostrado que esta técnica no es eficaz con este diagnóstico añadido. Tal vez lleguemos más lejos alertando a otros especialistas que conocen el caso sobre la grave enfermedad del sujeto, de esta forma controlaremos el bagaje médico de éste con la intención de extinguir esta conducta. Aunque a nivel individual y a través de terapia psicológica tendremos que intentar descubrir cuáles son sus motivaciones más profundas para su fingimiento centrándonos en los auténticos síntomas y evitando reforzar aquellos actuados.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (1995). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Asher, R. (1951). Munchausen's Syndrome. *Lancet*, 1, 339-354.
- Benton, A.L. (1986). *Test retención visual de Benton-TRVB* (3ª.ed). Madrid: TEA Ediciones.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- González, H. y Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del inventario estructurado de simulación de síntomas-SIMS*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hathaway, S.R. y Mckinley, J.C. (2000). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2: MMPI-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Shafer, N. y Shafer R. (1980). Factitious diseases including Münchausen's syndrome. *New York State Journal of Medicine*, 80, 594-604.
- Wechsler, D. (2002). *Escala de inteligencia para adultos de Wechsler-WAIS III*. (3a. ed). Buenos Aires: Paidós.

**FACTORES DE LA PERSONALIDAD Y ESTILOS PARENTALES
PREDICTORES DE ESQUEMAS INADAPTADOS TEMPRANOS EN
ADOLESCENTES Y JÓVENES ADULTOS**

**Usue Orbegozo*, Ana Estevez*, Begoña Matellanes*,
Inmaculada de la Fuente** y Cristina Vargas****

**Universidad de Deusto, España*

***Universidad de Granada, España*

Resumen

Las estructuras inadaptadas tempranas (EIT) se han propuesto como principal causa de alteraciones emocionales, encontrándose en el origen de numerosos trastornos psicológicos como la depresión o la ansiedad. Estas estructuras cognitivas dan lugar a diferentes estilos cognitivos que organizan nueva información de manera significativa, determinando cómo un cierto fenómeno es percibido, conceptualizado y valorado. El objetivo del presente estudio es analizar cómo factores de la personalidad y estilos parentales percibidos pueden estar influyendo en la adquisición de EIT. Para ello se llevó a cabo un estudio con una muestra de 175 estudiantes que completaron los cuestionarios para medir EIT, factores de la personalidad y estilos parentales. La media de edad de los participantes fue de 18,54 años ($DT = 1,60$), y el 71,4% eran mujeres. Los resultados indicaron correlaciones significativas entre factores de la personalidad y la presencia de EIT. También se hallaron diferencias significativas en la presencia de EIT respecto a un alto o bajo cuidado y una alta o baja sobreprotección por parte de los cuidadores principales. Un análisis de regresión lineal mostró que los factores de la personalidad y los estilos parentales percibidos predicen un sustancial porcentaje de la varianza de EIT ($R^2 = 0,37$). Estos hallazgos apoyan las investigaciones previas y animan a seguir investigando los EIT en poblaciones jóvenes con el fin de evitar su desarrollo.

Palabras clave: esquemas inadaptados tempranos, factores de la personalidad, estilo parental percibido, adolescentes.

**PERSONALITY TRAITS AND PERCEIVED PARENTAL REARING AS
PREDICTORS OF EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN ADOLESCENTS AND
YOUNG ADULTS**

Abstract

Early maladaptive schemas have been proposed as the main cause of emotional disorders and are found on the basis of many psychological disorders, such as anxiety and depression. These cognitive structures, give place to cognitive styles that organize and assess new perceived information in a significant way, determining how a new stimulus is conceptualized and valued by the individual. The present study was set to address whether personality traits and perceived parental rearing are associated with the presence of EMS. 175 non-clinical students, aged between 16 and 24 ($MD = 18.34$; $SD = 1.60$), completed questionnaires to asses EMS, personality traits and perceived parental rearing. The 71.4% of the sample were women. Results indicated that both personality traits and detrimental parental rearing are associated with the presence of EMS. A multiple regression analysis was carried out to confirm the predictive value that both personality traits and parental rearing styles have on the development of EMS ($R^2 =$

0.37). These findings are well in line with previous research and seem to warrant more research in EMS in young people, to avoid the development of these maladaptive schemas.

Keywords: Early maladaptive schemas, personality traits, perceived parental rearing, adolescence.

Introducción

Una de las principales afirmaciones de la teoría cognitiva es la existencia de estructuras profundas que moldean nuestro pensamiento (Beck, 1976). Estas estructuras, también denominadas esquemas mentales, son las que dan lugar a los diferentes estilos cognitivos, que pueden volverse desadaptativos cuando reflejan patrones de pensamiento distorsionado sobre uno mismo, los demás y la realidad que les rodea.

Con el fin de conceptualizar los estilos cognitivos desadaptativos, Jeffrey Young (1994) desarrolló el término Esquemas Inadaptados Tempranos (EIT). Los EIT son descritos como un amplio y dominante patrón comprendido de memorias, emociones, cogniciones y sensaciones corporales, que hacen referencia a uno mismo y a sus relaciones con los demás. En comparación con otras vulnerabilidades cognitivas, los EIT son considerados como incondicionales, automáticos y capaces de generar altos niveles de afecto negativo, ya que se relacionan con temas vitales centrales como la autonomía y la intimidad (Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995), y actúan además fuera de la conciencia de la persona.

Se relacionan positivamente con los pensamientos automáticos negativos, encontrándose en el origen de importantes trastornos como la depresión o la ansiedad (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan, 2002). Tanto la teoría (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Young, 1994) como la evidencia empírica (Kenny, Moilanen, Lomax, y Brabeck, 1993) han acordado que la vulnerabilidad cognitiva puede ser un factor predisponente ante la depresión.

Basándose en su experiencia clínica, Young (1994) identificó un total de 15 esquemas agrupados en cinco dominios diferentes: *Desconexión/Rechazo* (Abandono, Abuso, Privación Emocional, Imperfección y Aislamiento Social), *Autonomía Dañada* (Dependencia, Vulnerabilidad al Daño, Apego y Fracaso), *Falta de Límites* (Grandiosidad y Autocontrol Insuficiente), *Orientación hacia los demás* (Subyugación y Autosacrificio) y *Sobrevigilancia e Inhibición* (Inhibición Emocional y Normas Inalcanzables).

Varios estudios han resaltado la importancia de factores de la personalidad en el desarrollo de EIT ya que los rasgos de personalidad influyen en la percepción e interpretación del ambiente, estando íntimamente ligados al desarrollo cognitivo (Winter y Kuiper, 1997). Algunos de estos estudios apuntan que las diferencias individuales en rasgos de la personalidad podrían explicar las diferentes experiencias emocionales (Eurelings-Bontekoe, Luyten, Ussennagger, van Vreeswijk y Koelen, 2010; Murris, 2006; Thimm, 2010). De acuerdo con Young, Klosko y Weishaar (2003), examinar la relación entre los EIT y la tendencia de personalidad innata es importante ya que el temperamento está considerado como factor de vulnerabilidad significativo en la formación de los esquemas.

El ambiente que rodea al niño en la infancia temprana es de vital importancia para el desarrollo cognitivo a través de las experiencias con los cuidadores, sobre todo, los padres. Según Lumley y Harkness (2007), las experiencias negativas en la infancia

son internalizadas y continúan dando forma a cómo el/la niño/a responde ante acontecimientos externos a medida que va creciendo.

Cole, Martin y Powers (1997), estudiaron el impacto del feedback parental sobre los niños, sugiriendo que un feedback negativo por parte de las figuras significativas podía ser internalizado en forma de pensamientos o esquemas negativos sobre el *self*, pudiendo influir así en el desarrollo de EIT. Autores como Gibb et al. (2011) concluyen que aún no está clara la relación entre malas prácticas de crianza en la infancia y el posterior desarrollo de estilos cognitivos desadaptativos.

Hasta ahora, son muy pocos los estudios realizados acerca de los mecanismos implicados en el desarrollo de EIT, menos aún en población joven y adolescente. En el caso de los estilos parentales, las representaciones maternas han sido mucho más estudiadas que las paternas y, por lo tanto, no se sabe mucho sobre la asociación entre la interacción del/a niño/a con el padre (Kane y Garber, 2004).

El objetivo del presente estudio fue analizar el papel de los factores de la personalidad y los estilos parentales percibidos como posibles mecanismos implicados en la presencia de EIT. Para ello se partió de las siguientes hipótesis:

- Bajas puntuaciones en los cinco grandes factores de la personalidad aumentarán los EIT.
- Estilos parentales perjudiciales se relacionarán con mayores puntuaciones en EIT.
- Los cinco grandes factores de la personalidad y estilos parentales serán predictores de EIT.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 175 alumnos seleccionados de Institutos de Educación Secundaria de la ciudad de Granada (37,1%), así como de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada (62,9%). La media de edad de los participantes fue de 18,54 años ($DT = 1,60$), y el 71,4% eran mujeres.

Instrumentos

- Cuestionario de Esquemas-Versión Reducida (Young y Brown, 1994). Evalúa los esquemas mentales desadaptativos. El instrumento identifica un total de 16 esquemas, mediante 75 ítems que deben ser contestados de acuerdo con una escala Likert de seis puntos (1 = *totalmente falso*, 2 = *la mayoría de las veces falso*, 3 = *más verdadero que falso*, 4 = *en ocasiones verdadero*, 5 = *la mayoría de las veces verdadero*, y 6 = *me describe perfectamente*). La versión en español del SQ-SF presenta buenas propiedades psicométricas, con confirmación de su estructura factorial y con consistencia interna buena para los factores, mostrando alfas de Cronbach entre 0,71 y 0,93 para cada una de las subescalas (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005). En esta investigación se evaluaron los siguientes esquemas: *Abandono/ Inestabilidad* (creencia de que los demás no pueden darnos un apoyo fiable y estable), *Abuso* (el individuo espera que los demás lo hieran o se aprovechen de él), *Privación Emocional* (creencia de que no lograremos nuestras necesidades de apoyo emocional), *Imperfección* (visión de sí mismo como antipático e indeseable), *Aislamiento Social* (creencia de que

uno no es parte del grupo), *Dependencia* (creencia de que el individuo es incompetente y necesita a los demás), *Peligro* (creencia de que en cualquier momento puede pasar algo malo), *Apego* (excesiva implicación y cercanía emocional con otras personas emocionalmente significativas), *Fracaso* (visión de que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo), *Grandiosidad* (creencia de que el individuo es superior a los demás), *Autocontrol Insuficiente* (énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad, el dolor, el conflicto, la confrontación: la responsabilidad o el esfuerzo excesivo), *Subyugación* (sujeción excesiva al control de los demás, porque uno se siente obligado), *Autosacrificio* (descuidan las propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás), *Inhibición Emocional* (individuos que evitan la espontaneidad para evitar la vergüenza), *Normas Inalcanzables* (creencia de que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación).

- *Parental Bonding Instrument* (Parker, Turpling y Brown, 1979). Está basado en la Teoría del Vínculo de John Bowlby y analiza el comportamiento parental percibido en los primeros 16 años de vida, con el objetivo de conocer la contribución parental en el apego y establecer el tipo de vínculo del sujeto. El PBI consta de 25 afirmaciones para cada figura paterna/materna y ha mostrado tener una excelente consistencia interna en su adaptación al castellano con un alfa de Cronbach entre 0,87 y 0,90 (Melis et al., 2001).
- *Big-Five Questionnaire* (Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1993), representa cinco grandes dimensiones de la personalidad: Conciencia, Apertura, Extraversión, Amabilidad e Inestabilidad emocional. Es un cuestionario autoaplicado, que mide las diferentes dimensiones mediante 132 ítems puntuados de acuerdo a una escala Likert que oscila ente 1 (*completamente verdadero*) y 5 (*completamente falso*). La fiabilidad en su versión española muestra un alfa de Cronbach de entre 0,73 y 0,87 en las principales subescalas (Bermúdez, 1995).

Procedimiento

La administración de los cuestionarios fue de forma grupal en el aula y en horario lectivo, en una sola sesión de aproximadamente 45 minutos. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de la información que se recogiera. El orden de los cuestionarios se contrabalanceó para evitar sesgos de pasación.

Diseño

Se trata de un estudio *ex post facto* retrospectivo, de un solo grupo con múltiples medidas (Montero y León, 2007), en el que se parte de la variable dependiente (esquemas mentales) para estudiar posibles variables independientes (apego, factores de la personalidad y estilo parental percibido).

Resultados

En primer lugar, los resultados indicaron correlaciones significativas entre factores de la personalidad y la presencia de EIT. Estos resultados apoyan la primera de las hipótesis ya que las correlaciones entre los diferentes factores y los quince esquemas fueron negativas (r entre -0,492 y -0,255, $p < 0,01$), siendo los factores extraversión ($r =$

-0,42, $p < 0,01$), afabilidad ($r = -0,40$, $p < 0,01$) y estabilidad emocional ($r = -0,39$, $p < 0,01$) los que más altamente correlacionaban con la puntuación total en EIT.

Tabla 1. Diferencia de medias entre los cinco dominios de EIT y estilos parentales

	<i>Cuidado materno</i>		<i>Cuidado Paterno</i>		<i>Sobreprotección Materna</i>	
	<i>t</i>	<i>gl.</i>	<i>t</i>	<i>gl.</i>	<i>t</i>	<i>gl.</i>
Desconexión/Rechazo	3,85**	172	2,45**	171	-2,34*	172
Autonomía dañada	2,46*	172	2,52*	171	-2,82**	172
Falta de límites	2,97**	172	2,01*	171	-2,27*	172
Orientación hacia los demás	2,70**	172	2,7**	171	-3,36**	172
Sobrevigilancia e inhibición	1,22	172	2,5	171	-2,24*	172

Nota. * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$.

Una comparación de medias entre puntuaciones altas y bajas en los diferentes estilos parentales percibidos respecto a puntuaciones en los cinco dominios de EIT, mostraron diferencias estadísticamente significativas, a excepción de la dimensión sobreprotección paterna, que no mostró relación significativa alguna (ver Tabla 1).

Se realizó posteriormente un análisis de regresión lineal. Como variable dependiente se tomó la puntuación total de EIT, y como variables independientes los cinco factores de la personalidad y los estilos parentales percibidos. Mediante el método de pasos sucesivos (ver Tabla 2) se identificaron las cinco variables que predicen un 37,3% de la varianza ($R^2 = 0,37$, $p < 0,001$).

Tabla 2. Regresión lineal múltiple. Predictores de ETD.

<i>V. Predictoras</i>	<i>β tipificada</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>
Apertura Mental	-0,21	0,00	-3,27
Cuidado M	-0,29	0,00	-4,59
Cuidado P	-0,24	0,00	-3,74
Estabilidad Emocional	-0,33	0,00	-4,95
Extraversión	-0,23	0,00	-3,49

Nota. Cuidado M=Cuidado materno; Cuidado P=Cuidado paterno.

Discusión

El principal objetivo era analizar algunos de los posibles factores que podrían estar influyendo en la adquisición y desarrollo de EIT. Los resultados obtenidos muestran que los cinco grandes factores de la personalidad, así como los estilos parentales se relacionan significativamente con la presencia de EIT.

En primer lugar, los cinco grandes factores de la personalidad se relacionan significativa y negativamente con los 15 esquemas propuestos por Young (1994), apoyando la primera hipótesis y en consonancia con estudios previos (Murrís, 2006).

Los estilos parentales perjudiciales, descritos por Parker (1979) como bajo cuidado y alta sobreprotección, también se relacionan con la presencia de EIT. Como se observa en el apartado de resultados, bajas puntuaciones en cuidado tanto materno como paterno, muestran mayores puntuaciones en los cinco dominios de EIT en comparación con aquellos individuos que puntuaron alto en las dos subescalas. En cuanto a sobreprotección, se observa el patrón contrario, en sintonía con la teoría de Parker (1979), quién propuso que estos estilos parentales perjudiciales aumentaban la vulnerabilidad a padecer depresión.

Por último, un análisis de regresión lineal demuestra que tanto los estilos parentales perjudiciales como los factores de personalidad explican un porcentaje sustancial y significativo de la varianza en EIT, lo que sugiere que tanto la personalidad como el ambiente juegan un papel fundamental en el desarrollo de patrones distorsionados de pensamiento (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Aunque sustancial y significativo, el porcentaje explicado es algo restrictivo (37%). Esto puede deberse a la condición no-clínica de la muestra, que da como resultado baja puntuación general en EIT. Además, tan solo se analizan los estilos parentales percibidos respecto a la madre y el padre. Young (1994) indica que las relaciones tóxicas con otros miembros de la familia así como con el grupo de iguales también tiene una relación directa con el desarrollo de EIT.

Limitaciones y conclusiones

que tener en cuenta el carácter intencional de la muestra, así como su condición no clínica. Por otro lado, la naturaleza del estudio es transversal, por lo que no se pueden sacar conclusiones de causa-efecto entre las variables. Aun así, los datos obtenidos son coherentes con la teoría de Young (1994) y sugieren que tanto factores de personalidad como estilos parentales juegan un importante papel en el desarrollo de ETD. Sería muy interesante profundizar en esta línea de investigación, más aun en adolescentes, para poder ofrecer posibilidades de intervención temprana en problemas emocionales y trastornos psicopatológicos relacionados con la presencia de ETD como la depresión o la ansiedad.

Referencias

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*, 96, 358-372.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. y Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire-Short Form. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 90-99.
- Caprara, G. V., Barbaranelli C. y Borgogni L. (1995). *BFQ. Cuestionario «Big Five»* (Versión española de J. Bermúdez). Madrid: TEA Ediciones.
- Cole, D. A., Martin, J. M., y Powers, B. (1997). A Competency-based Model of Child Depression: A Longitudinal Study of Peer, Parent, Teacher, and Self-evaluations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 505-514.
- Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Luyten, P., IJssennagger, M., van Vreeswijk, M. y Koelen, J. (2010). Relationship between personality organization and young's cognitive model of personality pathology. *Personality and Individual Differences*, 49, 198-203.
- Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Rose, D. T., Whitehouse, W. G., Donovan, P. y Tierney, S. (2001). History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 425-446.

- Kane, P. y Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24, 339-360.
- Kenny, M. E., Moilanen, D. L., Lomax, R. y Brabeck, M. M. (1993). Contributions of parental attachments to view of self and depressive symptoms among early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 13, 408-430.
- Lumley, M. N. y Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657.
- Melis, F., De Los Ángeles Dávila, M., Ormeño, V., Vera, V., Greppi, C. y Gloger, S. (2001). Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatria*, 39, 132-139.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 405-413.
- Schmidt, N. B., Joiner Jr., T. E., Young, J. E. y Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 52-59.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. y Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519-530.
- Winter, K. A. y Kuiper, N. A. (1997). Individual differences in the experience of emotions. *Clinical Psychology Review*, 17, 791-821.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (2a. ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford.

SATISFACCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON DEPRESIÓN SUBCLÍNICA

Vanessa Blanco, Ángela J. Torres, Patricia Otero,
Elisabet Hermida y Fernando L. Vázquez

Universidad de Santiago de Compostela, España

Resumen

Antecedentes: A pesar del hallazgo de que la satisfacción de los participantes con las intervenciones se ha relacionado con resultados positivos de las mismas, los estudios de prevención de la depresión raramente han tenido en cuenta esta variable, y en nuestro conocimiento ningún trabajo previo ha evaluado la satisfacción de intervenciones de prevención de la depresión en estudiantes universitarios. El objetivo de este trabajo fue determinar la satisfacción en estudiantes universitarios tras la participación en intervenciones breves de prevención de la depresión. **Método:** 133 estudiantes universitarios (82% mujeres; $M_{\text{edad}} = 23,3$ años) con sintomatología depresiva elevada, pero que no cumplían los criterios para un episodio depresivo mayor, participaron en una intervención cognitivo-conductual ($n = 70$) o un programa de entrenamiento en relajación ($n = 63$), consistentes en 8 sesiones grupales de 90 minutos. En el postratamiento entrevistadores independientes evaluaron anónimamente la satisfacción con el servicio recibido a través de la versión española del Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ-8). **Resultados:** La puntuación media de satisfacción con las intervenciones en el postratamiento fue 25.2 ($DT = 4$). El 90,2% de los participantes valoraron como buena o excelente la calidad del servicio recibido, el 94% se mostraron satisfechos o muy satisfechos con la cantidad de ayuda recibida, y el 92,5% con el servicio en general; el 85% encontraron que se adecuaba a sus necesidades, y para un 56,4% cubría la mayoría o todas sus necesidades, ayudándoles a manejar mejor sus problemas en un 94% de los casos; un 92,5% recomendarían el servicio a otras personas, y un 88,7% volverían si necesitasen de nuevo ayuda similar. **Conclusiones:** El índice de satisfacción global fue elevado. La mayoría de los participantes mostraron satisfacción en respuesta a todos los ítems de la CSQ-8, avalando la utilidad y adecuación de las intervenciones.

Palabras clave: satisfacción, intervenciones, prevención, depresión, estudiantes universitarios.

SATISFACTION WITH DEPRESSION PREVENTION PROGRAMS AMONG UNIVERSITY STUDENTS WITH SUBCLINICAL DEPRESSION

Abstract

Background: Despite the finding that satisfaction among the intervention participants has been related to positive results of them, rarely the depression prevention studies have accounted for this variable, and, to our knowledge, no previous work has assessed satisfaction with depression prevention programs among university students. The aim of this work was to establish the satisfaction among university students after participation in brief interventions for the prevention of depression. **Methods:** 133 university students (82% women; $M_{\text{age}} = 23.3$ years) with high depressive symptomatology, but not meeting criteria for the diagnosis of a major depressive disorder, participated in a cognitive-behavioral intervention ($n = 70$) or a relaxation training program ($n = 63$), both consisting of 8 group 90-minute sessions. At posttreatment,

independent interviewers evaluated anonymously the satisfaction with the received service using the Spanish version of the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). **Results:** The satisfaction with the interventions mean score at posttreatment was 25.2 ($SD = 4$). 90.2% of the participants rated as good or excellent the quality of the received service, 94% expressed satisfaction or much satisfaction with the amount of help received, and 92.5% with the service as a whole; 85% found that it suited their needs, and for 56.4% it suited most or all of their needs, helping them to better manage their problems in 94% of cases; 92.5% would recommend the service to other people, and 88.7% would come back if they needed similar help in future. **Conclusions:** The global satisfaction index was high. Most of the participants expressed satisfaction in response to all the items of the CSQ-8, thereby endorsing the usefulness and adequacy of the interventions.

Keywords: Satisfaction, interventions, prevention, depression, university students.

Introducción

La satisfacción del cliente con las intervenciones en distintas áreas de salud se ha relacionado con resultados positivos del tratamiento, incluyendo una mayor retención en el tratamiento (Hawkins, Baer y Kivlahan, 2008), una mejor adherencia al régimen de tratamiento (Renzi et al., 2005) el incremento de comportamientos de búsqueda de ayuda, y una mejor relación entre el paciente y el profesional de la salud (Spear, 2003).

Algunos trabajos indican que la satisfacción de los participantes con las intervenciones psicoterapéuticas para la prevención de la depresión subclínica e ha relacionado con resultados positivos de las mismas, como la continuidad en la participación en la intervención (Willemse, Smit, Cuijpers y Tiemens, 2004). Sin embargo, esta área de estudio se encuentra poco desarrollada, y es necesaria más investigación que analice la relación entre la satisfacción con el servicio y los resultados de ese tipo de programas de prevención de la depresión.

Pocos trabajos de prevención de la depresión subclínica han analizado la satisfacción con las intervenciones. En nuestro conocimiento, sólo dos trabajos previos (Konnert, Dobson y Stelmach, 2009; Sheffield et al., 2006) han proporcionado datos sobre la satisfacción con el servicio recibido por los participantes. En relación con los estudiantes universitarios, sólo dos trabajos previos han analizado la eficacia de los programas de prevención de la depresión en esta población (Seligman, Schulman, DeRubeis y Hollon, 1999; Seligman, Schulman y Tryon, 2007), y en ninguno de ellos se analizó la satisfacción con las intervenciones.

El objetivo de este trabajo fue determinar la satisfacción en estudiantes universitarios tras la participación en dos intervenciones breves de prevención de la depresión.

Método

Participantes

La muestra final de este ensayo clínico controlado y aleatorizado consistió en 133 estudiantes universitarios (82% mujeres, edad media= 23,3 años; $DT = 4,5$), con sintomatología depresiva significativa (puntuaciones ≥ 16 en la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Vázquez, Blanco y López, 2007) y sin trastorno depresivo mayor de acuerdo con la Entrevista Clínica Estructurada para los

Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-CV; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997,1999). Las características sociodemográficas, académicas y clínicas de la muestra se recogen en la Tabla 1. Todos los sujetos dieron su consentimiento informado para participar en el estudio y su participación fue completamente voluntaria, sin ninguna clase de incentivo económico o de otro tipo.

Materiales

Información sociodemográfica, académica y clínica. Se obtuvo a través de un cuestionario autoadministrado elaborado ad hoc que incluía ítems sobre las variables recogidas en la Tabla 1.

Se valoró la satisfacción de los participantes con el servicio recibido mediante el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (Client Satisfaction Questionnaire [CSQ-8]; Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen, 1979; versión castellana de Vázquez, Torres y Otero, 2009). El rango de puntuación final va del 8 al 32, donde a mayor puntuación, mayor satisfacción con el servicio recibido. La consistencia interna de esta escala se sitúa entre 0,83 y 0,93 (Attkisson y Greenfield, 2004).

Síntomas depresivos y diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Los síntomas depresivos fueron evaluados con la versión española de la CES-D (Vázquez, Blanco y López, 2007), cuya consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0,89.

La realización del *diagnóstico de episodio depresivo mayor* se hizo con la ayuda de la SCID-CV (First et al., 1997,1999). La fiabilidad entre entrevistadores (kappa) oscila entre 0,70 y 1

Tabla 1. Características sociodemográficas, académicas y clínicas de los participantes.

Variables	N = 133	%
Sexo		
Hombre	24	18
Mujer	109	82
Edad		
M	23,3	
DT	4,5	
Intervalo	18-42	
Estado civil		
Soltero	124	93,2
Casado / Vive en pareja	9	6,8
Clase social		
Alta	10	7,5
Media	105	79
Baja	18	13,5
Ingresos familiares mensuales		
Hasta 960 €	20	15
961-1920 €	91	68,5
Más de 1920 €	22	16,5
Ciclo		
Primer ciclo	74	55,6
Segundo ciclo	50	37,6
Posgrado	9	6,8
Rama de conocimiento		
Ciencias	34	26,3
Ciencias humanas /sociales	93	69,2

Ciencias de la salud	6	4,5
Sintomatología depresiva pretratamiento		
<i>M</i>	25,3	
<i>DT</i>	7,9	
Intervalo	16-50	

Procedimiento

Los participantes de este estudio fueron reclutados de entre los estudiantes de la Universidad de Santiago de Compostela, seleccionando una muestra consecutiva de sujetos que presentaban sintomatología depresiva elevada, pero que no reunían los criterios para un episodio depresivo mayor. Los sujetos que cumplieron los criterios de selección ($N = 133$) se asignaron aleatoriamente por un experto ajeno al estudio mediante una tabla de números aleatorios a los grupos de intervención Curso de Prevención de la Depresión (CPD; $n = 70$) o Entrenamiento en Relajación (ER; $n = 63$). Las intervenciones fueron aplicadas por estudiantes de doctorado, entrenadas con experiencia clínica y entrenamiento específico en el manejo de las intervenciones, durante 8 sesiones semanales de 90 minutos cada una de ellas a grupos de 5-6 participantes. No hubo diferencias significativas entre las terapeutas en los resultados hallados en cada una de las intervenciones. Una vez finalizadas las intervenciones, se evaluó la satisfacción de los participantes con el servicio recibido mediante el CSQ-8 por evaluadores ajenos al estudio. A aquellos sujetos que no finalizaron la intervención ($n = 7$) se les asignó la puntuación media de los restantes sujetos.

Diseño

El diseño consistió en un ensayo clínico controlado y aleatorizado, con dos grupos de intervención.

Resultados

Como puede observarse en la Tabla 2, los participantes en el estudio se mostraron satisfechos con los programas de prevención de la depresión recibidos. Se alcanzó una puntuación media de satisfacción con los servicios recibidos de 25,2 ($DT = 4$), siendo el rango de puntuación del cuestionario de 8 a 32. El 90,2% de los participantes valoraron como buena o excelente la calidad del servicio recibido; el 85% encontraron que se adecuaba a sus necesidades; y para un 56,4% cubría la mayoría o todas sus necesidades; un 92,5% recomendarían el servicio a otras personas; un 94% se mostraron satisfechos o muy satisfechos con la cantidad de ayuda recibida, y un 94% encontraron que el servicio les ayudó a manejar mejor sus problemas; el 92,5% se encontraron satisfechos con el servicio en general, y un 88,7% volverían si necesitasen de nuevo ayuda similar.

Tabla 2. Nivel de satisfacción de los participantes con las intervenciones de prevención de la depresión.

ÍTEMS DEL CSQ-8	<i>N</i> = 133	%
Valoración de la calidad del servicio recibido		
Mala	2	1,5
Aceptable	11	8,3
Buena	81	60,9
Excelente	39	29,3

Adecuación del tipo de servicio a sus deseos		
Desde luego que no	0	0
No, en realidad no	20	15
Sí, en general	95	71,4
Sí, sin duda	18	13,6
Cobertura de sus necesidades		
No ha cubierto ninguna	0	0
Ha cubierto sólo algunas	58	43,6
Ha cubierto la mayoría	55	41,4
Las ha cubierto casi todas	20	15
Intención de recomendar el servicio		
Desde luego que no	3	2,2
No creo	7	5,3
Creo que sí	81	60,9
Sí, sin duda	42	31,6
Satisfacción con la cantidad de ayuda		
Bastante insatisfecho	2	1,5
Indiferente o ligeramente insatisfecho	6	4,5
En general, satisfecho	80	60,2
Muy satisfecho	45	33,8
Mejora en el manejo de los problemas		
No, las cosas parecieron empeorar	0	0
No, realmente no fueron de ayuda	8	6
Sí, ayudaron algo	85	63,9
Sí, fueron de gran ayuda	40	30,1
Grado de satisfacción con el servicio		
Bastante insatisfecho	2	1,5
Indiferente o ligeramente insatisfecho	8	6
En general, satisfecho	74	55,6
Muy satisfecho	49	36,9
Intención de volver al programa en una situación similar		
Desde luego que no	0	0
No creo	15	11,3
Creo que sí	68	51,1
Sí, sin duda	50	37,6
Puntuación total de satisfacción		
<i>M</i>	25,2	
<i>DT</i>	4	

Discusión/conclusiones

Los participantes en estas intervenciones de prevención de la depresión se mostraron satisfechos o muy satisfechos con el servicio recibido. y consideraron que la intervención les ayudó a manejar mejor sus problemas, con una puntuación media global en satisfacción elevada.

Sólo dos trabajos previos de prevención de la depresión (Konnert et al., 2009; Sheffield et al., 2006) han proporcionado datos sobre la satisfacción con el servicio recibido por los participantes, informando también de una satisfacción elevada según las puntuaciones en una escala de 5 puntos (Konnert et al., 2009), o de una puntuación de 6 sobre una escala de 10 puntos (Sheffield et al., 2006); no obstante, en ambos casos, los datos no son comparables con los del presente estudio dado que no utilizaron una medida con demostradas propiedades psicométricas para evaluar la satisfacción. Los trabajos previos de prevención de la depresión realizados con estudiantes universitarios (Seligman et al., 1999, 2007) no han evaluado la satisfacción de los participantes con la

intervención, lo que impide la comparación de nuestros resultados.

Agradecimientos

El presente trabajo ha sido financiado por el proyecto PGIDT05PX-IA21101PR de la Dirección Xeral de Investigación e Desenvolvemento de la Consellería de Innovación, Industria e Comercio (Xunta de Galicia)

Referencias

- Attkisson, C. C. y Greenfield, T. K. (2004). The UCSF Client Satisfaction Scales: I. The Client Satisfaction Questionnaire-8. En M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (3a ed.) (pp. 799-811). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders (SCID)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research. (Original publicado en 1997).
- Hawkins, E. J., Baer, J. S. y Kivlahan, D. R. (2008). Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 207-216.
- Konnert, C., Dobson, K. y Stelmach, L. (2009). The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging & Mental Health*, 13, 288-299.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. y Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Renzi, C., Tabolli, S., Picardi, A., Abeni, D., Puddu, P. y Braga, M. (2005). Effects of patient satisfaction with care on health-related quality of life: A prospective study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 19, 712-718.
- Seligman, M. E. P., Schulman, P., DeRubeis, R. J. y Hollon, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention & Treatment*, 2, article 8.
- Seligman, M. E. P., Schulman, P. y Tryon, A. M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1111-1126.
- Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A. y McLoone, J. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 66-79.
- Spear, J. (2003). A new measure of consumer expectations, perceptions, and satisfaction for patients and carers of older people with mental health problems. *Australasian Psychiatry*, 11, 330-333.
- Vázquez, F. L., Blanco, V. y López, M. (2007). An adaptation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for use in non-psychiatric Spanish populations. *Psychiatry Research*, 149, 247-252.
- Vázquez, F. L., Torres, A. y Otero, P. (2009). *CSQ-8 Castilian (TMS.047)*. Disponible en <http://www.CSQscales.com>
- Willemse, G. R. W. M., Smit, F., Cuijpers, P. y Tiemens, B. G. (2004). Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 185, 416-421.

SOBRECARGA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ICTUS

Verónica Sanmartín-Cuevas*, Susana Pinedo-Otaola**,
Begoña Zaldibar-Barinaga**, Maite Miranda-Artieda**, Paula Erazo-Presser**,
Pedro Tejada-Ezquerro**, Ana Gamio-Indakoetxea***, Juan Aycart-Barba***,
Natividad Lizarraga-Errea*** y Isaac Gomez-Fraga***

*BioEf (Fundación Vasca de Innovación e Investigación sanitarias), España

** Hospital Górliz (Osakidetza), España

*** Hospital Universitario Donostia (Osakidetza), España

Resumen

Antecedentes: El ictus es la principal causa de discapacidad en la población adulta, y fuente de importante sufrimiento para los pacientes y sus familias, quienes habitualmente asumen el apoyo emocional y los cuidados. El objetivo del presente estudio fue evaluar la sobrecarga emocional y la presencia de síntomas depresivos derivadas del cuidado informal de pacientes con ictus y su asociación a factores clínicos y sociodemográficos. **Método:** Se evaluaron 119 pacientes procedentes de las unidades de Rehabilitación del Hospital de Górliz y el Hospital Donostia (Osakidetza) junto con sus cuidadores a los 6 meses post-ictus. Se realizaron análisis descriptivos y univariantes para estudiar la asociación entre las variables resultado y los datos sociodemográficos y clínicos de pacientes y cuidadores, y análisis multivariantes de regresión logística para estudiar las variables explicativas del riesgo de alta sobrecarga. **Resultados:** Los cuidadores fueron mayoritariamente mujeres, esposas o hijas del paciente asistido, amas de casa con dedicación completa al cuidado y que no disponían de apoyo formal. El 29,4% presentó intensa sobrecarga emocional y el 32,8% síntomas probables de depresión. El incremento de la sobrecarga emocional y la depresión en los cuidadores se asoció a un mayor tiempo de dedicación al cuidado ($p = 0,021$ y $p < 0,001$), a la presencia de problemas de deglución en el paciente a cuidar ($p = 0,002$ y $p = 0,001$) y a mayores niveles de dependencia del mismo ($p = 0,005$ y $p = 0,001$). La sobrecarga fue significativamente mayor en las mujeres ($p = 0,008$) y en los hijos/as respecto a otras relaciones de parentesco ($p = 0,012$). **Conclusiones:** El cuidado de pacientes que han sufrido un ictus supone un fuerte impacto en el estado emocional de sus cuidadores. Es necesario el desarrollo de programas de intervención psicosocial familiar en el tratamiento integral del paciente con ictus.

Palabras clave: sobrecarga, cuidadores, ictus, depresión.

EMOTIONAL BURDEN AND DEPRESSION IN STROKE CAREGIVERS

Abstract

Background: Stroke is the leading cause of disability in the adult population and an important source of suffering for patients and their families, who usually assume the emotional support and care. The aim of this study was to evaluate the emotional burden and the presence of depressive symptoms, derived from informal care of patients with stroke and their association with clinical and sociodemographic factors. **Method:** 119 patients from Rehabilitation and Physical Medicine Services of Górliz and Donostia University Rehabilitation Hospitals (Basque Country Health Service) with their caregivers at 6 months poststroke. Descriptive and univariate analysis were performed comparing the outcome variables with each of the sociodemographic,

clinical and functional characteristics and multivariate logistic regression analysis to study the explicative variables of high burden risk. **Results:** The caregivers were mostly women, wives or daughters of attended patient. These women were full-time caregivers and lacked formal support. The 29.4% had intense emotional burden and 32.8% symptoms of depression. Increased emotional burden and depression in caregivers was associated with a greater dedication of care ($p = 0.021$ and $p < 0.001$), presence of deglución problems in the patient care ($p = 0.002$ and $p = 0.001$) and higher levels of dependency ($p = 0.005$ and $p = 0.001$). The burden was significantly higher in women ($p = 0.008$) and descendants ($p = 0.012$). **Conclusions:** The care of patients who have suffered a stroke has a strong impact on the emotional state of their caregivers. It would be recommended to incorporate family intervention programs in integral treatment of patients with stroke.

Keywords: Burden, caregivers, stroke, depression.

Introducción

El accidente cerebrovascular o Ictus es una enfermedad aguda consecuencia de una alteración de la circulación cerebral que ocasiona un déficit transitorio o definitivo del funcionamiento de una o varias zonas del encéfalo. Es la principal fuente de discapacidad y dependencia en la población adulta (Boix et al., 2006) además de la primera causa de muerte en mujeres, y la segunda en hombres por detrás del infarto de miocardio (Díaz-Guzmán et al., 2008).

Aunque tradicionalmente se ha tratado la enfermedad en su fase más aguda, gran parte de los supervivientes a un ictus presentan dependencia de terceras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, alteraciones en el estado de ánimo y afectación de la vida social (Wilz, 2007) lo que confiere a la enfermedad una dimensión de cronicidad que también afecta a los cuidadores.

Asumir el cuidado no profesional de un enfermo crónico tiene una repercusión negativa sobre la calidad de vida, la salud y el bienestar emocional (Carod-Artal y Egido, 2009) incrementándose el riesgo de padecer problemas físicos y/o emocionales y suponiendo al cuidador un coste económico, social y laboral importante (Durán Heras, 2004). Se estima que el 50% de los cuidadores presenta algún tipo de trastorno psicológico como ansiedad, depresión o insomnio (Esteban Gimeno y Mesa Lampré, 2008). Por otro lado, la depresión en el cuidador es un factor predictivo de pobres resultados en el tratamiento rehabilitador del paciente con ictus (Glass, Matchar, Belyea, y Feussner, 1993) y la presencia de sobrecarga puede conducir al abandono del cuidado aumentando la institucionalización de las personas discapacitadas (Siegert, Jackson, Tennant, y Turner-Stokes, 2010).

El objetivo del presente trabajo es evaluar la sobrecarga emocional y la presencia de síntomas depresivos derivadas del cuidado informal de pacientes con ictus y su asociación a factores clínicos y sociodemográficos.

Método

Participantes

La muestra se compone de 119 cuidadores informales de pacientes procedentes de las unidades de rehabilitación del Hospital Gorriz y el Hospital Universitario Donostia.

Material

Para la evaluación de las variable resultado se utilizaron:

- La Escala sobre la carga del cuidador de Zarit en su adaptación española (Marín, 1996), que consta de 22 ítems que reflejan estados de ánimo y sentimientos habituales asociados al cuidado, en los que se debe señalar la frecuencia con la que se experimentan en una escala Likert de 5 puntos (de 1 a 5). La consistencia interna encontrada en poblaciones de cuidadores es adecuada (alpha de Cronbach = 0,81) y la fiabilidad interjueces elevada (rxy 0,99).
- La sintomatología depresiva se evaluó mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) en su adaptación española (Izal y Montorio, 1996) consta de 15 ítems que permiten cuantificar los síntomas depresivos. Su rango de puntuación va desde 0 a 15 y el punto de corte para la probabilidad de depresión es 5. Su fiabilidad es adecuada (0,94 consistencia interna) y la validez convergente ha sido comparada con la Escala para la evaluación de la Depresión de Hamilton (HRS-D) y la Escala Autoaplicada para la Depresión Zung (SDS) encontrándose una relación satisfactoria (0,83 y 0,84 respectivamente).

Diseño

Estudio de cohortes observacional prospectivo.

Procedimiento

Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes que ingresaban tras un ictus en los servicios de rehabilitación del Hospital Gorliz y el Hospital Universitario Donostia durante el periodo comprendido del 1 de febrero al 30 de septiembre de 2011. A los seis meses post ictus, los pacientes fueron citados para ser evaluados junto a sus cuidadores informales. Las variables resultado fueron la sobrecarga y los síntomas depresivos en el cuidador. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 19 para Windows.

Resultados

El 74% de los cuidadores eran mujeres. La edad media fue de 59 años, siendo similar en ambos sexos. Todos los cuidadores guardaban una relación de parentesco con el paciente, siendo el cónyuge el familiar más implicado en el cuidado (71%). El tiempo de dedicación al cuidado fue más de 6 horas diarias en el 62% de los casos, y el 76% no disponía de ningún tipo de apoyo formal. Los pacientes a cuidar eran mayoritariamente hombres (62%) con una edad media de 70 años. El 28,6 % presentaba afasia, y el 21,8% disfagia o dificultades en la deglución. Respecto a la situación funcional, el 27,7% presentaba a los 6 meses postictus dependencia total o severa para las actividades básicas de la vida diaria, el 42,9% dependencia moderada y el 29,4% dependencia leve.

La puntuación media de los cuidadores en la escala de depresión de Yesavage fue de $4,47 \pm 3,29$ y un 32,8% de los cuidadores presentaba probable depresión. El tiempo dedicado al cuidado fue la variable que más influyó en el estado anímico del cuidador ($p < 0,001$) que empeoraba cuando mayor era la dedicación. La presencia de disfagia ($p = 0,001$) elevó significativamente los niveles de depresión de los cuidadores. Del mismo modo, cuanto peor era la situación funcional del paciente mayor era la puntuación en depresión ($p = 0,001$). La puntuación media en la escala Zarit fue de 48,26 (rango de 22 a 79). Las variables que mostraron una relación significativa con la escala de sobrecarga Zarit fueron el género del cuidador ($p = 0,008$), la relación de

parentesco (0,012), el tiempo de dedicación al cuidado ($p = 0,021$), la presencia de disfagia ($p = 0,002$) y la situación funcional de su familiar ($p = 0,005$) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Valores medios de la escala sobre la carga del cuidador Zarit y la escala de depresión de Yesavage según variables sociodemográficas y clínicas de cuidadores y pacientes ($n=119$).

	Sobrecarga Zarit			Depresión Yesavage		
	media	DE	p	media	DE	p
<i>Total</i>	48,26	14,18		3,47	3,47	
<i>Género</i>						
Mujer	50,19	14,01		3,83	3,46	
Hombre	42,70	13,37	0,008	2,45	2,81	0,051
<i>Parentesco</i>						
Cónyuge	47,44	14,06		3,90	3,63	
Hija/a	52,03	13,25		3,13	2,84	
Otros	38,44	14,72	0,012	1,56	2,40	0,083
<i>Dedicación al cuidado</i>						
La mayor parte del día (>6horas)	51,40	14,03		4,53	3,62	
Parte del día (entre 3 y 6horas)	44,50	13,57		2,16	2,04	
Unas horas al día (<3horas)	43,57	08,42		1,86	1,68	
Convivencia (Ayuda en AIVD)	41,65	14,09	0,021	1,30	1,69	<0,001
<i>Paciente con disfagia</i>						
Si	56,04	14,26		5,50	3,51	
No	46,09	13,44	0,002	2,90	3,09	0,001
<i>Índice Barthel paciente</i>						
Dependencia total/severa (	52,88	13,26		4,36	3,28	
Dependencia moderada	49,45	13,58		4,06	3,74	
Dependencia leve	42,17	14,14	0,005	1,77	1,99	0,001

Nota. DE: Desviación estándar ; p : significación estadística; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria.

La Tabla 2 recoge los resultados del modelo multivariante de regresión logística en el que se utilizó como variable cualitativa la sobrecarga: alta vs baja, utilizando una mediana de la muestra en la escala Zarit como punto de corte. La capacidad del modelo para predecir el riesgo de alta sobrecarga en los cuidadores fue buena, obteniéndose una especificidad del 79,4% y una sensibilidad del 75%. En el 77,3% de los casos hubo una concordancia entre lo que el modelo predijo y la existencia de alta sobrecarga observada en el Zarit.

Tabla 2. Modelo de regresión logística explicativo del riesgo de alta sobrecarga (Zarit > 46).

	β	Odds ratio	Intervalo de confianza de OR (95%)	p
Género (mujer)	1,200	3,320	1,128 – 9,773	0,029
Edad cuidador	-0,083	0,920	0,881 – 0,961	< 0,0001
Dedicación al cuidado (> 6 horas)	1,097	2,995	1,126 – 7,968	0,028
Presencia de disfagia en paciente	1,944	6,984	1,986 – 24,558	0,002
Puntuación Barthel	-0,27	0,973	0,955 – 0,992	0,007

p : significación estadística. OR: Odds ratio.

Discusión

A pesar de la existencia de bastantes estudios sobre la situación de los cuidadores de pacientes con ictus, éste es uno de los pocos que considera la sobrecarga y la depresión en el cuidador del paciente con ictus conjuntamente, y el primero en considerar la disfagia en el paciente como variable predictora de alta sobrecarga en el cuidador junto a otras variables como el estado cognitivo y anímico del paciente, además de la situación funcional.

Se encontró una importante prevalencia de probable depresión entre los cuidadores (33%), similar a la encontrada en otros estudios (Dillehay y Sandys, 1990; Marco et al., 2010). Los cuidadores tanto con mayor sobrecarga como con mayores niveles de depresión se caracterizaban por el mayor tiempo de dedicación al cuidado, la mayor discapacidad del familiar a cuidar y la presencia de disfagia en el mismo. El tiempo dedicado al cuidado también se ha asociado en otros estudios publicados (Marco et al, 2010; Mayo, Wood-Dauphinee, Cote, Durcan y Carlton, 2002) a mayor nivel de esfuerzo por parte del cuidador y a peores niveles de calidad de vida. La influencia de la discapacidad en el enfermo en la sobrecarga del cuidador ha sido ampliamente documentada en la literatura (Gort, Mazarico, Ballesté, Barberá y De Miguel, 2003; Morimoto, Schreiner y Asano, 2003). No encontramos evidencias previas que relacionaran la disfagia con los niveles de sobrecarga en el cuidador. La exigencia de vigilancia por parte del cuidador en los momentos de ingesta de comida o bebida y el temor a que se presenten problemas de atragantamiento o ahogo en los pacientes con disfagia podrían explicar tal relación.

En el análisis multivariante para explicar el riesgo de alta sobrecarga, mayor discapacidad del paciente, y mayor dedicación al cuidado incrementaba el riesgo de alta sobrecarga tal y como era de esperar. El parentesco no resultó una variable predictora, en cambio la edad si se incorporó de forma significativa al modelo de regresión logística con un efecto negativo, con lo que a menor edad mayor riesgo de alta sobrecarga. En un estudio sobre la sobrecarga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con ictus realizado con participantes de similares variables sociodemográficas (Mar, 2011) se encontraron resultados muy similares en el modelo explicativo de sobrecarga de regresión logística.

Ha de considerarse que la muestra estaba compuesta por pacientes ingresados en unidades de rehabilitación, en la que no se incluyen otros pacientes que han sufrido un ictus y que no tienen potencial de rehabilitación, bien por un déficit inicial muy severo o bien por la buena recuperación inicial.

Los datos sugieren que un porcentaje elevado de cuidadores de pacientes con ictus está en riesgo de sufrir alta sobrecarga y alteraciones del estado de ánimo. La detección precoz de la carga que representa el cuidado del paciente con ictus es una cuestión a considerar entre los profesionales sanitarios, puesto que su reducción podría repercutir de forma beneficiosa la calidad de vida de la diada paciente-cuidador.

Referencias

- Boix, R., Del Barrio, J. L., Saz, P., Reñé, R., Manubens, J. M., Lobo, A., Gascón, J., de Arce, A., Díaz-Guzmán, J., Bergareche, A., Bermejo-Pareja, F., de Pedro-Cuevas, J. y the Spanish Epidemiological Study Group on Ageing. (2006). Stroke prevalence among the Spanish elderly: an analysis based on screening surveys. *BMC neurology*, 6, 36.

- Carod-Artal, J., Egido, J. A., González, J. L., y De Seijas, E. V. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke Experience of a stroke unit. *Stroke*, 31, 2995-3000.
- Díaz-Guzmán, J., Egido-Herrero, J.A., Fuentes, B., Fernández-Pérez, C., Gabriel-Sánchez, R., Barbera, G., Fuentes, B., Fernández-Pérez, C. y Abilleira, S. (2008) Incidencia de ictus en España. Bases metodológicas del estudio Iberictus. *Revista de Neurología*, 47, 617-623.
- Dillehay, R. C. y Sandys, M. R. (1990). Caregivers for Alzheimer's patients: What we are learning from research. *The International Journal of Aging and Human Development*, 30, 263-285.
- Durán-Heras, M.A. (2004). *Informe sobre el Impacto Social de los Enfermos Dependientes por Ictus. Informe ISEDIC* (2º edición). Madrid. Consejo superior de investigaciones científicas.
- Esteban Gimeno, A. B. y Mesa Lampré, M.P. (2008). Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43, 146-153.
- Glass, T. A., Matchar, D. B., Belyea, M. y Feussner, J. R. (1993). Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke*, 24, 64-70.
- Gort, A. M., Mazaricoa, S., Ballesté, J., Barberá, J., Gómez, X. y de Miguel, M. (2003). Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 121, 132-133.
- Izal, M. y Montorio, I. (1996) Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 6, 329-337
- Mar, J., Arrospeide, A., Begiristain, J. M., Larrañaga, I., Sanz-Guinea, A. y Quemada, I. (2011). Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46, 200-205.
- Marco, E., Duarte, E., Santos, J. F., Aguirrezabal, A., Morales, A., Belmonte, R. y Escalada, F. (2010). Deterioro de la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con discapacidad por ictus: una entidad a considerar. *Revista de Calidad Asistencial*, 25, 356-364.
- Marín, M. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 6, 338.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Durcan, L. y Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 83, 1035-1042.
- Morimoto, T., Schreiner, A. S. y Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*, 32, 218-223.
- Siebert, R. J., Jackson, D. M., Tennant, A. y Turner-Stokes, L. (2010). Factor analysis and Rasch analysis of the Zarit Burden Interview for acquired brain injury carer research. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 302-309.
- Wilz G. (2007). Predictors of subjective impairment after stroke: influence of depression, gender and severity of stroke. *Brain Injury*, 21, 39-45.

EJERCICIO DE SIMULACRO EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS A VÍCTIMAS, FAMILIARES, E INTERVINIENTES POR TERREMOTO EN GRANADA

Virtudes Ruiz-de la Rosa

Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental (C.O.P.A.O.). Sección de la Intervención Psicológica en Catástrofes, Crisis y Emergencias, Granada, España

Resumen

En este trabajo se quiere informar sobre la precariedad, tanto informativa como formativa, de las personas que viven en zonas de riesgo sísmico, concretamente en la zona de Andalucía Oriental, y que corren riesgos contingentes a la acción destructiva de este tipo de eventos. De ahí que expertos del Instituto Geotécnico de Andalucía como José Morales, director del mismo en 2013, adviertan que en esta región, que comprende a las provincias de Almería, Málaga, Jaén y Granada se hayan venido registrado movimientos sísmicos de gran magnitud. Concretamente informan que en Granada cada 100 años aproximadamente se producen movimientos sísmicos de 6 o 7 en la escala de Richter y citan el acontecido en 1884 en Granada, con 839 muertos. Desde la Sección de la Intervención Psicológica en Crisis, Emergencias y Catástrofes del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental se vienen llevando a cabo ejercicios de simulacro en distintos contextos donde hay probabilidad de dichos eventos, para poder paliar, en la medida de lo posible, el sufrimiento psicológico que ello conlleva. Con este motivo dicha sección organizó un ejercicio de simulacro por terremoto en la ciudad de Granada, en el que se recrearon distintos escenarios y áreas de trabajo para concienciar a la población de la necesidad de: diseñar y desarrollar programas de investigación psicosocial sobre el comportamiento humano en situaciones de emergencias y desastre, la importancia de introducir nuevas técnicas y estrategias terapéuticas en la Intervención en Primeros Auxilios Psicológicos y la labor de prevención sobre la aparición de Trastorno de Estrés Postraumático y otros trastornos desadaptativos relacionados con las emergencias y catástrofes. Por lo tanto la prioridad para los próximos años en el ámbito psicosocial pasa por favorecer la fortaleza intrapsíquica, enseñar habilidades para la acción y mejorar la resiliencia.

Palabras clave: ejercicio de simulacro, primeros auxilios psicológicos, protocolos.

SIMULATION EXERCISE IN PSYCHOLOGICAL FIRST AID TO VICTIMS, FAMILIES, AND PARTICIPANTS FOR EARTHQUAKE IN GRANADA

Abstract

This paper informs about the precariousness, both informative and formative of people living in seismic risk areas, particularly in the Eastern Andalusia, at-risk and contingent to the destructive action of these events. Hence experts from the Andalusia Geotechnical Institute like Jose Morales, its director in 2013, warn about records of earthquakes of great magnitude in this region, comprising the provinces of *Almería, Málaga, Jaén* and *Granada*. Specifically they mention that Granada suffers important earthquakes (6 or 7 on the Richter scale) every 100 years or so and cite the one happened in 1884 in *Granada*, with 839 dead. The Section of Psychological Intervention in Crisis, Emergency and Disaster of the Psychology College in Eastern *Andalucía* is carrying out simulations in different contexts where there is likelihood of

such events, to mitigate, to the extent possible, the psychological suffering that entails. For this reason this section organized an earthquake simulation exercise in the city of Granada, where different scenarios and work areas were recreated to raise awareness of the need to: design and develop psychosocial research programs on human behavior in emergency and disaster situations, introduce new techniques and therapeutic strategies in the Psychological First Aid intervention and prevent the onset of PTSD and other maladaptive disorders related to emergencies and disasters. Thus, the priority for the coming years in the psychosocial field is to enhance intrapsychic strength, teaching skills for action and improve resilience.

Keywords: Simulation exercise, psychological first aid, Protocols.

Introducción

Cuando nos preguntamos qué es a nivel psicológico una crisis, una emergencia o una catástrofe y qué reacciones emocionales se dan ante cualquiera de ellas, los expertos en la materia tienden a unificar criterios para dar una mayor respuesta al estudio sobre prevención e intervención ante cualquier de éstos eventos. Es por esta razón por la que parece importante que los entendidos en esta materia se pongan de acuerdo en algunos conceptos que permitan definirlos y clasificarlos. La explicación de Burillo (1981) en la que define un desastre como un ‘suceso relativamente imprevisible, que afecta profundamente a la comunidad, poniendo en peligro vidas humanas, alterando el orden social y la conducta habitual de las personas’ podría ayudarnos a entender qué es una crisis, una emergencia y una catástrofe. Parece claro que estas situaciones dramáticas (Echeburúa, 2009) ponen a prueba la naturaleza intrapsíquica e intersíquica de los afectados, siendo ésta la que lleva a la persona a experimentar reacciones que se mueve dentro de un continuo, que va desde reacciones altamente positivas, de generosidad y altruismo, al extremo opuesto, egoísmo y agresividad. Hoy en día, en pleno siglo XXI, nadie se cuestiona si es o no necesario que haya profesionales de la psicología, de lo social, de la prevención, de las organizaciones y de la clínica, que trabajen conjuntamente en equipos multidisciplinares para poder prevenir, planificar, intervenir y rehabilitar a todos los afectados por cualquier emergencia o catástrofe. En ese sentido desde el Grupo de la Intervención Psicológica de Catástrofes y Emergencias del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental (COPAO) estamos llevando a cabo una serie de ejercicios con el fin de: diseñar y desarrollar programas de investigación psicosocial sobre el comportamiento humano en situaciones de emergencias y desastres; introducir nuevas técnicas y estrategias terapéuticas en la Intervención en Primeros Auxilios Psicológicos; y prevenir la aparición de Trastorno de Estrés Postraumático y otros trastornos desadaptativos relacionados con las emergencias y catástrofes.

Método

Participantes

Intervienen en el ejercicio de simulacro por terremoto 60 psicólogos/as acreditados del G.I.P.C.E. pertenecientes al COPAO, de los cuales 45 hacen trabajos de intervención en primeros auxilios psicológicos y 15 ejercen función de observadores. Además participan 20 psicólogos/as ordinarios que solo ayudan a los acreditados en sus labores de intervención y coordinación. Acompañan a éstos 15

miembros de Protección Civil y 20 actores contratados para simular a las distintas víctimas tanto directas como indirectas del terremoto, incluidos el papel de los periodistas y de los intérpretes.

En el lugar del ejercicio de simulacro por terremoto, recinto acotado de la Universidad de Granada, están presentes representantes de los distintos estamentos involucrados en caso de una emergencia: ayuntamiento de Granada, 112, Protección Civil, COPAO, Bomberos y los GEA, que comprueban in situ los trabajos de organización e intervención de los psicólogos y de Protección Civil. Así como periodistas, fotógrafos, y cámaras de dos medios locales de publicación visual y escrita.

Materiales

Paneles de identificación, de gran tamaño, de los distintos escenarios y áreas de trabajo por donde se desarrolla la acción del ejercicio. Dos ambulancias y dos coches de apoyo de Protección Civil, completamente equipados. Cronómetros para ajustar tiempos. Equipos de *walkie talkie*, con los que comunicarse, para las cuatro coordinadoras. Hoja de evaluación, de la intervención en primeros auxilios psicológicos, que registra la competencia del psicólogo emergencista. Y dos megáfonos con los que poder amplificar el relato de los acontecimientos que se describían en éste.

Procedimiento

El ejercicio de simulacro por terremoto permite a todos los intervinientes, concretamente a los miembros de la sección de emergencias y a Protección Civil, la práctica de las funciones de coordinación e intervención psicológica antes, durante y después de un evento de estas características; ajustadas según Protocolo de Actuación del interviniente (INEFOC, 2012).

Siguiendo el Plan de Emergencias Provincial de Protección Civil se nombra un Director del Plan, como parte principal de un comité asesor, que organiza dos estructuras: la primera, de dirección y coordinación; la segunda, operativa en la que quedan incluidos los Protocolos de Actuación de cada grupo interviniente. Éstos grupos son los de seguridad, los de intervención, sanitario, de acción social como los psicólogos, los de logística y de apoyo técnico.

El diseño de la simulación parte de un escenario multifuncional con dos áreas delimitadas y un lugar abierto desde donde las autoridades y observadores pueden seguir todas las actividades programadas. Dentro de las dos áreas delimitadas y debidamente señaladas se pueden distinguir una primera como Punto de Encuentro de Psicólogos de todas las provincias y otra como Centro de Atención a los ciudadanos. Dentro de ésta última se pueden diferenciar cinco aéreas destinadas a: atención psicológica para víctimas leves e ilesas; atención psicológica a familiares; reencuentro de las víctimas con sus familiares; formación Psicológica breve en situaciones de emergencia; atención psicológica a intervinientes, rotaciones e intercambio de información entre los intervinientes.

Ante los presentes, más de 200 personas, y tras la presentación del acto por la vocal de la sección de emergencias, la coordinadora de Granada hace una narración de los hechos y de los distintos escenarios donde se mueven los intervinientes en una emergencia.

Diseño

El ejercicio comienza con una narración: “Movimiento sísmico de intensidad 5,3 ha sacudido a la ciudad de Granada a las 8,30 de la mañana, y las primeras informaciones indican destrucción de edificios, cortes de electricidad, y posibles víctimas mortales entre los escombros” que se continua con la descripción de los distintos escenarios y áreas que están presentes en el ejercicio de simulacro por terremoto.

Escenario primero: identificado como Punto de Encuentro, es el lugar elegido, de antemano e incluido en el Protocolo de Actuación, para que puedan reunirse todos los psicólogos de las distintas provincias que hayan sido activados por sus distintas coordinadoras. En este lugar esperan indicaciones hasta que la autoridad competente, Director del Plan de Emergencias, da órdenes de dónde se ha de instalar el Centro de Atención a los ciudadanos.

El escenario segundo: llamado Centro de Atención a los Ciudadanos donde se habilitan cinco espacios diferentes en función de la relación a la víctima, ya sea directa o indirecta. Para ello se identifican las cinco áreas previamente enumeradas. En todas ellas se tendrán en cuenta las técnicas y estrategias terapéuticas en la Intervención en Primeros Auxilios Psicológicos (Fernández, 1997) en la que se observarán y atenderán a las conductas cognitivas, emocionales y motóricas de los que sufren una emergencia, con especial énfasis en los grupos especiales. Para ello las funciones del psicólogo están sometidas a un ejercicio de evaluación continua donde habrá que tener presente estos cuatro aspectos de la víctima para la ayuda y mitigación del dolor, experimentados por estos eventos traumáticos, centrándose especialmente en: Primero, la Conductas Cognitivas para permitir a la persona con la que se está interviniendo que comprenda que son pensamientos normales en situaciones anormales, centrar la atención en su capacidad de afrontamiento, identificar y modificar ideas irracionales, reforzar los pensamientos funcionales y reconocimiento de distorsiones cognitivas. Segundo, que las Conductas Emocionales no se contagien para evitar el efecto “bola de nieve”, darle apoyo emocional con el acompañamiento, facilitar la expresión de emociones ajustado a su expresión fisiológica, identificar la culpa y sus repercusiones, ayudar el manejo de la ansiedad mediante el control de la respiración y hacer el análisis funcional de la situación vivida. Tercero, modificar las Conductas Motóricas manifiestas para que puedan controlar la hiperactividad, superar la hipoactividad, facilitar la comunicación y expresión de vivencias mediante el lenguaje asertivo, la escucha activa, la conducta empática y el apoyo grupal. Y por último, atención diferencial a los grupos especiales en los que quedan incluidos los ancianos, los niños y personas que padecen distintas discapacidades a nivel motórico, sensorial y psíquico.

Las áreas que se pueden observar en el segundo escenario son cinco: 1º área, de atención psicológica a víctimas leves o ilesas. En ella se inicia un triage psicológico para dar prioridad a la intervención en función de la mayor o menor gravedad que presente la víctima momento a momento. De ésta evaluación distinguiremos entre aquellos que presentan shock o bloqueo, distinción roja, los que necesitan una descarga emocional, distinción amarilla, y los que son activos y solidarios, distinción verde. Se comienza por los primeros para ayudarlos a que puedan facilitar el procesamiento de lo ocurrido en la emergencia. Esta intervención

psicológica se hace para restablecer los distintos canales; el canal cognitivo con el establecimiento del vínculo, el canal fisiológico para que conecte a sensaciones normales en situaciones anormales, y el canal social con la continuidad de roles. 2º área, de atención psicológica a familiares. Se comienza con el triage correspondiente donde centraremos nuestra prioridad en el acompañamiento con el objetivo de minimizar la tensión y garantizar la intimidad, y así, ayudarlos a gestionar el tiempo de espera, facilitar la gestión de tareas, comunicar las malas noticias si las hubiera e incluso acompañarlos al reconocimiento de cadáveres. 3º área, la de conciliación familiar y víctimas. Cuya labor es la de reducir el impacto emocional del encuentro donde el psicólogo ha de estar atento a las reacciones emocionales y a la conducta manifiesta verbal y no verbal que se establece en el encuentro. 4º área, de formación psicológica breve. En ésta se darán unas nociones básicas de primeros auxilios psicológicos a aquellos profesionales que se acerquen al recito en calidad de voluntarios. Se tendrá una atención especial a los intérpretes y a los periodistas para que puedan trasladar la información de forma adecuada y con el objetivo de ayudar siempre a la víctima. 5º área, de intervinientes o de rotaciones. En ella se permite el receso de aquellos que han intervenido, la desactivación emocional y la normalización de sus reacciones, tanto fisiológicas como de conducta manifiesta, que permita continuar con su funciones de ayuda y acompañamiento a las víctimas; sin perder de vista a los que necesiten periodos de descanso más grandes e incluso invitarlos, si así se estima oportuno, a que abandonen el lugar.

Resultados

Podemos destacar la buena disposición y preparación de los profesionales que participaron en los trabajos de coordinación y planificación y los de intervención en primeros auxilios psicológicos. Se cronometraron los tiempos de activación de las distintas coordinadoras provinciales y los recorridos que las mismas necesitaron para llegar a sus lugares de asignación en los distintos escenarios. Los tiempos fueron estimados como normales teniendo en cuenta que venían de distintas provincias, no afectadas por el terremoto. Una vez en el lugar de destino comenzaron sus tareas de coordinación y planificación, lo que permitió llevar con éxito los trabajos de intervención del resto de psicólogos presentes en el ejercicio de simulacro en coordinación con los miembros de Protección Civil.

El trabajo de intervención en primeros auxilios psicológicos mostrado por las observadoras, y recogido en la hoja de evaluación, arrojó un alto conocimiento de los miembros acreditados de la sección sobre las técnicas en primeros auxilios psicológicos. Pero a su vez las observadoras se percataron de la escasa preparación que los equipos de intervención de Protección Civil tienen respecto a la intervención psicológica.

Discusión y conclusiones

Atendiendo a todas las necesidades que se generan tras un desastre (terremoto u otro cualquiera) e intentando dar respuesta a ¿qué pasa a nivel social ante acontecimientos de ésta naturaleza? ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento? ¿Están las autoridades y la población preparadas antes, durante y después de un desastre? Desde la sección de emergencias denunciemos la necesidad de incrementar este tipo de ejercicios con el fin de mejorar la coordinación y las competencias de los

distintos intervinientes. Destacamos especialmente la escasa formación psicológica de éstos, con la excepción de los propios psicólogos.

Referencias

- Burillo, F. J. (1981). *Psicología y Medio Ambiente*. Madrid: CEOTMA.
- Echeburúa, E. (2009). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Fernández, J. M. (1997). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencias*. Madrid: Psicología Pirámide.
- INEFOC (2012). *Experto en Crisis, Emergencias y Catástrofes: Módulo I Crisis, Desastres y Catástrofes y Módulo II Trastornos derivados de Crisis, Desastres y Catástrofes*. Recuperado el 26 de noviembre de 2012 de <http://www.inefoc.net>

FRACTALIDAD EN LAS FLUCTUACIONES COTIDIANAS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y LA ANSIEDAD

Xavier Bornas y Maria Balle

IUNICS, Universitat de les Illes Balears, España

Resumen

Antecedentes: La naturaleza fractal de series temporales fisiológicas (p.ej. intervalos entre latidos cardíacos) es bien conocida. En cambio, se conoce poco aún acerca de las series temporales psicológicas. En este trabajo examinamos series temporales compuestas de valores sobre estado de ánimo y ansiedad autoinformados a lo largo de 50 días, con el objetivo de demostrar que, al igual que muchas series fisiológicas, poseen características fractales. **Método:** Participaron en el estudio 32 estudiantes universitarios (21 mujeres) que informaron tres veces al día de su estado anímico y grado de ansiedad a través de Internet. Las series temporales se analizaron con el procedimiento de agregación alométrica para obtener el exponente h que nos informa de la fractalidad de la serie analizada (ya que la dimensión fractal $DF = 2-h$). Se realizó un análisis de series sustitutas (*surrogate*) para demostrar que los valores de h de las series empíricas eran estadísticamente distintos del valor $h = 0,5$ que corresponde a las series sustitutas aleatorizadas. **Resultados:** Para las series de estado anímico se obtuvo $h = 0,7415$ ($DE = 0,11$) y para las de ansiedad $h = 0,7964$ ($DE = 0,097$). **Conclusiones:** El análisis de series sustitutas (*surrogate*) confirmó la naturaleza fractal de las series autoinformadas, lo cual apoyaría la hipótesis del control alométrico y la consiguiente flexibilidad de los procesos responsables de las mismas. Estos resultados pueden tener utilidad en el diagnóstico y el tratamiento de trastornos relacionados con el estado anímico. Sugieren en concreto que cierta irregularidad en las variables analizadas no sólo es normal sino que puede considerarse adaptativa y, por ello, regularizarlas podría no ser un objetivo terapéutico adecuado.

Palabras clave: fractal, series temporales autoinformadas, estado de ánimo, ansiedad.

FRACTAL-LIKE PROPERTIES OF DAILY MOOD AND ANXIETY FLUCTUATIONS

Abstract

Introduction: The fractal nature of physiological time series (e.g. the cardiac interbeat intervals) is well known. On the contrary, little is known yet about psychological time series. In this study we examine fifty days long mood and anxiety time series of self-reported data to show their fractal-like properties. **Method:** Thirty-two undergraduate students (21 women) reported mood and anxiety scores three times per day through the Internet. Time series were analyzed using allometric aggregation to obtain the scaling exponent h , which allows an estimation of the time series fractal dimension ($FD = 2-h$). A surrogate data analysis was performed to demonstrate that the h values from the empirical series were statistically different from the $h = 0.5$ value from the randomized surrogate time series. **Results:** The mean scaling exponent for the mood time series was $h = 0.7415$ ($SD = 0.11$) and for the anxiety time series $h = 0.7964$ ($SD = 0.097$). **Discussion.** The surrogate data analysis confirmed the fractal properties of the self-reported time series thus lending support to the hypothesis of allometric control of daily mood and anxiety. Allometric control allows the system to respond flexibly to the demands. The clinical usefulness of these results for the diagnostic and treatment of mood disorders is discussed. Specifically, those results suggest that trying to regularize mood

fluctuations may not be an appropriate clinical aim, as some degree of irregularity seems to be not only normal but adaptive and necessary.

Keywords: Fractal, self-reported time series, mood, anxiety.

Introducción

Desde la aparición del concepto de fisiología fractal (West, 1990) han sido muchos los estudios que han corroborado la naturaleza fractal de series temporales generadas por sistemas fisiológicos (el cardíaco o el respiratorio, por ejemplo). Esto significa que hay patrones específicos que aparecen a distintas escalas temporales, del mismo modo que en objetos fractales los patrones específicos aparecen a distintas escalas espaciales. Tradicionalmente se ha creído que el control en dichos sistemas es homeostático. En el sentido más estricto esto significaría que el tiempo entre sucesivos latidos del corazón (o el ritmo respiratorio o el caminar) se mantiene constante y que existen mecanismos de compensación en el caso de que aparezcan intervalos excesivamente largos o demasiado cortos que reconducirían el sistema hacia la regularidad. El primer problema, sin embargo, aparece cuando se constata, por ejemplo, la irregularidad del ritmo cardíaco: el tiempo entre sucesivos latidos no se mantiene constante sino que varía considerablemente. Ante este hecho, la teoría homeostática propone que dichas variaciones se dan alrededor de un valor promedio y que son simplemente aleatorias y debidas a múltiples factores. Dicho de otro modo, en lugar de un valor fijo se admite un rango de valores alrededor de un valor promedio. Pero esta explicación tiene otro problema, ya que la naturaleza aleatoria de las variaciones no se ha podido demostrar. En cambio, sí existen pruebas de lo contrario, concretamente, de que el ritmo cardíaco es de carácter fractal. Esta fractalidad sugiere que en realidad el estado normal del sistema no es la estabilidad en un valor (fijo o promedio) sino la metaestabilidad, es decir la permanencia en unos estados de no-equilibrio que se dan a diversas escalas temporales. Esta invariancia de escala, es decir, que las fluctuaciones del ritmo cardíaco no se den sólo en una escala temporal específica (la que indicaría el valor fijo o promedio al que aludimos antes), sino en escalas temporales más o menos diversas, tiene una gran importancia ya que confiere al sistema mayor capacidad de respuesta y aumenta así su adaptabilidad a los cambios del entorno [véase West (2006) pp. 191 y ss. para una explicación más detallada]. Según este autor, este fenómeno al que se refiere como “scaling” sugiere una forma de control de las fluctuaciones que no sería homeostático, sino lo que él denomina “alométrico”.

Ante estos hallazgos, de enorme interés en campos como la fisiología y la medicina, cabe preguntarse si las fluctuaciones que se dan en aspectos psicológicos como el estado anímico o la ansiedad obedecen al principio de homeostasis o, por contra, muestran también fractalidad. Existen muy pocos estudios que hayan intentado responder dicha pregunta [el de Delignières, Fortes y Ninot (2004) quizá sea el más relevante], y la razón principal probablemente esté en la dificultad de obtener series temporales suficientemente largas de datos autoinformados, a diferencia de lo que sucede con los datos fisiológicos. Otra razón es simplemente que en la Psicología, a diferencia de lo ocurrido en la Medicina, el concepto de fractalidad es aún relativamente desconocido, aunque cabe mencionar el indiscutible avance que suponen recientes publicaciones de gran impacto sobre el tema (p.ej. Kello et al., 2010). En cualquier caso, nos propusimos analizar las fluctuaciones en el estado anímico y en la ansiedad

experimentada a lo largo de un período de tiempo relativamente largo, con el objetivo de saber si eran aleatorias o si había en ellas la fractalidad que permitiría hipotetizar, al igual que en las fisiológicas, la metaestabilidad como el estado normal de este sistema emocional. De confirmarse esta hipótesis podríamos especular sobre la flexibilidad/rigidez del sistema emocional y ponerla en relación a los trastornos relacionados con el estado anímico (*mood disorders*). Además de este objetivo principal, quisimos averiguar qué asociaciones existen entre la fractalidad de ambas series temporales (ánimo y ansiedad), y entre la fractalidad de cada una y su valor promedio (p.ej. si a mayor fractalidad corresponde mayor/menor ansiedad).

Aunque existen varios procedimientos para alcanzar ese objetivo, aquí utilizamos el de agregación alométrica [descrito en West (2006) y usado recientemente por Burton, Knoop, Popovic, Sharpe y Bleijenberg (2009) en un trabajo sobre el síndrome de fatiga crónica] por ser adecuado para series temporales relativamente cortas, sencillo y equivalente, en cuanto a resultados, a procedimientos más complejos como el análisis de fluctuaciones sin tendencia o DFA (*Detrended Fluctuation Analysis*) según indican West, Griffin, Fredercik y Moon (2005, p. 231).

Una relación alométrica entre dos variables dinámicas se caracteriza por satisfacer la expresión

$$Y=aX^b$$

en la que a y b son constantes. Si aplicamos una transformación logarítmica a esta expresión tenemos la ecuación de una recta,

$$\log(Y) = \log(a)+b*\log(X)$$

Por tanto, gráficamente, la existencia de aquella relación se expresa mediante una recta en un gráfico $\log(X)$ contra $\log(Y)$, siendo el exponente b la pendiente de dicha recta.

Para determinar si hay “*scaling*” o invariancia de escala en las fluctuaciones, se trata de examinar cada serie a distintas escalas temporales. La escala inicial es la que contiene todos los valores y sobre ella se calcula la media y la desviación estándar. Para reducir la resolución o escala se suman los valores de la serie de dos en dos. Sería equivalente a reducir el número de píxeles de una imagen y verla con menor resolución. Se obtiene entonces la media y la desviación de esta nueva serie. A continuación bajamos de nuevo la resolución y agregamos los valores de la serie de tres en tres, y calculamos la media y la desviación. Y así sucesivamente hasta agregar los valores de 10 en 10. La pendiente de la recta que se ajusta a los valores obtenidos de media y desviación en cada escala, en un gráfico $\log(M)$, $\log(DE)$, es el exponente de escala (h) de aquella serie. Para cualquier serie aleatoria, este exponente es aproximadamente de 0,5, y para una serie regular equivale a 1. Aplicado al estado de ánimo, por ejemplo, si se observasen fluctuaciones anímicas aleatorias, h sería cercano a 0,5, mientras que, si fuesen cíclicas (completamente regulares), h se aproximaría mucho a 1. La relación entre el exponente de escala y la dimensión fractal viene dada por la fórmula $DF = 2-b$. Por tanto, una serie aleatoria tiene una $DF = 1,5$, y una serie regular tiene $DF = 1$.

Método

Participantes

Tras ser informados brevemente de la finalidad del estudio (aprobado por la comisión de bioética de la universidad) y obtener el consentimiento escrito, participaron treinta y dos estudiantes (21 mujeres) con una edad media de 22,58 años ($DE = 4,38$).

Instrumentos

A través de Internet, indicaban su estado anímico y nivel de ansiedad moviendo un cursor sobre una barra deslizante; la posición elegida era transformada en una puntuación entre 0 y 100 sin que esta información fuese accesible para los sujetos.

Procedimiento

Los participantes autoinformaron tres veces al día (mañana, mediodía-tarde y noche) durante 50 días consecutivos. Para cada uno se obtuvieron dos series temporales: una, con los valores que había ido proporcionando sobre su estado anímico y la otra con los valores de ansiedad. Se examinaron estas series para descartar aquellas con un elevado número de valores perdidos. A continuación, en las series con valores perdidos y siempre que no hubiera más de seis consecutivos, se usó una interpolación lineal, mediante la *toolbox* de análisis de series temporales de Matlab, y tras descartar los valores de los primeros días por considerarlos de adaptación al estudio, se obtuvieron series de entre 100 y 140 valores (la mayoría fueron de 140). Sobre éstas se aplicó el procedimiento descrito de agregación alométrica.

Diseño

Dado que el procedimiento de agregación alométrica aplicado a cualquier serie aleatoria da un valor aproximado $h = 0,5$, si los valores de h de las series experimentales fuesen superiores a 0,5 podríamos afirmar que no son aleatorias. Del mismo modo, valores inferiores a 1 indicarían que las series son irregulares. Se llevó a cabo un análisis de series sustitutas (*surrogate*). Existen diferentes métodos (véase Schreiber y Schmitz, 2000; Small, Judd y Mees, 2001) pero la idea siempre es la misma: obtener una serie de datos aleatorizados que «imite» determinadas propiedades de la serie original como la media y la variancia. Se trata de conservar las propiedades lineales de la serie original destruyendo a la vez toda estructura no lineal con la aleatorización de los datos (Breakspear y Terry, 2002). En el presente trabajo, de cada serie original se generaron 19 series que contenían los mismos valores pero en orden aleatorio mediante la función *randperm* de Matlab. Se calcularon los 19 exponentes y se comparó el mayor de ellos con el de la serie original. Si éste era superior al de la serie aleatorizada se rechazó la hipótesis nula (asumiendo un riesgo $\alpha = 0,05$) según la cual la serie original (las fluctuaciones, por tanto) era aleatoria. Para comprobar si el grado de fractalidad de las series de estado anímico estaba relacionado con la fractalidad de las series de ansiedad se llevó a cabo un análisis de correlaciones.

Resultados

En la Figura 1 pueden verse los resultados del análisis alométrico de una serie temporal concreta.

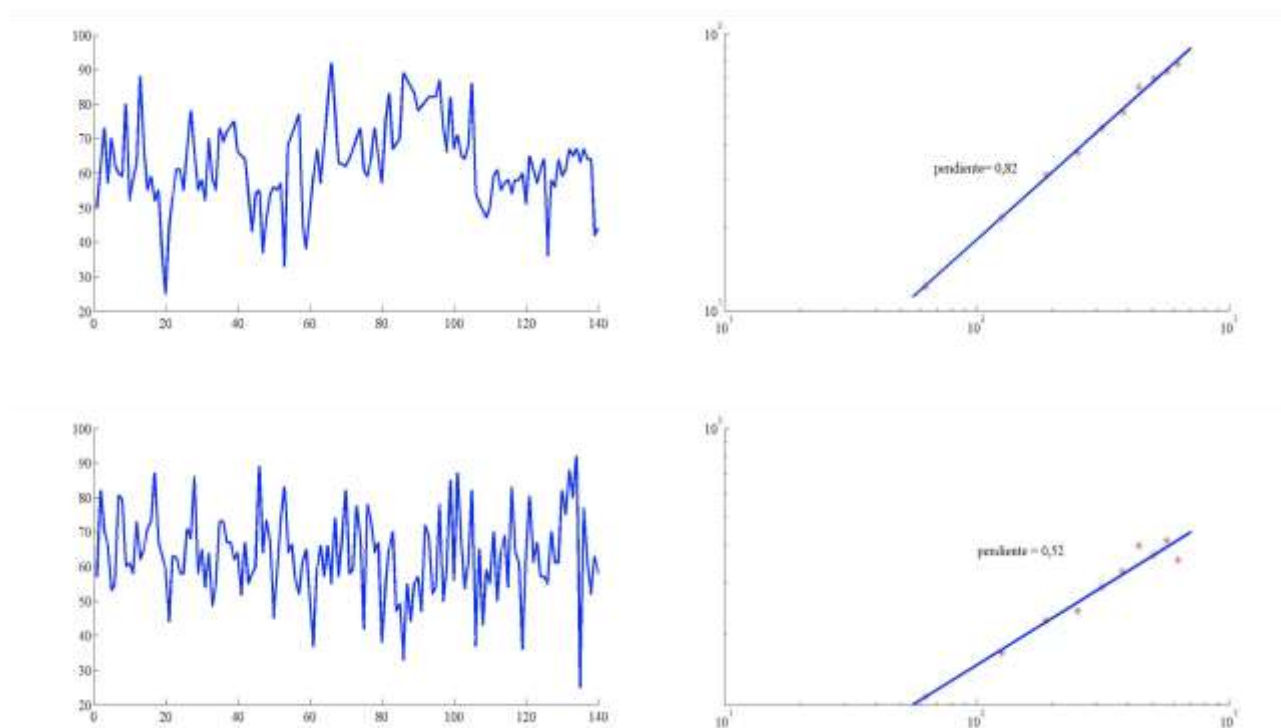


Figura 1. Serie temporal de datos de estado anímico (izquierda, panel superior), la misma serie aleatorizada (izquierda, panel inferior), gráfico log (M)-log (DE) para distintas escalas temporales de la serie original (derecha, panel superior) y el mismo gráfico de la serie aleatorizada (derecha, panel inferior).

Para las series de estado anímico se obtuvo un valor medio $h = 0,7415$ ($DE = 0,11$) y para las de ansiedad $h = 0,7964$ ($DE = 0,09$). El rango de valores fue entre 0,51 y 0,92 en el caso del estado anímico, y entre 0,62 y 0,99 para los de ansiedad. El análisis de series aleatorizadas sustitutas reveló que sólo en tres de las 32 series temporales de estado anímico se obtuvieron valores de h ligeramente inferiores a los valores máximos de las series sustitutas. Ninguno de los exponentes de las series originales de ansiedad fue inferior a los de las correspondientes series sustitutas. La correlación entre ambas series fue positiva y significativa ($r = 0,446$, $p = 0,014$). Entre el exponente h de estado de ánimo y el valor medio de esta variable no hubo correlación significativa, como tampoco se halló para el caso de la ansiedad.

Discusión

En este estudio examinamos series temporales de estado anímico y ansiedad autoinformados a lo largo de 50 días con la finalidad de contrastar la hipótesis de que las fluctuaciones en las mismas no son aleatorias sino que poseen invariancia de escala (muestran fractalidad). Esta hipótesis se ha verificado ya en series temporales fisiológicas, cuestionando la teoría del control homeostático de aquellas fluctuaciones (West, 2006). Según esta teoría, la regularidad de los ritmos fisiológicos se vería en la longitud de los intervalos entre latidos, que permanecería constante o variaría aleatoriamente alrededor de un valor promedio. Esta forma de control es relativamente

rígida ya que sólo las desviaciones del ritmo en relación a dicho valor, es decir en la escala temporal única que dicho valor representa, se corregirían para devolver el sistema al rango normal preestablecido.

La flexibilidad y adaptabilidad observables en los sistemas fisiológicos hace sospechar que pueda existir otra forma de control más adecuada que se reflejaría en patrones de fluctuaciones similares a distintas escalas temporales. Del mismo modo que el ritmo cardíaco (y las fluctuaciones observables en el mismo) es el resultado de la interacción de múltiples agentes (entre las que destacan las del sistema simpático y parasimpático), las fluctuaciones que experimentamos cotidianamente en el estado de ánimo o el nerviosismo pueden ser el resultado de la interacción entre factores ambientales/sociales y factores internos (hormonales o temperamentales, por ejemplo). Estas fluctuaciones tienen una apariencia aleatoria, lo cual lleva a pensar en la homeostasis como forma de control. Sin embargo, la aplicación del procedimiento de agregación alométrica nos ha permitido comprobar no lo son. Al contrario, muestran fractalidad y, curiosamente, los valores obtenidos son muy cercanos a los que se encuentran en la literatura de las series de intervalos entre latidos cardíacos. El hecho de encontrar unos exponentes entorno a 0,7 (y por tanto una dimensión fractal $DF = 1,3$), es decir a medio camino entre la aleatoriedad y la regularidad, lleva a pensar que el estado anímico no viene determinado exclusivamente por los acontecimientos ambientales del día a día ya que si fuesen aleatorios también lo serían las fluctuaciones (y h tendría un valor muy cercano a 0,5), y si fuesen cíclicos veríamos fluctuaciones regulares y h se aproximaría mucho a 1.

A partir de este hecho podríamos hacer algunas predicciones en relación a las alteraciones relacionadas con el estado anímico. Por ejemplo, podría aventurarse que el mantenimiento de un estado de ánimo regular (invariable) se asociaría a un valor $h = 1$ o muy cercano.

A modo de reflexión final, que el estado anímico y la ansiedad que experimentamos cotidianamente fluctúe y lo haga no de forma aleatoria sino según unos patrones, tendría que inducir ciertas dudas sobre la conveniencia de regularizar aquellas variables como objetivo en la práctica clínica. Del mismo modo que los modernos marcapasos no emiten pulsos con total regularidad porque se sabe de la bondad de cierta irregularidad en el sistema cardíaco, quizá el sistema emocional requiere flexibilidad antes que regularidad.

Referencias

- Breakspear, M. y Terry, J. R. (2002). Detection and description of non-linear interdependence in normal multichannel human EEG data. *Clinical Neurophysiology*, 113, 735-753.
- Burton, C., Knoop, H., Popovic, N., Sharpe, M. y Bleijenberg, G. (2009). Reduced complexity of activity patterns in patients with Chronic Fatigue Syndrome: a case control study. *Biopsychosocial Medicine*, 3, 7.
- Delignières, D., Fortes, M. y Ninot, G. (2004). The fractal dynamics of self-esteem and physical self. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, 8, 479-510.
- Kello, C.T., Brown, G.D.A., Ferrer-i-Cancho, R., Holden, J.G., Linkenkaer-Hansen, K., Rhodes, T. y Van Orden, G.C. (2010). Scaling laws in cognitive sciences. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 223-232.
- Schreiber, T. y Schmitz, A. (2000). Surrogate time series. *Physica D*, 142, 346-382.
- Small, M., Judd, K. y Mees, A. (2001). Testing time series for nonlinearity. *Statistics and Computing*, 11, 257-268.
- West, B.J. (1990). *Fractal Physiology and chaos in medicine*. Singapore: World Scientific.

- West, B.J. (2006). *Where medicine went wrong. Rediscovering the path to complexity*. Singapore: World Scientific.
- West, B.J., Griffin, L.A., Frederick, H.J. y Moon, R.E. (2005). The independently fractal nature of respiration and heart rate during exercise under normobaric and hyperbaric conditions. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 145, 219-233.

RELAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR, ADESÃO AO TRATAMENTO E FUNCIONAMENTO SEXUAL NA EPILEPSIA

Rute F. Meneses^{*}, José Pais-Ribeiro^{**}, Luísa Pedro^{***}, Isabel Silva^{*}, Helena Cardoso^{****/*****}, Denisa Mendonça^{*****}, Estela Vilhena^{*****}, Ana Martins^{*****} e António Martins-da-Silva^{****/*****}

**FCHS-Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal*

***FPCE-Universidade do Porto, Portugal*

****ESTES-Lisboa, Portugal*

*****Hospital Sto. António, Porto, Portugal*

******ICBAS-Universidade do Porto, Portugal*

Resumo

Cada vez mais os profissionais de saúde aspiram contribuir para o maior bem-estar possível dos seus doentes. Neste contexto, torna-se indispensável identificar variáveis, idealmente passíveis de ser modificadas, que estejam relacionadas com o bem-estar dos doentes. Assim, o objectivo do presente estudo é explorar a relação entre bem-estar geral (BEG), adesão ao tratamento (AT) e funcionamento sexual (FS) em indivíduos com epilepsia. Foram avaliados 79 indivíduos com epilepsia (59,5% do sexo feminino; idade: $M = 36,10$, $DP = 11,09$; diagnóstico (anos): $M = 19,72$, $DP = 11,50$), recorrendo a um Questionário Sócio-demográfico e Clínico, ao Índice de Bem-estar Pessoal, à Medida de Adesão aos Tratamentos e à Escala de Funcionamento Sexual da Multiple Sclerosis Quality of Life Scale com 54 itens (MSQOL-54). Verificaram-se bons indicadores globais de BEG, AT e FS na amostra. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre o BEG e: a AT ($r_s(75) = 0,37$, $p \leq 0,001$) e o FS feminino ($r_s(35) = -0,44$, $p \leq 0,008$). Não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre BEG e FS masculino. Ao analisar os indicadores parciais, verificou-se que o FS masculino se correlacionava apenas com a satisfação com a segurança do seu futuro ($r_s(31) = -0,40$, $p \leq 0,03$), enquanto o FS feminino se correlacionava com este indicador ($r_s(35) = -0,36$, $p \leq 0,04$), com a satisfação com o seu nível de vida ($r_s(34) = -0,37$, $p \leq 0,04$) e com a satisfação com a sua vida espiritual ou com a sua religião ($r_s(35) = -0,40$, $p \leq 0,02$). Sem esquecer o efectivo da amostra e os indicadores genericamente positivos da mesma, os presentes resultados sugerem que a promoção da AT pode saldar-se por melhorias no BEG dos indivíduos com epilepsia. Já a intervenção ao nível do FS parece apenas promissora, ao nível do BEG, para as doentes. Novas variáveis devem ser exploradas, para que se consigam identificar os melhores preditores do BEG (de amostras mais amplas) destes doentes.

Palavras-chave: Bem-estar, Adesão ao tratamento, Funcionamento sexual, Epilepsia.

RELATIONSHIP BETWEEN WELL-BEING, TREATMENT COMPLIANCE AND SEXUAL FUNCTIONING IN EPILEPSY

Abstract

Health care professionals are increasing aspiring to contribute to the highest well-being possible of their patients. In this context, it is essential to identify variables, ideally variables that can be modified, that are related to patients' well-being. Therefore, the aim of the present study is to explore the relationship between general well-being (GWB), treatment compliance (TC) and sexual functioning (SF) in individuals with epilepsy. A total of 79 individuals with epilepsy

(59,5% female; age: $M = 36.10$, $SD = 11.09$; diagnosis (years): $M = 19.72$, $SD = 11.50$) were assessed using a Socio-demographic and Clinical Questionnaire, the Personal Wellbeing Index, the Measure of Treatment Compliance and the Sexual Functioning Scale of the Multiple Sclerosis Quality of Life Scale with 54 items (MSQOL-54). Good global indicators of GWB, TC and SF were found in the sample. Statistically significant correlations were found between GWB and: TC ($r_s(75) = .37$, $p \leq .001$) and female SF ($r_s(35) = -.44$, $p \leq .008$). There were no statistically significant correlations between GWB and male SF. Considering the partial indicators, it was found that male SF correlated only with the satisfaction with safety regarding his/her future ($r_s(31) = -.40$, $p \leq .03$), while female SF correlated with this indicator ($r_s(35) = -.36$, $p \leq .04$), with the satisfaction with his/her level of life ($r_s(34) = -.37$, $p \leq .04$) and with satisfaction with his/her spiritual life or religion ($r_s(35) = -.40$, $p \leq .02$). Albeit the sample's size and its generally positive indicators, the present results suggest that promoting TC may lead to a better GWB of the epileptic patients. The intervention focusing SF appears promising only to female patients, when GWB is considered. News variables should be explored in order to identify the best GWB predictors (of larger samples) of these patients.

Keywords: Well-being, Treatment compliance, Sexual functioning, Epilepsy

Introdução

O bem-estar subjectivo pode ser definido como a avaliação emocional e cognitiva que os indivíduos fazem das suas vidas, e engloba o que geralmente designam por felicidade, paz, realização e satisfação com a vida (Diener, Oishi e Lucas, 2003).

Na actualidade, com o crescente reconhecimento e aplicação do modelo biopsicossocial (Engel, 1977), cada vez mais os profissionais de saúde aspiram contribuir para o maior bem-estar possível dos seus doentes. Neste contexto, torna-se indispensável identificar variáveis, idealmente passíveis de ser modificadas, que estejam relacionadas com o bem-estar dos doentes, principalmente os crónicos.

Isto porque as doenças crónicas não se caracterizam pela sua gravidade (Ribeiro, 2005), mas sim por: (a) ter de ser geridas em vez de curadas (Blanchard, 1982); (b) serem de longa duração, (c) tendendo a acompanhar o indivíduo durante toda a sua vida, (d) provocarem uma certa invalidez, (e) terem causas irreversíveis, (f) requererem reeducação, (g) exigindo o cumprimento de prescrições terapêuticas, (h) e um novo estilo de vida, (i) incluindo controlo, observação e tratamento periódicos (Giovannini, Bitti, Sarchielli e Speltini, 1986).

Dentro destas, pode destacar-se a epilepsia, a/uma das condições neurológicas graves mais frequentes, com uma taxa anual de incidência mundial de 40-100/100 000 pessoas (Brown et al., 1998) e uma taxa de prevalência entre os 2-49/1 000 pessoas, com variações consideráveis em diferentes países (Lima, 1998).

Pode ser definida como uma “condição caracterizada por crises epilêpticas recorrentes (duas ou mais), não provocadas por nenhuma causa identificada imediata” (Commission on Epidemiology and Prognosis of the International League Against Epilepsy, 1993, p. 593).

Ela pode estar associada a alterações nos dois modos existentes de interagir com o mundo e com os outros: o comportamento e a cognição (Kwan e Brodie, 2001), verificando-se, entre outras, perturbações psiquiátricas e cognitivas (cf. Meneses, 2005), podendo as alterações ocorrer em diversos momentos, já que as transições entre os períodos ictal, pré-ictal, pós-ictal e interictal são fluídas, com estados neurofisiológicos e mentais sobreponíveis (Devinsky e Najjar, 1999).

Consequentemente, a epilepsia tem sido designada de “incapacidade silenciosa”: para muitos doentes, as limitações na qualidade da vida causadas pela patologia e seu tratamento são sub-avaliadas pela sociedade (Vickrey, 1995a).

A terapia pode também acarretar dificuldades consideráveis, nomeadamente ao nível da adesão (Buck, Jacoby, Baker e Chadwick, 1997; Dhanaraj e Jayavelu, 2004), o que tem implicações a nível do controlo das crises e seu impacto (Eatock & Baker, 2007; Hovinga et al., 2008; Jones, Butler, Thomas, Peveler e Prevett, 2006).

Neste contexto, é de sublinhar que há variadíssimas razões para não aderir ao tratamento antiepiléptico e, paralelamente, uma ampla diversidade de estratégias para tentar limitar a não adesão (Eatock e Baker, 2007; Hovinga et al., 2008; Paschal, Rush e Sadler, 2014), ainda que a sua eficácia esteja aquém do desejável.

Assim, mais recentemente defende-se que mais importante do que a adesão total é “um compromisso em que tanto o clínico como o doente estão envolvidos num processo conjunto de negociação de tratamento e tomada de decisão de modo a alcançar o melhor resultado para o indivíduo” (Eatock e Baker, 2007, p. 129).

Isto porque a não adesão pode ser definida como as “respostas dos indivíduos à falta de coincidência entre as suas ideias e as do médico relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos” (Klein e Gonçalves, 2005, p. 119).

Uma área em que a falta de coincidência entre doentes e profissionais de saúde é, tradicionalmente, frequente é a da saúde sexual. No entanto, é actualmente, inegável o reconhecimento da importância da saúde sexual, sendo um dos indicadores desse estado a criação, pela Direcção-Geral da Saúde (s/ d.), de uma página de internet sobre saúde sexual e reprodutiva. Nesta, esclarece-se que “o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e possam decidir se, quando e com que frequência têm filhos” (Direcção-Geral da Saúde, s/d., secção Saúde Sexual e Reprodutiva, para. 1), o que “abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais” (para. 2), sendo que “Os cuidados a prestar em Saúde Reprodutiva constituem por isso, um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos. Para mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida” (para. 3).

Todavia, na prática, não é ainda generalizada a avaliação rotineira do funcionamento (ou satisfação) sexual dos doentes crónicos (cf., p.e., instrumentos listados por MAPI Institute, s/ d.; Pereira, Silva, Nardi e Heinemann, 2011).

Sem esta, torna-se impossível aferir a sua saúde sexual, i.e., “um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade. Requer uma abordagem positiva e respeitosa à sexualidade e relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência” (World Health Organization [WHO], s/ d., para. 1).

Neste contexto, é de sublinhar que tanto a investigação como a prática clínica têm demonstrado que a disfunção sexual é comum em indivíduos que fazem medicação antiepiléptica, havendo antiepilépticos associados a disfunção orgásmica em homens e mulheres, bem como libido reduzida nas mulheres (cf. Conaglen e Conaglen, 2013).

Adicionalmente, Meneses et al. (2013) constataram correlações lineares estatisticamente significativas entre funcionamento sexual e saúde mental em indivíduos com epilepsia, mas apenas do sexo masculino; na amostra feminina a correlação não atingiu a significância estatística.

Por outro lado, verificou-se, em indivíduos com epilepsia, que o funcionamento social, funcionamento cognitivo, qualidade de vida geral, bem-estar emocional, energia/fadiga, efeitos da medicação e preocupação com as crises (indicadores de qualidade de vida) estavam fortemente correlacionados com a adesão ao tratamento, constatando-se melhor qualidade de vida em indivíduos com boa adesão ao tratamento (Martins, Alonso, Guilhoto, Guaranha e Yacubian, 2009).

Assim, o objectivo do presente estudo é explorar a relação entre bem-estar geral, adesão ao tratamento e funcionamento sexual em indivíduos com epilepsia.

Método

Participantes

Foram avaliados 79 indivíduos com epilepsia: 59,5% do sexo feminino, com idades entre os 17 e os 65 anos ($M = 36,10$, $DP = 11,09$) e diagnóstico realizado entre 1 e 49 anos antes da avaliação para o presente estudo ($M = 19,72$, $DP = 11,50$).

Materiais

Foi utilizado um Questionário Sócio-demográfico e Clínico, desenvolvido para o estudo, o Índice de Bem-estar Pessoal (Pais-Ribeiro e Cummins, 2008), a Medida de Adesão aos Tratamentos (Delgado e Lima, 2001) e a Escala de Funcionamento Sexual da Multiple Sclerosis Quality of Life Scale com 54 itens (MSQOL-54; Vickrey, 1995b), instrumentos seleccionados por terem revelado propriedades psicométricas, no mínimo, satisfatórias em estudos prévios.

O Índice de Bem-Estar Pessoal é um questionário de avaliação do bem-estar subjectivo, através da satisfação com domínios específicos de vida, composto por oito itens/domínios (satisfação com: nível de vida, saúde, realização pessoal, relações pessoais, sentimento de segurança, ligação à comunidade, segurança com o futuro e espiritualidade ou religião), podendo as respostas oscilar entre “0” (extremamente insatisfeito) e “10” (extremamente satisfeito) e o *score* entre 0 e 100.

A Medida de Adesão aos Tratamentos é constituída por 7 itens e uma escala de resposta tipo Likert de seis pontos (1=sempre a 6=nunca), sendo que valores mais elevados significam maior nível de adesão.

A Escala de Função Sexual do MSQOL-54 é constituída por apenas 4 itens, disponíveis em diversas línguas (cf. Aymerich et al., 2006; Heiskanen, Meriläinen e Pietilä, 2007; National Multiple Sclerosis Society, s/ d.; Solari et al., 1999; Yamamoto et al., 2004), sendo de rápida e simples administração, cotação e interpretação (cf. Vickrey, 1995b). Ainda assim, o seu uso independente é pouco frequente, o que vai de encontro a uma tendência dos profissionais de saúde para não avaliarem, rotineiramente, a área sexual. Valores mais elevados correspondem a piores resultados ao nível do funcionamento sexual.

Procedimento

Após a obtenção das devidas autorizações (dos responsáveis pelas instituições de saúde, das Comissões de Ética, dos técnicos de saúde e dos doentes – consentimento informado), teve lugar a administração do protocolo de avaliação.

Consoante as capacidades e desejo dos participantes, teve lugar a auto-administração (assistida) ou a administração no contexto de uma entrevista pessoal.

Alguns doentes optaram por preencher o protocolo na instituição de saúde, enquanto outros optaram por preencher/concluir o preenchimento do protocolo mais tarde, enviando-o preenchido por correio para a equipa de investigação.

Tipo de estudo

Estudo transversal quantitativo descritivo-correlacional.

Resultados

Verificaram-se bons indicadores globais de bem-estar geral, adesão ao tratamento e funcionamento sexual na amostra.

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre o bem-estar geral e: a adesão ao tratamento e o funcionamento sexual feminino, não se verificando uma correlação estatisticamente significativa entre bem-estar geral e funcionamento sexual masculino (cf. Tabela 1).

Ao analisar os indicadores parciais, verificou-se que o funcionamento sexual masculino se correlacionava apenas com a satisfação com a segurança do futuro, enquanto o funcionamento sexual feminino se correlacionava com este indicador, com a satisfação com o nível de vida e com a satisfação com a sua vida espiritual ou com a religião (cf. Tabela 1).

A adesão ao tratamento correlacionou-se com cinco dos oito indicadores parciais de bem-estar geral, sendo as exceções a satisfação relativa às relações pessoais, segurança (quando se desloca pelas ruas) e vida espiritual ou religião (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Correlações entre os Indicadores de Bem-estar Geral, Adesão ao Tratamento e Funcionamento Sexual.

		<i>Adesão</i>	<i>Func. Sexual Masculino</i>	<i>Func. Sexual Feminino</i>
Bem-estar Geral	<i>rs</i>	0,37	-0,29	-0,44
	<i>p</i>	0,001	0,112	0,008
	<i>N</i>	75	31	35
Qual o seu grau de satisfação com... ?				
1. o seu nível de vida	<i>rs</i>	0,34	-0,200	-0,37
	<i>p</i>	0,003	0,280	0,033
	<i>N</i>	74	31	34
2. a sua saúde	<i>rs</i>	0,32	-0,186	-0,32
	<i>p</i>	0,005	0,317	0,064
	<i>N</i>	75	31	35
3. o que está a conseguir obter da vida com o seu esforço	<i>rs</i>	0,34	-0,254	-0,27
	<i>p</i>	0,003	0,168	0,111
	<i>N</i>	75	31	35
4. as suas relações pessoais	<i>rs</i>	0,16	-0,180	-0,20
	<i>p</i>	0,177	0,332	0,268
	<i>N</i>	74	31	34
5. a sua segurança (quando se desloca pelas ruas)	<i>rs</i>	0,01	-0,315	-0,31
	<i>p</i>	0,912	0,084	0,067
	<i>N</i>	75	31	35
6. o sentimento de pertença à sua comunidade (ao grupo de pertença de	<i>rs</i>	0,26	-0,080	-0,33
	<i>p</i>	0,024	0,670	0,051

que faz parte)	<i>N</i>	75	31	35
7. a segurança do seu futuro	<i>rs</i>	0,33	-0,40	-0,36
	<i>p</i>	0,004	0,025	0,037
	<i>N</i>	75	31	35
8. a sua vida espiritual ou com a sua religião	<i>rs</i>	0,12	-0,110	-0,40
	<i>p</i>	0,311	0,563	0,017
	<i>N</i>	74	30	35

Discussão/conclusões

Sem esquecer o efectivo da amostra e os indicadores genericamente positivos da mesma, os presentes resultados sugerem que a promoção da adesão ao tratamento pode saldar-se por melhorias no bem-estar geral dos indivíduos com epilepsia.

Já a intervenção ao nível do funcionamento sexual parece apenas promissora, ao nível do bem-estar geral, para as doentes.

Face aos indicadores positivos obtidos, é de supor que a amostra não apresentava disfunção sexual, comum em indivíduos a tomar antiepilépticos (cf. Conaglen e Conaglen, 2013), ou então que já se havia adaptado a tal disfunção.

Por outro lado, os resultados sugerem que a relação entre bem-estar geral e saúde mental não é linear, já que as correlações entre funcionamento sexual e estas variáveis foram em “sentidos contrários” (em função do sexo) na amostra do presente estudo e na de Meneses et al. (2013).

Inversamente, os resultados obtidos estão de acordo com os obtidos por Martins et al. (2009) no que refere à relação entre qualidade de vida (incluindo funcionamento social, funcionamento cognitivo, qualidade de vida geral, bem-estar emocional, energia/fadiga) e adesão ao tratamento.

Consequentemente, novas variáveis devem ser exploradas, para que se consigam identificar os melhores preditores do bem-estar geral (de amostras mais amplas) destes doentes e, deste modo, desenvolver e implementar programas de promoção do bem-estar geral de indivíduos com epilepsia altamente eficazes.

Agradecimentos

O presente estudo foi desenvolvido com apoio da bolsa da Fundação para a Ciência e a Tecnologia PTDC/PSI/71635/2006.

Referências

- Aymerich, M., Guillaumon, I., Perkal, H., Nos, C., Porcel, J., Berra, S., ... Montalbán, X. (2006). [Spanish adaptation of the disease-specific questionnaire MSQOL-54 in multiple sclerosis patients]. *Neurologia*, 21, 181-187.
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral medicine: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 795-796.
- Brown, S., Betts, T., Crawford, P., Hall, B., Shorvon, S. e Wallace, S. (1998). Epilepsy needs revisited: A revised epilepsy needs document for the UK. *Seizure*, 7, 435-446.
- Buck, D., Jacoby, A., Baker, G. A. e Chadwick, D. W. (1997). Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimes. *Seizure*, 6, 87-93.
- Commission on Epidemiology and Prognosis of the International League Against Epilepsy. (1993). Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia*, 34, 592-596.
- Conaglen, H. M. e Conaglen, J. V. (2013). Drug-induced sexual dysfunction in men and women. *Australian Prescriber*, 36, 42-45a.

- Delgado, A. B. e Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 81-100.
- Devinsky, O. e Najjar, S. (1999). Evidence against the existence of a temporal lobe epilepsy personality syndrome. *Neurology*, 53(Suppl. 2), S13-S25.
- Dhanaraj, M. e Jayavelu, A. (2004). Factors influencing anti epileptic drug non-compliance. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 7, 369-374.
- Diener, E., Oishi, S. e Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Direcção-Geral da Saúde. (s/d). *Saúde sexual e reprodutiva*. Acedido em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>
- Eatock, J. e Baker, G. A. (2007). Managing patient adherence and quality of life in epilepsy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3, 117-131
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Giovannini, D., Bitti, P., Sarchielli, G. e Speltini, G. (1986). *Psychologie et santé*. Bruxelles: Pierre Madraga Editeur.
- Heiskanen, S., Meriläinen, P. e Pietilä, A.-M. (2007). Health-related quality of life – Testing the reliability of the MSQOL-54 instrument among MS patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 199-206.
- Hovenga, C. A., Asato, M. R., Manjunath, R., Wheless, J. W., Phelps, S. J., Sheth, R. D., ... Haskins, L. S. (2008). Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: survey of patients with epilepsy and physicians. *Epilepsy & Behavior*, 13, 316-322.
- Jones, R. M., Butler, J. A., Thomas, V. A., Peveler, R. C. e Prevett, M. (2006). Adherence to treatment in patients with epilepsy: associations with seizure control and illness beliefs. *Seizure*, 15, 504-508.
- Klein, J. M. e Gonçalves, A. G. A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-ISF*, 10, 113-120.
- Kwan, P. e Brodie, M. J. (2001). Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs. *Lancet*, 357, 216-222.
- Lima, J. M. L. L. (1998). *Levantamento epidemiológico das epilepsias e dos síndromes epilêpticos no Norte de Portugal*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Porto.
- MAPI Institute. (s/ d.). *Home - Questionnaires-Translations - Our Catalog*. Acedido em <http://www.mapi-institute.com/questionnaires-and-translation/ourcatalog/114-specific-questionnaires-cardiovascular-diseases>
- Martins, H. H., Alonso, N. B., Guilhoto, L. M. F. F., Guaranha, M. S. B. e Yacubian, E. M. T. (2009). Adherence to treatment in patients with juvenile myoclonic epilepsy: correlation with quality of life and adverse effects of medication. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 15, 192-196.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Meneses, R., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Cardoso, H., Mendonça, D., ... Martins-da-Silva, A. (2013, julho). Funcionamento sexual e saúde mental em seis doenças crónicas: Convergências e divergências. In S. Neves, J. Pais-Ribeiro, M. Rezende, M. Heleno, G. Buena-Casal, & J. Tobal (Eds.), *Atas do II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde e III Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (s/ p.). Faro: CIEO-Universidade do Algarve.
- National Multiple Sclerosis Society. (s/d.). *MSQOL-54*. Acedido em <http://www.nationalmssociety.org/ms-clinical-care-network/researchers/clinical-study-measures/msqol-54/index.aspx>

- Pais-Ribeiro, J. e Cummins, R. (2008). O bem-estar pessoal: Estudo de validação da versão portuguesa da escala. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 505-508). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Paschal, A. M., Rush, S. E. e Sadler, T. (2014). Factors associated with medication adherence in patients with epilepsy and recommendations for improvement. *Epilepsy & Behavior*, 31, 346-350.
- Pereira, V. M., Silva, A. C. O., Nardi, A. E. e Heinemann, L. A. J. (2011). Tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro da Scale for Quality of Sexual Function (QSF). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33, 87-97.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Solari, A., Filippini, G., Mendozzi, L., Ghezzi, A., Cifani, S., Barbieri, E., ... Mosconi, P. (1999). Validation of Italian multiple sclerosis quality of life 54 questionnaire. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 67, 158-162.
- Vickrey, B. G. (1995a). Advances in the measurement of health-related quality of life in epilepsy. *Quality of Life Research*, 4, 83-85.
- Vickrey, B. G. (1995b). *Multiple Sclerosis Quality of Life (MSQOL)-54 Instrument*. University of California, Los Angeles. Acedido em <http://www.nationalmssociety.org/download.aspx?id=261>
- World Health Organization, WHO (s/d.). *Sexual health*. Acedido em http://www.who.int/topics/sexual_health/en/
- Yamamoto, T., Ogata, K., Katagishi, M., Shimizu, H., Ogawa, M., Yamamura, T. e Kawai, M. (2004) [Validation of the Japanese-translated version Multiple Sclerosis Quality of Life-54 instrument]. *Rinsho Shinkeigaku*, 44, 417-421.

SUBJECTIVE TIME EXPERIENCE IN DEPRESSION AND MANIA – A CONTROLLED EXPERIMENTAL STUDY

Karel Flaska & Panajotis Cakirpaloglu

Palacky University, Czech Republic

Abstract

Several studies have revealed significant alterations of subjective time experience in affective disorders. Both depressed and manic patients show a uniform significant tendency to overestimation of stimuli duration relative to controls. As for the perceived speed of time passage, depression and mania seem to alter this type of time experience in different direction. While in depression time seems to slow down, in mania it seems to speed up. The main objective of this study is to assess and juxtapose the differential diagnostics power of the two basic types of time experience in affective disorders. The research sample consists of 3 experimental groups – depressed patients, manic patients (both ICD-10 diagnosed) and one control group. The authors have employed an original experimental design including a set of 10 sound stimuli (9 instrumental music samples and 1 single tone, each of the same standard duration) with a specific emotional potential. Emotional experience evoked will be measured via 15 scales of semantic differential technique, together with retrospective time-duration and time-passage judgment using a method of verbal estimation. Both types of time experience were also correlated with Hospital Anxiety and Depression Scale and Altman Self-Rating Mania Scale. The results showed stable (although not statistically significant) tendency to relative time duration overestimation in both clinical groups compared to controls through the whole stimuli spectrum. Time duration judgment also significantly correlated with both self-rating scales. As for the time passage judgment, neither differences among groups, nor correlations with self-rating scales were found, indicating greater differentiating power of time duration estimation.

Key words: Time experience, depression, mania, control group.

Introduction

Close connection between affective state, feeling of meaningfulness of life, and subjective space-time distortion has been attracting attention most of all famous philosophers for centuries (Sokol, 2004).

Binswanger (1961; in Hlavinka, 2008, pp. 103) remarkably unfolds the phenomenon from daseinsanalytical perspective: „*Time perspective of melancholic being is completely distorted: they are weeping over past possibilities, not accepting past as something what had already happened. He or she negates future taking evil not as a possibility (or an imagery), but as evil already present and affecting. Simply put, depressed being is stuck in time.*” Contradictory, mania distorts subjective space-time differently: „*From uncountable amount of challenges Contradictory, Being haunted by mania is chasing its challenges incapable to choose one and deny another. They are*

obsessed by gallop of thoughts haunting them to extreme verbiage and longing to get the maximum of the present moment.” (Binswanger, 1961; in Hlavinka, 2008, pp. 104).

Tradition of psychological experimental approach to this phenomenon is much shorter, but have provided some evidence that subjective time experience could be widely used as a valid instrument in psychodiagnostics.

First of all, it is necessary to distinguish between two time research paradigms. While in the case of *retrospective paradigm* the subject is not informed that he is expected to make time estimation, in the opposite case of *prospective paradigm* the subject knows his task from the beginning (Block, 1990).

Subjective time experience is accessible to experimental measurement in two basic modes. The first one - *time duration judgement* is defined as a subjective judgement of the length of the given objective time interval. The second one - *time passage judgement* is defined as perceived speed of time passage during that interval (Sucala, Scheckner, & David, 2010/2011). Two up-to-date empirical studies (Flaska & Cakirpaloglu, 2012; Sucala, Stefan, Szentagotai-Tatar, & David, 2010) provided evidence for statistical independence of the two basic types of time experience under the retrospective paradigm, indicating different underlying mechanisms.

Concerning affective disorders, some studies revealed: a) tendency to systematic overestimation of the duration in affective disorders (Bschor et al., 2004; Mezey & Knight, 1965; Tysk, 1984); b) tendency to systematic changes in subjective speed of time passage (Bschor et al., 2004; Mezey & Cohen, 1961; Mezey & Knight, 1965; Michaelis, 2004; Prabhu, Agrawal & Teja, 1969), indicating deceleration of subjective time passage in depression and contrary acceleration in mania.

Aim of this study is to assess and juxtapose the differential diagnostic potential of the two basic types of time experience (time duration and time passage judgement) for affective disorders assessment across diverse emotional spectrum and within the external validation framework of ICD-10 (World Health Organization [WHO], 2006), Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1997), Altman Self-Rating Mania Scale (Altman et al., 1997) and semantic differential technique from the study Flaska and Cakirpaloglu (2012).

Method

Participants

Research sample included three independent groups – hospitalised psychiatric patients with actual period of depression or mania (ICD-10 diagnosed) and a control group.

Table 1. Research sample basic characteristics (mean, $\pm$ SD) with p-values of the between group differences tested by Kruskal-Wallis ANOVA.

Research sample basic characteristics					
Group		Depressed <i>n</i> = 12	Manic <i>n</i> = 12	Controls <i>n</i> = 12	<i>p</i> -value (Kruskal-Wallis)
Gender (M/F)		2/10	6/6	6/6	---
Age		48.9 (± 5.4)	38.8 (± 12.5)	45.5 (± 6.9)	0.06
AMRS	Mania scale	2.5 (± 1.8)	9.5 (± 4.1)	2.3 (± 1.6)	< 0.001 (*, **, *)
HADS	Anxiety scale	15.1 (± 3.2)	5.1 (± 3.1)	5.8 (± 3.1)	< 0.001 (**, *, *)
	Depression scale	15.4 (± 3.3)	3.1 (± 2.0)	3.3 (± 2.7)	< 0.001 (**, **, *)
	Total score	30.5 (± 5.9)	8.2 (± 3.4)	8.3 (± 4.5)	< 0.001 (**, **, *)

Note. A star in the bracket (*) for a specific group next to the p-value means that the group statistically significantly differs from one another of the remaining groups. For example, (*, **, *) means that the manic group significantly differs from the both remaining groups.

Instruments (stimuli and apparatus)

We have adopted a short equivalent version of the original experimental design from Flaska and Cakirpaloglu (2012) consisting of 10 sound stimuli (9 complex instrumental music stimuli and one simple tone $f = 528\text{Hz}$) with different emotional valence representing 9 qualitatively different areas of 3D semantic space identified by means of factor analysis. All the 10 sound stimuli were of the same standard duration of 60 seconds.

Table 2 provides overview of the basic characteristics of the short version of original semantic differential technique from the study of Flaska and Cakirpaloglu (2012) applied for the measurement of emotional judgement of the stimuli.

Table 2. Overview of the 15 most factor loaded scales of the original semantic differential technique identified by factor analysis, together with Cronbach alpha reliability values for each scale.

Factor	Cronbach alpha	Scale
Evaluation	0.91	ugly-beautiful
		valuable-worthless
		interesting-boring
		meaningful-meaningless
		significant-insignificant
Stress	0.92	tense-relaxed
		safe-dangerous
		satisfied-dissatisfied
		violent-peaceful
Activity	0.85	happy-sad
		slow-fast
		active-passive
		inert-lively
Predictability	0.72	predictable-unpredictable
		variable-invariable

Procedure

Administration of the experiment was individual. To secure retrospective paradigm consistence, participants were facing slight deception about the real aim of the experiment being told that objective of the experiment is to explore music perception in affective disorders. The act of deception was treated in accordance with up-to-date Ethical code of conduct of American Psychological Association (APA, 2010), namely the paragraph (c) of the article 8.07 *“Deception in Research”*

No objective clocks were present in the experimental room. If needed, participants were also asked to turn off their mobiles, or to take-off their wrist-watch.

After subscribing the informed consent all participants filled in the Hospital Anxiety and Depression Scale and Altman Self-Rating Mania Scale.

Own experimental session began with this instruction: *“There are 10 sheets laid printed page down, one for each music sample, on the corner of the table. Your only task is to seat yourself comfortably, listen to the music samples and let them impress you. Only after each music sample ends, you are supposed to take the sheet, fill it in and give it back to me. Now, I show you how to fill the sheet...”*

Design

Methodologically, we applied two-factor design with 10 repetitions on one factor (stimulus).

Measures

There were two independent variables (factors) recorded: a) diagnosis and b) stimuli (10 music samples). As dependent variables there were measured: a) subjective time *experience* (retrospective time duration judgment [in seconds] and retrospective time passage judgment [7-point Likert-type scale; 1 extremely fast; 4 normal; 7; extremely slow]); and b) emotional judgment (15 bipolar adjectives of semantic differential technique). Concerning external variables there were age and actual measure of depression or mania on self-rating scales controlled.

Results

Kruskal-Wallis ANOVA did not reveal any significant differences among the groups neither in time duration judgment, nor in time passage judgement on any of 10 levels of measuring on stimuli factor, as depicted in Table 2.

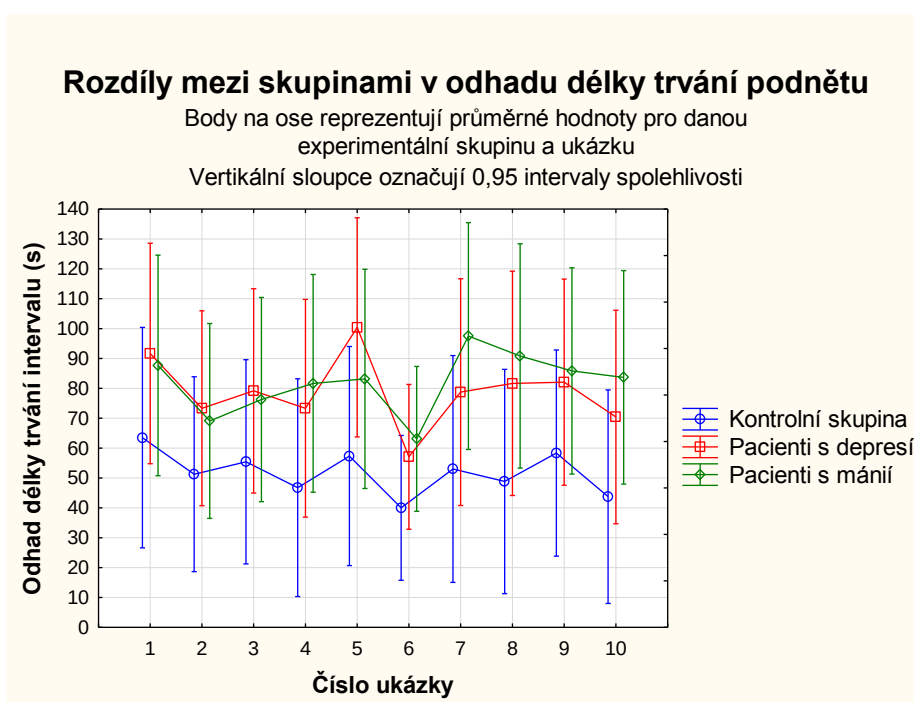
Table 3. Results of Kruskal-Wallis ANOVA for 3 independent groups (depressed, manic, & controls) and 10 levels of the factor „Sample“, separately for the time duration and the time passage judgment.

<i>Kruskal-Wallis ANOVA</i>				
Sample No.	Time duration judgment		Time passage judgment	
	<i>H</i> (<i>n</i> = 36; <i>df</i> = 2)	<i>p</i>	<i>H</i> (<i>n</i> = 36; <i>df</i> = 2)	<i>p</i>
1	1.49	0.48	0.19	0.91
2	0.75	0.69	3.46	0.18
3	1.99	0.37	0.90	0.64

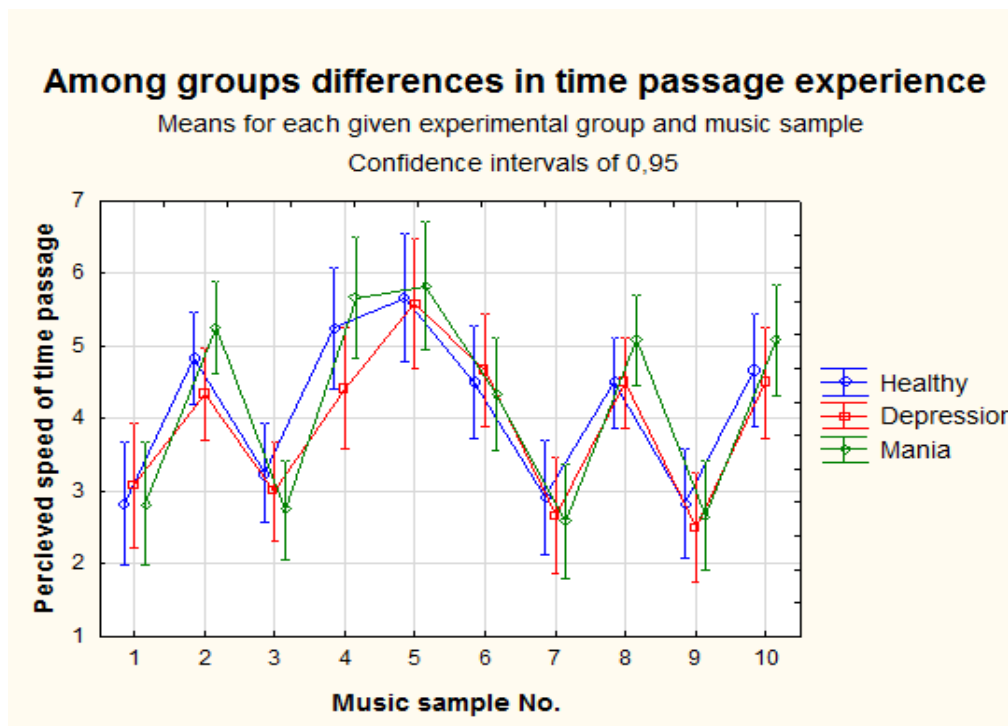
4	2.60	0.27	3.41	0.18
5	1.59	0.45	1.63	0.44
6	1.43	0.49	1.00	0.61
7	3.78	0.15	1.23	0.54
8	3.89	0.14	1.84	0.40
9	2.62	0.27	1.12	0.57
10	3.00	0.22	0.95	0.62

Note. H = test criterion; n = group size; df = degrees of freedom; p = level of significance.

However, descriptive graphical analysis of the time duration estimation distribution revealed pervasive (although not statistically significant) tendency to relative time overestimation of both clinical groups compared to controls), as depicts Graph 1. Contrary to time duration judgement, descriptive graphical analysis (Graph 2) did not reveal any among group differences in time passage judgment.



Graph 1. Stability of among groups differences in time duration experience across the emotionally different stimuli spectrum.



Graph 2. Absence of among groups differences in time passage experience and presence of the strong impact of the quality of the stimuli on the perceived speed of subjective time passage.

Friedman ANOVA with 10 repetitions on the factor “Stimulus” unfolded highly significant effect of the stimuli characteristics on both types of subjective time experience in all the three independent groups, as depicted in Table 3.

Table 4. Results of the Friedman ANOVA for 10 repeated measurements on the factor “Sample“, separately for the time duration and the time passage judgment.

Friedman ANOVA						
Group	n	df	Time duration judgment		Time passage judgment	
			X^2	p	X^2	p
Depressed	12	9	30.2	< 0.001	42.3	< 0.001
Manic	12	9	18.5	< 0.05	57.6	< 0.001
Controls	12	9	29.5	< 0.001	70.2	< 0.001

Note. n = group size; df = degrees of freedom; X^2 = Chi-square test criterion; p = level of significance.

Spearman rank correlation coefficients revealed obvious differences in density of significant correlations with external criteria between the two types of time experience, as depicted in Table 4.

Table 4. Spearman rank correlation coefficients of age and selected self-rating scales (ASRM – Altman Self-Rating Mania Scale; HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale) with time duration and time passage judgments.

		Spearman rank correlation coefficients					
		Time duration judgment			Time passage judgment		
		D	M	C	D	M	C
		N = 120	N = 120	N = 120	N = 120	N = 120	N = 120
Age		0.39 ***	-0.10	0.54 ***	0.09	0.02	-0.05
ASRM	Mania scale	0.55 ***	0.29 **	-0.08	-0.12	0.17	-0.03
HADS	Anxiety scale	-0.08	0.23 *	0.09	-0.14	0.17	0.04
	Depression scale	-0.23 *	-0.24 **	0.12	-0.07	-0.11	0.01
	Total score	-0.11	0.11	0.28 **	-0.16	0.09	0.03

Note. N = number of all cases; D = depressed; M = manic; C = controls; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Table 5 reveals differences between the two types of time experience in distribution and density of statistically significant correlations with the semantic differential technique.

Table 5. Spearman rank correlation coefficients of both time duration (measured in seconds) and time passage (measured via 7-point Likert-type scale: 1 extremely fast; 4 normal; 7 extremely slow) judgments with 15 scales of semantic differential technique.

Spearman rank correlation coefficients between semantic differential technique judgments and time judgments						
	Time duration judgment			Time passage judgment		
	D	M	C	D	M	C
	N = 120	N = 120	N = 120	N = 120	N = 120	N = 120
happy-sad	0.13	-0.08	-0.11	0.51***	0.48***	0.59***
ugly-beautiful	0.01	0.00	0.11	-0.30***	-0.07	-0.22*
valuable-worthless	0.08	0.03	-0.12	0.28**	0.07	0.20*
interesting-boring	0.02	0.16	-0.06	0.44***	0.14	0.28**
slow-fast	0.09	0.27**	0.07	-0.44***	-0.69***	-0.68***
meaningful-meaningless	-0.00	0.13	-0.09	0.35***	0.08	0.25**
active-passive	-0.02	-0.07	-0.15	0.42***	0.51***	0.63***
tense-relaxed	0.01	0.13	0.04	-0.06	-0.05	-0.13
safe-dangerous	-0.01	0.07	-0.09	0.19*	0.03	0.14
inert-lively	-0.01	0.12	0.10	-0.50***	-0.42***	-0.63***
satisfied-dissatisfied	-0.08	0.10	-0.18*	0.34***	0.04	0.14
predictable-unpredictable	0.21*	0.15	-0.09	0.08	-0.24**	-0.03
violent-peaceful	-0.02	-0.02	0.02	-0.09	0.16	0.15
significant-insignificant	-0.10	-0.01	-0.16	0.37***	0.14	0.23*
variable-invariable	-0.08	-0.03	-0.05	0.16	0.45***	0.45***

Note. 7-point Likert-type scales; 1 – adjective on the left, 7 – adjective on the right); N = number of all cases; D = depressed; M = manic; C = controls; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Discussion

The results show stable (although not significant) tendency to relative time duration overestimation in both clinical groups compared to controls through whole emotionally diverse stimuli spectrum. Time duration judgment also significantly correlated with both self-rating scales applied. As for the time passage judgment, neither among group differences, nor correlations with self-rating scales were found, indicating greater differentiating power of time duration judgement, which is in correspondence with some previous studies (Bschor et al., 2004; Mezey & Knight, 1965; Tysk, 1984). Undisputable weakness of these findings rests in low age homogeneity of the research sample and also in the strong multicorrelations of time duration judgement with age.

Our results are inconsistent with some other previous studies that have provided evidence for the differential diagnostics potential of subjective time passage judgement (Bschor et al., 2004; Mezey & Cohen, 1961; Mezey & Knight, 1965; Michaelis, 2004; Prabhu, Agrawal, & Teja, 1969), indicating only slight or even negligible criterion validity of subjective time passage judgement. Contradictions in results may settle in: a) the different methodological designs applied, both methods and stimuli; b) the unjustified, but in the field of time research wide spread translation of the different languages of the two different types of time experience, as Flaska and Cakirpaloglu (2012) have already pointed out.

Consistently with recent research, the two basic types of time experience have shown themselves as two different and mutually independent psychic variables saturated by different mechanisms and meeting different validation criteria.

Authors of this paper suggest that future research in this area should focus more on time duration judgement (contrary to time passage judgement) and its further validation with external criteria.

Acknowledgements

This study has originated as one of the publication outputs of the project “*Identification of a multidimensional model of subjective time experience*” funded by Internal Grant Agency of Palacky University (project number FF_2012_066). The data and statistical analysis have been undertaken from the graduate thesis of the first author of this paper (Flaska, 2013). Special thanks to Tereza Capova for her help with experimental music samples battery compilation.

References

- American Psychological Association, APA (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Washington DC: American Psychological Association. Retrieved 5 May 2012 from URL: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Altman, E. G., Hedeker, J., Peterson, D. L., & Davis, J. M. (1997). The Altman Self-Rating Mania Scale. *Society of Biological Psychiatry*, 42, 948-955.
- Block, R. A. (1990). Models of psychological time. In R. A. Block (Ed.), *Cognitive models of psychological time* (pp. 1-35). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bschor, T., Ising, M., Bauer, M., Lewitzka, U., Skerstuweit, M., Müller-Oerlinghausen, B., & Baethge, C. (2004). Time experience and time judgment in major depression, mania and healthy subjects. A controlled study of 93 subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 222-229.
- Flaska, K. (2013). *Subjektivni casova zkusenost u afektivnich poruch*. Unpublished thesis. Olomouc: Philosophical faculty of Palacky University.

- Flaska, K., & Cakirpaloglu, P. (2012). Identification of the multidimensional model of subjective time experience. *1st International Conference on Time Perspective. Converging Paths in Psychology Time Theory and Research. Coimbra, Portugal 4th-8th. September 2012*. Manuscript submitted for publication.
- Hlavinka, P. (2008). *Daseinsanalyza. Setkani filozofie s psychoterapii*. Praha: Grada Publishing.
- Mezey, A. G., & Cohen, S. I. (1961). The effect of depressive illness on time judgment and time experience. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 24, 269-270.
- Mezey, A. G., & Knight, E. J. (1965). Time sense in hypomanic illness. *Archives of General Psychiatry*, 12, 184-186.
- Michaelis, B. H. (2004). The experience of time during acute depression. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65(3-B), 1557.
- Prabhu, G. G., Agrawal, A. K., & Teja, J. S. (1969). Effect of anxiety and depression on time estimation and judgment. *Indian Psychological Review*, 6, 16-21.
- Sokol, J. (2004). *Rytmus a čas*. Praha: Oikoymenh.
- StatSoft, Inc. (2011). STATISTICA (data analysis software system), version 10. www.statsoft.com.
- Sucala, M., Scheckner, B., & David, D. (2010/2011). Psychological Time: Interval Length Judgments and Subjective Passage of Time Judgments. *Current psychology letters [Online]*, 26. Retrieved 5 May 2012 from URL: <http://cpl.revues.org/index4998.html>
- Sucala, M., Stefan, S., Szentagotai-Tatar, A., & David, D. (2010). Time Flies When You Expect to Have Fun. An Experimental Investigation of the Relationship between Expectancies and the Perception of Time Progression. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 14, 231-241.
- Tysk, L. (1984). Time perception and affective disorders. *Perceptual and Motor Skills*, 58, 455-464.
- World Health Organization, WHO (2006). MKN-10. *Dusevni poruchy a poruchy chovani*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1997). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

