 ISBN: 978-84-608-1640-9

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

2014

Asociación Española
de Psicología Conductual

Compiladores:

Amparo Díaz-Román, Eva Hita-Yáñez y Mª Teresa Ramiro

Sevilla (España), 2014

 ISBN: 978-84-608-1640-9

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2014

Libro de Capítulos del VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica

Asociación Española
de Psicología Conductual

Compiladores:

Amparo Díaz-Román, Eva Hita-Yáñez y Mª Teresa Ramiro

Sevilla-España, 14, 15 y 16 de noviembre de 2014

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2014
© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

VII CONGRESO INTERNACIONAL Y XII NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Sevilla-España, 14, 15 y 16 de noviembre de 2014

Idiomas: español, inglés y portugués.

Autor: VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica. Sevilla-España, 14, 15 y 16 de noviembre de 2014

Compiladores: Amparo Díaz-Román, Eva Hita-Yáñez y Mª Teresa Ramiro.

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@aepc.es.
Web: http://www.aepc.es
Printed in Granada, Spain.

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los trabajos publicados en el libro de capítulos del "VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica", denominado *Avances en Psicología Clínica. 2014*, son de responsabilidad exclusiva de los autores; asimismo, estos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

ÍNDICE

Páginas

VARIABLES DEL PROCESO TERAPEUTICO RELACIONADAS CON LA EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL SEGÚN LOS PACIENTES Y SUS TERAPEUTAS 17
Susana Bas-Maestre

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PARA LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD. DESARROLLADO POR EL CENTRO DE PSICOLOGÍA BERTRAND RUSSELL DE MADRID 28
Sonia Bernardini y Fabián Cardell

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN OBESIDAD INFANTIL 40
María Victoria Alonso-Martín, Cristina Banzo-Arguis, Miriam P. Félix-Alcántara y Francisco Javier Quintero-Gutiérrez del Álamo

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS 49
Itxasne Tomé Santaolalla

ABORDAJE GRUPAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD. EXPERIENCIA DE DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE MADRID 60
Miriam Patricia Félix-Alcántara, Cristina Banzo-Arguis, Victoria Alonso-Martín, Sonia Fernández-Rojo y Francisco Javier Quintero-Gutiérrez del Álamo

PROGRAMA DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LOS ASPECTOS EMOCIONALES DE LA OBESIDAD 70
Cristina Banzo-Arguis, Miriam P. Félix-Alcántara, Victoria Alonso Martín, Raquel Martínez de Velasco, Fernando Mora Mínguez y Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo

MÁS ALLÁ DEL PESO. EVALUACIÓN Y CAMBIO DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA 81
Mª África Cruz García y Jacobo Chamorro López

GRUPO DE TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA 91
Elena Cordero-Gutiérrez, Leticia León-Quismondo, Rocío Espeso-González, Beatriz Berenguer-Rodríguez y Eva Rodríguez-Pedraza

INTERVENCIÓN GRUPAL EN EL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO 101
Leticia León-Quismondo, Guillermo Lahera-Forteza, Eva Rodríguez-Pedraza y Alberto Fernández-Liria

INTERVENCIÓN GRUPAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO BASADO EN TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO 111
Rocío Espeso-González, Israel Leonés-Torres, Leticia León-Quismondo y Eva Rodríguez-Pedraza

MINDFULNESS Y PACIENTES CON PSICOSIS. UNA EXPERIENCIA CLÍNICA 121
Juan Francisco Jiménez-Estévez, Jocelyne García-Carrillo, Silvia Bolívar-López e Inmaculada Garijo-López

PRELIMINARY ADAPTATION OF THE FAMILY ALLIANCE ASSESSMENT SCALES TO THE PERIOD OF ADOLESCENCE 131
Michela Gatta, Alessandra Simonelli, Lorenza Svanellini, Marta Sisti and Laura Sudati

VIDEO FEEDBACK AS A TOOL IN PARENTAL SUPPORT THERAPY FOR CLINICAL FAMILIES 141
Lorenza Svanellini, Michela Gatta, Marta Sisti, Marco Bubola, Debora Bellotto, Alessandra Simonelli and Pier Antonio Battistella

INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN CRÓNICA GRAVE EN UN CASO DE LA TERCERA EDAD 150
Blanca Plaza-Cabanas

INFLUENCIA DEL SEXO Y LA EDAD EN LA AUTOESTIMA EN PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL 161
Sandra Martina Espín-Tello, Manuel Bueno-Lozano y Teresa Jiménez-Bernadó

TERAPIA DE GRUPO EN DUELO COMPLICADO 172
Cristina Catalina-Fernández, Esmeralda Vegazo-Sánchez e Isabel Reyes- Uribe de Zorita

INTERVENCIÓN MULTIPROFESIONAL DE LA HEMATOFOBIA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM) 182
Jesús O. Valera-Bernal, Antonia Sánchez-López, M. Ascensión Albacete-Belmonte, José Joaquín García-Arenas y Julio C. Martín-García-Sancho

LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD RARA. UN CASO DE SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS 192
Beatriz Ayala-Cuevas, Helena Sanz-Sanz, Bárbara Morer-Bamba y Anna Navarro-Tous

TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA APLICADA A UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO 202
Macarena García-Goldsmith, Belén Romera-Ortiz y Antonio García-Quirantes

INTERVENCIÓN GRUPAL PARA PACIENTES ANSIOSO DEPRESIVOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA 213
Leticia León-Quismondo, Irene Gutiérrez-Arana, María Sánchez-Pascual, Mª Mar Martín-Cabeza, Ana Mª Montero-Lapido, Miriam Sarasa-Alastuey, Alberto Fernández-Liria y Guillermo Lahera-Forteza

PERCEPÇÕES DO FEMININO: SIGNIFICAÇÕES DO SER MULHER EM MORADORAS DA BAIXADA FLUMINENSE 223
Rosane Costa, Fernanda Gonçalves da Silva, Ana Cristina Araújo, Ralph Ribeiro Mesquita, Cristiane de Carvalho Guimarães e Karla W. M. S. Steavel Peres

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE SINTOMATOLOGÍA DISOCIATIVA 232
Sandra Fuentes-Márquez, Elena Guillén-Guillén, Rocío Alonso-Díaz y Mónica Rosu

DÉFICIT MNÉSICOS TRAS UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO. EL USO DE ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE EN TAREAS DE MEMORIA VERBAL EN UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES 242
Romina Cortizo-Vidal, María África Cruz-García, Laia Mollá-Cusi, Maria Rosa Mas-Lacarra, Daniel Bergé-Baquero, Anna Mané-Santacana, Belén Diaz-Múgica, Luis Miguel Martín-López, Antonio Bulbena-Vilarasa y Victor Perez Solá

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN UNA UNIDAD DE REHABILITACION 252
José Joaquín García-Arenas, Dulce María Romero-Ayuso y Concepción Carratala-Munuera

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN LA COMUNIDAD DE EXTREMADURA 263
Laura Osona-Núñez, Inés María Cano-Miranda e Idilio González-Martínez

UNA EXPERIENCIA DE TERAPIA DE GRUPO EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA 273
Isabel Reyes-de Uribe Zorita, Cristina Catalina–Fernández y Esmeralda Vegazo-Sánchez

LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA INSTITUCIONALIZADAS 282
Maica Ruiz-Pérez, Salvador Llistar-Verdú y Tary Gómez-Hinojosa

AUTOESTIMA, ESTIGMA SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA 292
Montserrat García-Zamora, Mamen Galindo-Laiglesia y Maica Ruiz-Pérez

RACIONALIZACIÓN DEL USO DE HIPNÓTICOS EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: ANÁLISIS LONGITUDINAL (2002-2014) 302
Juan Manuel Pérez-Nieto, Montserrat García-Zamora, Pilar Jiménez-Solis y Maica Ruiz-Pérez

PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN POBLACIÓN ESQUIZOFRÉNICA INSTITUCIONALIZADA 312
Pilar Jimenez-Solís, Maribel Perez-Palomares, Montserrat García-Zamora y Maica Ruiz-Pérez

NEUROCOGNICIÓN Y TEORÍA DE LA MENTE EN ESQUIZOFRENIA 323
Mónica Dompablo, María Josefa Campillo-Cascales, Javier Rodríguez-Torresano, David Rentero, Marta Moreno-Ortega, Alexandra Bagney, Cilia Rodríguez, Iosune Torio, Miguel Ángel Jiménez-Arriero y Roberto Rodríguez-Jiménez

RESPUESTA EMOCIONAL EN PSICOSIS AGUDA 334
Alicia Ruiz-Toca, Ana Rosa González-Barroso y Guillermo Lahera

TRASTORNO PSICÓTICO, CONSUMO DE TÓXICOS Y EXCLUSIÓN SOCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO 344
Juan José García-Orozco, Jon Iñaki-Etxeandia y Mª Aída Andreu-Lledó

EL SUEÑO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS; UNA ASIGNATURA PENDIENTE 352
María Teresa-Rodríguez-González-Moro, Juana Inés-Gallego-Gómez, Tomás Vera- Catalán, Gina Ramos-Simonelli y Agustín Javier Simonelli-Muñoz

INFANT MASSAGE AND BENEFITS FOR THE MOTHER-CHILD RELATIONSHIP 362
Alessio Porreca, Susanna Freato, Giusy Bozza, Alessandra Simonelli, Elena Olivo and Alice Marzadro

ALEXITHYMIA AND PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN ADOLESCENCE: A CASE CONTROL STUDY 372
Michela Gatta, Marta Sisti, Lorenza Svanellini, Laura Sudati, Valentina Calloni, Manuela Stucchi, Andrea Spoto and Pier Antonio Battistella

CLÍNICA INFANTO-JUVENIL: IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN A NIVEL FAMILIAR: ESTUDIO DE 12 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL 383
Mª Victoria Sánchez-López, Mª Teresa Rosique-Sanz, Ángel Fernández-Sánchez, Cristina Polo-Usaola, Mª Luisa López-Gironés , Marisa Alfaya-Tomé, Francisco González-Urrutia y Víctor Ortega-Parra

INTERVENCIÓN FAMILIAR A UN NIÑO CON GRAVES DÉFICITS DE DESARROLLO 392
Nikolett Eisenbeck, Juan C. López, Adrián Barbero-Rubio y Luis Jorge Ruíz-Sánchez

RESIDENTIAL TREATMENT FOR YOUNG DRUG-ADDICTS. NEUROPSYCHOLOGICAL FUNCTIONING AND EMOTIONAL DISTRESS IN THE FIRST SIX MONTHS OF COMMUNITY PROGRAM 403
Micol Parolin, Daniela Mapelli, Patrizia Cristofalo and Marta Botturi

EL JUEGO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA 414
Helena Sanz, Beatriz Ayala, Gema Castro, Bárbara Morer, Raquel Alonso y Anna Navarro

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS TRAS EVENTOS TRAUMÁTICOS: UNA REVISIÓN 424
David Moreno-Sandoval, Montserrat Fonoll-Alonso, Hiurma Gil-Santiago, Yraya Rodríguez-Santana y José María Martín-Jiménez

TRATAMIENTO INTENSIVO EN HOSPITAL DE DÍA Y PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD 435
Patricia Navarro-Gómez, Mª Pilar Arnal-Val, Belén Gago-Velasco, Pedro Rosique-Díaz y Luis Valenciano-Martínez

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO 447
Hiurma Gil-Santiago, Juana Teresa Rodríguez-Sosa, Adrián Neyra-Del Rosario y Miguel Ángel García-Bello

MENTAL HEALTH IN TEACHER TRAINING AND EDUCATIONAL IMPLICATIONS 456
Mª Dolores Muñoz, Laura Jiménez and Juana Segarra

EXPOSICIÓN CORPORAL PURA VS GUIADA: EXAMINANDO EL CAMBIO DE CONDUCTAS, SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS ASOCIADOS AL PROPIO CUERPO EN MUJERES CON ALTA INSATISFACCIÓN CORPORAL 467
Sandra Díaz-Ferrer, Blanca Ortega-Roldán, José Luis Mata-Martín, Sonia Rodríguez-Ruiz y M. Carmen Fernández-Santaella

ATTACKS ON BODY IN THE VIRTUAL ERA. AN ANALYSIS OF THE PHENOMENA OF BLOGS PRO-ANOREXIA AND PRO-SELF-INJURY 477
Giorgia Margherita and Anna Gargiulo

ADAPTACIÓN PERSONAL, ESCOLAR Y SOCIAL Y SATISFACCIÓN FAMILIAR DE UNA POBLACION INFANTO JUVENIL AFECTADA POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) 487
Isabel Avilés-Carvajal, María Dolores Lanzarote-Fernández y Montserrat Gómez de Terreros-Guardiola

DESINTEGRACIÓN DE LAS FUNCIONES SUPERIORES MENTALES EN POBLACIÓN CLÍNICA Y POBLACIÓN GENERAL 497
Elena Guillén-Guillén, Rocío Alonso-Díaz, y Sandra Fuentes-Márquez

VARIABLES RELACIONADAS CON LA SINTOMATOLOGÍA DISOCIATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL 507
Rocío Alonso-Díaz, Sandra Fuentes-Márquez, Elena Guillén-Guillén y Mónica Rosu-Stanciu

ANÁLISIS DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO ADAPTATIVO TRAS UNA TERAPIA GRUPAL 517
Belén Gago-Velasco, Patricia Navarro-Gómez y María Pilar Arnal-Val

INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNO ADAPTATIVO 527
José M. Sanz, Isabel María García, Miguel Ángel Cuquerella, Jesús Blasco y Eva Carbajo

EXCLUSIONARY AND IMPOSING COMMUNICATION IN COUPLES: PERSONALITY AND PREDICTOR VARIABLES 540
Leticia Padilla-González, Enrique Armas-Vargas, Imelda Bencomo-Hernández and Isidro Pérez-Martín

ESTUDIO DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA Y SU POSIBLE TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL 551
Iria Calleja Barcia, María Luisa Mondolfi y Margarita Pino-Juste

CONSUMO DE DROGAS E INSATISFACCIÓN PERSONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO 562
Mª Pilar Arnal-Val, Belén Gago-Velasco y Patricia Navarro-Gómez

INFLUENCIA DEL ALCOHOLISMO SOBRE LA SALUD FAMILIAR. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA 571
Alejandro Jesús de Medina-Moragas, Marta Lima-Serrano, Isabel Domínguez-Sánchez y Joaquín Salvador Lima-Rodríguez

UTILIDADES DE LA HIPNOSIS EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA 581
Amador Cernuda-Lago

RELACIONES ENTRE EL NEUROTICISMO Y LA ANSIEDAD COGNITIVA EN SUPERVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA 591
Francisco García-Torres y Francisco J. Alós

CASO CLÍNICO: NIÑO CON TEL-TEA. INTERVENCIÓN DURANTE CINCO AÑOS 600
Mª del Sol Fortea-Sevilla y Mª Olga Escandell-Bermúdez

PRATIQUE À PLUSIEURS: EVALUATING THE EFFICACY OF TREATMENT IN A GROUP OF CHILDREN AFFECTED BY AUTISM SPECTRUM DISORDERS 610
Marta Vecchiato, Alessandra Simonelli, Nicola Purgato and Chiara Grassi

RELACIÓN ENTRE SALUD PERCIBIDA Y RIESGO PSICOSOCIAL EN UNA MUESTRA DE POLICÍAS LOCALES 620
Mª Inmaculada López-Núñez y Susana Rubio Valdehita

PRECARIEDAD JUVENIL Y EXCLUSIÓN SOCIAL 631
Héctor Félix Lasheras-Díez, José Antonio Llosa, Sara Menéndez-Espina, Esteban Agulló-Tomás y Miguel Arenas

EFECTOS DE LA COMPASIÓN Y LA AUTOCRÍTICA EN ÍNDICES PSICOFISIOLÓGICOS 643
Luis Carlos Delgado-Pastor, Alba Garrido, Silvia Bolivar, José Luís Mata y Jaime Vila

LA FUNCIÓN ESPECULAR EN LACAN Y WINNICOTT 653
Diana Pancini-de-Sá-Antunes-Ribeiro, Bianca Paes e Rafael Eduardo-Franco

ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE NUMA AMOSTRA DE MULHERES MOÇAMBICANAS EM RISCO SEXUAL PARA O VIH/SIDA 662
Ana Luísa Patrão

LA CREATIVIDAD, EMPATÍA Y SALUD MENTAL FAVORECEN TU PERSONALIDAD RESILIENTE 673
Adoración Ferreres-Traver y Amadeo José Pont-Soler

MEASURING PARENTAL STRESS. ITALIAN VALIDATION OF A PROPOSAL FOR THE EXTENTION OF PARENTING STRESS INDEX 681
Valentina Boursier and Valentina Manna

AGGRESSION, IMPULSIVENESS AND PERSONALITY: ASSESSING THE EFFECT OF MEASUREMENT DISTORTION 691
Isidro Pérez-Martín, Enrique Armas-Vargas, Pablo García-Medina, Teresa Sánchez-Remacho and Leticia Padilla-González

CLINICAL EXPERIENCE WITH NEW-ONSET EPILEPSY PATIENTS 702
Manuela Stucchi, Ambra Salmaso, Debora DeCarlo, Francesca Munegato, Alessia Raffagnato, Laura Balottin, Stefania Mannarini, Marilena Vecchi, Clementina Boniver and Michela Gatta

DISTORTED BELIEFS AND THOUGHTS AGAINST WOMEN IN THE COUPLE: "CREE" QUESTIONNAIRE 713
Enrique Armas-Vargas, Pablo Garcia-Medina, Juan Manuel Bethencourt-Perez, Angela Rita Martin-Caballero, Imelda Bencomo-Hernandez, Teresa Sanchez-Remacho, Leticia Padilla-Gonzalez and Isidro Perez-Martin

EVALUACION FORENSE EN SUPUESTO CASO DE ACOSO LABORAL 725
Marian Alayeto-Gastón, Naiara Sánchez-Lucas y Carmelo Pelegrín Valero

A PROPÓSITO DE UN CASO DE DUELO PERINATAL: TRATAMIENTO HASTA EL NACIMIENTO DE UN NUEVO HIJO 735
María de la Merced Novo, María Antonia Font y Laura Nuevo

CASO CLÍNICO: NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. INTERVENCIÓN DURANTE SEIS AÑOS 744
Mª Olga Escandell-Bermúdez y Mª Sol Fortea-Sevilla

DUELO, RESILIENCIA Y RAZONES PARA VIVIR 754
Rosa María Espinosa-Gil y Daniel Aniorte-Martínez

PRACTICE EFFECTS OF THE WRITTEN SYMBOL DIGIT MODALITIES TEST IN THE CONTEXT OF A BRIEF INTER-ASSESSMENT INTERVAL 763
Diana Rodrigues Pereira and João José Cerqueira

APOYO SOCIAL Y RIESGO DE SUICIDIO EN PERSONAS EN PROCESO DE DESAHUCIO 773
Isis González-Usera, José Luis Mata-Martín, Julia Bolivar-Muñoz, Mariola Bernal-Solano, Inmaculada Mateo-Rodríguez, Mª Carmen Fernández-Santaella, Jaime Vila-Castellar, Antonio Daponte-Codina y Humbelina Robles-Ortega

EL SENTIDO DE COHERENCIA COMO VARIABLE PROTECTORA DE LA AUTOESTIMA 783
Ana Isabel Burguillos-Peña

PRECARIEDAD Y FRAGILIDAD PSICOSOCIAL DE LAS MUJERES MAGREBÍES Y SUBSAHARIANAS: VALORES Y PERSONALIDAD 793
Nekane Otero, Cristina Martinez-Taboada, Ainara Arnoso, Edurne Elgorriaga, Maribel Gómez y Larraitz Izaguirre

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: PROCESSO DE BUSCA DE CUIDADO EM SAÚDE 804
Maura Castello-Bernauer e Edna M. S. Peters-Kahhale

LO LÚDICO COMO ESTRATEGIA DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD Y A LA HOSPITALIZACION DE PACIENTES ADULTOS 814
Rosely Aparecida Prandi Perrone y Mariângela da Fonte Nogueira Figueiredo

EFECTO DE LA TERAPIA MINDFULNESS Y TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN ATENCIÓN CONSCIENTE, APERTURA A LA EXPERIENCIA NEGATIVA Y METACONOCIMIENTO EMOCIONAL 823
Mª Ángeles García-León, Mª Isabel Peralta-Ramirez, Luis Carlos Delgado-Pastor, Manuel G. Jiménez-Torres y Humbelina Robles-Ortega

VARIABLES DEL PROCESO TERAPEUTICO RELACIONADAS CON LA EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL SEGÚN LOS PACIENTES Y SUS TERAPEUTAS

Susana Bas-Maestre

Centro de Psicología Bertrand Russell

Resumen

Antecedentes: La investigación del proceso terapéutico se dirige en este caso a aumentar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) a través del estudio de las variables que parecen relevantes tanto desde el punto de vista del paciente como del terapeuta. Dos serían los objetivos, conocer la opinión de los pacientes que acuden a esta terapia acerca de cuáles son las estrategias, técnicas o habilidades del terapeuta que consideran más eficaces. En segundo lugar, evaluar si existe acuerdo sobre estos mismos tópicos con la opinión del terapeuta. Así se estudian las variables que los pacientes identifican en el proceso terapéutico como las más útiles y el nivel de acuerdo entre paciente y terapeuta. **Método:** Se aplica un cuestionario a los pacientes y a los terapeutas al término de cada sesión de terapia. Se presentan datos de 51 pacientes tratados en un centro privado y con distintos trastornos. El cuestionario abarca cuestiones como la calidad de la relación terapéutica , aspectos sobre los contenidos técnicos de las sesiones o cuestiones como el aprendizaje de habilidades de afrontamiento. **Resultados:** Se destaca que las variables evaluadas son extremadamente importantes en el proceso terapéutico, que los pacientes valoran mucho las variables relacionadas con las habilidades del terapeuta y que hay mucha concordancia entre lo que consideran importante los pacientes y sus terapeutas. **Conclusiones:** Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de factores relacionados con las distintas habilidades del terapeuta, cualificación técnica del clínico, así como de los factores inespecíficos.

Palabras clave: Eficacia TCC, opiniones pacientes, investigación, habilidades del terapeuta.

EFICIENCY RELATED VARIABLES OF THE THERAPEUTIC PROCESS ACCORDING TO PATIENTS AND THEIR THERAPISTS

ABSTRACT

Preliminaries: The aim of the present research on the therapeutic process is to increase the efficiency of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) by studying which variables seem more relevant both from the patient´s and the therapist´s point of view. There are two general goals. The first is to identify which strategies, skills or therapeutic skills do cognitive behaviour therapy patients consider most efficient. The second is to evaluate whether there is an agreement on this same issue with the therapist's opinion. Hence, the variables identified as most useful by the patient are studied, and so is the level of patient-therapist agreement regarding them. **Method:** At the end of each session, a questionnaire is applied to both patients and therapists. The data of 51 sessions is presented. The patients are being treated in a private clinic and present different disorders. The questionnaire covers issues such as the quality of the therapeutic relationship, aspects on the technical content of the sessions and other issues such as the learning of coping skills. **Results:** Among the most relevant results we highlight the following: the extreme importance of the evaluated variables for the therapeutic process; the importance patients attribute to variables related to therapeutic skills and the coincidence of both patients and therapists as to which are the most relevant variables. **Conclusions:** The results highlight the importance of factors related to the different therapeutic skills to the technical qualification of the therapist, as well as of other non-specific factors.

Keywords: CBT Eficiency, patient's opinions, research, therapeutic skills.

Introducción

Este trabajo se enmarca dentro de los estudios del proceso terapéutico de la orientación cognitivo-conductual, en particular de la importancia diferencial de las variables relacionadas con las habilidades del terapeuta (HHTT) y otros contenidos de la terapia. Autores como Zarafinitis-Muller, Kuhr y Bechdolf (2014) en un meta-análisis señalan la importancia de la competencia del terapeuta; Olivares, Olivares-Olivares,

Rosa, Montesinos y Maciá (2014), en España, estudian la experiencia del terapeuta en un programa de Fobia Social para Adolescentes; Burns et al. (2015) examinan la alianza terapéutica.

Se estudian algunos de los elementos implicados en la eficacia demostrada de la terapia cognitivo-conductual (TCC), recogiendo las opiniones de los propios pacientes después de una sesión: qué aspectos ellos consideran que le son útiles para superar sus problemas y se recoge la opinión de sus terapeutas al respecto también después de esa sesión.

Teniendo en cuenta la amplia experiencia clínica de la autora (20 años) se evalúan los siguientes temas:

- Opinión de los pacientes acerca de los aspectos más relevantes para la eficacia de su terapia.
- Opiniones de sus terapeutas en el mismo sentido, valorando asimismo si estos son sensibles a las opiniones de los pacientes y en qué medida coincidentes con las mismas.
- Grado de Importancia diferencial de pacientes y terapeutas en las distintas variables: HH TT, Contenido de las sesiones y Método.

Método

Participantes

Primera Parte. Quince Pacientes escogidos al azar de un Centro de Psicología privado de Madrid.

Segunda Parte. Cincuenta y un pacientes tratados por siete terapeutas del mismo Centro. La edad media de los pacientes era de 38 años (16-51 años) (29 mujeres y 22 hombres). El número de sesiones que llevaban en el momento de rellenar el cuestionario varía desde la primera a la ochenta y ocho sesión. Los siete terapeutas tienen de uno a treinta y cinco años de experiencia.

Instrumentos

En la primera parte se utiliza una pregunta abierta por escrito pidiéndole al paciente que escriba las cinco cosas que considera que le han sido más útiles para superar sus problemas en la sesión que acaba de realizar.

En la segunda parte, con estas repuestas se diseña un Cuestionario de 21 preguntas, con versión para el paciente y otro, con las mismas preguntas, para sus terapeutas, para evaluar el grado de importancia (de 1 a 5) que ellos le otorgan y 0 si no ha estado presente.

Los 21 ítems se clasifican en las tres categorías:

- Habilidades del Terapeuta .
- Contenidos trabajados en la sesión.
- Método de trabajo.

Por último, se les pide que seleccionen de los 21 ítems, los tres más importantes para ellos. El cuestionario se incluye en el Apéndice A.

Procedimiento

Este cuestionario se aplica a 51 pacientes después de una sesión de terapia y también lo responde su terapeuta en ese momento y por separado.

Se plantean cinco hipótesis :

1ª Hipótesis. Que los pacientes y sus terapeutas sí coincidirían en los aspectos más importantes que se han trabajado en la sesión que acaban de realizar.

2ª Hipótesis. El ítem nº 2 “Me ha ayudado a ir cambiando la visión que tengo de mí mismo/a y de mis circunstancias, por una visión más positiva y realista”, será el aspecto más valorado como importante, por ambos grupos.

3 ª Hipótesis. Los pacientes le darán más importancia a las HHTT que sus propios terapeutas.

4 ª Hipótesis. La HHTT más valorada por los pacientes será la nº 1 “Me ha ayudado porque siempre trata de ponerse en mi lugar y ser comprensivo conmigo”.

Diseño

Se realiza un estudio descriptivo de los datos y se comparan las opiniones de los pacientes con las de los terapeutas para ver los grados de acuerdo o importancia que se atribuyen a los temas estudiados.

Resultados

1ª hipótesis. los resultados indican una correlación significativa muy alta entre lo que valoran como importante ambos grupos (ver Tabla 1).

Tabla 1. Correlación no paramétrica de las medias del grado de importancia de las distintas variables entre pacientes y terapeutas.

			Media Pacientes	Media Terapeutas
Rho de Spearman	Media_Pacientes	Coeficiente de correlación	1,000	0,999
		p(bilateral)	.	0,000
		N	21	21
	Media_Terapeutas	Coeficiente de correlación	0,999	1,000
		p(bilateral)	0,000	.
		N	21	21

2ª hipótesis. cuando se les pide que prioricen los tres elementos más útiles del listado de 21 ítems, efectivamente tanto los pacientes como los terapeutas eligen el ítem nº 2 como el más elegido.

3ª hipótesis. sí hay diferencias significativas entre la importancia que le dan los pacientes a las HHTT (4,1) y sus terapeutas (3,4), siendo en ambos grupos bastante importantes, pero los pacientes las valoran significativamente más (ver Tabla 2 y Figura 1).

Tabla 2. Diferencia de medias de la importancia de las habilidades del terapeuta entre pacientes y sus terapeutas (Hho-HHt).

	Diferencias relacionadas							
				95% Intervalo de confianza para la diferencia				
	Media	Desviación típica	Error típico de la media	Inferior	Superior	t	*gl*	*p* Bilateral
HHp-HHt	0,6826	1,06256	0,15667	0,3670	0,99815	4,357	45	0,000

Nota. HHp = importancia de las habilidades del terapeuta evaluado por los pacientes; HHt = importancia de las habilidades del terapeuta evaluado por los terapeutas; *gl* = grados de libertad.

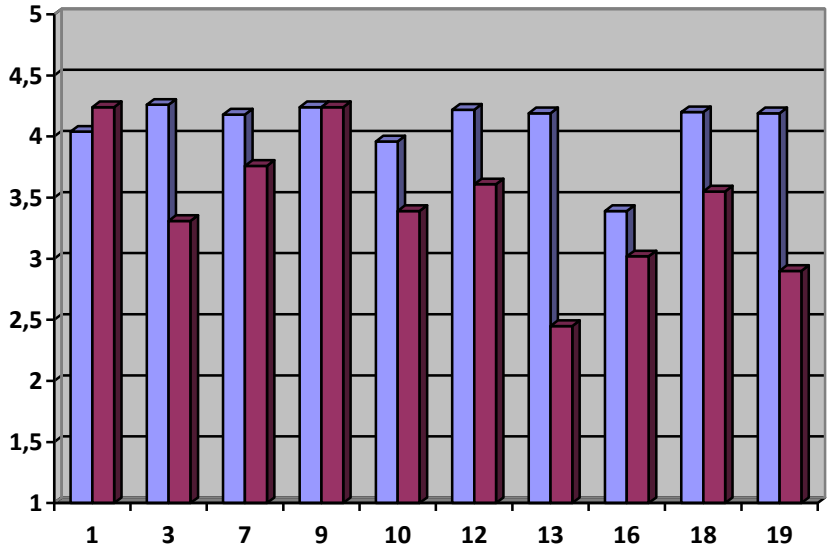


Figura 1. Grado de importancia (1-5) de las 10 habilidades del terapeuta según los pacientes (gris claro) y sus terapeutas (gris oscuro), los números del 1 al 19 corresponden al número de pregunta en el cuestionario.

4ª hipótesis. si bien los pacientes valoran todas las HHTT como muy importantes (4,26 a 3,39 sobre 5), de las 10 habilidades incluidas no hay diferencias significativas entre ellas en grado de importancia, a excepción de la nº 16. No se cumple la hipótesis de que la habilidad empática del terapeuta sea la más valorada por los pacientes (ver Figura 1)

Conclusiones

Si comparamos nuestras conclusiones con las de otros trabajos (por ejemplo, Burns et al., 2015) no difieren en la importancia que se da a las variables estudiadas**.**

Así mismo, podemos resaltar que los terapeutas y los pacientes si coincidían en las variables identificadas como más importantes. Esta coincidencia, ¿podría relacionarse con eficacia terapéutica?, ¿lo que el paciente cree que le ayuda, es lo que le ayuda realmente? Orientar nuestras intervenciones en función de lo que cree el paciente que le ayuda ¿aumentará nuestra eficacia terapéutica? Estas cuestiones y otras quedan pendientes para futuros trabajos.

Además, los pacientes y los terapeutas consideran de gran utilidad que la terapia ayude al paciente a cambiar la imagen que tiene de sí mismo y de sus circunstancias por otras más realistas y positivas. El grado de importancia de esto, ¿variará en función del diagnóstico?, otra recomendación a tener en cuenta.

Los pacientes valoran mucho las HHTT, más que sus propios terapeutas. Es decir, que los terapeutas tengan amplios conocimientos teóricos es imprescindible, pero las habilidades adecuadas para transmitirlos al paciente parece un elemento esencial en la eficacia de la terapia.

Los pacientes valoran muy positivamente las HHTT, no encontrando diferencias significativas entre ellas, menos en una. Parece que la empatía del terapeuta resaltada en varios trabajos como la más importante, no se diferencia de las otras habilidades, en esta muestra de pacientes.

La limitación principal de este trabajo es el número de pacientes, ya que con un número mayor podrían sacarse otras conclusiones interesantes como, las diferencias según el diagnóstico, tiempo en terapia, etc., la autora está reconsiderando este punto para futuros trabajos.

Referencias

Burns, J.W., Nielson, W.R., Jensen, M.P., Heapy, A., Czlapinski, R. y Kerms, R.D. (2015). Does change ocurr for the reasons we thinnk it does? A test of specific therapeutic operations during cognitive-behavioral treatment of chronic pain. *Clinical Journal of Pain, 31*, 603-611.

Olivares, J., Olivares-Olivares, J.P., Rosa, A.I., Montesinos, L. y Maciá, D. (2014). The contribution of the therapist's competence in the treatment of adolescents with generalized social phobia. *Psicothema, 26*, 483-489.

Zarafinitis-Muller, S., Kuhr, K. y Bechdolf, A. (2014). The relationship between therapist's competence and adherence to outcome in cognitive-behavioral therapy. Results of a metaanalysis. *Fortschrnerurol Psychiatry, 82*, 502-510.

Apéndice A.

CUESTIONARO DE EFICACIA TERAPÉUTICA EN TCC PARA PACIENTES

Susana Bas (2014)

SEXO: EDAD:

Teniendo en cuenta esta última sesión con su terapeuta, valore el grado de importancia/utilidad que usted le da a cada una de las siguientes cuestiones que le ayudan a superar sus dificultades. Marque la casilla "no presente" si ese elemento no ha ocurrido en esa última sesión.

	NO PRESENTE	NINGUNA IMPORTANCIA	ALGUNA IMPORTANCIA	MODERADA IMPORTANCIA	BASTANTE IMPORTANCIA	MUCHA IMPORTANCIA
1. Me ha ayudado porque siempre trata de ponerse en mí lugar y ser comprensivo conmigo.						
2. Me ha ayudado a ir cambiando la visión que tengo de mí mismo/a y de mis circunstancias, por una visión más positiva y realista						
3. Me ha ayudado porque ha escuchado mis problemas						
4. Me está enseñado estrategias prácticas para resolver mis problemas						
5. Me ha explicado y/o recordado que para mejorar en mis problemas tengo que tener una actitud activa						
6. Me ha ayudado porque me ha dado una explicación clara de porqué me encuentro mal basada en el aprendizaje						

Apéndice A. (Continuación).

Teniendo en cuenta esta última sesión con su terapeuta, valore el grado de importancia/utilidad que usted le da a cada una de las siguientes cuestiones que le ayudan a superar sus dificultades. Marque la casilla "no presente" si ese elemento no ha ocurrido en esa última sesión.

	NO PRESENTE	NINGUNA IMPORTANCIA	ALGUNA IMPORTANCIA	MODERADA IMPORTANCIA	BASTANTE IMPORTANCIA	MUCHA IMPORTANCIA
7. Me ha ayudado porque no me enjuicia, no me evalúa ni me compara con otros						
8. Me ha animado a buscar, o me ha propuesto, explicaciones alternativas a cómo yo veo los problemas.						
9. Me ha ayudado porque ha confiado en mi capacidad de cambio.						
10. Me ha ayudado porque me ha dado la enhorabuena por mis progresos.						
11. Me está ayudando ha aprender a diferenciar mis pensamientos negativos de la realidad.						
12. Me ha ayudado porque ha sido cálido/a, desdramatizador y cercano.						
13. Me ha ayudado porque veo que es un terapeuta con experiencia.						
14. Me ha ayudado a enfrentarme a mis miedos a través de técnicas de exposición.						
15. Me ha ayudado a comunicarme mejor y defender mejor mis opiniones ante los demás.						
16. Me ha ayudado porque es una persona auténtica y genuina.						
17. Me ha ayudado a identificar y modificar mis creencias irracionales.						

Apéndice A. (Continuación).

Teniendo en cuenta esta última sesión con su terapeuta, valore el grado de importancia/utilidad que usted le da a cada una de las siguientes cuestiones que le ayudan a superar sus dificultades. Marque la casilla "no presente" si ese elemento no ha ocurrido en esa última sesión.

	NO PRESENTE	NINGUNA IMPORTANCIA	ALGUNA IMPORTANCIA	MODERADA IMPORTANCIA	BASTANTE IMPORTANCIA	MUCHA IMPORTANCIA
18. Me ha ayudado porque ha dirigido la sesión hacía temas importantes para mí, utilizando un lenguaje claro……						
19. Me ha ayudado porque veo que es un terapeuta formado y competente…….						
20. Me está ayudando a buscar datos de la realidad para confirmar o no mis ideas……						
21. Me ha ayudado porque hemos planificado los próximos pasos y objetivos a trabajar…….						

22. Escriba aquellos elementos importantes que se hagan en terapia que crea que le ayudan a superar sus dificultades y que no están incluidos en este listado

Importante: Por favor, señale con un aspa aquellos tres elementos de este listado que considere más importantes para usted.

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PARA LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD. DESARROLLADO POR EL CENTRO DE PSICOLOGÍA BERTRAND RUSSELL DE MADRID

Sonia Bernardini y Fabián Cardell

Centro de Psicología Bertrand Russell

Resumen

Antecedentes: Las desigualdades y las diferencias entre los diferentes estratos de la sociedad son cada vez más amplias. Debido a la crisis y al envejecimiento paulatino de la población, nos encontramos con colectivos sociales que quedan especialmente expuestos y desprotegidos ante esta realidad. La Tercera Edad es un claro ejemplo de colectivo vulnerable y en riesgo de exclusión social que, en ocasiones, por falta de recursos, no tiene acceso a una asistencia psicológica de calidad. En el Centro de Psicología Bertrand Russell llevamos desde 1996 inmersos en un proyecto de carácter social, en el que aplicamos un programa de reestructuración cognitiva para personas mayores con sintomatología depresiva (Andrés y Bas, 1994). Hemos atendido a 500 pacientes del Centro de Mayores de Moratalaz (Madrid). A partir de los datos obtenidos en estos años, el objetivo es, evaluar la eficacia y la adecuación de la terapia cognitiva grupal en pacientes mayores, con sintomatología depresiva, y bajo nivel socioeconómico y cultural. **Método:** El programa consta de 33 sesiones grupales. Cada paciente es evaluado individualmente al principio y al final del tratamiento. Se incluye en este programa a todas las personas mayores que cumplan criterios para depresión mayor, den puntuaciones elevadas en sintomatología depresiva (Escala de Depresión Geriátrica, GDS > 11; Yesavage et al.,1983) y moderadas en desesperanza (Escala de Desesperanza, ED < 9; Beck, Weissman, Lester y Trexler,1974). Tras la aplicación del programa, comparamos las puntuaciones pre tratamiento con las post tratamiento para contrastar la eficacia y adecuación del programa. **Resultados:** Se presentan los datos de 66 participantes, obteniéndose diferencias significativas en GDS, ED y Estado de Ánimo (EA) pre y post tratamiento. **Conclusiones:** Los datos nos muestran que las

técnicas cognitivas aplicadas en este programa de reestructuración, son eficaces para esta población.

Palabras clave: Reestructuración cognitiva, tercera edad, depresión, desesperanza.

RESULTS OF A COGNITIVE RESTRUCTURING PROGRAMME FOR ELDERLY DEPPRESSED PATIENTS. DEVELOPED BY THE BERTRAND RUSSELL PSICOLOGY CENTER OF MADRID

Abstract

Background: Inequalities and differences between different social classes are increasing. Due to the crisis and to a gradually ageing population, there are now certain social groups which find themselves especially exposed and vulnerable. Citizens are one such example of a group with an increased risk of social exclusion, and a group, furthermore, which frequently has little access to quality psychological assistance. Since 1996, the Centro de Psicología Bertrand Russell has had an ongoing social project, in which a Cognitive Restructuring Group Programme, especially designed for elderly depressed patients is applied (Andrés y Bas, 1994). Over 500 hundred patients from the Day Centre for the Elderly in Moratalaz (Madrid) have since benefitted from it. Based on the data accumulated through these years, the present study, evaluates the efficiency and adequacy of this Cognitive Therapy Group Programme for elderly depressed patients of low social and economic status. **Method:** The programme consists of 33 group sessions. The patients are evaluated, and the pre and post therapy scores in two questionnaires (ED, Geriatric Depression Scale GDS (Yesavage et al., 1983) are obtained. All the elderly people who meet the criterion for Mayor Depression, and with high scores in Depression (GDS > 11) and moderate on hopelessness (ED < 9) are included in the programme. After the programme, we compare pre and post treatment scores to contrast its efficiency and adequacy. **Results:** There are significant differences in the pre and post scores for GDS, ED and SMS (subjective mood score). **Conclusions:** The data indicates that the cognitive techniques, as applied in this programme, are efficient and adequate for the elderly population

Keywords: Cognitive restructuring, elderly, depression, hopelessness.

Introducción

En una coyuntura de crisis y envejecimiento de la población, el trabajo con los mayores es cada vez más apremiante. Los casos de ancianos que se encuentran en condiciones de abandono o aislamiento en las residencias o en sus propios hogares, son cada vez más numerosos. Estos mayores, frecuentemente, presentan síntomas de depresión y ansiedad.

Las estadísticas señalan que un 80% de mayores deprimidos no son diagnosticados adecuadamente. El 86% de los mayores que se suicidan no han recibido nunca tratamiento psicológico o psiquiátrico según Cattell y Jolley (1995).

A muchos de los detectados correctamente, sus recursos económicos no les permiten acceder a asistencia psicológica privada, impidiendo a los mayores necesitados disfrutar de un servicio de asistencia psicológica de calidad.

A este panorama desolador, añadimos que en España, los ancianos realizan 1 de cada 3 suicidios consumados (Nieto, Vieta, Gastó, Vallejo y Cirera, 1992). Los datos del último estudio del Instituto Nacional de Estadística (INE), dicen que los mayores tienen una tasa de suicidio de hasta el doble de la media, y el riesgo de suicidio en hombres de tercera edad es hasta 4 veces más que en jóvenes (Instituto Nacional de Estadística [INE] 2014).

Por tanto, hablamos de un colectivo vulnerable y socialmente abandonado, con falta de recursos en gran parte de los casos, con la mayor tasa de suicidios consumados y que son frecuentemente infradiagnosticados e infratratados. La situación es alarmante.

Desde el Centro de Psicología Bertrand Russell, llevamos trabajando 18 años en un proyecto de carácter social y gratuito, en el que aplicamos un programa de reestructuración cognitiva para personas mayores (Andrés y Bas, 1994) con sintomatología depresiva, en el centro de mayores del barrio madrileño de Moratalaz. Realizamos una doble función: asistencial, prestando servicio a más de 500 pacientes hasta la fecha, y divulgativo, dando visibilidad a esta problemática y mejorando las terapias utilizadas hasta ahora.

El objetivo de esta investigación es evaluar la adecuación y eficacia de la terapia cognitiva grupal en pacientes de la tercera edad, con sintomatología depresiva y un nivel socioeconómico y cultural bajo.

Método

Participantes

Todos los participantes pertenecen a uno de los 3 centros de mayores de Moratalaz. En el proceso de selección de los participantes hemos tenido en cuenta varios criterios, mediante los cuales hemos formado dos grupos: aquellos susceptibles de recibir terapia grupal y aquellos que por sus características, requieren de terapia individual.

Criterios de inclusión para las terapias Grupales:

Edad a partir de los 60 años.

- Ancianos y ancianas que no presenten déficits cognitivos graves que impidan la comprensión de instrucciones básicas.
- Una puntuación en la Escala de depresión geriátrica, (GDS) (Yesavage et al., 1983) entre 11 y 20 puntos
- Una puntuación en el Escala de desesperanza, (ED) (Beck, Weissman, Lester y Trexler,1974) inferior a 9

Criterios de exclusión para las terapias Grupales:

- Una puntuación en GDS superior a 20 puntos
- Una puntuación en ED superior a 9.
- Elevada Agresividad o Trastornos de Personalidad.
- Personas con patología psicótica severa, que serán derivados a los servicios de Salud Mental de zona, previo tratamiento individualizado.

Procedimiento

El programa de reestructuración cognitiva para mayores con depresión (Andrés y Bas, 1994) consta de 1 sesión individual para realizar la evaluación y triaje de los pacientes y 33 sesiones grupales de 3-4 personas. Los objetivos de esta sesión son realizar una completa historia clínica, análisis funcional de las conductas problema,

evaluación de los criterios de inclusión y exclusión, y aplicación de los cuestionarios que detallamos a continuación.

Materiales

Los instrumentos utilizados en esta primera sesión, son:

- Entrevista para mayores (Andrés y Bas, 1998). Recogemos información de sus antecedentes familiares, historia clínica y las relaciones funcionales de sus problemas.
- Escala de desesperanza (ED; Beck, et al.1974) Evalúa desesperanza y riesgo de suicidio. Tiene 20 ítems de verdadero o falso. Una fiabilidad aceptable con coeficiente alfa de Cronbach de 0,82 a 0,84. Su validez de constructo, tiene correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida (r= 0,37-0,70), así como la desesperanza y los síntomas de depresión (r= 0,35-0,54).
- Valoración subjetiva del estado de ánimo de 0 a 10. Se le pide al paciente que valore su estado de ánimo de la última semana en una escala de 0 a 10.
- Escala de depresión geriátrica (GDS; Yesavage, et al. 1983) para medir la sintomatología depresiva. Se compone de 30 preguntas con respuesta dicotómica (Si/No). Los valores de fiabilidad de esta escala son muy altos, llegando a valores de 0,94 (consistencia interna), 0,94 (método de las dos mitades) y 0,85 (fiabilidad test-retest). Muestra alta correlación entre la GDS y el inventario de Depresión de Beck (0,78- 0,74).
- Inventario de ansiedad estado- rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) para medir síntomas subjetivos de ansiedad estado y rasgo. Consta de 20 ítems para la subescala rasgo y 20 ítems para subescala estado. La consistencia interna del instrumento es de 0,90-0,93 (Rasgo) y 0,84-0,87 (Estado). La fiabilidad test –retest de la subescala rasgo oscila entre 0,73-0,86.
- Inventario de Asertividad para Mayores (IAM; Andrés y Cobo, 2000) para evaluar las habilidades asertivas. Lo componen 34 ítems con situaciones socialmente complicadas. Responden si la situación que se plantea la realizan normalmente y grado de malestar. De este modo podemos detectar qué comportamientos son más problemáticos.

Tanto la Entrevista para Mayores como el IAM, han sido elaborados específicamente para este proyecto por la Dra. Verania Andrés.

El programa está repartido en 17 áreas a las que se le dedican distinto número de sesiones estos son:

1. Presentación del programa (1 sesión)
2. Explicación de los principios de reestructuración cognitiva (1 sesión)
3. Entrenamiento en relajación (1 sesión)
4. Planificación detallada individual de actividades gratificantes (1 sesión)
5. Presentación y discusión de ideas irracionales (4 sesiones)
6. Entrenamiento en asertividad
7. Aplicación de las respuestas racionales junto con los comportamientos asertivos (3 sesiones)
8. Presentación y discusión de las distorsiones cognitivas (3 sesiones)
9. Aplicación de las respuestas racionales no distorsionadas junto con los comportamientos asertivos (3 sesiones)
10. Presentación del contraste empírico (1 sesión)
11. Identificación de pensamientos con apoyo empírico ante situaciones problema (3 sesiones)
12. Respuestas con apoyo empírico junto con comportamientos asertivos (1 sesión)
13. Presentación de creencias adaptativas (3 sesiones)
14. Respuestas racionales adaptativas junto con comportamientos asertivos (2 sesiones)
15. Prevención de recaídas (1 sesión)
16. Valoración de resultados
17. Seguimiento en la Tercera Edad

Hemos comprobado que el programa funciona aún mejor cuando el terapeuta posee ciertas habilidades específicas. El terapeuta ha de ser empático, reforzante y transmitir apoyo incondicional en todo momento. Esta población se beneficia, de mayor contacto físico durante las sesiones que otros colectivos. Además, es conveniente adecuar los tiempos y el lenguaje a esta población.

Como por ejemplo, las adaptaciones que hemos realizado de las Ideas Irracionales y Distorsiones Cognitivas para la tercera edad (véase Tabla 1).

Tabla 1. Ideas irracionales adaptadas a la tercera edad

Idea irracional nº 1	Idea irracional nº 2
"Tienen que quererme mis hijos, mis nietos, toda mi familia y la gente que yo conozco, si no me quieren yo no puedo ser feliz."	"Todo hay que hacerlo muy bien. Siempre que hagas algo debes hacerlo de forma perfecta y si no lo consigues, no puedes ser feliz"

Diseño

Después del programa, realizamos una evaluación similar a la primera sesión, aplicando los mismos cuestionarios. Las variables dependientes que hemos utilizado las medimos mediante:

- Escala de desesperanza, ED (Beck et al., 1974)
- Escala de depresión geriátrica, GDS (Yesavage et al., 1982)
- Escala de ansiedad rasgo y estado, STAI (Spielberger et al., 1983)
- Inventario de asertividad para mayores, IAM (Andrés y Cobo, 2000)
- Valoración subjetiva del estado de ánimo semanal durante toda la terapia
- Grado de credibilidad en una escala subjetiva en las ideas irracionales, al principio, a mitad y final del tratamiento.

Comparamos los resultados de estas medidas antes y después del tratamiento. Si existen diferencias significativas entre los datos pre tratamiento y post tratamiento podemos afirmar que este programa de reestructuración, es eficaz y adecuado para este tipo de población.

Resultados

Se lleva a cabo el análisis de medidas utilizando el paquete estadístico SPSS. Se han tomado 3 variables:

VD1: Valoración subjetiva del estado de ánimo antes (EApre) y después del tratamiento (EApost)

VD2: Puntuación en la ED (Beck et al., 1974) antes (EDpre) y después de la aplicación del programa de reestructuración cognitiva (EDpost).

VD3: Puntuación en la GDS (Yesavage et al., 1983) antes (GDSpre) y después de la aplicación del programa de reestructuración cognitiva (GDSpost)

Queremos resaltar lo complicado de obtener estos datos con esta población. Hemos encontrado dificultades para que los participantes pudieran trasladar su estado anímico a una escala numérica. Aun así, observamos en la Figura 1 las medias de las valoraciones de 25 pacientes en las 4 primeras sesiones del tratamiento, comparado con la media de las valoraciones de las 4 últimas sesiones, antes de finalizar el tratamiento. Podemos observar una diferencia importante entre ambas puntuaciones.

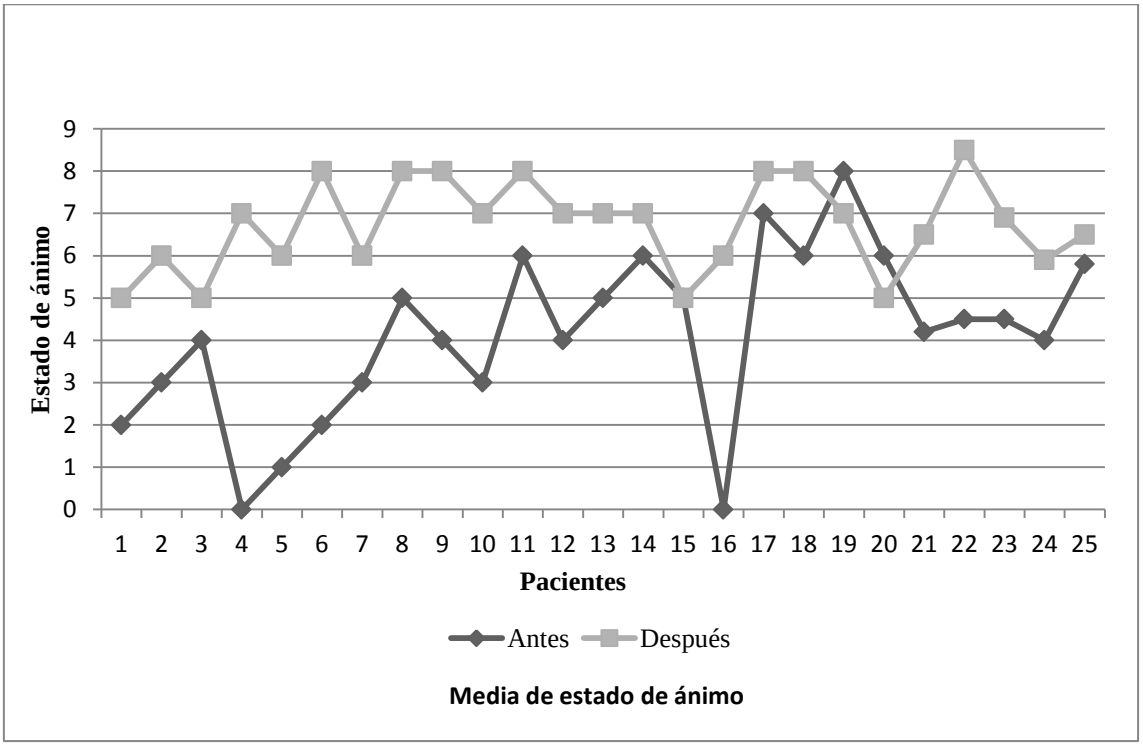


Figura 1. Puntuaciones subjetivas medias del Estado de Ánimo (EA) de 25 pacientes antes (EA pre) y después del tratamiento (EA post).

La segunda variable mide la desesperanza, directamente relacionada con el riesgo de suicidio. Los datos de la Tabla 2 muestran que existen diferencias significativas entre las medias de la EDpre y las medias de la EDpost para 53 pacientes. Siendo menor las puntuaciones en EDpost (μ= 6,1509, σ=4,07807) que en EDpre (μ= 9,5428, σ=5,0709). Podemos apreciarlo en la Figura 2.

Tabla 2. Contraste de medias para la Escala de desesperanza antes del tratamiento (EDpre) y después del tratamiento (ED post).

	Diferencias relacionadas					*t*	*gl*
	Media	Desviación típica	Error típ. de la media	95% intervalo de confianza para la diferencia			
				Inferior	Superior		
EDpre-EDpost	3,30189	4,95590	0,68075	1,93587	4,66790	4,850	52

Nota. *gl* = grados de libertad.

*p< 0,000

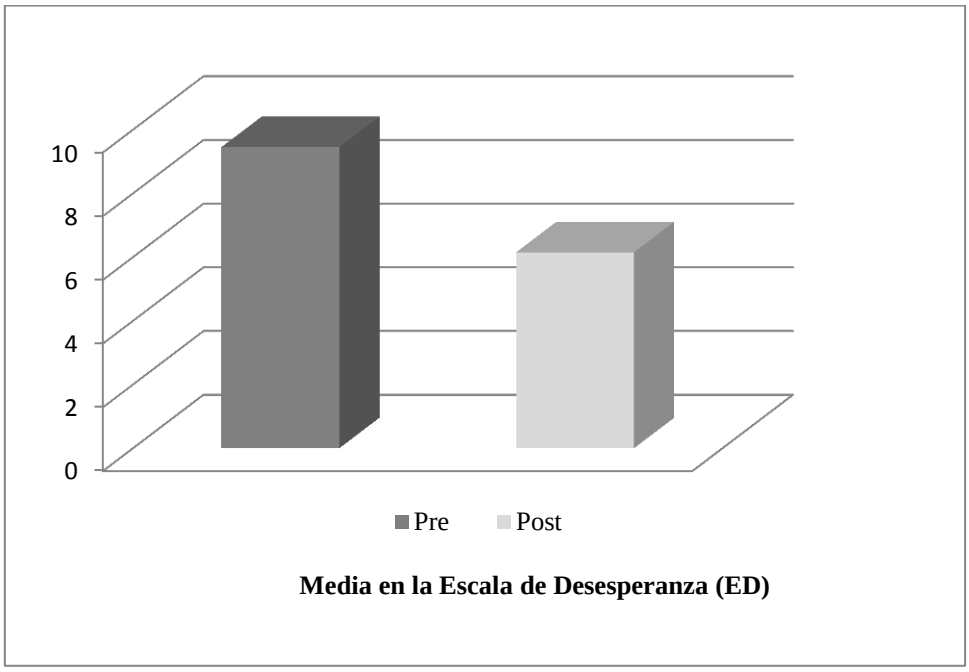


Figura 2. Puntuaciones medias en la Escala de Desesperanza (ED) antes (ED Pre) y después del tratamiento (ED Post).

Por último, los datos de la Tabla 3 muestran diferencias significativas entre la GDSpre y GDSpost para un grupo de 66 pacientes. Siendo menor las puntuaciones medias de la GDSpost (μ= 9,6818, σ=5,67358) que de la GDSpre (μ=15,6970, σ=4,58751) como vemos en la Figura 3.

Tabla 3. Contraste de medias para las puntuaciones en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) antes del tratamiento (GDSpre) y después del tratamiento (GDSpost).

	Diferencias relacionadas					*t*	*gl*
	Media	Desviación típica	Error típ. de la media	95% intervalo de confianza para la diferencia			
				Inferior	Superior		
GDSpre-GDSpost	6,01515	5,93683	0,73077	4,55570	7,47461	8,231	65

Nota. gl = grados de libertad.

*p< 0,000

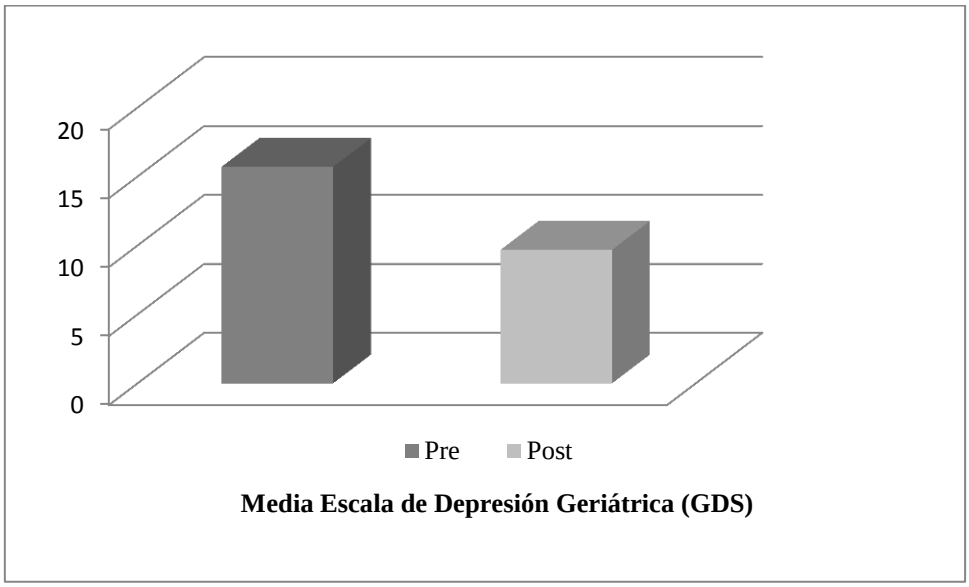


Figura 3. Medias de las puntuaciones en la Escala de Depresión Geriátrica antes (GDS pre) y después del tratamiento (GDSpost).

Conclusiones y discusión

Diversos estudios han demostrado que la terapia cognitivo- conductual ha obtenido efectos significativos en las tasas de remisión y de reducción de síntomas en la depresión en la tercera edad (Arean et al., 1993), incluso por encima de otras modalidades de terapias (Arean, 2000).

Los resultados de nuestra investigación muestran que existen diferencias significativas en las tres variables dependientes evaluadas (EA, ED y GDS) tras la

aplicación del programa. Disminuye la desesperanza y con ella el riesgo de suicidio, reduce significativamente la sintomatología depresiva y aumenta el estado de ánimo de los participantes.

Concluimos según los datos analizados, el juicio de varios clínicos expertos y la opinión de los pacientes, que la aplicación de este programa produce cambios significativos en el estado de ánimo de personas mayores con depresión.

Las limitaciones principales de la investigación son que no se han contrastado la validez y eficacia del programa. Para ello sería necesario trabajar con un grupo de control (lista de espera). Este proyecto ya está en marcha.

Para futuras investigaciones, creemos fundamental la adaptación de todos los materiales a la población a la que va dirigida el programa que se estudie, así como, el vocabulario y su contenido.

Agradecimientos

A Verania Andrés Navia y a Francisco Bas Ramallo, directores del centro de psicología Bertrand Russell de Madrid, por su apoyo, su compromiso, implicación y dedicación en multitud de asuntos sociales y de divulgación científica. Son una constante referencia personal y profesional.

Referencias

Andrés, V. y Bas, F. (1994). *Terapia Cognitivo-Conductual de la Depresión*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Andrés, V. y Bas, F. (1998). *Entrevista para mayores.* Madrid: Apuntes de Máster del Centro de Psicología Bertrand Russell

Andrés, V. y Cobo, D. (2000). *Inventario de Asertividad para Mayores*. Madrid: IAM.

Arean, P.A. (2000) Psychosocials treatments for depression in the elderly. *Prymary Psychiatry*, *11*(5), 48-53.

Arean, P.A., Perri, M.G., Nezu, A.M., Schein, R.L., Chrisptopher, F. y Joseph, T. (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatment for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 1003 – 1010

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. J. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scales. *Journal of consulting and clinical psychology, 42*(6), 861-865.

Cattell, H., y Jolley, D. J. (1995). One hundred cases of suicide in elderly people. *British Journal of Psychiatry, 166*, 451-457.

Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Estadística de defunciones por causa de muerte*. España: Autor.

Nieto E., Vieta E., Gastó C., Vallejo J. y Cirera E. (1992). Suicide attempts of high medical seriousness in schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*, *33*, 384-387.

Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., y Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*, 37-49.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN OBESIDAD INFANTIL

María Victoria Alonso-Martín, Cristina Banzo-Arguis, Miriam P. Félix-Alcántara y Francisco Javier Quintero-Gutiérrez del Álamo

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

Resumen

Antecedentes: En los últimos 30 años la obesidad infantil se ha duplicado, cuadriplicándose en la adolescencia. La obesidad infantil se asocia con importantes factores de riesgo para la salud, ya que aumenta la probabilidad de aparición del llamado síndrome metabólico que puede conducir a padecer diabetes, hipertensión, aumento del colesterol en sangre, y problemas en los huesos aumentando el riesgo de mortalidad en la adultez. Además hay importante repercusión emocional puesto que son niños que tienden a recibir mayor rechazo por parte de los iguales. **Método:** La terapia de aceptación y compromiso ha demostrado su eficacia en el tratamiento de otros problemas crónicos de salud como la epilepsia, dolor crónico y también con la obesidad en adultos. En este capítulo se realiza una propuesta de intervención con los padres de niños obesos desde esta perspectiva psicoterapéutica. Se expone que en muchos casos a pesar de que los padres sienten que no están fomentando las pautas de alimentación y estilo de ocio adecuados, sus propias barreras en forma de malestar, cansancio, pereza, hacen que elijan dar alimentos inadecuados frente a otros más saludables y no fomenten un ocio activo. Se propone el trabajo con estas barreras para promover mayor flexibilidad psicológica y poder elegir así los comportamientos valiosos. **Resultados:** La experiencia indica que el trabajo con los padres de niños obesos en este encuadre teórico da lugar a cambios en el manejo de sus eventos privados que repercute en el patrón de alimentación del niño y la promoción de hábitos saludables. **Conclusiones:** El trabajo con padres de niños obesos se presenta como la mejor estrategia de intervención si entendemos que es en el contexto familiar en el que se realizan los primeros aprendizajes en la relación con la comida y el ocio.

Palabras clave: Tratamiento, padres, obesidad, infantil, terapia aceptación y compromiso.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN CHILDHOOD OBESITY

Abstract

Antecedents: In the past 30 years childhood obesity has doubled in children and quadrupled in adolescents. Obesity is associated with significant health risks, increasing the risk of developing metabolic syndrome which leads to diabetes, hypertension, increased cholesterol and bones problems, all of them elevates risk of premature mortality in adulthood. It also involves emotional impact as obese children received greater rejection by their peers. **Methods**: Acceptance and commitment therapy (ACT) has shown to be relevant in the treatment of other chronic health problems as epilepsy, chronic pain and adulthood obesity also. In this chapter we propose an intervention with obese children´s parents from this therapeutic perspective. In many case even though parents feel that are not supporting the right eating and entertainment habits, parents' own psychological barriers like tiredness, laziness, lack of time lead them to give to their children an unhealthy diet and not to promote an active way of living. A way of working with these barriers is proposed for promoting more psychological flexibility and thus be able to choose more valuable behaviors. **Results:** Our experience indicates that intervention with parents of obese children leads to changes in the way they handled with their private events and that is followed by changes in the way they feed their offspring and promote healthy habits. **Conclusions:** It is suggested that working with parents when dealing with childhood obesity is the best intervention strategy. It is understood that is in the family context where children first learn their relationship with food and spare time.

Keywords: Treatment, parents, Obesity, childhood, acceptance and commitment therapy.

Introducción

En los últimos 30 años las cifras de obesidad infantil se han duplicado, cuadriplicándose en la adolescencia. El porcentaje de niños entre los 6 y los 11 años con obesidad en Estados Unidos ha aumentado del 7% en 1980 a casi el 16,9 en 2010, por lo

que en el año 2010 más de un tercio de la población infantil tenía sobrepeso u obesidad (Ogden, Carroll, Kit y Flegal, 2012).

En España las cifras no son más alentadoras, encontrando los últimos estudios de prevalencia cifras de obesidad del 12,6% en población con edades comprendidas entre los 8 y los 17 años. Las cifras de sobrepeso son más alarmantes encontrando que en niños con edades entre 8 y 13 años el 45% lo presentan (Sánchez, Jiménez, Fernández y Sánchez, 2013).

El sobrepeso y obesidad en la infancia tienen un importante impacto en la salud.

En la actualidad es mecanismo por el que se desarrolla la obesidad no ha sido comprendido en su complejidad y se considera un desorden multicausado.

Factores ambientales, preferencias en cuanto al estilo de vida y el entorno cultural juegan papeles importantes en el aumento de la obesidad en las últimas décadas.

Así los adultos y cuidadores no solo sirven como modelos, sino que ejercen gran influencia en los hábitos de alimentación y actividad. Esta potente influencia se debe a que los padres habitualmente controlan la exposición del niño a los tipos de comida y gestiona la selección de ésta, y establecen el contexto emocional y físico en el que la obesidad es entendida como una condición nociva para la salud y por tanto desalentada.

Estudios como el de Gordon-Larsen et al. (2004), han encontrado que los padres daban prioridad a que sus hijos estuvieran viendo la televisión en vez de pasar tiempo jugando al aire libre, de esta forma ellos pueden terminar sus tareas mientras sus hijos están a salvo.

Los padres promueven el ambiente para las primeras experiencias de los hijos con la comida. Este contexto está compuesto de los propios patrones de alimentación y las prácticas de alimentación a los hijos. Los resultados de las investigaciones sobre los mediadores comportamentales en los patrones familiares de sobrepeso indican que el estilo de alimentación de los padres y su práctica como proveedores de alimentación influyen en los comportamientos de alimentación de los hijos, mediando la transferencia generacional de sobrepeso (Birch y Davison, 2001).

En términos generales se asume que sobrepeso y obesidad son el resultado de un balance positivo a favor de la ingesta calórica frente al gasto. Hay datos que apoyan la evidencia de que el exceso de ingesta de azucares a través de bebidas gaseosas, el aumento del tamaño de las raciones y la tendencia a la disminución de la actividad física

están jugando un papel importante en el aumento de las tasas de obesidad. Como consecuencia, tanto el aumento de la ingesta calórica como la disminución del gasto por un estilo de vida más sedentario están implicado en la obesidad infantil (Dehghan, Akhtar-Danesh y Merchant, 2005).

Casi todos los investigadores coinciden en que la estrategia clave para controlar la epidemia de obesidad debe ser la prevención. Hasta ahora la mayoría de las intervenciones se centraban en cambiar los hábitos de las personas a través de dieta y ejercicio. Pero parece que estas estrategias están teniendo un impacto bastante pequeño. Aunque el 50% de los adultos padecen sobrepeso u obesidad en muchos países, es difícil reducir el sobrepeso cuando ya se ha establecido. Por ello los niños deberían ser el objetivo de tratamiento prioritario.

Asimismo, desde hace tiempo se tiene en consideración que el tratamiento más adecuado para la obesidad debe ser un tratamiento multidisciplinar, que englobe asesoramiento nutricional, seguimiento médico e intervención psicoterapéutica, al entenderse la alimentación como un comportamiento aprendido, en el que la familia como contexto primario está modulando una relación con la comida y con la actividad física que de mantenerse llevará a un adulto obeso. A lo largo de múltiples oportunidades de aprendizaje, en cada comida y desde que nacemos, el niño irá desarrollando sus preferencias gustativas, y además, puede ir aprendiendo lo que se ha denominado “comer emocional”, término que se refiere al uso de la comida, sobretodo de determinados alimentos, como medio de afrontamiento de la sensación de ansiedad o malestar.

Así por ejemplo cuando el niño esté disgustado los padres pueden ofrecerle su plato favorito (“para que se ponga contento”), o ante una cena que no le guste el niño comenzará una rabieta, si en ese momento se le cambia el alimento por uno que él elija, en la búsqueda de los padres de apaciguar la rabieta, el alimento preferido queda asociado a la sensación de bienestar.

Pero un niño obeso no sólo es aquel que ingiere una elevada cantidad de calorías, sino aquel que debido a un estilo de vida sedentario no las consume.

Los cambios socioculturales están provocando que cada vez se haga más necesaria la potenciación por parte de los padres y medio escolar de las actividades físicas. Las familias tienen menos hijos, lo cual reduce las posibilidades de juegos

activos entre hermanos, con cada vez mayor presencia de familias con un solo hijo. Por otro lado, cada vez hay más concentración de población en los núcleos urbanos, donde es necesaria la presencia de los padres cuando los niños juegan en la calle a juegos físicamente más activos.

Los horarios laborales, sobretodo en países mediterráneos y la incorporación masiva de la mujer al mundo laboral hacen que cada vez se pase menos tiempo en el parque y más tiempo en la casa, donde los niños, buscan su diversión delante de la televisión, el ordenador o la consola.

Fomentar un ocio activo, con actividades deportivas o juego al aire libre, exige un tiempo que en muchos casos a los padres les es complicado priorizar.

Método

La terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) -*Acceptance and Commitment Therapy*, en adelante ACT- forma parte de las llamadas terapias de tercera generación. Éstas representan un salto cualitativo frente a la segunda generación (terapia cognitivo conductual) porque las técnicas que engloba están orientadas, no a la evitación/reducción de síntomas, sino a que la persona actúe con la responsabilidad de la elección personal y la aceptación de los eventos privados aversivos que conlleve ese proceder.

La teoría de los marcos relacionales ayuda a comprender por qué el sufrimiento humano forma parte inherente e inevitable de la vida a través de la derivación de funciones (Törneke, Hayes y Barnes-Holmes, 2010), que desde el momento en que nos desarrollamos como seres verbales nos acompañará en cada paso que demos. Esta habilidad, que nos ha permitido evolucionar como especie, implica dos caras: por un lado, el poder disfrutar al recordar hechos pasados, y por otro lado, el también ineludible hecho de sentirnos mal al recordarlos.

Cuando nos planteamos la aplicación de ACT con padres de niños obesos, debemos comenzar realizando un análisis funcional (AF) de las situaciones que están llevando a los padres a por un lado dar una alimentación inadecuada a sus hijos y por otro favorecer un ocio sedentario.

Cada padre y cada familia tendrá sus propias circunstancias y dificultades, y el tratamiento debe ir orientado al funcionamiento idiosincrásico de cada una.

A través del AF, el terapeuta busca con el paciente qué barreras, eventos privados (emociones y pensamientos) aparecen y alejan al padre del comportamiento que él desearía llevar a cabo en relación a la alimentación y ocio de su hijo.

Existen múltiples formas de realizar un AF en consulta, la finalidad del mismo es que el paciente identifique el patrón de comportamiento y caiga (experiencia) la desesperanza de cómo está funcionando y que ocurre a largo plazo con todo aquello que desea evitar.

En la Tabla 1, se ha incluido un ejemplo de análisis funcional de los padres de un niño que acude a consulta.

Tabla 1. Ejemplo de análisis funcional.

Situación	Eventos privados	Acción	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
Hora de cenar con mi hijo, pongo una cena que no les gusta y comienza a protestar	"Estoy agotada" "Tampoco pasa nada por una noche" Ansiedad Enfado "En el colegio ha comido bien"	Le cambio el plato por unas salchichas	Disminución de los eventos privados aversivos	"Soy una mala madre" "Ya lo ha vuelto a conseguir" Enfado
Viernes por la noche, estoy cansada de la semana y no he preparado la cena	"Pedimos unas pizzas y así todos contentos" "Por una noche no pasa nada" "Es viernes y me he ganado descansar" Cansancio Pereza	Pedimos pizza	Disminución de los eventos privados aversivos	El pediatra me llama la atención sobre el peso de mi hijo y me siento culpable

Realizado el análisis del problema, la primera fase es generar las condiciones para producir la experiencia de la Desesperanza Creativa (experiencia que se repetirá en numerosos momentos a lo largo de la terapia). Lo que buscamos es que los padres conecten con cómo desearían hacer las cosas con sus hijos y qué hacen en cambio en cada momento en que se da la oportunidad de comportarse. Se hacen patentes los resultados a corto plazo, en el que se da una disminución de los eventos privados

aversivos (de la ansiedad, de la pereza, del cansancio) pero también los resultados a largo plazo, donde aparece con más fuerza el malestar, ante el sufrimiento de su hijo, ante su sensación como padres o cuando se les indica el daño que están haciendo a la salud de su hijo y aparece la culpa. Todos estos movimientos terapéuticos persiguen que os padres sientan lo ineficaz de sus estrategias así como que aparezca la motivación necesaria para estar dispuesto a contactar con estos eventos aversivos que en otras ocasiones han evitado.

A continuación, se realiza un trabajo dirigido a apreciar que es la búsqueda del control sobre los eventos privados lo que genera el problema (los comportamientos que hacemos para no sentir la pereza, la ansiedad o el cansancio), y no los eventos privados en sí, y que la alternativa única es la aceptación de éstos.

Uno de los componentes específicos de ACT es el trabajo en clarificación de valores. En este caso cobra todavía más importancia, puesto que sin ese contacto con el valor como padre, "qué deseo hacer con mi hijo, cómo deseo cuidarle, qué vida quiero enseñarle a llevar", los padres pueden no identificar el problema, o bien situarlo como algo temporal, restarle importancia, poner el problema en otro lugar (es vago, es un glotón…). Para la clarificación de las direcciones de valor se puede hacer uso de metáforas y ejercicios (p.e. el epitafio o el jardín, registro de valores) (Dahl, Plumb-Vilardaga, Stewart y Lundgren, 2009).

Finalmente, la aceptación y, con ella, la acción comprometida, no es posible sin un cierto nivel de distanciamiento de los eventos privados. Éste se consigue a través ella práctica de observación de los mismos, la desliteralización, ejercicios de fisicalización y otros ejercicios experienciales que conducen al buscado cambio de funciones de tales eventos (pasan de estar enmarcados en oposición a las acciones valiosa a estar en un marco de coordinación) que es la que permite que los padres permanezcan.

En sucesivas sesiones se van planteando objetivos como tareas semanales, en las que los padres irán detectando las barreras que van apareciendo, trabajándose en cada sesión. Es habitual tener que recurrir a realizar desesperanza creativa en varias ocasiones, así como el trabajo en defusion con los eventos privados que aparecen. El trabajo se realiza con los eventos privados que están presentes en el aquí y el ahora, siendo por tanto necesario evocarlos en la consulta, ya que es necesario experienciar la toma de perspectiva, y no entenderla o intelectualizarla.

Resultados

La ACT ha demostrado su eficacia en el tratamiento de problemas de salud como epilepsia, asma, dolor crónico y problemas de alimentación, incluyendo la obesidad (Hooper, Sandoz, Ashton, Clarke y McHugh, 2012; Lillis, Hayes, Bunting y Masuda, 2009).

En el tratamiento de obesidad infantil se ha propuesto centrar el tratamiento en las ddificultades que los padres, como contexto principal de aprendizaje, tienen a la hora de dar una alimentación equilibrada y apoyar un ocio activo en sus hijos.

Conclusiones

En nuestra práctica diaria hemos encontrado que este enfoque terapéutico junto con el asesoramiento nutricional y el seguimiento del pediatra, lleva a los padres a tomar conciencia de cómo la evitación y búsqueda de control sobre sus eventos privados les están alejando de las acciones para ellos valiosas como padres, y les provee de herramientas (trabajo en valores y en defusion) para poder llevarlas a cabo.

Referencias

Birch, L. y Davison, K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America, 48*(4), 893–907.

Dahl, J., Plumb-Vilardaga, J., Stewart, I. y Lundgren, T. (2009). *The Art and Science of Valuing in Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. y Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal, 4*, 24.

Forman, E., Hoffman, K., MGrath, K., Herbert, J., Brandsma, L. y Lowen, M. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2372–2386.

Gordon-Larsen, P., Griffiths, P., Bentley, M., Ward, D., Kelsey, K., Shields, K. y Ammerman, A. (2004). Barriers to physical activity: qualitative data on

caregiver-daughter perceptions and practices. *American Journal of Preventive Medicine*, *27*(3), 218–23.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy.* Nueva York: The Guilford Press.

Hooper, N., Sandoz, E. K., Ashton, J., Clarke, A. y McHugh, L. (2012). Comparing thought suppression and acceptance as coping techniques for food cravings. *Eating Behaviors*, *13*(1), 62–64.

Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., y Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, *37*(1), 58-69.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K. y Flegal, K. M. (2012). Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. JAMA : *The Journal of the American Medical Association*, *307*(5), 483–90.

Sánchez, J., Jiménez, J., Fernández, F. y Sánchez, M. (2013). Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Revista Española de Cardiología*, *66*, 371–376.

Törneke, N., Hayes, S. y Barnes-Holmes, D. (2010). *Learning RFT: An Introduction to Relational Frame Theory and Its Clinical Application*. New Harbinger Publications.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS

Itxasne Tomé Santaolalla

Clínica Doctor Quintero

Resumen

Introducción: La obesidad está calificada por laOrganización Mundial de la Salud (OMS) como la epidemia del S.XXI y constituye un problema de salud pública. Es considerada como una enfermedad multifactorial que requiere un abordaje interdisciplinar. El tratamiento integral de la obesidad exige implementar medidas que conduzcan a un cambio en el estilo de vida. Para esto es importante incluir en el tratamiento intervenciones psicológicas orientadas a alcanzar hábitos de vida saludables y conseguir motivación y continuidad en el tratamiento. **Método:** Para realizar este trabajo se han revisado distintos manuales básicos de referencia a nivel nacional e internacional sobre intervención psicológica general y específica de trastornos alimentarios y obesidad, todos ellos abordan el problema de la obesidad desde una perspectiva cognitivo-conductual. Además, se ha aportado las reflexiones de la experiencia clínica de la autora en la práctica privada. **Resultados:** El primer paso dentro del proceso será marcar los objetivos del tratamiento; es decir, establecer unos acuerdos explícitos que especifiquen qué conductas deben ser cambiadas. Las técnicas psicológicas que son utilizadas durante el tratamiento incluyen: control estimular, entrenamiento en técnicas de autocontrol, reestructuración cognitiva,entrenamiento en la asertividad y habilidades sociales. **Conclusiones:** La intervención psicológica y en concreto, la terapia cognitivo-conductual, se hace imprescindible en el tratamiento de la obesidad ya que ayuda a atenuar la ansiedad, el ánimo bajo y la culpabilidad que la persona con sobrepeso presenta. El objetivo del tratamiento consiste en que el paciente adquiera nuevos hábitos que le permitan obtener una mayor calidad de vida y a su vez, promuevan un peso saludable. Para el mantenimiento de los logros obtenidos, es fundamental hacer especial hincapié a la prevención de recaídas.

Palabras clave: Obesidad, hábitos saludables, estilo de vida, autocontrol.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FOR OBESITY THERAPY IN ADULTS

Summary

Antecedents: Obesity is classified by the World Health Organization (WHO) as a 21st century epidemic and public health problem. It is considered a multifactorial disease that requires an interdisciplinary approach. Comprehensive treatment of obesity requires implementing measures that lead to a change in lifestyle. For this reason it is important for treatments to include psychological interventions aimed at achieving healthy lifestyles and sustaining motivation and continuity throughout the treatment. **Methods:** In order to perform this work, various basic reference guides in use nationally and internationally regarding psychological intervention in general and as specifically refers to eating disorders and obesity were reviewed; all of them address the problem of obesity with a cognitive-behavioral approach.Moreover, the author has contributed her own reflections from her clinical experience in private. **Results:** The first step of the process is to define the objectives of the treatment, i.e. to establish explicit agreements that specify the behaviors to be altered. The psychological techniques available throughout the treatment include:establishing goals, controlling of stimuli, training in self-control, cognitive restructuringand training in assertiveness and social skills. **Conclusions:** Psychological intervention and cognitive-behavioral therapy in particular are indispensable tools for the treatment of obesity, as they alleviate the anxiety, low esteem, and feelings of guilt that are common in obese patients. The objective of the treatment is for the patient to attain new habits that allow him or her to have a greater quality of life and which also help sustain a healthy weight. In order to maintain the acquired abilities, it is essential to make a special emphasis on preventing relapse.

Keywords: Obesity, healthy habits, lifestyle, self-control.

Introducción

La obesidad se define como un exceso en la cantidad de grasa corporal que presenta una persona. Actualmente entendemos la obesidad como un trastorno psicosomático, esto es, desde una perspectiva bio-psico-social.En nuestro país se está consolidando como un problema de Salud Pública de primera magnitud, alcanzando

cifras del 30% de la población general, con el consecuente impacto en la salud global, tanto física como psicológica y social.

Desde la óptica bio-psico-social la obesidad presenta una etiología y una evolución compleja en la que se combinan factores biológicos, médicos, culturales y sociales y factores psicológicos.

Las personas obesas tienen mayores riesgos para la salud, siendo proclives a sufrir una serie de trastornos y enfermedades que empeoran claramente su calidad de vida. (Mitchell, Catenacci, Wyatt y Hill, 2011).

En el siguiente capítulo se describe un programa de intervención psicológica dirigido a personas adultas con sobrepeso u obesidad. Desde el enfoque cognitivo – conductual, el objetivo de la intervencionesdoble. Por un lado, promover hábitos de vida saludables de alimentación y actividad física, y por otro, modificar variables cognitivas y conductuales asociadas.

Uno de los principales objetivos en el proceso de intervención será favorecer el mantenimiento de los logros obtenidos durante el tratamiento.

Método

Para tratar de dar respuesta a las cuestiones planteadas utilizamos dos estrategias; por un lado se ha realizado una revisión bibliográfica actualizada y, por otro lado, se ha aportado las reflexiones de la experiencia clínica de la autora en la práctica privada.

Para realizar el presente trabajo se ha utilizado como fuente PUBMED, aplicando como estrategia de búsqueda: “psychological interventions in obesity”, “psychological assesssment”. Además, se han revisado distintos manuales básicos de referencia a nivel nacional e internacional sobre intervención psicológica general y específica de trastornos alimentarios y obesidad. Todos ellos abordan el problema de la obesidad desde una perspectiva cognitivo-conductual.

Resultados

El plan de intervención para el tratamiento de la obesidad comienza con una fase de evaluación. Esta debe sermultidisciplinar en la que participen además del psicólogo, el médico quien descartará otras patologías médicas asociadas, y el nutricionista quien

se encargará de valorar la ingesta de alimentos y su aporte calórico. A partir de esta evaluación podrá establecerse un plan de tratamiento personalizado que permita marcar objetivos específicos.

Entre los objetivos generales de la evaluación psicológica se encuentran:

- Evolución del peso a lo largo del tiempo.
- Hábitos relacionados con el sobrepeso (alimentación y actividad física).
- Factores psicológicos y sociolaborales.
- Imagen corporal: cómo perciben su esquema corporal.
- Expectativas respecto al tratamiento (las cuales deben ser realistas).
- Grado de motivación

El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (DiClemente y Velasquez, 2002) expone las diferentes etapas que tienen que transcurrir para que se dé un cambio en la conducta de la persona. Para alcanzar el éxito en el cambio, resulta fundamental saber en qué etapa se encuentra la persona en relación a su problema, con el fin de diseñar procedimientos específicos que se adecuen a cada sujeto.

Etapas o fases de cambio:

- Precontemplativa: Fase de negación;no hay conciencia de problema.
- Contemplativa: Reconocimiento del problema; la persona se muestra más receptiva a la información en cuanto a su problema y las posibles soluciones, aunque vacila en cuanto al momento de iniciar el cambio, dudando aún sobre sus beneficios.
- Preparación: Intencionalidad de adoptar medidas; primeras acciones terapéuticas.
- Acción: Realización de cambios sustanciales en su estilo de vida.
- Mantenimiento: Consolidación de los cambios. Se han incorporado los cambios como hábitos de vida y trabaja en la prevención de recaídas.

Evaluación

Se realiza a través de una entrevista personal y familiar con el objetivo de explorar las siguientes áreas:

- Historia de su sobrepeso (Desde cuándo tiene sobrepeso, cuál ha sido su peso máximo y mínimo…)

- Intentos anteriores de bajar de peso (Dietas, cirugía bariátrica, etc)
- Motivaciones: (Estética, salud...)
- Atribución de las causas de su sobrepeso (factores genéticos, conductuales…)
- Hábitos de alimentación y actividad física.

Además de la entrevista, se realizará una evaluación psicométrica que permita evaluar la situación emocional que presenta el paciente, su conducta alimentaria y la posibleexistencia de una comorbilidad asociada.

Algunos de los test utilizados son los siguientes:

- State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
- Barratt Impulsivity Scale
- Food Craving Questionnaire (FCQ)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- Temperament and Character Inventory (TCI)
- Bulimic Investigatory Test of Edimburg (BITE)
- Body Shape Questionnaire (BSQ)

Tanto durante la evaluación comola intervenciónse va a tener presente cómo los aspectos emocionales afectan a los hábitos de alimentación. Es decir, cómo los pensamientos y sentimientos influyen en la conducta con la comida. Algunas situaciones cotidianas de nuestra vida nos generan emociones negativas como preocupación, ansiedad. Esto ocurre especialmente si las percibimos como problemas imposibles de resolver o que superan nuestras capacidades.

Si de la única forma que aprendemos a reducir esas emociones negativas es comiendo, y no aprendemos otras conductas alternativas, o no resolvemos las situaciones que nos generan esa ansiedad, tenderemos a comer siempre que nos sintamos así, lo cual hará que comamos en exceso y sin control.

Objetivos

Tras la evaluación exhaustiva del paciente y la recogida de información se establecerán los objetivos del tratamiento. Se realizará para ello un análisis funcional, es decir, la elaboración de una hipótesis de trabajo que permita una comprensión global del problema a partir del cual establezcamos líneas de trabajo que nos oriente sobre los objetivos. Se establecerá un contracto conductual consistente en un acuerdo explícito

entre el terapeuta y el paciente que especifique qué conductas deben ser cambiadas. Estos acuerdos deben ser compartidos, entre el psicólogo y el paciente, concretos, en términos operativizables y conductuales, y realistas, para ello debería dividirse en objetivos intermedios y semanales de modo que el progreso pueda medirse y reforzarse (Craighead, Kazdin y Mahoney, 1981).

Los objetivos generales del tratamiento psicológico de la obesidad van a ser los siguientes:

- Psicoeducación: Información acerca de las causas generales de la obesidad, alimentación saludable, promoción de la actividad física
- Adquisición de hábitos saludables(alimentación y ejercicio)
- Control de los procesos psicológicos implicados en el origen y el mantenimiento
- Mejora de las relaciones interpersonales
- Mejora de la autoestima y la imagen corporal
- Promoción de la motivación

Tratamiento

Algunas de las técnicas y procedimientos terapéuticos más utilizadas para lograr los objetivos durante el tratamiento son los siguientes:

Autorregistro:

Es una herramienta sencilla que permite recoger información sobre los patrones de conducta respecto al ejercicio y a la comida. Va a permitir, por un lado, detectar aquellos comportamientos que son necesarios cambiar, y por otro lado evaluar los avances y las dificultades que vayan surgiendo (ver Tabla 1).

Tabla 1. Ejemplo de registro de alimentación.

Fecha	Martes 15 deJunio		
Hora	Alimentos	Situación	Pensamiento/emoción
9:00	Dos tostadas con mantequilla ycafé con leche y azúcar	En mi casa sola viendo la TV	Nerviosa pensando en el duro día de trabajo que me espera
12:00	Plátano	En la oficina	Contenta pensando lo que iba a hacer el fin de semana

Inhibidores:

Los inhibidores son recursos alternativos a la conducta de comer, como por ejemplo, sacar el perro a pasear, pintarse las uñas, etc. Resulta beneficioso elaborar con antelación una lista de inhibidores que puedan usarse en momentos en los que el paciente tenga ganas de comer.

Reforzadores:

Son premios estimulantes, recompensas ante los cambios que el paciente va realizando en pro de los objetivos marcados. Pueden ser desde actividades agradables hasta frases de ánimo. Los reforzadores van a facilitar la adquisición y el mantenimiento de los cambios realizados.

Restructuración cognitiva:

Esta técnica de intervención identifica y modifica los pensamientos e ideas irracionales que minan los esfuerzos de control de peso. Es decir, alteraciones cognitivas como: pensamientos negativos relativos a fracasos anteriores, objetivos no realistas, pensamientos de autocrítica, etc.

Ejemplos

- Distorsiones cognitivas: “Nunca voy a conseguir un trabajo siendo obesa”
  Mediante la reestructuración cognitiva, esas ideas son analizadas, criticadas y sustituidas por otras más saludables.
- Ideas irracionales: “Debo ser querido y aceptado por todo el mundo”
  El tratamiento consiste en identificar la creencia irracional y refutar esa idea. Cuestionar su validez y fiabilidad.

Promover el Autocontrol:

Podría definirse autocontrol como una habilidad susceptible de aprendizaje, que engloba cualquier conducta controlada exclusivamente por variables auto generadas (físicas, sociales o cognitivas), que trate de alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta cuya consecuencia, en algún momento, podrían resultar aversivas para el individuo (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2009).Consiste en renunciar a gratificaciones inmediatas en espera de otras futuras:gratificación diferida.

El paciente ha de comenzarpor observar e identificar las señales que le llevan al acto de comer. La auto observación tendría un doble objetivo: por una parte, motivar al sujeto, al implicarle activamente en el programa y percibir los efectos positivos que la

técnica tiene sobre su conducta, y por otra, posibilitar que el sujeto aprenda a detectar qué condiciones propician su conducta problema (Labrador et al., 2009).Una vez que sabemos cuáles son esos estímulos, vamos a trabajar para obtener control sobre ellos. Será lo que llamamos: control estimular, es decir, obtener control sobre aquellos factores ambientales que activan el acto de comer, interviniendo antes de que esa conducta tenga lugar. "Fuera de la vista, fuera de la mente, fuera de la boca". (Wadden, Crerand y Brock, 2005).

Listado de algunas conductas que permiten controlar la ingesta en el contexto de las actividades cotidianas (tomado de Baile y González, 2013)

1) Establecer horarios y lugares específicos para comer dentro de la casa. Si es posible, hacerlo siempre en compañía.
2) Planificar lo que se comerá y cumplirlo.
3) Diseñar la compra de alimentos. Acudir al establecimiento con el "estómago lleno", siguiendo una lista realizada previamente y con el dinero justo para comprar dichos alimentos.
4) Valorar la compra online, dado que se reduce la estimulación visual y la posibilidad de caer en la tentación.
5) No dejar los alimentos calóricos a la vista o articular sistemas de ocultación de los mismos.
6) Dejar a la vista alimentos saludables y poco calóricos: frutas, productos de fibra saciantes, etc.
7) Evitar durante las comidas a aquellas personas que tienen una influencia negativa en cuanto a los hábitos alimenticios, pues favorecen que se coma en exceso o alimentos poco saludables.

Se da un valor especial al lenguaje interno mediante el uso de autoinstrucciones; comentarios y sugerencias que controlen la realización de la tarea. Ejemplo: "Si nocomo en exceso luego me sentiré bien".

Para la adecuada autoobservación resulta necesaria la psicoeducación. Es decir, transmitir información al paciente acerca de los siguientes aspectos:

Hambre versus saciedad: Cuando la conducta alimentaria se encuentra alterada los están también estas señales. El estómago tarda alrededor de 20 minutos en mandar la señal al cerebro de que ya estamos saciados. La gran mayoría de los pacientes obesos

comen muy rápido y no perciben esta señal. Es por ello necesarioenseñar al paciente a comer despacio dejando los cubiertos entre bocado y bocado, haciendo uso de la servilleta, masticando, disminuyendo la cantidad de alimento por bocado, no partir en trozos grandes, etc.

Hambre versus apetito: Es importante que el paciente aprenda a distinguir entre hambre y apetito. El primero es una necesidad energética y el segundo son ganas de comer generado por ver u oler comida, canalizar una emoción negativa, etc.

Actividades agradables

La falta de control emocional sobre los estados de ánimo negativos, con un afrontamiento basado principalmente en la ingesta de alimentos con el fin de reducir sentimientos intensos de ira, ansiedad, tristeza o situaciones de estrés, parece ser unos de los factores determinantes en muchos obesos de sus problemas con la comida. Es importante entrenar al paciente en la realización de otras actividades que le gratifiquen y no le perjudiquen. Para ello, será muy útil diseñar un plan para la realización de esas actividades. Algunas de ellas pueden ser: ir al cine, pasear, etc. Serán especialmente beneficiosas aquellas actividades relacionadas con su autocuidado como darse masajes, etc. ya que dará lugar a una mejor autoestima fomentando a su vez el autocuidado.

Competencias sociales

Consiste en ayudar al paciente a resolver sus problemas mejorando la competencia socialen situaciones en las que sienta presión por parte del grupoy disminuyendo el malestar psicológico. Para ello es necesario el entrenamiento en habilidades sociales, especialmente la asertividad y afrontamiento de las críticas.

Mantenimiento

El objetivo último de la terapia consiste en el mantenimiento por parte del paciente delos hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico a lo largo del tiempomejorando asíla calidad de vida, el nivel de energía, el estado anímico y la autoestima (Wing, 2002).

Se realizarán consultas de seguimiento que permitan al paciente no desvincularse por completo, siendo sesiones recordatorio donde se trabaje la prevención de recaídas. A pesar de haber llegado a un peso saludable deberán seguir teniendo presentes la cantidad y la forma de la ingesta y manteneruna vida activa físicamente

evitando el sedentarismo.Deberá entrenarse al paciente a identificar situaciones de riesgo como la Navidad, o señales del tipo: aumento de peso, picoteos frecuentes, etc.

En resumen, desde el punto de vista psicológico, el tratamiento cognitivo-conductual promueve la adquisición de nuevos hábitos de vida saludables que tengan como consecuencia la mejora de la salud física y psicológica y que mantengan los resultados en la reducción de peso. Además, el abordaje psicológico genera motivación y continuidad en el tratamiento.Por último destacar que el tratamiento psicológico tiene como meta principal, no sólo la pérdida de peso, sino el mantenimiento de los nuevos hábitos a largo plazo.

Conclusiones

La obesidad está calificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la pandemia del Siglo XXI. Se trata de una enfermedad multifactorial que requiere un abordaje multidisciplinar.

Los factores emocionales juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, a través de conductas aprendidas, las de sobreingesta, que utiliza el paciente obeso como modo de afrontamiento, o reducción, de los estados de ánimo negativos como ira, tristeza, estrés, ansiedad. Además, con frecuencia, esos mismos estados emocionales son confundidos con la sensación de hambre, como señalan diversos autores.

Referencias

Baile, J. I. y González, M. J. (2013) *Intervención psicológica en obesidad.* Madrid. Pirámide.

Craighead, W. E., Kazdin, A. E. y Mahoney, M. J. (1981). *Modificacion de conducta: Principios, técnicas y aplicaciones.*Barcelona. Ediciones Omega.

DiClemente, C. C. y Velasquez, M. M. (2002). Motivational interviewing and the stages of change. *Motivational interviewing: Preparing people for change, 2*, 201-216..

Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (2009). *Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta.* Madrid: Pirámide.

Mitchell, N. S., Catenacci, V. A., Wyatt, H. R., y Hill, J. O. (2011). Obesity: overview of an epidemic. *Psychiatric Clinics of North America, 34(4)*, 717-732.

Wadden, T. A., Crerand, C. E., y Brock, J. (2005). Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America, 28(1),* 151-170.

Wing, R. R. (2002). Behavioral weight control. En T. A. Wadden y A. J. Stunkard (eds.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 301-317). New York: Guilford Press.

ABORDAJE GRUPAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD. EXPERIENCIA DE DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE MADRID

Miriam Patricia Félix-Alcántara, Cristina Banzo-Arguis, Victoria Alonso-Martín, Sonia Fernández-Rojo y Francisco Javier Quintero-Gutiérrez del Álamo

Hospital Universitario Infanta Leonor

Resumen

Antecedentes: La obesidad se está consolidando en España como un problema de Salud Pública de primera magnitud, afectando al 17% de los adultos y al 9'6% de la población infanto-juvenil y comprometiendo seriamente tanto la calidad como la esperanza de vida. En este contexto, el Sistema Nacional de Salud debería proporcionar intervenciones sanitarias dirigidas tanto a reducir la morbi-mortalidad de la obesidad como a disminuir su prevalencia. Se ha constatado gran resistencia de las personas con obesidad a realizar cambios de hábitos efectivos y duraderos. Desde nuestro equipo de trabajo, entendemos que el factor psicológico predispone, mantiene y propicia la resistencia a los tratamientos que sólo tienen en cuenta la faceta biológica del problema y que, por tanto, la intervención psicológica es clave para generar cambios duraderos. Dada la elevada prevalencia de la obesidad, plantear una intervención psicológica individual en el contexto de la Sanidad Pública sería del todo inviable, y desde ahí, se plantea la posibilidad de implementar grupos psicoterapéuticos. Pero más allá de la conveniencia económica, ¿tiene sentido clínico realizar intervenciones psicológicas grupales con obesos? **Método:** En este capítulo, trataremos de dar respuesta a esta pregunta a través de una revisión bibliográfica actualizada a través de PUBMED y de la descripción de la experiencia clínica de la autora principal en dos hospitales públicos de Madrid. **Resultados:** Se presentan datos de 4 estudios que aplican el mismo programa de intervención en formato individual y grupal. **Conclusiones:** La terapia psicológica grupal en obesidad podría ser una solución adecuada a la alta demanda asistencial que nos encontramos tanto en la práctica pública como en la privada; siendo en algunos aspectos, como el peso y la adherencia terapéutica, incluso más efectivo que el tratamiento individual.

Palabras clave: Obesidad, intervención psicológica, terapia grupal, sanidad pública.

GROUP APPROACH IN THE TREATMENT OF OBESITY. EXPERIENCE OF TWO PUBLIC HOSPITALS OF MADRID

Abstract

Background: Obesity is a first magnitude health problem in Spain, affecting 17% of adults and 9.6% of the child population and seriously compromises life quality and expectancy. In this context, the National Health Service is required to provide interventions aimed at both reducing the morbid-mortality of obesity as to reduce their prevalence. Obese people show a significant resistance to make effective and lasting changes of habits. Our work team understands that psychological factors predispose, maintain and promote resistance to treatments that only take into account the biological aspect of the problem and, therefore, psychological interventions are necessary to generate lasting changes. Given the high prevalence of obesity, to carry out individual psychological interventions in the Public Health System would be completely unworkable, and therefore, implementing psychotherapeutic groups could allow access to this intervention to a larger number of persons. But beyond the economic convenience, does make clinical sense these group interventions? **Method:** In this chapter, we will try to answer this question through an updated literature review in PUBMED and the description of the author's clinical experience in two public hospitals in Madrid. **Results:** Data from 4 studies that apply the same program of intervention in individual and group format are presented. **Conclusions.** Psychological group therapy in obesity might be an adequate solution to the high demand for services, both in public and in private practice; being even more effective than individual treatment in some aspects, such as weight and adherence.

Keywords: Obesity, psychological treatment, group psychotherapy, public health.

Introducción

"1.400 millones de adultos tienen sobrepeso y más de 300 millones son obesos". Con estas cifras tan preocupantes presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS,

2014) su sección sobre sobrepeso y obesidad; y añade que cada año mueren como consecuencia un mínimo 2,6 millones de personas, constituyendo el quinto factor principal de riesgo de defunción y reduciendo la esperanza de vida en 10 años.

Asimismo, la obesidad repercute de forma preocupante en la salud, asociándose a enfermedades crónicas graves: enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertrigliceridemia o hipertensión (Skolnik y Ryan, 2014) y afectando también a la salud mental, estando asociada a Trastornos del Estado de Ánimo y de Ansiedad (Jari et al., 2014). Este incremento de la morbilidad conlleva la sobrecarga del Sistema de Salud y eleva considerablemente el gasto sanitario (Apovian, 2013).

En España, la obesidad se ha consolidado como un problema de Salud Pública de primera magnitud. Según la última Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2013), en la población adulta española la prevalencia de la obesidad estaba en el 17% mientras que el sobrepeso ascendía al 36,8%. Las cifras en menores son, si cabe, más alarmantes, el 9,6 % de los españoles de entre 2 a 17 años presenta obesidad y el 18,2% tiene sobrepeso, constituyendo España el cuarto país europeo de mayor prevalencia de obesidad en esta población.

La obesidad tiene una etiología y una evolución complejas en las que se combinan factores de naturaleza genética, biológicos, ambientales, socioculturales y, naturalmente, factores de índole psicológica. Cada vez son más los estudios que señalan a los factores psicológicos como los causantes de la resistencia al cambio de hábitos de alimentación y ejercicio en personas con obesidad (Hemmingsson, 2014), de esta forma consideramos imprescindible el abordaje terapéutico de los factores psicológicos para lograr cambios significativos y duraderos.

Desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) tradicionalmente se ha abordado el problema de la obesidad desde un enfoque puramente médico, centrado en la balanza ingesta calórica–gasto energético; a pesar de que este tipo de intervenciones han mostrado resultados débiles e inconsistentes (Hooper et al., 2012) con un mínimo impacto a largo plazo (Johansson, Neovius y Hemmingsson, 2014).

Las intervenciones psicológicas son eficaces en el abordaje de la obesidad. En una Revisión Cochrane realizada en 2005 sobre “Intervenciones psicológicas para el sobrepeso u obesidad” (Shaw, O'Rourke, Del Mar y Kenardy, 2005) se analizaron 36 estudios que incluían una muestra de 3495 participantes. Los autores concluyen que

existe evidencia científica sólida de que las intervenciones psicológicas (modificación de conducta y terapia cognitivo conductual) son eficaces para reducir el peso corporal, siendo este efecto es más potente en combinación con *counseling* sobre nutrición y ejercicio.

A raíz de estos y otros estudios, la recomendación de incluir intervenciones psicológicas en el abordaje de la obesidad ya aparece en numerosas guías de práctica clínica, como por ejemplo la elaborada por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) en 2007 (Rubio et al., 2007), o las publicadas recientemente en Estados Unidos (Jensen et al., 2013) y en Australia (National Health and Medical Research Council, 2013).

Quizá ya nadie cuestiona la conveniencia de realizar abordajes integrales de la obesidad que incluyan la intervención psicológica; pero la elevada prevalencia de este problema imposibilita que desde el SNS se pueda ofrecer una terapia psicológica individual de intensidad suficiente a todas las personas que pudieran beneficiarse de ella. En este contexto han comenzado a surgir intervenciones en formato grupal y la cuestión ahora es saber si la intervención psicológica grupal tiene sentido clínico, más allá de la conveniencia logístico-económica.

Método

Para tratar de saber si las intervenciones psicológicas en formato grupal son clínicamente eficaces, nos planteamos dos líneas de trabajo, por un lado hacer una búsqueda bibliográfica actualizada y ver qué dice la literatura al respecto y, por otro lado, describir mi experiencia clínica de 6 años trabajando en grupos con población obesa.

Búsqueda bibliográfica

Para realizar la búsqueda bibliográfica utilizamos el buscador PUBMED. En un primer momento nos centramos en la MeSH Database utilizando los conceptos de "obesity" y "psychotherapy group", restringiendo la búsqueda a los artículos en los que estos conceptos fueran el tema principal, y así encontramos 157 referencias. Asimismo, introducimos los mismos términos en la versión ordinaria de PUBMED y surgieron 432 referencias, de las cuales nos centramos en las 53 revisiones. De todos los artículos

consultados, para hacer este trabajo nos centraremos en los 4 que comparan la intervención grupal con intervención grupal, pues el resto de los artículos plantean si una determinada intervención grupal es eficaz o no, y se hace difícil discernir si la eficacia se debe al formato grupal o sin más a la intervención psicológica.

Resultados

Kingsley y Wilson (1977) realizaron el primer estudio comparando el formato grupal e individual. Aplicaron un programa de terapia de conducta de 8 sesiones a 72 mujeres adultas, tomando como variable dependiente el peso. Concluyeron que, al final del programa terapia individual y grupal se asociaban a una pérdida de peso similar, pero al año de finalizar el programa las mujeres que habían realizado la intervención grupal mantenían mejor la pérdida ponderal.

Renjilian et al. (2001) se plantearon estudiar el posible efecto de la preferencia hacia terapia grupal o individual. Reclutaron 96 personas obesas y descartaron para el estudio a aquellas personas que no mostraron una preferencia clara hacia algún formato de tratamiento. Quedaron 75 participantes que fueron aleatorizados en 2 grupos de estudio en función de la coincidencia (o no) con la modalidad de tratamiento preferida. Se implementó un programa de tratamiento de 26 sesiones y se tomó como variables dependientes el índice de masa corporal (IMC) y síntomas psicopatológicos medidos con cuestionarios. Estos autores encontraron que, independientemente de la preferencia, el formato de intervención grupal producía una pérdida ponderal significativamente mayor; y que ambos formatos de tratamiento mejoraban significativamente el funcionamiento psicológico. No se observó ningún efecto de la preferencia.

Minniti et al. (2007) realizaron un estudio con 129 adultos con sobrepeso/obesidad implementando un programa de intervención de 6 meses en formato individual (n=72) y grupal (n=57). Como variables dependientes incluyeron el IMC, tasa de abandono y, a través de cuestionarios, calidad de vida, insatisfacción corporal, síntomas psicopatológicos y atracones. Concluyeron que la modalidad individual se asociaba con una tasa de abandonos significativamente mayor que la grupal (54,2% vs 15,8%) y que, independientemente de la modalidad de tratamiento, aquellos participantes que completaron el tratamiento presentaban mayor pérdida ponderal y mejores resultados en todos los cuestionarios administrados.

Finalmente, Ricca et al. (2010) aportaron mayor perspectiva temporal realizando un estudio con seguimiento a 3 años. Administraron un programa de tratamiento cognitivo conductual de 24 sesiones a 144 personas obesas con diagnóstico de Trastorno por Atracón (72/grupo estudio). Como variables dependientes midieron peso, atracones, resistencia al tratamiento, recaídas, cambio diagnóstico y, a través de cuestionarios, actitudes hacia la comida, *ingesta emocional* y síntomas psicopatológicos. Tomaron medidas antes y después del tratamiento y a los 3 años. Concluyeron que, a corto plazo, la terapia individual presentaba mejores resultados en todas las variables, pero que a los 3 años ambos grupos de estudio se igualaban. Tanto la terapia individual como la grupal reducían significativamente los atracones y levemente el IMC, reducían los síntomas psicopatológicos y la *ingesta emocional*, pero que la terapia individual era más efectiva en las "dimensiones psicopatológicas más nucleares" (el peso y la imagen corporal).

Discusión

Mi experiencia clínica

En los últimos 6 años he podido trabajar en el SNS en dos hospitales que confieren a la intervención psicológica un papel decisivo en el abordaje de la obesidad: el Hospital Universitarios Santa Cristina (HUSC) y el Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL), ambos en Madrid.

En el HUSC existe una Unidad de Tratamiento Intensivo para Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) que es un recurso de hospitalización parcial de referencia para toda la Comunidad de Madrid que atiende a pacientes derivados desde los Servicios de Salud Mental. La UTCA está destinada a personas diagnosticadas de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) de larga evolución, con fracasos terapéuticos previos y con gran afectación a nivel funcional. Aproximadamente un 20% de los pacientes presentan obesidad, normalmente con diagnóstico de Trastorno por Atracón y, en algunos casos, con Bulimia Nerviosa. Estos obesos presentan numerosos síntomas psicopatológicos, muchos se habían sometido a cirugía bariátrica años atrás y son pacientes "muy psicologizados" tras numerosos tratamientos psicológicos previos.

En el HUIL se viene desarrollando desde 2011 un Programa de Atención Integral a la Obesidad, en el que los pacientes son derivados desde el Servicio de Endocrinología al que consultan para perder peso. Se trata de pacientes más *naive*, con poca psicopatología asociada, pocos atracones y mucho picoteo y con poca conciencia del "componente psicológico" de la obesidad.

Como se puede observar, los pacientes derivados a ambas unidades de tratamiento son muy distintos, como también lo es la intensidad del tratamiento. En el caso de la UTCA son pacientes más graves en los que se realiza un tratamiento intensivo en régimen de hospital de día, con una media de 7 grupos de psicoterapia por semana; mientras que en el HUIL la intervención grupal es menos intensa con grupos psicoeducativos mensuales abiertos a todos los pacientes del programa, y grupos psicoterapéuticos semanales para aquellos pacientes que no logran avanzar con la intervención estándar.

Mi sensación es congruente con la búsqueda bibliográfica, esto es, los pacientes se benefician enormemente de las intervenciones grupales, pudiéndose potenciar este efecto si se apoyan con intervenciones individuales. Considero que sería importante poder demostrar esta sensación y por ello, hemos diseñado en el HUIL un ensayo clínico para valorar si los pacientes que acuden a grupos de psicoterapia mejoran más que aquellos que realizan el tratamiento estándar, esperando poder presentar los resultados en el próximo Congreso Nacional de Psicología Clínica.

Conclusiones

- El abordaje psicológico es crucial para una adecuada evolución de las personas con Obesidad.
- La terapia grupal podría ser una solución adecuada a la alta demanda asistencial que nos encontramos tanto en la práctica pública como en la privada.
- Los estudios muestran que la terapia grupal es, al menos, tan eficaz como la terapia individual en lo que respecta a pérdida ponderal y funcionamiento psicológico.
- En algunos aspectos, la terapia grupal podría ser incluso más eficaz que la individual, por ejemplo, en la tasa de abandonos o en el mantenimiento de resultados a largo plazo.

- Siempre que fuera posible, sería recomendable apoyar la terapia grupal con una intervención más individualizada.

Como conclusión final quería mostrar mi apoyo a la premisa gestáltica "el todo es más que la suma de las partes", pues considero que en la terapia grupal se pueden trabajar aspectos que en un formato individual nunca se podría con la misma eficacia y, en mi opinión, un abordaje mixto (individual y grupal) siempre va a potenciar los resultados terapéuticos.

Referencias

Apovian, C. M. (2013). The clinical and economic consequences of obesity. *The American journal of managed care*, *19*(Supl. 10), 219-28.

Hemmingsson, E. (2014). A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obesity Reviews*, *15*(9), 769-779.

Hooper, L., Abdelhamid, A., Moore, H. J., Douthwaite, W., Skeaff, C. M. y Summerbell, C. D. (2012). Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *British Medical Journal, 345*, e7666.

Jari, M., Qorbani, M., Motlagh, M. E., Heshmat, R., Ardalan, G. y Kelishadi, R. (2014). Association of overweight and obesity with mental distress in Iranian adolescents: The CASPIAN-III study. *International journal of preventive medicine*, *5*(3), 256.

Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A y Yanovski, S. Z. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Journal of the American College of Cardiology*, *63*(25_PA), 2985-3023.

Johansson, K., Neovius, M. y Hemmingsson, E. (2014). Effects of anti-obesity drugs, diet, and exercise on weight-loss maintenance after a very-low-calorie diet or low-calorie diet: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American journal of clinical nutrition*, *99*(1), 14-23.

Kingsley, R. G. y Wilson, G. T. (1977). Behavior therapy for obesity: a comparative investigation of long-term efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*(2), 288.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2013). *Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012*. Recuperado el 30 de junio de 2014, de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm.

Minniti, A., Bissoli, L., Di Francesco, V., Fantin, F., Mandragona, R., Olivieri, M., Fontana, G., Rinaldi, C., Bosello, O. y Zamboni, M. (2007). Individual versus group therapy for obesity: comparison of dropout rate and treatment outcome. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 12*(4), 161-167.

National Health and Medical Research Council. (2013).*Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children* in Australia. Melbourne: National Health and Medical Research Council.

Organización Mundial de la Salud. (2014) *Obesidad y Sobrepeso. Centro de Prensa: Nota descriptiva Nº 311*. Recuperado el 10 de septiembre de 2014, de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L. y Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(4), 717.

Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Rotella, C. M. y Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite, 55*(3), 656-665.

Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D. y Vidal, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad, 5*(3), 135-75.

Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. y Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Systematic Review, 2*(2).

Skolnik, N. S. y Ryan, D. H. (2014). Management of Obesity in Adults: Pathophysiology, Epidemiology, and Assessment of Obesity in Adults. *The Journal of family practice*, *63*(Supl. 7), 3-10.

PROGRAMA DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LOS ASPECTOS EMOCIONALES DE LA OBESIDAD

Cristina Banzo-Arguis, Miriam P. Félix-Alcántara, Victoria Alonso Martín, Raquel Martínez de Velasco, Fernando Mora Mínguez y Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

Resumen

Antecedentes: La obesidad es una enfermedad con una alta prevalencia e impacto en la calidad de vida y también es un factor de riesgo para desarrollar otros problemas de salud. La mayoría de los programas de tratamiento frecuentemente se ocupan del control de la dieta y el ejercicio, con escaso impacto a medio-largo plazo. La tendencia a la cronicidad en la obesidad, se ha relacionado con aspectos psicológicos y emocionales; por lo que tener en cuenta estos factores en un tratamiento multidisciplinar podría mejorar la eficacia de las intervenciones. **Método:** Se presenta un estudio descriptivo de los 100 primeros sujetos obesos que han formado parte del programa de atención a la obesidad que se viene realizando en el Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL) desde 2011. Se valoran variables sociodemográficas y psicopatológicas. **Resultados:** 76 pacientes eran mujeres, la edad media era de 41,7 y el índice de masa corporal (IMC) promedio de 41. Presentaban puntuaciones elevadas para ansiedad y depresión. Un 23% cumplían criterios de trastorno por atracón y, se estimó que un 41% de los pacientes podía haber padecido un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la infancia. **Conclusiones:** El principal objetivo de este trabajo es conseguir información clínica relevante sobre los pacientes para disminuir la prevalencia de obesidad en la comunidad. Nuestros resultados avalan la importancia de tener en consideración aspectos psicológicos y emocionales en el tratamiento de la obesidad, siempre dentro de un enfoque multidisciplinar que también incluya el tratamiento psicofarmacológico, el abordaje endocrinológico y el consejo nutricional.

Palabras clave: Obesidad, evaluación, tratamiento, aspectos emocionales.

EVALUATION AND INTERVENTION PROGRAM OF EMOTIONAL ASPECTS OF OBESITY

Abstract

Antecedents: Obesity is a great prevalent disease which great impact in life and is also a risk factor for developing other health problems. Usually treatment programs focus on diet control and improving physical activity, which has demonstrated limited impact in the medium long term. Chronical tendency has been related to psychological and emotional aspects, so these factors should be considered in a multidisciplinary treatment for improving the efficacy. **Methods:** A descriptive study is presented. One hundred subjects from Infanta Leonor´s hospital program for obese patients which has been running since 2011. Sociodemographic and psychopathological data are presented. **Results:** 76 patients are women, average age was 41,7 years and body mass index was 41. High rates in depression and anxiety were found. 23% of patients meet criteria for binge eating disorder, and 41% could be retrospective diagnosed as Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. **Conclusions:** The main objective is to obtain diagnostic information about the patients in order to decrease the prevalence of obesity in our community. A specific multidisciplinary treatment is recommended in these patients. In addition to pharmacological treatment, psychotherapy, endocrinology advise and nutritional education.

Keywords: Obesity, evaluation, treatment, emotional aspects.

Introducción

La obesidad se ha trasformado en los últimos años en una pandemia que está afectando no solo a la salud física sino también a la salud mental de la población que la presenta. Según la Encuesta de Salud 2011-12 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2013), en la población adulta española la prevalencia de obesidad estaba en el 17%, habiéndose incrementado en un 2,5% desde 2006.

Tradicionalmente, se valoraba la obesidad desde una perspectiva médico-biológica, tanto para su explicación etiológica como para el tratamiento que se realizaba. Se centraba la atención casi en exclusiva hacia el control de la dieta y el

ejercicio físico, llevándose a cabo por los especialistas de endocrino y nutricionistas (Mastellos, Gunn, Felix, Car, y Majeed, 2014). Debido al incremento del número de casos y a la dificultad de mantener en el tiempo los cambios efectivos que se conseguían en los hábitos saludables, es una perspectiva ya superada por el enfoque bio-psico-social.

La obesidad tiene implicaciones en la aparición de las enfermedades cardiovasculares, como la diabetes mellitus tipo II, la hipertensión arterial, la dislipemia o la apnea del sueño. En los ensayos clínicos se constata la mejoría de factores de riesgo cardiovascular como la tensión arterial o la hipertrigliceridemia, si se conseguían pérdidas ponderales entre el 5-10% del IMC del paciente (DeVallance et al., 2015).

A nivel de coste relativo de la atención sanitaria de los pacientes con obesidad, sería comparable al coste de la atención de otras enfermedades crónicas, favoreciendo los tratamientos médicos crónicos y el aumento de las hospitalizaciones. También hay literatura que documenta un efecto negativo de la obesidad en la calidad de vida de los pacientes con patología de la alimentación (Winkler et al., 2014).

Muchos de los pacientes obesos presentan anomalías graves en el comportamiento alimentario y afectación de aspectos emocionales. Por el ejemplo, realizan ingestas compulsivas o picoteos, marcada distorsión corporal, altos niveles de insatisfacción personal y baja autoestima…etc.

Incluso algunos de estos pacientes pueden ser diagnosticados de "Trastorno de la Alimentación no Especificado de Otra Manera" (F.50.9) según el DSM-IV-TR al cumplir los criterios requeridos (Aliño y Miyar, 2002).

Debido a esto, se entiende que el abordaje global, incluyendo los aspectos emocionales que favorecen la aparición o el mantenimiento de la obesidad, es que el resulta más eficaz a largo plazo para esta patología (Shaw, O'Rourke, Del Mar, y Kenardy, 2005).

En el HUIL, desde 2011 se viene realizando una atención multidisciplinar al paciente obeso. Dentro de los diferentes procesos de atención al paciente con obesidad, intentando integrar los aspectos metabólicos, nutricionales y psiquiátricos de esta población clínica.

Además de la mejora en la asistencia a estos pacientes, un objetivo relevante es conseguir un mayor conocimiento de los aspectos emocionales que pudieran precipitar o

mantener la obesidad y así poder mejorar la eficacia de las intervenciones futuras en estos pacientes.

Método

Participantes

Pacientes con un índice de masa corporal mayor o igual a 30, derivados desde la consulta de Endocrino y desde los Centros de Salud Mental del área. Son pacientes mayores de edad, que firman un consentimiento informado para entrar en el programa.

Materiales e instrumentos

1) Test psicométicos

- Entrevista estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID).
- *Eating Disorders Inventory*, 3rd Edition (EDI-3): Consta de escalas clínicas (que valoran comportamientos y actitudes hacia la comida el peso y la imagen corporal); así como de escalas psicológicas que evalúan características asociadas a los TCA.
- *Food Craving Cuestionnaire* (FCQ): Evalúa el deseo de comer, como si la comida fuera una sustancia.
- *State and Trait Anxiety Inventory* (STAI) para la valoración de sintomatología ansiosa.
- *Barrat Impulsivity Scale* (BIS-11): evalúa la impulsividad general y distingue componentes.
- *Wender-UTAH Rating Scale* (WURS): Mide la posibilidad de haber tenido en la infancia un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
- *Adult ADHD Self-Rating Scale* (ASRS V1.1): despistaje de síntomas de TDAH en el adulto.
- *Beck Depression Inventory*. 2nd Edition (BDI-II): valoración de síntomas depresivos.
- *Cuestionario de Experiencias Traumáticas*. Evalúa la ocurrencia de experiencias traumáticas en la vida del sujeto, así como la posible sintomatología asociada.

- Cuestionario sobre el estado de salud SF-36. Mide la valoración subjetiva del sujeto sobre el estado de salud y la funcionalidad.

2) Pruebas complementarias

- Analítica de sangre.
- Estudio del sueño para descartar Síndrome de apnea obstructiva del sueño.
- Electrocardiograma y Eco cardiograma (si presenta alteraciones el primero).

Procedimiento

Cuando un paciente acude al Servicio de Endocrinología del Hospital Infanta Leonor con el objetivo de perder peso entra directamente en nuestro programa, siendo derivado para valoración por psiquiatría. Los Centros de Salud Mental asociados a nuestro hospital también pueden realizar derivaciones al programa y en esos casos se realiza primero la valoración por psiquiatría y después la endocrinológica; sin embargo los pacientes que provienen de salud mental son una minoría.

Desde el Servicio de Psiquiatría, se realiza una entrevista clínica y se administra la batería de test anteriormente descrita. En la segunda sesión, se hace una devolución del resultado de los test, se consensua con el paciente un itinerario de tratamiento y se firma el contrato terapéutico.

Diseño

Estudio descriptivo.

Resultados

Se presentan los datos descriptivos de los 100 primeros pacientes que han formado parte del programa. En la muestra de pacientes atendida en la consulta el 81% son mujeres, el 56% están casados/as, el 37% no tiene estudios básicos concluidos y sólo el 46% de los pacientes están activos laboralmente. La edad media es de 42 años (DT 12,48).

Entre los antecedentes psiquiátricos, el 13 % de los pacientes referían haber sido diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria con anterioridad a la valoración, el 37% de un trastorno de ansiedad, el 35% de episodio depresivo mayor, el 31% de trastorno adaptativo, el 10% de trastorno de control de impulsos, el 22% había

estado diagnosticado de trastorno de personalidad y en un 25 % de los casos referían historia de consumo de alcohol.

En la evaluación realizada en los pacientes de la muestra, se obtenían puntuaciones significativas para depresión con el BDI (media 15,7; DT 8,8) y presentaban tasas de ansiedad elevadas, obteniendo puntuaciones medias en el STAI-Estado de 27,5 (DT 13,4) y en el STAI-Rasgo de 30,7 (DT 12,3). El 23% de los pacientes cumplían criterios de trastorno por atracón. El 41% pasaban el punto de corte de la WURS para el despistaje de TDAH y también el 5.1% lo hacían en la ASRS.

El 9.86 % referían abusos sexuales y el 23.9% negligencia en la crianza en el Cuestionario de Experiencias Traumáticas; obteniéndose en el 19% de los casos criterios para ser diagnosticados de trastorno por estrés postraumático.

Discusión

La atención a la obesidad debe encuadrarse en un esquema más amplio que la exclusiva orientación nutricional y revisión endocrinológica clásica. El modelo de trabajo que proponemos, entiende la obesidad como un problema bio-psico-social, precisando un abordaje multidisciplinar.

Hay bibliografía que reseña la psicopatología presente en diferentes muestras de obesos, los trastornos de ansiedad, los síntomas depresivos (Toups et al., 2013), la elevada impulsividad o incluso la sintomatología compatible con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto (Cortese y Castellanos, 2014); que podrían tener un papel etiológico o de mantenimiento en la obesidad.

Se ha encontrado en la documentación científica que pueden tener un efecto positivo en estos pacientes los antidepresivos de la familia de los ISRS, como la Fluoxetina (Suplicy et al., 2014). También los antiepilépticos como la Zonisamida (Gadde et al., 2012) favorecen el descenso en la impulsividad de los pacientes y también son provechosos los efectos secundarios del fármaco, como la pérdida ponderal o la hiporexia. Existen autores como defienden los beneficios de la terapia con Metilfenidato/ Lisdexanfetamina (Coghill, Caballero, Sorooshian, y Civil, 2014). Dentro de los fármacos no estimulantes, tanto la Atomoxetina (Pott, Albayrak, Hinney, Hebebrand, y Pauli-Pott, 2013), como el Bupropion (Gadde, Yonish, Foust, y Wagner,

2007) podrían favorecer una evolución positiva en la pérdida ponderal de estos pacientes.

Además de la importancia del tratamiento de la psicopatología subyacente en los pacientes con obesidad, el uso de fármacos también favorece el incremento de la pérdida ponderal; aumentando la motivación de los pacientes y disminuyendo los abandonos tempranos del programa.

Una de las limitaciones de nuestro trabajo es que no disponemos de datos en el momento actual relativos a los diferentes tratamientos propuestos y su asociación a la evolución positiva de los mismos.

Desde el punto de vista de la intervención psicoterapéutica, existen cada vez más datos que abalan la eficacia de la terapia conductual y la terapia cognitivo conductual en la obesidad (Shaw et al., 2005) y otros autores (Minniti et al., 2007) que atribuyen mejores resultados al formato grupal frente al individual.

Por ello, uno de nuestros objetivos a corto-medio plazo, sería la implementación de los grupos terapéuticos y la introducción de mejoras continuadas. Proponemos la posibilidad de agrupar a los participantes diferenciándolos según sus características sociodemográficas (momento del ciclo vital, edad…) o los "perfiles psicopatológicos" que presenten.

A nivel investigador tras terminar la fase de análisis de datos clínicos, nuestros esfuerzos irán encaminados a constatar la eficacia de la intervención multidisciplinar en los pacientes en el programa, esperándose una mejoría en su calidad de vida y salud percibida respecto a los controles.

Conclusiones

A raíz de los resultados expuestos y en función de la bibliografía revisada, proponemos un programa de abordaje multidisciplinar del que forman parte 1 endocrino, 2 nutricionistas, 1 psiquiatra y 1 psicólogo clínico. En función de la valoración realizada se pueden plantear 3 itinerarios de tratamiento (ver Figura 1):

- Seguimiento estándar: Consulta bimensual con psiquiatra y semestral con endocrino. Grupo Psicoeducativo (12 sesiones anuales de 90 minutos) realizado por nutricionista y psicólogo clínico.

- Seguimiento intensivo: incluye el tratamiento estándar más el abordaje psicoterapéutico del psicólogo clínico en formato individual y/o grupal.
- Derivación a centro específico: En caso de presentar un trastorno de la conducta alimentaria grave asociado a la obesidad y con gran repercusión funcional, puede plantearse la derivación a hospital de día.

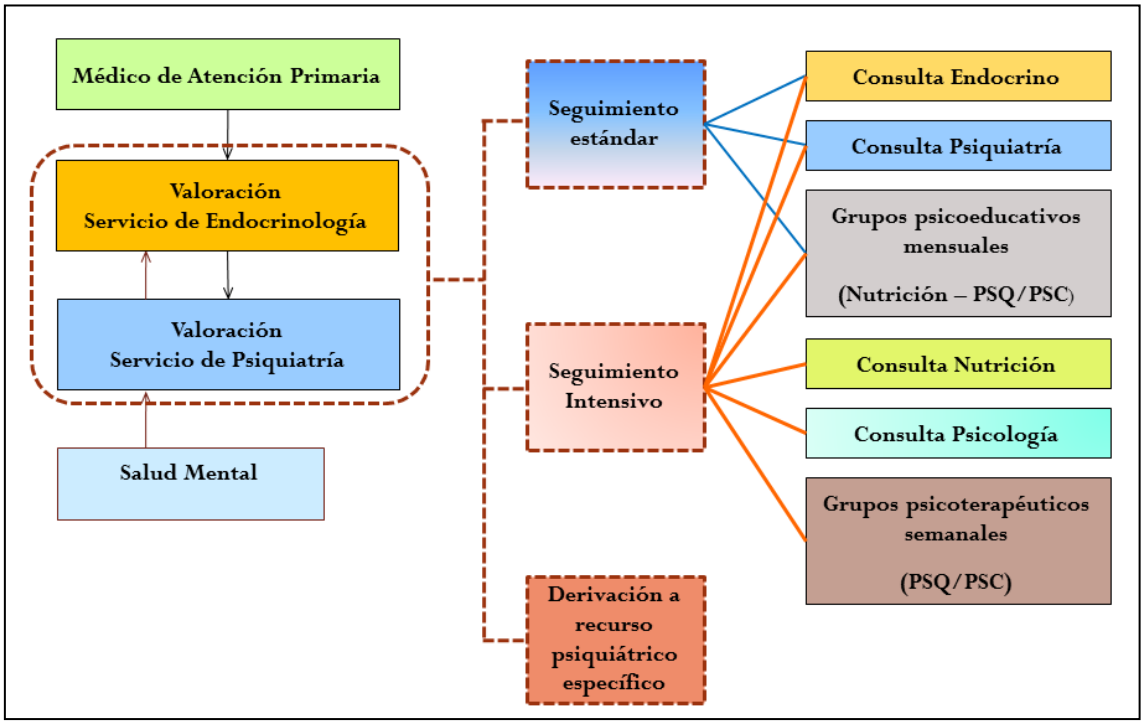


Figura 1. Programa de obesidad.

A continuación describimos los puntos clave de nuestra propuesta de tratamiento.

Abordaje endocrinológico y nutricional

Tras la valoración inicial, se organiza seguimiento periódico cada 3-6 meses y seguimiento por la Nutricionista con periodicidad mensual, tanto en consulta individual como en un grupo Psicoeducativo (90 minutos). Dentro de los objetivos del abordaje endocrinológico-nutricional, se encuentran:

- Conseguir una dieta equilibrada (cambios cuantitativos y cualitativos) mantenida en el tiempo.
- Orientación en la elaboración de menús saludables.

- Trabajar para minimizar la repercusión de los atracones y el impacto en la salud (facilitar control ambiental, elección de alimentos menos perjudiciales…etc).
- Introducción progresiva de actividad física y sustitución de conductas sedentarias.

Abordaje psiquiátrico

La atención se realiza en formato de consulta individual, con una periodicidad bimensual. Dentro de los objetivos desde el punto de vista psiquiátrico:

- Valorar los posibles factores biológicos que hayan favorecido la aparición de la obesidad (cese de tabaco u otros tóxicos, uso de anticonceptivos orales, las lesiones que requieren inmovilización…etc) y las implicaciones de estos.
- Utilización del uso de psicofármacos de forma individualizada como tratamiento de la psicopatología asociada; teniendo en cuenta las necesidades del paciente y también sus preferencias.

Abordaje psicoterapéutico

En el abordaje psicoterapéutico se realiza principalmente en formato grupal, pudiendo ser complementado a nivel individual en casos que no estén evolucionando adecuadamente. Los principales objetivos del tratamiento psicológico son:

- Aumentar la toma de conciencia de los factores psicológicos relacionados con la aparición y el mantenimiento de la obesidad.
- Mejorar la motivación para el cambio. La idea base no es “mantener una dieta de por vida”, sino “aprender a cuidarse”.
- Identificar conductas alimentarias obesogénicas, hacer el análisis funcional y dotar al paciente de estrategias para manejar estas conductas.
- Entrenar al paciente en técnicas de resolución de conflictos y de autorregulación emocional.
- Abordar la insatisfacción con la imagen corporal, así como la posible distorsión asociada.

Referencias

Aliño, J. J. L. I. y Miyar, M. V. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico*

de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Coghill, D. R., Caballero, B., Sorooshian, S. y Civil, R. (2014). A systematic review of the safety of lisdexamfetamine dimesylate. *CNS Drugs, 28*(6), 497-511.

Cortese, S. y Castellanos, F. X. (2014). The relationship between ADHD and obesity: implications for therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics, 14*(5), 473-479.

DeVallance, E., Fournier, S. B., Donley, D. A., Bonner, D. E., Lee, K., Frisbee, J. C. y Chantler, P. D. (2015). Is obesity predictive of cardiovascular dysfunction independent of cardiovascular risk factors? *International Journal of Obesity, 39*(2), 244-253.

Gadde, K. M., Kopping, M. F., Wagner, H. R. yonish, G. M., Allison, D. B. y Bray, G. A. (2012). Zonisamide for weight reduction in obese adults: a 1-year randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine, 172*(20), 1557-1564.

Gadde, K. M., Yonish, G. M., Foust, M. S. y Wagner, H. R. (2007). Combination therapy of zonisamide and bupropion for weight reduction in obese women: a preliminary, randomized, open-label study. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(8), 1226-1229.

Mastellos, N., Gunn, L. H., Felix, L. M., Car, J., Y Majeed, A. (2014). *Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults.* The Cochrane Library.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo*. Recuperado el 25 de octubre de 2014, de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/

Minniti, A., Bissoli, L., Di Francesco, V., Fantin, F., Mandragona, R., Olivieri, M., Fontana, G., Rinaldi, C., Bosello, O. y Zamboni, M. (2007). Individual versus group therapy for obesity: comparison of dropout rate and treatment outcome. *Eating and Weight Disorders, 12*(4), 161-167.

Pott, W., Albayrak, O., Hinney, A., Hebebrand, J. y Pauli-Pott, U. (2013). Successful treatment with atomoxetine of an adolescent boy with attention deficit/hyperactivity disorder, extreme obesity, and reduced melanocortin 4 receptor function. *Obesity Facts, 6*(1), 109-115.

Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. y Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Systematic Review, 2*(2).

Suplicy, H., Boguszewski, C. L., dos Santos, C. M., do Desterro de Figueiredo, M., Cunha, D. R. y Radominski, R. (2014). A comparative study of five centrally acting drugs on the pharmacological treatment of obesity. *International Journal of Obesity, 38*(8), 1097-1103.

Toups, M. S., Myers, A. K., Wisniewski, S. R., Kurian, B., Morris, D. W., Rush, A. J. y Trivedi, M. H. (2013). Relationship between obesity and depression: characteristics and treatment outcomes with antidepressant medication. *Psychosomatic Medicine, 75*(9), 863-872.

Winkler, L. A., Christiansen, E., Lichtenstein, M. B., Hansen, N. B., Bilenberg, N. y Støving, R. K. (2014). Quality of life in eating disorders: a meta-analysis. *Psychiatry Research, 219*(1), 1-9.

MÁS ALLÁ DEL PESO. EVALUACIÓN Y CAMBIO DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Mª África Cruz García y Jacobo Chamorro López

Servicio de psiquiatría, Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD), Hospital del Mar, Barcelona

Resumen

Introducción: La obesidad mórbida (OM) se considera una enfermedad crónica, multifactorial, con una tendencia epidémica en el mundo occidental. La cirugía bariátrica (CB) es una alternativa cuando otras estrategias más conservadoras no logran mantener el peso en límites compatibles con la salud. Varios estudios encuentran tasas no desdeñables de recuperación de peso a largo plazo en pacientes post-CB. Estos datos invitan a considerar una serie de cuestiones en la fase pre-CB desde el punto de vista de la salud mental: evaluación psicosocial, criterios para decidir entre apto/no apto para CB e indicaciones de las intervenciones psicológicas para fomentar la adaptación a los cambios. **Método:** En este capítulo, trataremos de dar respuesta a estas tres cuestiones a través de dos estrategias: una revisión bibliográfica actualizada y la descripción de la experiencia clínica de los autores en una Unidad de OM y CB. **Resultados**. Se presentan los datos para cada una de las tres cuestiones planteadas, basados en evidencia científica reciente y en la experiencia asistencial. **Discusión:** La creatividad como recurso de adaptación a los cambios, es una herramienta válida tanto para los pacientes como para los profesionales cuando se enfrentan a un contexto "nuevo". Jugando con la palabra "Ob-e-s-i-d-a-d-d" se pueden asociar una serie de palabras que ayudan a resumir aspectos que hemos encontrado son nucleares tanto en la evaluación como en el trabajo terapéutico con el paciente con OM: "Observarse - Escucharse – Sostenerse – Inventar – Decidir – Aprender – Dudar - Darse la enhorabuena". En conclusión, evaluar y modular estas capacidades, básicas para la regulación emocional y conductual, es parte del trabajo del psicólogo clínico en éste ámbito.

Palabras clave: Obesidad mórbida, cirugía bariátrica, evaluación psicosocial, intervención psicológica.

BEYOND WEIGHT. EVALUATION AND CHANGE OF PATIENTS WITH MORBID OBESITY IN A UNIT OF BARIATRIC SURGERY

Abstract

Background: Morbid obesity (MO) is considered a chronic and multifactorial condition, with an epidemic tendency in the western countries. Given a lack of response of MO to more conservative interventions, bariatric surgery (BS) is an option in order to keep weight limits compatible with health. There are several studies that find non-negligible gains in weight rates in post-BS patients. These data warn us over the necessity of review several aspects of the pre-BS phase: psychosocial assessment, criteria for deciding if a patient is apt or no apt to the BS and indications of psychological interventions aimed to facilitate the adaptation to changes. **Method:** In this chapter, we will try to answer these three questions through two strategies: a literature review and the description of the clinical experience of the authors in a Unit of MO and BS. **Results:** Data for each of the three questions raised, based on the recent scientific evidence and in clinical experience are presented. **Discussion.** Creativity, as an adaptation resource to the changing environment, is a valid tool for the patients and for the profesionals when facing a new context. Playing with the Spanish word O-B-E-S-I-D-A-D-D (*obesity*, in English) we can link a series of concepts that help to sumarize key aspects in the process of assessment and the therapeutic work with the patient with MO: Observe - Listen to (in Spanish: "Escucharse") – Stand – Invent – Decide - Learn (in Spanish: "Aprender") –Doubt - Congratulating himself (in Spanish: "Darse la enhorabuena"). All these capacities are basic to the emotional and behavioral regulation, many times so deteriorated in these patients. In conclusion: the assessment and modulation of these capacities is a key point in the labor of the clinical psychologist in this field.

Keywords: Morbid obesity, bariatric surgery, psychosocial assessment, psychological treatment.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) informa que entre el 40% y el 60% de los adultos de los países desarrollados tienen sobrepeso, y más de 300 millones de personas en el mundo padecen obesidad.

En España en un periodo de 14 años (1993-2006) se registró un incremento de la prevalencia de OM en ambos sexos de más del 200%, se pasó de 1,8 a 6,1/1.000 habitantes (Basterra-Gortari et al., 2011). El aumento de la obesidad, así como el aumento de la OM, que se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad, supone una sobrecarga para el sistema sanitario y un problema de salud pública.

Dentro de los múltiples factores que influyen en la etiopatogenia y mantenimiento de este problema, sabemos que ciertas enfermedades psiquiátricas, como la bulimia y cuadros ansiosos, son factores de riesgo de obesidad. A su vez, la obesidad es un factor predisponente de trastornos psiquiátricos como la depresión. Por este motivo se podría considerar la OM no sólo como una enfermedad de importancia física, sino también mental, y asegurar un tratamiento que abarque ambos aspectos (Bustamante, Williams, Vega y Prieto, 2006).

En este contexto, en las Unidades multidisciplinares de OM y Cirugía Bariátrica (CB) está constatándose primordial el trabajo del psicólogo clínico, tanto en el diseño como en la implementación de los programas de evaluación e intervención psicológica.

Ante la ausencia de respuesta de la OM a manejos previos más conservadores se plantea valorar la CB. Ésta nunca se ha de considerar como una solución definitiva, sino como parte del proceso de tratamiento multidisciplinar cuyo objetivo es mantener el peso en los límites compatibles con la salud.

Si bien la CB ha demostrado eficacia para lograr una pérdida significativa de peso, hay un porcentaje de pacientes (15-20%) que aún así no lo logran (Kalarchian et al., 2007) o que tras haberlo logrado vuelven a recuperarlo (Christou, Look y Maclean, 2006). Para garantizar unos buenos resultados de eficacia es fundamental seleccionar adecuadamente los candidatos. Además es importante identificar y, en la medida de lo posible, intervenir sobre las variables psicosociales que contribuyen a mantener la obesidad (Greenberg, Sogg y Perna, 2007; Maggard et al., 2005). Si este trabajo se realiza adecuadamente se mejora tanto la seguridad como la eficacia de la CB.

Son estas tres cuestiones, evaluación, selección e intervención en los pacientes pre-CB las que vamos a revisar.

Método

Para tratar de dar respuesta a las cuestiones planteadas utilizamos tres estrategias, por un lado hacer una revisión bibliográfica actualizada y, por otro lado, aportar las reflexiones desde nuestra práctica clínica como psicólogos de un equipo multidisciplinar de OM y CB.

Para la revisión bibliográfica hemos utilizado dos fuentes: PUBMED y Google Scholar. La estrategia de búsqueda ha sido "Cirugía bariátrica/Bariatric surgery Y/AND evaluación psicológica/psychological assesssment O/OR intervención psicológica/psychological treatment". De los 575 artículos resultantes en PUBMED, la revisión se centró en los 13 artículos de revisión sistemática o metaanálisis. En el Google Scholar se han seleccionado artículos recientes de equipos de trabajo españoles.

Resultados

Evaluación de la salud mental en el paciente pre-CB

Glinski, Wetzler y Goodman (2000) estiman que el 59% de obesos mórbidos candidatos a cirugía sufre de algún trastorno psiquiátrico, presentando además baja autoestima, tendencia a la negación y somatización, conductas impulsivas y autodestructivas así como dificultad para modular los afectos y el pensamiento dicotómico.

Una revisión reciente en pacientes obesos sometidos a CB estima una prevalencia entre el 20-60% de patología de Trastorno mental en el Eje I, especialmente trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. La prevalencia de Trastornos de personalidad en esta muestra fue del 29% pero la prevalencia estimada alcanza el 72% (Sarwer, Wadden y Fabricatore, 2005). Es importante tener en cuenta estos datos ya que en el contexto de la evaluación pre-CB es habitual encontrar a pacientes que niegan cualquier tipo de problema emocional y/o alimentario. Si bien una parte de los pacientes se muestran algo asustados durante las exploraciones complementarias, incluida la valoración de la salud mental, en la mayoría se detecta

una esperanza muy grande puesta en la CB como posible solución definitiva a su problema. Desde esta posición es comprensible que nieguen, o incluso se auto-engañen, para dar una "buena imagen", confiando en que así tendrán más probabilidades de ser valorados como aptos.

Desde nuestra experiencia clínica destacamos dos aspectos que creemos contribuyen a minimizar los efectos negativos asociados a la evaluación psicológica en los pacientes pre-CB:

- El profesional motiva al paciente para que colabore con sinceridad en la entrevista. Se les explica que una buena evaluación ayuda a ajustar las expectativas y garantizar la seguridad y éxito de las intervenciones que se vayan a realizar.
- El psicólogo fomenta un clima de seguridad y confianza, y hace uso de herramientas de entrevista clínica para explorar con delicadeza y precisión las s áreas más relevantes: a) historia del peso y variables asociadas a las fluctuaciones; b) estado psicopatológico actual y comorbilidad psiquiátrica, incluyendo antecedentes; c) estado cognitivo y competencia para entender en qué consiste la cirugía, y los riesgos y cuidados que requerirá de por vida; d) aspectos psicosociales y de funcionamiento personal; e) aspectos motivacionales y expectativas.

Se recomienda complementar la evaluación con una exploración psicométrica que, al menos, incluya: 1) un test para valorar posibles alteraciones en el comportamiento alimentarios; como la adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998) y, 2) un cuestionario de personalidad; nosotros administramos un test breve y sencillo que ayuda a realizar un screening categorial, Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PDQ-4+), el cual se completa con una entrevista (Calvo, Caseras, Gutiérrez y Torrubia, 2002).

Criterios desde salud mental para valorar la idoneidad de un paciente para la CB

En general, se considera que las contraindicaciones absolutas para la CB son aquellas que puedan afectar la capacidad del paciente para entender y mantener las indicaciones pre- y post-operatorias.

Los criterios resumidos en la Tabla 1 proceden de las aportaciones realizadas por Unidades de OM y CB en algún hospitales de España (Fernández de Mosteyrín, García-Camba y Mancha, 2011) y de Chile (Denisse, Koppman y Rodriguez, 2006).

Tabla 1. Contraindicaciones para la cirugía bariátrica.

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
Bulimia Nerviosa y Trastorno por atracón activo e intenso (síntomas en el último año).	Hiperfagia en otros trastornos mentales y vómitos psicógenos.
Psicosis y Trastorno bipolar con evolución tórpida.	Trastornos del espectro afectivo y ansioso.
Drogadicción.	Trastorno de la personalidad con interferencia leve.
Retraso mental; se discute cuál es el rango de CI bajo y su funcionalidad; así como el soporte de la familia.	Entorno familiar claramente desfavorable.
Trastornos de personalidad que comprometan seriamente el control de los impulsos.	

Nota. CI = cociente intelectual.

Desde la práctica clínica resaltamos la importancia de considerar también otros aspectos a la hora de valorar la idoneidad del paciente para someterse a CB:

- No conciencia de la complejidad del problema de OM: “lo mío es de los genes”.
- Expectativas desajustadas: “seré feliz”.
- Rol pasivo y baja responsabilidad: “a mí que me operen, yo ya he hecho muchas dietas”.
- Disregulación emocional e impulsividad asociada: “aunque quiera yo no puedo controlarme, es superior a mí”.
- No haber realizado tratamientos previos bien estructurados para abordar el problema de la obesidad.

Sería deseable en un futuro consensuar, combinando los datos de la investigación y la opinión de expertos, qué criterios utilizar para situar al paciente en el “continuo del apto”. Desde esta concepción sería más fácil plantear las estrategias a

probar antes de la CB, y ayudar así a los pacientes a someterse a esta intervención con los mínimos riesgos y la máxima probabilidad de éxito a corto y largo plazo.

Aspectos clave en la intervención psicológica del paciente con OM y pre-CB

Clark et al. (2003) observaron que los pacientes con enfermedad psiquiátrica atendidos en forma adecuada previamente a la cirugía, lograron disminuir significativamente más el peso, y que el tratamiento psicológico preoperatorio disminuyó la tasa de hospitalizaciones postoperatorias.

Se ha visto que sería útil la psicoterapia en el pre- y post-operatorio, ya que promueve una mayor estabilidad psicológica y ayuda a mantener el peso perdido (Kinzl, Trefalt, Fiala y Biebl, 2002; Nicolai, Ippoliti y Petrelli, 2002).

En nuestra Unidad de OM la colaboración del psicólogo clínico es parcial (4 horas/semana). Desde esta limitación aprovechamos el marco de la evaluación psicodiagnóstica, 2-3 sesiones, como una oportunidad de intervención breve. La propia devolución de los resultados, integrando los datos de la entrevista clínica con los resultados de la psicometría, resulta una oportunidad para realizar una sencilla formulación del caso. Desde este enfoque, se ayuda al paciente a que aumente la comprensión de su problema y las variables bio-psico-sociales implicadas. Este análisis fomenta que tome conciencia de su responsabilidad en gestionar la parte que le corresponde del problema, y se refuerza asuma un rol activo en el proceso, tanto al iniciar como al mantener los cambios de hábitos que previamente ha trabajado en las sesiones grupales de nutrición.

Discusión

El rol del psicólogo clínico en una Unidad de OM es fundamental, sin embargo en el Sistema Nacional de Salud de España, es aún excepcional que este profesional forme parte del equipo, y cuando se cuenta con él, suele ser a tiempo parcial.

En este marco "nuevo-complejo", la creatividad como recurso de adaptación a los cambios es una herramienta válida tanto para pacientes como para profesionales. Jugando con la palabra "Ob-e-s-i-d-a-d-d" se pueden asociar una serie de palabras que ayudan a resumir aspectos que consideramos nucleares tanto en la evaluación como en el trabajo terapéutico (Tabla 2).

Tabla 2. Acrónimo representado las capacidades básicas para la regulación emocional y conductual.

Acrónimo	Capacidad de…	Procesos implicados	Incluido al valorar…
OB	OBservarse	Pararse y atender	Impulsividad
E	Escucharse	Identificar sensaciones, emociones, pensamientos	Grado de conexión con uno mismo y sus procesos
S	Sostenerse	Tolerar lo registrado, incluso el malestar	Gestión del malestar (incluyendo: estrés elevado, frustración, rabia, etc)
I	Inventar	Crear estrategias diferentes a las habituales	Recursos sanos: flexibilidad cognitiva, capacidad creativa
D	Decidir	Elegir una estrategia y pasar a la acción	Etapa de motivación al cambio y capacidad de ser eficaz en la fase de "Acción"
A	Aprender	Extraer conocimiento sobre lo que se vivencia	Hábitos aprendidos y capacidad de desaprenderlos y adquirir otros nuevos
D	Dudar	Permitirse no saber	Tolerancia a la duda, a la incertidumbre
D	Darse la enhorabuena	Felicitarse, reforzarse por los logros	Repertorio y uso de reforzadores positivos

En conclusión, estas capacidades son básicas para la regulación emocional y conductual, a veces tan deteriorada en estos pacientes. Evaluar y modular estas capacidades es parte del trabajo del psicólogo clínico con el paciente que presenta OM.

Los psicólogos de las Unidades de OM y CB tenemos la oportunidad de hacer más eficaz y eficiente el abordaje quirúrgico. Esta tarea pasa por plantearnos alternativas como las comentadas en este capítulo, intervención focal durante la propia evaluación, y también otras, como la de implementar intervenciones grupales que ya se han probado útiles en esta población de pacientes, tanto en la fase pre- como en la fase post-CB.

Agradecimientos

A los pacientes de la Unidad de OM y CB, porque con su experiencia nos ayudan a reflexionar y a aprender: "Me operaron del estómago pero no de la cabeza" (un paciente post-CB).

Referencias

Basterra-Gortari, F.J., Beunza, 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.

Bustamante, F., Williams, C., Vega, E. y Prieto, B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, *58*, 481-485.

Calvo, N., Caseras, X., Gutiérrez F. y Torrubia, R. (2002). Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Españolas de Psiquiatría, 30*(1), 7-13.

Christou, N.V., Look, D., y Maclean, L.D. (2006). Weight gain after short- and long-limb gastric bypass in patients followed for longer than 10 years. *Annals of Surgery*, *244*, 734-740.

Clark, M.M., Balsinger, B.M., Sletten, C.D., Dahlman, K.L., Ames, G., Williams, D.E., Abu-Lebdeh, H.S. y Sarr, M.G. (2003). Psychosocial Factor and 2-year Outcome Following Bariatric Surgery for Weight Loss. *Obesity Surgery, 13,* 739-745.

Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En: D. Garner (Ed.), *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA.

Denisse M., Koppman, A. y Rodriguez M. (2006). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universitario de Chile, 16*, 282-288.

Fernández de Mosteyrín, T.F., García-Camba, E. y Mancha, A. (2011). Evaluación psicológica en pacientes con obesidad mórbida incluidos en el programa de Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid. *Psiquiatria.com, 15*, 55.

Glinski, J., Wetzler, S. y Goodman, E. (2000). The Psychology of Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery, 11*, 581-588.

Kalarchian, M.A., Marcus, M.D., Levine, M.D., Courcoulas, A.P., Pilkonis, P.A., Ringham, R.M., Soulakova, J.N., Weissfeld, L.A. y Rofey, D.L. (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry, 164*, 328-334.

Kinzl, J., Trefalt, E., Fiala, M. y Biebl, W. (2002). Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obesity Surgery, 12*, 292-294.

Maggard, M.A., Shugarman, L.R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H.J., Livingston, E.H., Nguyen, N.T., Li, Z., Mojica, W.A. y Hilton, L. (2005). Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine*, *142*, 547-59.

Nicolai, A., Ippoliti, C. y Petrelli, M. (2002). Laparoscopic adjustable gastric banding: Essential Role of Psychological Support. *Obesity Surgery, 12*, 857-863.

Pérez J. y Gastañaudy M.J. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del psicólogo*, *90*, 10-14.

Sarwer, D.B., Wadden, T.A. y Fabricatore, A.N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research, 13*, 639-648.

GRUPO DE TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Elena Cordero-Gutiérrez*, Leticia León-Quismondo, Rocío Espeso-González****

Beatriz Berenguer-Rodríguez y Eva Rodríguez-Pedraza****

** Centro de Atención Integral al Drogodependiente de Móstoles*

*** Hospital Universitario Príncipe de Asturias*

Resumen

Introducción: La Terapia de Aceptación y Compromiso está demostrando su eficacia como programa de tratamiento individual para pacientes con dolor crónico. También ha demostrado su eficacia a la hora de aumentar el afrontamiento al dolor inducido experimentalmente. **Objetivos:** Se realizó un protocolo de tratamiento grupal para el dolor crónico basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso y realizar un estudio piloto de eficacia. **Método:** El programa de terapia grupal consta de 10 sesiones de hora y media de duración con frecuencia semanal, en las que se promueve la aceptación del dolor como parte inherente a la vida y se intenta disminuir el control sobre las emociones, pensamientos y sensaciones físicas a través de reconocer que el control del dolor forma parte del problema y no es la solución. También se intenta que los pacientes identifiquen los valores y metas vitales para comprometerse con lo que se quiere conseguir en la vida. El objetivo final es que aumenten el número de actividades que realizan a pesar del dolor. Los participantes del estudio son 10 pacientes derivados por su médico de atención primaria, mayores de edad, sin tratamiento por parte del Servicio de Salud Mental en el momento de participación en el grupo. Se obtuvieron dos medidas, una previa y otra al finalizar el tratamiento grupal, de 5 participantes del grupo en ansiedad, depresión, satisfacción vital y aceptación del dolor. **Resultados:** A nivel cuantitativo se muestra una tendencia positiva en las variables medidas, aunque sin significación estadística debido al escaso tamaño de la muestra. A nivel cualitativo, los pacientes expresan menor nivel de queja, mayor nivel de actividad y encontrarse satisfechos con la terapia. **Conclusiones:** Como los resultados del estudio piloto muestran una tendencia positiva, sería recomendable realizar una investigación más amplia que pueda demostrar si esta tendencia tiene significación estadística.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, psicoterapia de grupo, dolor crónico, psicoterapia.

GROUP OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY FOR PATIENTS WITH CHRONIC PAIN IN PRIMARY CARE

Abstract

Introduction: The acceptance and commitment therapy is proving effective as individual treatment program for patients with chronic pain. It has also proven effective in increasing the coping experimentally induced pain. **Objectives:** Was performed a group treatment protocol for chronic pain based on acceptance and commitment therapy and a pilot efficacy study. **Method:** The group therapy program consists of 10 sessions of one and half hour with a weekly frequency, where is promoted the acceptance of pain as an inherent part of life and tries diminishing control over emotions, thoughts and physical sensations through recognize that pain control is part of the problem and not the solution. In the other hand, is tried that patients identify values and life goals to commit to what they want to achieve in life. The final objective is to increase the number of activities carried out despite the pain. Participants in the study were 10 patients referred by primary care doctor, over eighteen, without treatment by the Mental Health Service at the time of participation in the group. Were obtained two measurements, one before and another at the end of group therapy, of 5 participants of the group in anxiety, depression, life satisfaction and acceptance of pain. **Results:** A quantitative level, was shown a positive trend in the measured variables, although not statistically significant because of the small sample size. A qualitative level, patients expressed lower levels of complaint, higher activity level and be satisfied with therapy. **Conclusions:** As the results of the pilot study show a positive trend, it would be advisable to make a bigger investigation that can show if this trend has statistical significance.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, group psychotherapy, chronic pain, psychotherapy.

Introducción

La Terapia de Aceptación y Compromiso está comenzando a demostrar su eficacia como programa de tratamiento para pacientes con dolor crónico, tanto en formato de psicoterapia individual (Luciano, Visdómine, Gutiérrez y Montesinos, 2001) como grupal (McCracken, Sato y Taylor, 2013). También ha demostrado su eficacia a la hora de aumentar el afrontamiento al dolor inducido experimentalmente (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Páez-Blarrina et al., 2008). Por otro lado, los pacientes con diagnóstico de fibromialgia utilizan con mayor frecuencia los servicios de Atención Primaria que la media de la población (Sicras-Mainar, Blanca-Tamayo, Navarro-Artieda y Rejas-Gutiérrez, 2009), con el consiguiente gasto que produce esta utilización de los recursos.

Por estos motivos, nos decidimos a realizar un protocolo de tratamiento grupal para el dolor crónico en atención primaria basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso y realizar un estudio piloto de eficacia.

Método

Participantes

Los participantes fueron 10 pacientes (nueve mujeres, un varón) derivados por su médico de atención primaria. Los criterios de inclusión para el grupo eran:

- Mayoría de edad
- Dolor crónico asociado a cualquier diagnóstico médico.
- Recomendable no llevar mucho tiempo desde el diagnóstico

El único criterio de exclusión fue estar en tratamiento por parte del Servicio de Salud Mental en el momento de participación en el grupo.

Aunque el grupo estaba orientado a cualquier tipo de diagnóstico que cursase con dolor crónico, 8 de los 10 participantes tenían diagnóstico de fibromialgia. Los otros dos, tenían dolor crónico asociado a lesión por accidente.

Materiales/instrumentos utilizados

Se realizaron dos medidas, una previa durante la entrevista inicial y otra al finalizar el grupo. Las variables medidas fueron:

- Ansiedad, mediante el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española de Seisdedos, 1982). Este inventario es un autoinforme que consta de 20 ítems 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. La fiabilidad test retest es de 0,81 en la escala rasgo y 0,40 en la de estado; validez convergente entre 0,58 y 0,79.
- Depresión, mediante el Beck Depresión Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; versión en castellano de Vázquez y Sanz, 1997). Es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems, con un rango de puntuaciones entre 0 y 63. El punto de corte se suele situar en 18 ó 21. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93; en validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.
- Satisfacción vital, mediante la Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; versión en castellano de Vázquez, Duque y Hervás, 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.
- Aceptación del dolor, mediante el Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) (McCracken, Vowles y Eccleston, 2004; versión en castellano de González, Fernández y Torres, 2010). Es un cuestionario auto-administrado de 20 ítems que evalúan la aceptación del dolor. Se obtienen tres puntuaciones: una total, y dos subescalas, implicación en las actividades (IA) y apertura al dolor (AD). La fiabilidad test-retest es de 0,83 y la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach es de 0,83 (Rodero et al., 2010).

Procedimiento

Cada paciente realizó una entrevista individual con una de las terapeutas del grupo. El grupo consta de 10 sesiones de hora y media de duración con frecuencia semanal, en las que se promueve la aceptación del dolor como parte inherente a la vida y se intenta disminuir el control sobre las emociones, pensamientos y sensaciones físicas a través de reconocer que el control del dolor forma parte del problema y no es la

solución. También se promueve la identificación con los valores y metas vitales. El objetivo final es que aumenten el número de actividades que realizan a pesar del dolor, mejoren en calidad de vida y muestren menor ansiedad y tristeza.

Esquema de las sesiones de grupo:

1) Primera sesión
   - Presentación de terapeutas y observadora.
   - Presentación de los pacientes. Breve descripción del motivo de participar en el grupo.
   - Ajuste de expectativas, recalcando que no vienen al grupo para que le quitemos el dolor.
   - Los participantes del grupo comienzan a hablar de su experiencia con el dolor crónico.
2) Segunda sesión: después de realizar un resumen de lo hablado en la sesión anterior, se trabaja acerca de la relación entre emoción, conducta y cognición, y como esta relación influye en el cuerpo y el cuerpo en esta.
3) Tercera sesión
   - Trabajamos con la Metáfora del hoyo (Wilson y Luciano, 2002)
   - Recompensas a corto plazo y recompensas a largo plazo
   - ¿Es posible vivir sin sufrimiento?
   - ¿Se puede controlar todo en la vida? ¿Qué se puede cambiar? ¿Qué no se puede cambiar?
   - Trabajamos con la Metáfora del conductor de autobús y los pasajeros (Wilson y Luciano, 2002).
   - Se introduce un ejercicio de Mindfulness, en el que se trabaja la observación y aceptación de las sensaciones corporales, tanto las positivas y como las negativas.
4) Cuarta sesión
   - Repaso del ejercicio de Mindfulness.
   - Se realizan ejercicios para relativizar la importancia que le damos a algunas palabras, como primer paso para conseguir la defusión del pensamiento.
   - Distinguir entre el malestar limpio, que es inevitable, inherente a la situación vital y el malestar sucio, añadido al limpio.

- Hablamos de la escala de dolor y de disposición (a la acción) para que vean que son independientes.

5) Quinta sesión: dedicamos esta sesión a lo interpersonal del dolor crónico ¿Cómo me influye el dolor en mis relaciones? Las cosas que pido, cosas que no pido pero quiero, cómo reaccionan los demás ante sus quejas. También hablamos de las relaciones entre las emociones y el dolor, destacando los propios pacientes la tristeza y la rabia o ira. También relacionaron la sensación de cansancio crónico con los pensamientos de "tener que" rígidos.
6) Sexta sesión
   - Se realiza un ejercicio de visualización de un árbol de forma vívida. Se visualiza cómo se desprenden y se pierden hojas. En esas hojas escriben pensamientos negativos y los dejan ir.
   - Se trabaja con la metáfora del tablero de ajedrez (Wilson y Luciano, 2002).
7) Séptima sesión: trabajamos con los valores desde la pregunta "¿Cómo os gustaría que os recordaran?" Hablamos de diversas direcciones valiosas (familia de origen, familia propia, amigos, trabajo…). Cada participante valoraba cada una de las direcciones valiosas en importancia y satisfacción y hablaba de sus propósitos para cada dirección valiosa.
8) Octava sesión
   - En el primer momento de esta sesión, retomamos las direcciones valiosas preguntándoles si han actuado en dirección a estas y qué barreras se han encontrado para seguirlas.
   - Hablamos acerca de que el dolor y emociones incontrolables, pero que la conducta es controlable.
   - Realizamos ejercicios de defusión del pensamiento, como que utilicen la frase "tengo el pensamiento de..." o que cambien "pero" por "y". En esta línea, se trabaja para distinguir entre evaluación y descripción. Se les pide como tarea que apliquen este aprendizaje en su vida diaria para la próxima sesión.
   - Les planteamos qué tipo de estrategias utilizan ante una dificultad: insistir, abandonar o adaptarse. Reflexión acerca de cómo se puede adaptar uno a ciertas dificultades o limitaciones.

9) Novena sesión
   - Se revisa la tarea para casa de defusión del pensamiento.
   - Se trabaja con la Metáfora del pantano y la Metáfora del jardín (Wilson y Luciano, 2002).
10) Décima sesión
   - Se revisan de los contenidos del grupo.
   - En la idea de prevenir las recaídas, se normaliza que puedan volver a la anterior forma de comportarse con el dolor, pero que puedan identificarlo y volver a la dirección elegida
   - Se pide a los participantes que valoren el grupo y que se despidan.

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

De los 10 participantes del grupo, sólo pudimos obtener los cuestionarios de cinco de ellos. A nivel cuantitativo se muestra una tendencia positiva en las variables medidas (Figuras 1 y 2), aunque sin significación estadística debido al escaso tamaño de la muestra. A nivel cualitativo, los pacientes expresan menor nivel de queja, mayor nivel de actividad y encontrarse satisfechos con la terapia.

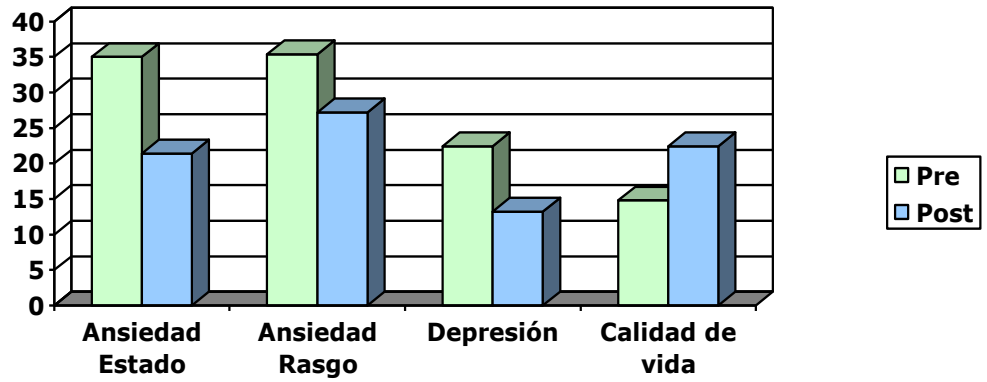


Figura 1. Diferencias pre-post en ansiedad estado y rasgo, depresión y calidad de vida.

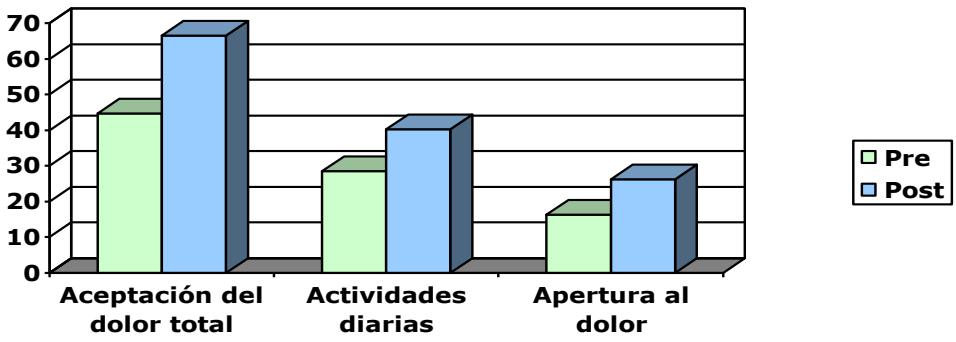


Figura 2. Diferencias pre-post en aceptación del dolor y en las dos subescalas que lo componen, actividades diarias y apertura al dolor.

Discusión/Conclusiones

Al igual que otros autores (McCracken et al., 2013), hemos encontrado que la Terapia de Aceptación y Compromiso en formato grupal presenta resultados positivos en pacientes con dolor crónico. Nosotros hemos encontrado una tendencia positiva a la hora de disminuir el nivel de ansiedad y depresión y mejorar la satisfacción vital y la aceptación del dolor.

Aunque este estudio tiene limitaciones importantes, fundamentalmente debidas al escaso tamaño de la muestra de la que se obtuvo los resultados de los cuestionarios, los resultados son prometedores e invitan a realizar una investigación con mayor número de participantes y grupo control con el fin de dilucidar si esta tendencia positiva tiene significación estadística.

Referencias

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.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985) The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assesment, 49*(1), 71-75.

González, A., Fernández, P., y Torres I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema, 22*(4), 997-1003

Gutiérrez, O., Luciano, M. C., Rodríguez, M., y Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior therapy, 35*(4), 767-783.

Luciano, M. C., Visdómine, J. C., Gutiérrez, O., y Montesinos, F. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta, 27*(113), 473-501.

McCracken L. M., Sato A., y Taylor G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *The journal of pain, 14*(11), 1398–1406.

McCracken, L. M., Vowles, K. E., y Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107,* 159-166.

Páez-Blarrina, M., Luciano, M. C., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia, S., Ortega, J., y Rodríguez-Valverde, M. (2008). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behaviour research and therapy, 46*(1), 84-97.

Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., Del Hoyo, Y. L., Serrano-Blanco, A., y Luciano, J. V. (2010). Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*, 37.

Seisdedos, N. (1982). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.* Madrid: TEA.

Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R., y Rejas-Gutiérrez, J. (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención primaria*, *41*(2), 77-84.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. C., y Lushene, R. F. (1970). *Manual for the State–Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 8,* 403-422.

Vázquez, C., Duque, A., y Hervás, G. (2013**).** Satisfaction with Life Scale in a Representative Sample of Spanish Adults: Validation and Normative Data. *Spanish Journal of Psychology, 16*, 1-15.

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. España: Pirámide.

INTERVENCIÓN GRUPAL EN EL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Leticia León-Quismondo, Guillermo Lahera-Forteza, Eva Rodríguez-Pedraza y Alberto Fernández-Liria

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

Resumen

Introducción: La terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico y la agorafobia, ha sufrido un gran impulso en los últimos años. Sin embargo, la mayoría de los estudios disponibles han utilizado intervenciones individuales. *Objetivos:* Exponer la metodología utilizada y los resultados obtenidos en un grupo de tratamiento de pacientes con trastorno de pánico y agorafobia en un Centro de Salud Mental, utilizando la terapia de aceptación y compromiso. **Método:** Participaron siete pacientes, cuatro mujeres y tres hombres, con edades comprendidas entre 26 y 55 años, que habían sido derivados al grupo por psicólogos y psiquiatras del Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares. La intervención constó de 12 sesiones, de 1h30m de duración, con frecuencia semanal. Se trabajó con metáforas para generar desesperanza creativa, ejercicios de mindfulness para la aceptación de sensaciones y pensamientos, el yo como contexto, ejercicios de defusión cognitiva, y ejercicios progresivos de exposición a sensaciones y situaciones temidas, siempre desde el marco de referencia de los valores y metas personales. Se realizó una evaluación pretest y postest. Las variables estudiadas fueron: temor a las sensaciones físicas, frecuencia de pensamientos catastróficos y nivel de evitación experiencial. **Resultados:** Las puntuaciones medias de todas las variables estudiadas disminuyeron en la evaluación postest. La diferencia de medias fue estadísticamente significativa (α=0,05) en la frecuencia de pensamientos catastróficos en general (p=0,032) y la frecuencia de pensamientos catastróficos sobre las consecuencias físicas de la ansiedad (p=0,0325). **Conclusiones:** Aunque se trata de una muestra pequeña y es necesario continuar el estudio con una mayor muestra, estos resultados preliminares apoyan la utilización de la terapia de aceptación y compromiso en formato grupal en el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia.

Palabras clave: Trastorno de pánico, agorafobia, terapia de aceptación y compromiso, intervención grupal.

GROUP THERAPY IN PANIC DISORDER AND AGORAPHOBIA WITH ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY

Abstract

Introduction: Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders such as panic disorder and agoraphobia, has suffered a great impulse in the last years. However, most of the available studies have used individual interventions. **Objectives:** To expose the methodology used and the results obtained in a treatment group of patients with panic disorder and agoraphobia in a Mental Health Center, using the acceptance and commitment therapy. *Method:* Seven patients, four women and three men, aged between 26 and 55 years participated, who were referred to the group by psychologists and psychiatrists of Alcalá de Henares Mental Health Center. The intervention consisted of 12 sessions of 1h 30m duration, weekly. We worked with metaphors to generate creative hopelessness, mindfulness exercises for feelings and thoughts acceptance, self as context, cognitive defusion exercises, and progressive exercises exposure to sensations and feared situations, always in the framework of values and personal goals. Pretest and posttest evaluation was conducted. The variables studied were: fear of physical sensations, frequency of catastrophic thoughts and level of experiential avoidance. **Results:** The mean scores for all variables studied decreased in the posttest assessment. The mean difference was statistically significant ($\alpha = .05$) in frequency of catastrophic thoughts in general ($p = .032$) and frequency of catastrophic thoughts about the physical consequences of anxiety ($p = .0325$). **Conclusions:** Although this is a small sample and it is necessary to continue the study with a larger sample, these preliminary results support the use of acceptance and commitment therapy in group format in the treatment of panic disorder and agoraphobia.

Keywords: Panic disorder, agoraphobia, acceptance and commitment therapy, group intervention.

Introducción

En los últimos años se han venido desarrollando formas alternativas de psicoterapia, entre las que destaca la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). La terapia de aceptación y compromiso constituye una de las terapias con más relevancia dentro de las terapias de tercera generación o terapias contextuales. Ésta se centra en la aceptación de experiencias internas y el debilitamiento de la literalidad del lenguaje o fusión cognitiva, enmarcándose de forma explícita en el contexto de los valores personales del paciente. Para lograr la flexibilidad psicológica se va a servir de seis procesos (aceptación, contacto con el momento presente, valores, acción comprometida, Yo como contexto y defusión cognitiva). Diversas investigaciones han estudiado la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, y en concreto en el tratamiento del trastorno de pánico. Por ejemplo, Eifert y Heffner (2003) y Levitt, Brown, Orsillo y Barlow (2004) pidieron a pacientes con trastorno de pánico que realizaran inhalaciones de dióxido de carbono, comparando el resultado de aceptar la estimulación interoceptiva aversiva versus suprimirla. Los resultados mostraron que los pacientes en la condición de aceptación tuvieron menor ansiedad subjetiva, menor evitación y mayor disposición al cambio.

Por su lado, Carrascoso y Valdivia (2009) y Ruiz (2010) estudiaron los procesos de cambio que se producen con la terapia de aceptación y compromiso y la evidencia empírica de su eficacia en distintos trastornos.

Por último, se han realizado diversos estudios de casos en los que se ha aplicado la terapia de aceptación y compromiso al tratamiento del trastorno de pánico, con resultados satisfactorios (Carrascoso, 2000; Eifert, Forsyth, Arch, Espejo y Langer, 2009; Morón, 2005; Zaldívar y Hernández, 2001).

Sin embargo, la mayoría de estudios que han aplicado la terapia de aceptación y compromiso al tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia se han basado en intervenciones individuales. Por este motivo, nuestro interés fue realizar una intervención en formato grupal en pacientes con trastorno de pánico y agorafobia utilizando la terapia de aceptación y compromiso.

Método

Participantes

El grupo estuvo formado por siete pacientes (cuatro mujeres y tres hombres) con diagnóstico de trastorno de pánico, con edades comprendidas entre 26 y 55 años. La evolución del trastorno oscilaba entre los 2 y los 30 años.

Los criterios de inclusión fueron:

- Diagnóstico de Trastorno de pánico.
- Edad entre 18 y 65 años.
- Sin tratamiento farmacológico o sin cambios en el tratamiento en el último mes.
- No estar recibiendo otra psicoterapia estructurada.

Los criterios de exclusión fueron**:**

- Tener otro diagnóstico distinto al trastorno de pánico como diagnóstico principal, exceptuando trastorno de personalidad dependiente.
- Ideación suicida activa.
- Deterioro cognitivo, trastornos neurológicos y/o retraso mental.
- Consumo activo de tóxicos, excepto nicotina.
- Dificultades para hablar o entender el castellano.

Materiales/instrumentos utilizados

Se llevó a cabo una evaluación pretest, antes de comenzar el grupo, en la que se realizó una entrevista individual para confirmar que cumplieran los criterios de inclusión. Se tomaron medidas de las siguientes variables: temor a las sensaciones físicas, frecuencia de pensamientos catastróficos acerca de las consecuencias físicas y sociales de la ansiedad y nivel de evitación experiencial.

Se utilizaron los siguientes cuestionarios:

- *Body Sensations Questionnaire* (Chambless, Caputo, Bright, y Gallagher, 1984). Se utilizó la versión española (Bados, 2000). Cuestionario autoadministrado de 17 ítems más un ítem final de tipo abierto. Se responde según una escala tipo Likert de 5 puntos. Evalúa el grado de temor que genera cada uno de los síntomas físicos durante las crisis de pánico. Tiene muy buena consistencia interna, con un alfa de 0,88; una buena estabilidad temporal, con una correlación

test-retest de un mes de 0,67. Su correlación con el Agoraphobic Cognitions Questionnaire es de 0,67, lo que sería indicativo de que ambos cuestionarios están midiendo dos aspectos diferentes del "miedo al miedo" (Bados, 2000).

- *Agoraphobic Cognitions Questionnaire* (Chambless et al., 1984). Se utilizó la versión española (Bados, 2000). Cuestionario autoadministrado de 14 ítems (más uno final de tipo abierto) sobre una escala tipo Likert de 5 puntos. Evalúa la frecuencia con la que el paciente tiene pensamientos catastróficos acerca de las consecuencias negativas de experimentar ansiedad. Tiene dos factores: consecuencias físicas de la ansiedad y consecuencias sociales/conductuales. Tiene una consistencia interna de 0,80 y una fiabilidad test-retest de 0,86. En cuanto a los estudios sobre validez, se han encontrado unas correlaciones moderadas (de 0,34 para n = 95 y 0,67 para n = 50) con el Body Sensations Questionnaire, lo cual, según los autores, indicaría que ambos cuestionarios proporcionan diferente información sobre un mismo problema (Bados, 2000).
- *Acceptance and Action Questionnaire-II* (Bond et al., 2011). Se utilizó la adaptación al castellano de Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, y Beltrán (2013). Cuestionario autoadministrado, proporciona una medida general de la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Se compone de 7 elementos que son respondidos mediante una escala Likert de 7 puntos. Los ítems reflejan una falta de voluntad de experimentar emociones y pensamientos no deseados y la imposibilidad de estar en el momento presente y comportarse de acuerdo con los valores. Tiene buenas propiedades psicométricas, presentando un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,84 y una fiabilidad test-retest de 0,81 y 0,79, a los tres y doce meses respectivamente. La validez de constructo ha mostrado una confiabilidad con rangos de 0,81 a 0,87. El análisis factorial reveló un solo factor con rangos de varianza explicada de 40 a 46%. Respecto a la validez de criterio, se han encontrado correlaciones negativas en la dirección esperada teóricamente con el Inventario de Depresión de Beck (r = – 0,75) y el Inventario de Ansiedad de Beck (r = – 0,59) (Bond et al., 2011).

Al finalizar la intervención, se realizó una evaluación postest, pidiendo a los participantes que cumplimentaran de nuevo estos mismos cuestionarios.

El análisis de los resultados se llevó a cabo mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 para Windows. El nivel de significación bilateral para todas las pruebas estadísticas se estableció en $\alpha = 0{,}05$.

Procedimiento

La intervención se realizó en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares. La intervención constó de 12 sesiones, de hora y media de duración, con frecuencia semanal. Se siguió el manual de Eifert y Forsyth (2005), adaptándolo al tratamiento del trastorno de pánico.

Las sesiones se estructuraron de la siguiente manera:

Primera sesión: Presentación del grupo y psicoeducación de la ansiedad y su función adaptativa.

Segunda sesión: Análisis de los patrones de evitación, costes, a qué han renunciado. Desesperanza creativa (metáfora del niño en el agujero). Ejercicio de mindfulness para la aceptación de sentimientos y pensamientos.

Tercera sesión: Ejercicio de mindfulness y desesperanza creativa mediante ejercicios y metáforas. Trabajo con valores, proponiendo el comportamiento guiado por valores como alternativa al control de la ansiedad.

Cuarta sesión: Ejercicio de mindfulness. Discusión sobre si los eventos internos realmente se pueden controlar (metáfora del polígrafo). Valores y metas vitales de los pacientes (epitafio).

Quinta sesión: Ejercicio de mindfulness. Yo como contexto, diferenciándolo del Yo como contenido (metáfora del tablero de ajedrez y del volleyball). Identificación de barreras que les impiden conseguir sus metas vitales y vivir de acuerdo a sus valores.

Sexta sesión: Ejercicio de mindfulness. Disposición emocional, estar dispuesto a experimentar ansiedad (metáfora del termostato). Exposición a sensaciones interoceptivas en el contexto de los valores vitales de los pacientes.

Sesiones siete a once: Ejercicio de mindfulness. Exposición interoceptiva guiada por valores y exposición a contextos naturales, mediante jerarquía. Trabajo con las barreras y dificultades que surgen.

Sesión doce: Ejercicio de mindfulness. Recapitulación de lo trabajado en las sesiones. Prevención de recaídas. Cierre y despedida.

Diseño

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo con evaluación de resultados cuantitativos mediante medidas comparativas pre y postratamiento.

Resultados

Se obtuvieron resultados pre y post de todos los participantes en el grupo en los tres cuestionarios comentados anteriormente (Body Sensations Questionnaire; Agoraphobic Cognitions Questionnaire-puntuación total; Agoraphobic Cognitions Questionnaire-factor físico; Agoraphobic Cognitions Questionnaire-factor social; y Acceptance and Action Questionnaire-II).

La diferencia de medias en las puntuaciones pretest-postest, llevada a cabo mediante el estadítico t de Student, fue estadísticamente significativa (α=0,05) en dos de las variables: en el Agoraphobic Cognitions Questionnaire-puntuación total (p=0,032), que mide la frecuencia de pensamientos catastróficos de manera global, y en Agoraphobic Cognitions Questionnaire-factor físico (p=0,0325), que mide la frecuencia de pensamientos catastróficos sobre las consecuencias físicas de la ansiedad.

Asimismo, las puntuaciones del resto de variables también disminuyeron en la evaluación postest, si bien, éstas no alcanzaron niveles de significación estadística.

Discusión/conclusiones

De los resultados obtenidos en este estudio, se puede concluir que este tipo de intervención grupal produce cambios, fundamentalmente, en la frecuencia de pensamientos catastróficos acerca de las consecuencias de la ansiedad, y más específicamente, en la frecuencia de pensamientos catastróficos acerca de las consecuencias físicas de la misma en pacientes con trastorno de pánico y agorafobia.

Tal y como se observa en los resultados obtenidos, podemos decir que el grupo ayudó a los pacientes a relacionarse de una manera distinta con sus sensaciones corporales y pensamientos, así como a disminuir su nivel de evitación experiencial. Además, disminuyó el miedo a las sensaciones físicas, disminuyó la frecuencia de pensamientos catastróficos de manera significativa y aumentó la aceptación y la flexibilidad psicológica de los participantes.

Estos resultados están en consonancia con las ideas propuestas por Hayes et al. (1999), acerca de que la terapia de aceptación y compromiso, incluida dentro de las llamadas terapias de tercera generación o terapias contextuales, supone un cambio de enfoque a la hora de conceptualizar el problema. Para estas terapias, el problema no son los síntomas en sí mismos, sino la manera en la que la persona se relaciona con ellos. Por este motivo, lo que persiguen es que los pacientes se relacionen de una manera distinta con sus eventos internos (pensamientos y sentimientos), tomándolos como algo que ocurre dentro de un Yo, tomando distancia y no considerándolos de forma literal, de manera que las personas puedan vivir una vida con sentido en la que persigan sus metas en consonancia con sus valores vitales.

Además, los resultados este estudio siguen la línea de investigaciones precedentes realizadas por autores como Eifert et al. (2009), quienes realizaron una intervención con terapia de aceptación y compromiso con pacientes con trastorno de pánico, obteniendo una reducción de la evitación experiencial, aumento en las habilidades de aceptación y mindfulness, aumento en la calidad de vida de los pacientes, así como reducciones significativas en las medidas de ansiedad. Por otro lado, Morón (2005) obtuvo resultados en esta misma línea en el trastorno de pánico con agorafobia, obteniendo resultados satisfactorios, con una disminución de los niveles de ansiedad, un aumento de la aceptación y un incremento de la realización de acciones valiosas al finalizar el tratamiento.

Las principales limitaciones de este estudio son el pequeño tamaño muestral y la ausencia de un grupo control. Por este motivo, y a pesar de que se obtienen resultados significativos con esta pequeña muestra en algunas de las variables estudiadas, consideramos que para poder realizar un mejor análisis y poder garantizar la generalización de los resultados acerca de la eficacia de esta intervención sería necesario contar con una muestra mayor y un grupo control con el que poder comparar los resultados obtenidos.

Referencias

Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.

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.

Carrascoso, F. J. (2000). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study. *Psychology in Spain, 4*, 120-128.

Carrascoso, F. J. y Valdivia, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Panic Disorder : Some Considerations from the Research on Basic Processes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *9*(3), 299–315.

Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of consulting and clinical psychology*, *52*(6), 1090–1097.

Eifert, G. H. y Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.

Eifert, G. H. y Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panicrelated symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34*, 293-312.

Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E. y Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 368-385.

Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M. y Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35*, 747-766.

Morón, R. (2005). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso a un caso de crisis de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Análisis y modificación de conducta, 31*(138), 479-498.

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*(1), 125–162.

Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema, 25*(1), 123–129.

Zaldívar, F. y Hernández, M. (2001). Terapia de aceptación y compromiso: aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica. *Análisis y modificación de conducta, 27*(113), 424-454.

INTERVENCIÓN GRUPAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO BASADO EN TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Rocío Espeso-González, Israel Leonés-Torres, Leticia León-Quismondo y Eva Rodríguez-Pedraza

Centro de Salud Mental Puerta de Madrid, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

Resumen

Introducción: En los últimos años, la terapia de aceptación y compromiso ha experimentado un gran desarrollo en multitud de patologías psiquiátricas, con especial relevancia en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), puesto que este diagnóstico está incluido dentro de la categoría del trastorno de evitación experiencial (TEE). **Objetivos:** Diseñar una intervención grupal basada en terapia de aceptación y compromiso para pacientes obsesivos puros sin rituales con grave repercusión conductual, con la posterior aplicación en contexto ambulatorio. *Método:* Se realiza una revisión bibliográfica sobre la eficacia de diversos tipos de intervenciones en pacientes con diagnóstico de TOC, encontrando numerosos estudios que describen modalidades grupales más convencionales (terapia cognitivo-conductual); encontrándose que son efectivas en la desaparición de sintomatología, pero con aparición de recaídas a medio-largo plazo. Sin embargo, se están encontrando resultados bastante alentadores en cuanto a formatos grupales basados en la filosofía de las terapias de tercera generación, muy indicadas en este tipo de clínica psiquiátrica, porque hacen un trabajo focal con los pacientes transmitiéndoles el mensaje de que el problema se encuentra en la lucha y/o control que mantienen contra sus pensamientos. **Resultados:** Se describirá una intervención grupal con terapia de aceptación y compromiso de 10 sesiones, con frecuencia semanal, de 1,5 horas de duración con técnicas propias de esta modalidad psicoterapéutica, con el objetivo de abordar sus cinco asunciones básicas (desesperanza creativa, el control es el problema, yo contenido-yo contexto, defusión cognitiva, compromiso con valores) y un trabajo final sobre prevención de recaídas. **Conclusiones:** Sería interesante no sólo poder implantar este formato grupal en el

ámbito clínico-asistencial, sino también desarrollar líneas de investigación que pudieran cuantificar su eficacia de manera objetiva, así como posibles comparaciones con otro tipo de intervenciones.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, terapia de aceptación y compromiso, intervención grupal, psicoterapia.

GROUP THERAPY FOR PATIENTS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER BASED ON ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY

Abstract

Introduction: In the last years, acceptance and commitment therapy has experienced a great development in the treatment of many psychiatric disorders, with special relevance in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD), since this diagnosis is included within the category of experiential avoidance disorder (EAD). *Objectives:* To design a group intervention based on acceptance and commitment therapy for pure obsessive patients without rituals with severe behavioral impact, with the subsequent application in outpatient setting. **Method:** A literature review on the effectiveness of different therapeutical interventions in patients with OCD diagnosis is made, finding numerous studies describing more conventional group modalities (cognitive-behavioral therapy), effective in the disappearance of symptoms, but with relapses in medium-long term. However, very encouraging results in terms of group formats based on the philosophy of third generation therapies are been found, very suitable for this type of psychiatric clinic, because they do a focal work with patients transmitting the message that the problem is in the fight and/ or control that they keep against their thoughts. **Results:** A 10 sessions with acceptance and commitment therapy group intervention, weekly, 1.5 hours, with techniques of this psychotherapeutic modality is described, with the aim of addressing the five basic assumptions (creative hopelessness, control is the problem, self as content-self as context, cognitive defusion, commitment to values) and a final work on relapse prevention. **Conclusions:** It would be interesting not only to introduce this format group in the clinical care setting, but also develop lines

of research that could quantify its effectiveness objectively and possible comparisons with other interventions.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, acceptance and commitment therapy, group intervention, psychotherapy.

Introducción

En los últimos años, la terapia de aceptación y compromiso ha tenido un gran desarrollo en multitud de trastornos. Las intervenciones en grupo con terapia cognitivo-conductual son efectivas en la desaparición de la sintomatología en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) a corto plazo, pero describen recaídas a medio-largo plazo. Se encuentra que la exposición con prevención de respuesta (EPR) es eficaz en la desaparición de rituales y la reducción del malestar pero acaba generando resistencia al tratamiento, baja adherencia y una alta tasa de abandonos; así como una probabilidad de recaídas de más del 48% al cabo de dos años (Eisen et al., 1999).

En un meta-análisis sobre la efectividad de EPR versus tratamientos farmacológicos, no se hallaron diferencias entre la serotonina y EPR; concluyendo que la decisión de utilizar un procedimiento u otro dependerá de su disponibilidad (Kobak, Greist, Jefferson, Katzelnick y Henk, 1998).

En este contexto, la terapia de aceptación y compromiso surge como una alternativa a la intervención en el TOC, ya que se trata de un trastorno en el que encontramos un alto grado de evitación experiencial y fusión cognitiva, aspectos que van a ser tratados específicamente en terapia de aceptación y compromiso. Los propios autores plantean la esta terapia como una oportunidad de practicar la experimentación de ansiedad sin luchar contra ella (Hayes, 1987). En el TOC, las obsesiones, los pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas son combatidos por la persona, a pesar de ser reconocidos como propios, debido al gran nivel de malestar. Esto se realiza mediante las compulsiones, que tienen el objetivo de reducir el malestar y la ansiedad. Así, el pensamiento es valorado como algo literal y peligroso que necesita ser evitado. Estos intentos por controlar o eliminar las obsesiones generan gran malestar. La terapia de aceptación y compromiso supone un cambio de perspectiva, de pasar de intentar controlar o eliminar los pensamientos a considerarlos como pensamientos, haciendo que

la persona pueda sentirse libre para dirigirse hacia sus metas y valores vitales. Existe evidencia de la efectividad de terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (Twohig, Hayes y Masuda, 2006; Twohig y Woods, 2004; Woods, Wetterneck y Flessner, 2006).

Por último, aunque los beneficios de las intervenciones grupales son ampliamente conocidos, la mayoría de estudios que aplican la terapia de aceptación y compromiso al tratamiento del TOC se basan en intervenciones individuales. Por ende, nuestro interés fue realizar una intervención en formato grupal en pacientes con diagnóstico de TOC utilizando la terapia de aceptación y compromiso. A continuación, se expone el proyecto de trabajo.

Método

Participantes

El grupo está formado por ocho pacientes mujeres, entre 24 y 62 años.

Criterios de inclusión: diagnóstico de TOC.

Criterios de exclusión: otro trastorno mental grave como diagnóstico principal, consumo activo de tóxicos (excepto nicotina).

Se reclutó a los pacientes mediante derivaciones realizadas por sus Psiquiatras/Psicólogos de referencia.

Materiales/instrumentos utilizados

Se realizó una evaluación pretest, antes de comenzar el grupo, en la que se realizó una entrevista individual a cada uno de los pacientes, para confirmar que cumplieran los criterios de inclusión.

Las variables medidas fueron las siguientes:

- Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Versión española de Sandín, Chorot, Valiente, y Lostao (2009). Evalúa la tendencia general a preocuparse (preocupación-rasgo). Compuesta por 16 ítems que evalúan mediante escalas de intervalo (de 1 “nada” a 5 “mucho”). El punto de corte es 56, que objetivaría patología psiquiátrica con repercusión emocional y/o conductual. Tanto la fiabilidad como la validez son adecuadas, con un

coeficiente alfa de Cronbach entre 0,84 y 0,89 y una correlación elevada con rasgo de ansiedad y ansiedad cognitiva; de forma moderada con sensibilidad a la ansiedad y de forma baja con niveles de miedo y síntomas psicosomáticos (Sandín et al., 2009).

- Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; versión en castellano de Vázquez y Sanz, 1997). Evalúa las manifestaciones conductuales de la depresión en adolescentes y adultos. Contiene un factor cognitivo-afectivo y un factor somático. Permite clasificar la intensidad de la depresión en: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y alta (≥30). El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93; en validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.
- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989; versión española de Bobes, Bousoño, y González (1996). Consta de tres partes: 1)ejemplos de conductas obsesivo-compulsivas, 2)listado de conductas obsesivo-compulsivas, 3)se evalúa el tiempo que consumen esas conductas, la interferencia que suponen en la vida cotidiana, estrés que produce y percepción de control. Posee una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0,60-0,91), una buena validez convergente cuando se compara con los resultados de otras escalas similares y una buena validez discriminante con las escalas de ansiedad (0,44) y depresión (0,26) de Hamilton.
- Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) (Bond et al., 2011). Se utilizó la adaptación al castellano de Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, y Beltrán (2013). Cuestionario autoadministrado, proporciona una medida de la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Se compone de 7 elementos que son respondidos mediante una escala Likert de 7 puntos. Tiene buenas propiedades psicométricas, presentando un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,84 y una fiabilidad test-retest de 0,81 y 0,79, a los tres y doce meses respectivamente. La validez de constructo ha mostrado una confiabilidad con rangos de 0,81 a 0,87.

Al finalizar la intervención, se realizará una evaluación post-test, pidiendo a los participantes que cumplimenten de nuevo estos mismos cuestionarios.

Procedimiento

La intervención se realiza en el Centro de Salud Mental Puerta de Madrid de Alcalá de Henares. Consta de 10 sesiones, de hora y media de duración, con frecuencia semanal.

Estructuración de las sesiones:

Primera sesión: Presentación de los miembros del grupo, ajuste de expectativas. Se exploran intentos de solución anteriores, qué les ha funcionado y qué no, discutiendo sobre las conductas de seguridad y evitación que llevan a cabo, y los costes a largo plazo.

Segunda sesión: Se trabaja con desesperanza creativa, mediante la metáfora de "El hombre en el hoyo", lo que propicia una discusión acerca de cómo han recurrido a la evitación como una manera para reducir las obsesiones.

Tercera y cuarta sesión: Se trabajará sobre la idea de que los intentos de control de los síntomas son realmente el problema (metáfora del polígrafo, de las arenas movedizas). Se trabajará diferenciará entre "malestar limpio" y "malestar sucio".

Quinta y sexta sesión: Se trabajará con la defusión cognitiva, trabajando con el Yo como contexto, pudiendo observar los pensamientos sin reaccionar ante ellos.

Séptima sesión: Se continuará el trabajo con el Yo como contexto (metáfora del tablero de ajedrez).

Octava y novena sesión: Trabajo con los valores y metas vitales de los pacientes. Se realizará un ejercicio de lápiz y papel, en el que cada uno escribe sus metas vitales en cada una de las áreas que considera importantes para él. Esto llevará a trabajar con barreras previstas y estrategias para afrontarlas. Se utilizará la metáfora de los pasajeros del autobús.

Décima sesión: Prevención de recaídas. Se pondrán en común los cambios realizados, dificultades que se anticipan y formas de afrontarlas. Cierre y despedida.

Diseño

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo con evaluación de resultados cuantitativos mediante medidas comparativas pre y postratamiento. La evaluación se llevó a cabo mediante los instrumentos BDI, YBOCS, PSWQ y AAQ. Señalar que

también se tendrá en cuenta la posible mejoría percibida por los pacientes de manera subjetiva, explorándola en la última sesión.

Resultados

En este momento no disponemos de resultados cuantitativos, ya que el grupo está actualmente en proceso de realización. Sin embargo, podemos decir que, a nivel cualitativo, durante las sesiones realizadas se ha comenzado a observar un cambio en los participantes, en relación al modo en el que conceptualizan su problema, comenzando a ver que todos los intentos previos que han realizado para "solucionar" su problema no han resultado eficaces, planteándose nuevas formas de actuar con su problemática.

Discusión/conclusiones

Las terapias de tercera generación, llamadas también terapias contextuales o funcionales, suponen un cambio de enfoque a la hora de conceptualizar el problema. Para este conjunto de terapias, el problema no son los síntomas en sí, sino la manera en la que la persona se relaciona con ellos. En contraposición con modelos internos, de enfermedad y déficit, que localizan los síntomas dentro del sujeto, en su cerebro o en una manera errónea de concebir el problema, las terapias contextuales legitiman un malestar que forma parte del hecho de vivir, como algo normal y humano, evitando así la iatrogenia y la culpabilización del paciente (Hayes, Strosahl y Wilson 1999).

La terapia de aceptación y compromiso supone en este sentido una manera distinta de enfocar la terapia, centrándose en las metas y valores vitales de los pacientes como guía de todo el proceso terapéutico, fomentando de esta forma la aceptación y la flexibilidad psicológica de los pacientes, de manera que puedan vivir una vida con sentido para ellos. De esta manera, se persigue que los pacientes se relacionen de una manera distinta con sus eventos internos (pensamientos y sentimientos), tomándolos como algo que ocurre dentro de un Yo, sin condicionar por ello las acciones llevadas a cabo.

La revisión bibliográfica inicial arrojó datos de la eficacia, principalmente a corto plazo, de intervenciones cognitivo-conductuales en formato grupal para el TOC (McKay et al., 2015; Olatunji, Davis, Powers y Smits, 2013), así como datos más recientes de eficacia de la terapia de aceptación y compromiso para el mismo trastorno,

si bien con mayoría de estudios realizados en aplicaciones individuales (Twohig et al., 2006; Woods et al., 2006).

La ausencia de datos post-intervención en nuestro estudio al tratarse de un diseño y aplicación grupal de las primeras sesiones no nos permiten arrojar resultados cuantitativos por el momento. La valoración subjetiva que hemos recogido es de una aceptación inicial por parte de los pacientes a la hora de participar en este nuevo abordaje.

Limitaciones y perspectivas de futuro

La principal limitación de este estudio es que aún no contamos con resultados cuantitativos de esta intervención grupal puesto que está desarrollándose en estos momentos.

Por otro lado, para poder realizar un mejor análisis y garantizar la generalización de los resultados acerca de la eficacia de esta intervención sería necesario contar con un mayor tamaño muestral y un grupo control con el que poder comparar los resultados obtenidos. Nuestro objetivo es poder realizar esto en un futuro cercano.

Referencias

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.

Bobes, J., Bousoño, M. y González, P. (1996). *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Asistencia Primaria.* Oviedo: I Gofer.

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.

Eisen, J. L., Goodman, W. K., Keller, M. B., Warshaw, M. G., De Marco, L. M., Luce, D. D. y Rasmussen, S. A. (1999). Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *The Journal of clinical psychiatry*, *60*(5), 346-51.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L. y Hill, C. L. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I.

Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1006–1011.

Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson (Ed.), *Psychoterapists in clinical practice: cognitive and behavioural perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford press.

Kobak, K. A., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Katzelnick, D. J. y Henk, H. J. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology*, *136*(3), 205-216.

McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K. y Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 225*(3), 236-246.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy, 28*, 487-495.

Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B. y Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research, 47*(1), 33-41.

Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, *25*(1), 123–129.

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*(2), 107-122.

Twohig, M. P. y Woods, D. W. (2004). A Preliminary Investigation of Acceptance and Commitment Therapy and Habit Reversal as a Treatment for Trichotillomania. *Behavior Therapy*, *35*(4), 803-820.

Twohig, M. P., Hayes, S. C. y Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, *37*, 3-13.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1997) Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 8*, 403-422.

Woods, D. W., Wetterneck, C. T. y Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 639-656.

MIDFULNESS Y PACIENTES CON PSICOSIS. UNA EXPERIENCIA CLÍNICA

Juan Francisco Jiménez-Estévez, Jocelyne García-Carrillo, Silvia Bolívar-López y Inmaculada Garijo-López

Hospital Universitario San Cecilio, Granada

Resumen

Antecedentes: A pesar de la secular prevención en la utilización de técnicas que favorezcan la introspección en pacientes con psicosis, bajo el argumento de que exacerban los síntomas psicóticos, son varios los estudios que muestran resultados significativamente positivos tras la implementación de programas basados en mindfulness en pacientes con psicosis. Así se desprende también de nuestra experiencia de años aplicando mindfulness a personas con psicosis con resultados satisfactorios. En este trabajo pretendemos revisar la literatura científica sobre las intervenciones basadas en mindfulness para pacientes con psicosis y, respecto a esto, mostrar la experiencia que se está llevando a cabo desde hace años en una unidad de rehabilitación de salud mental. **Método:** Para la revisión bibliográfica, se introducen en los motores de búsqueda de las bases de datos de pubMed/Medline los siguientes parámetros: "mindfulness or meditation" and "psychosis or schizophrenia". Sobre nuestra experiencia con terapia basada en mindfulness en un grupo abierto de pacientes con psicosis, que lleva funcionando cinco años en nuestra unidad de rehabilitación, se obtienen datos descriptivos y cualitativos de los ocho pacientes que actualmente están en este grupo mediante el Five Facet Mindfulness Questionnaire y una encuesta de satisfacción. **Resultados:** Encontramos 6 estudios de caso que hablan de la presentación de síntomas psicóticos agudos inducidos por la meditación en condiciones intensivas; 14 investigaciones con grupos de pacientes, 1 revisión sistemática y 1 meta-análisis concluyen resultados significativamente beneficiososde la aplicación de mindfulness en personas con psicosis. Asimismo, nuestra experiencia ofrece resultados positivos en el manejo de diferentes habilidades y satisfacción por parte de los participantes. **Conclusiones:** Existe una creciente evidencia de que las prácticas de mindfulness pueden ser seguras y terapéuticas para personas diagnosticadas de trastornos psicóticos, si bien es necesaria todavía más investigación al respecto.

Palabras clave: Mindfulness, meditación, psicosis, esquizofrenia.

MINDFULNESS AND PATIENTS WITH PSYCHOSIS. A CLINICAL EXPERIENCE

Abstract

Background: Despite the secular prevention in the use of techniques that encourage introspection in patients with psychosis, arguing that exacerbate psychotic symptoms, there are several studies showing significantly positive results after implementation of based mindfulness programs in patients with psychosis. This is also clear from our years of experience applying mindfulness inpeople with psychosis, with satisfactory results. In this paper, we review the literature on mindfulness-based interventions for patients with psychosis andwe show the experience that is being carried out for years in a rehabilitation unit of mental health. **Method:** For the literature review, are introduced into the search engine databases PubMed / Medline the following parameters: "mindfulness or meditation" and "psychosis or schizophrenia". About our experience using mindfulness based therapy on an open group of patients with psychosis, operating for five years in our rehabilitation unit, descriptive and qualitative data of the eight patients currently in this groupare obtained by Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) and a satisfaction survey. **Results:** We found six case studies that talk about the presentation of acute psychotic symptoms induced by meditation in intensive conditions; 14 researches on groups of patients, one systematic review and one meta-analysis concluded significantly beneficial results of the application of mindfulness in people with psychosis. Also, our experience shows positive results in the management of different skills and satisfaction of the participants. **Conclusions:** There is growing evidence that mindfulness practices can be safe and therapeutic for people diagnosed with psychotic disorders, although more research is needed.

Keywords: Mindfulness, meditation, psychosis, schizophrenia.

Introducción

En referencia a las personas con psicosis, tradicionalmente se ha pensado que técnicas meditativas como el mindfulness, que favorecen la introspección y el insight, podrían resultar abrumadoras y provocar o agudizar, en estos pacientes, experiencias psicóticas desagradables (voces, paranoia, etc). Durante los últimos veinte años se ha venido acumulando evidencia de la utilidad de mindfulness en trastornos anímicos y de ansiedad. En consecuencia, en años recientes, la atención clínica ha empezado a enfocarse en la utilidad de mindfulness para tratar otras psicopatologías, incluyendo los trastornos psicóticos. Mindfulness ha sido definido como "prestar atención de una manera determinada, con una finalidad, en el momento presente y sin enjuiciar" (Kabat-Zinn, 1994). Se trata de un proceso de consciencia, de atención serena, en el que pensamientos, emociones o sensaciones son simplemente observados mientras pasan por nuestra mente, sin juzgarlos ni intentar modificarlos, percibiendo su carácter temporal e independiente de nuestro yo. Las terapias basadas en mindfulness y la terapia cognitiva comparten la premisa de que no son las sensaciones o los eventos los que producen directamente la angustia y el sufrimiento, sino que éstos son producidos por la mente. Tal y como Chadwick, Newman-Taylor y Abba (2005) argumentan, la terapia cognitiva para la psicosis no debería tener como objetivo intentar controlar los síntomas psicóticos (voces, imágenes o intrusiones paranoides), sino que deberían intentar aliviar la angustia y el sufrimiento asociados a tales síntomas. Este argumento es consistente con la justificación de la aplicación de mindfulness en personas con psicosis. Las terapias basadas en mindfulness explicitan claramente los tipos de relación con los pensamientos y sensaciones que producen la angustia, las reacciones a las experiencias/sensaciones que causan el sufrimiento, y enseña a relacionarse de una manera diferente con los pensamientos, experiencias y sensaciones con la finalidad de aliviar la angustia y el sufrimiento. Así pues, con este trabajo pretendemos, primero, ofrecer una revisión concisa de los hallazgos empíricos hasta la fecha apoyando o desaconsejando la implementación de intervenciones basadas en mindfulness para el tratamiento de los trastornos psicóticos y, segundo, al respecto de esto, dar a conocer la experienciaque estamos llevando a cabo desde hace años en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital Universitario San Cecilio (URSM-HUSC) de Granada.

Método

Búsqueda bibliográfica

Realizamos una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas de pubMed/Medline utilizando 'mindfulness' or 'meditation' and 'psychosis' or 'schizophrenia' como criterios de búsqueda, para publicaciones anteriores al 13 de agosto de 2014. De los resultados arrojados en la búsqueda, sólo incluimos aquellos estudios que ofrecieran una evaluación clínica y/o empírica, ya fuera cualitativa o cuantitativa de los efectos de intervenciones basadas en mindfulness en variables relacionadas con la psicosis. Con el objetivo de que las investigaciones tenidas en cuenta fuesen lo más homogéneas posibles, aquellos estudios que integraban mindfulness en un marco de tratamiento más amplio (por ejemplo, la terapia de aceptación y compromiso) fueron excluidos; asimismo, aquellos estudios en los que la técnica meditativa no se basaba explícitamente en mindfulness (por ejemplo, meditación trascendental, etc.) fueron excluidos.

Participantes

Se presentan los datos de las evaluaciones realizadas a los 8 pacientes que actualmente se encuentran participando en el taller permanente de mindfulness de la URSM-HUSC de Granada y se comparan con los datos obtenidos de un grupo control de 8 pacientes usuarios de la misma unidad que no han participado ni participan en el taller de mindfulness. El mencionado taller de mindfulness consiste en un grupo abierto permanente, donde no hay un inicio ni un final concretos (no se trata de aplicar un programa estandarizado) y en el que, consecuentemente, los pacientes que participan tienen niveles intragrupo muy diferentes en la práctica de mindfulness, es decir, es un grupo heterogéneo en lo que a la práctica y conocimiento de mindfulness se refiere.

Instrumentos

- Cuestionario de satisfacción. Los pacientes que participan actualmente en nuestro taller de mindfulness rellenaron un cuestionario de satisfacción. Se trata de un instrumento realizado por nosotros con 16 afirmaciones para valorar en una escala Lickert que va de 1(no estoy nada de acuerdo) a 5 (estoy

absolutamente de acuerdo) algunas cuestiones relacionadas fundamentalmente con tres factores diferentes: (1) utilidad para el funcionamiento general cotidiano; (2) la técnica, el método, la temporalización de las sesiones y (3) cuestiones relacionadas con el terapeuta que guía habitualmente las sesiones.

- Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Tanto el grupo de participantes como el grupo control rellenaron este cuestionario. Se analizan después las diferencias entregrupos utilizando el estadístico U de Mann-Whitney (diferencia de medias para grupos no-relacionados). El FFMQ es un instrumento traducido y validado al español que cuenta con buenas propiedades psicométricas (Cebolla et al., 2012). Consta de 39 ítems y evalúa cinco facetas de las habilidades mindfulness. Los ítems son situados en una escala Lickert que va desde 1 (nunca o raramente cierto) hasta 5 (muy a menudo o siempre verdadero). Los factores incluyen: *Observar*, incluyendo notar o percatarse de las experiencias internas y externas como sensaciones, emociones o pensamientos. *Describir*, referido a la capacidad de ponerles nombre a las experiencias internas. *Actuar dándose cuenta* se refiere a la capacidad de focalizar la atención en la actividad que uno realiza en un momento determinado, como opuesto a actuar mecánica o automáticamente. *No juzgar la experiencia interna* se refiere a tener una actitud no-evaluativa sobre nuestros pensamientos y sensaciones. *No reactividad a la experiencia interna* es la capacidad de permitir que los pensamientos y sensaciones lleguen y se vayan, dejarlos marchar sin permitir dejarnos llevar o arrastrarnos por ellos.

Resultados

De la búsqueda bibliográfica, en la literatura científica revisada, aparecen 6 estudios de casos que exponen la precipitación de episodios psicóticos agudos inducidos por la meditación. Walsh y Roche (1979) reportan tres casos de personas con historia de esquizofrenia que, mientras participaban en un retiro de meditación, experimentaron episodios psicóticos agudos. García-Trujillo, Monterrey y Gonzalez-Riviera (1992) describieron dos casos de psicosis aguda precipitada por la meditación en personas con un diagnóstico previo de trastorno esquizotípico de la personalidad. Posteriormente, un estudio de tres casos que presentaron síntomas psicóticos inducidos por la meditación

fue publicado por Chan-ob y Boonyanaruthee (1999). Yorston (2001) ilustra el caso de una mujer de 25 años que experimentó episodios delirantes y risas explosivas inapropiadas que fueron provocados por la meditación. Episodios psicóticos inducidos por la meditación fueron incluso descritos en dos sujetos sin historia previa de trastorno psiquiátrico (Sethi y Subhash, 2003). Más recientemente, Kuijpers, van-der-Heijden, Tuinier y Verhoeven (2007) publican el caso de un hombre que desarrolló una psicosis aguda y muy angustiante con síntomas polimorfos después de practicar meditación. Los hallazgos de estos estudios de casos parecen sugerir cautela en los tratamientos basados en meditación para los trastornos psicóticos. No obstante, estos hallazgos tienen que ser valorados a la luz de una serie de limitaciones que presentan estas publicaciones: primero, son estudios de casos con muy pocos participantes y diseños no controlados; segundo, todos los participantes de los estudios mencionados arriba, invariablemente, fueron expuestos a prácticas de meditación intensiva que suponían pasar más de 18 horas meditando al día con largos periodos de ayuno y silencio; tercero, la mayoría de estos estudios no ofrecen una información adecuada sobre el tipo de meditación utilizada y, cuarto, los participantes fueron atendidos en retiros de meditación y no en contextos clínicos adecuados.

Salvo estos estudios de casos, el resto de los estudios que hemos revisado, en su mayoría ensayos clínicos, aplican terapia basada en mindfulness de manera terapéutica y reportando beneficios clínicos significativos. El primer estudio que utiliza mindfulness como agente primario para el tratamiento de la psicosis fue llevado a cabo por Chadwick et al. (2005). Los participantes (n=11) diagnosticados de esquizofrenia siguieron un programa de seis sesiones semanales de 90 minutos. Las sesiones comprendían un ejercicio guiado de meditación mindfulness de 10 minutos de duración en conjunción con psicoeducación y discusiones que servían para ir descubriendo los componentes de la terapia. Se evitaban largos periodos de silencio y todos los participantes recibieron unas grabaciones con meditaciones guiadas para facilitar la práctica diaria en casa. Se encontraron mejoras pre-post significativas en el funcionamiento clínico general y en la habilidad de los participantes para responder con menos angustia a los pensamientos e imágenes psicóticos (incremento de habilidades mindfulness en un 36,6%). Posteriormente, estos resultados fueron replicados en un ensayo aleatorizado y controlado (Chadwick, Hughes, Russell, Russell y Dagnan,

2009). Más recientemente, Langer, Cangas, Salcedo y Fuentes (2012) llevaron a cabo un estudio controlado y aleatorizado (n=23), siguiendo una metodología parecida y demostraron mejoras significativas en el grupo mindfulness sobre el grupo control en su habilidad para responder con menos implicación y sufrimiento a los pensamientos e imágenes angustiantes. Chien y Lee (2013) comunican la efectividad de un programa de psicoeducación basado en mindfulness en pacientes con esquizofrenia (n=96). Comparados con un grupo control, los pacientes que recibieron el tratamiento basado en mindfulness demostraron una mejoría a largo plazo en la severidad de los síntomas psicóticos, en el funcionamiento psicosocial y menor frecuencia de rehospitalizaciones. Otros estudios muestran resultados significativos tras programas de terapia basada en mindfulness en variables como: reducción significativa de síntomas agorafóbicos tras primer episodio psicótico y puntuaciones más bajas en neuroticismo (van-der-Valk, Van-de-Waerdt, Meijer, Van-den-Hout y De-Haan, 2013); mayor autorregulación respecto a las ideas delirantes y cambio en la manera en que se perciben las experiencias psicóticas (Abba, Chadwick y Stevenson, 2008); incrementos en la capacidad de relajación, reducción de síntomas psiquiátricos en general (incluyendo los psicóticos) y cambios en la capacidad cognitiva-atencional (Brown, Davis, La-Roccod y Strasburger, 2010); incremento en los niveles de autoaceptación y mayor sentimiento de empoderamiento y control de los síntomas psicóticos (Ashcroft, Barrow, Lee y MacKinnon, 2012); concretamente, los resultados del estudio cualitativo de Ashcroft y sus colaboradores son consistentes con los hallazgos de Jacobsen, Morris, Johns y Hodkinson (2011) y los de Taylor, Harper y Chadwick (2009), y fueron replicados en otro reciente estudio cualitativo con pacientes que experimentaban alucinaciones auditivas (Dennick, Fox y Walter-Brice, 2013).

Sobre nuestra experiencia en la URSM-HUSC, los resultados de la *encuesta de satisfacción* (evaluación cualitativa) completada por el grupo mindfulness, reflejan que el mindfulnes les está siendo de utilidad en su vida, ayudándoles a estabilizar sus emociones y a manejarse mejor con sus problemas y sus síntomas. Asimismo, estos pacientes valoran positivamente las sesiones y el papel del terapeuta en la guía y descubrimiento de los procesos, así como para centrarse en el presente. Con respecto al cuestionario *FFMQ*, el grupo mindfulness obtiene una puntuación significativamente mayor en la faceta *observar* con respecto al grupo control (p=0,015). Las diferencias

entre los grupos en las demás facetas del cuestionario, así como en la puntuación total del mismo, no llegan a ser significativas tras análisis estadístico, si bien el grupo mindfulness obtiene puntuaciones mayores con respecto al grupo control con la tendencia esperada.

Conclusiones

Nuestra experiencia aplicando mindfulness en pacientes con psicosis parece apuntar resultados positivos, tanto cuantitativa como cualitativamente, en la línea de los datos alentadores de otras investigaciones realizadas hasta el presente y comentadas también en este artículo. Podemos decir que existe una creciente y prometedora evidencia de la aplicabilidad de manera segura y terapéutica de las terapias basadas en mindfulness en pacientes con trastornos psicóticos, mostrando un importante y beneficioso papel en el tratamiento de las psicosis. Pero los resultados con los que contamos hasta ahora no son todavía suficientes. En adelante, habrán de llevarse a cabo un mayor número de trabajos con muestras de sujetos más amplias, con una mejor definición y diseño de variables y control experimental (diseños pre- post con grupo control) y procurando homogeneidad en las intervenciones entre las investigaciones.

Referencias

Abba, N., Chadwick, P. y Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research, 18,* 77–87.

Ashcroft, K., Barrow, F., Lee, R. y MacKinnon, K. (2012). Mindfulness groups for early psychosis: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85,* 327–334.

Brown, L.F., Davis, L.W., La-Roccod, V.A. y Strasburger, A. (2010). Participant perspectives on mindfulness meditation training for anxiety in schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 13,* 224–242.

Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, 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.

Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I. y Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: A replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*, 403–412.

Chadwick, P., Newman-Taylor, K. y Abba, N.J. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *33*, 351–359.

Chan-ob, T. y Boonyanaruthee, V. (1999). Meditation in association with psychosis. *Journal of Medical Association of Thailand, 82*, 925–929.

Chien, W.T. y Lee, I.Y. (2013). The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 64*, 376–379.

Dennick, L., Fox, A.P. y Walter-Brice, A. (2013). Mindfulness groups for people experiencing distressing psychosis: An interpretative phenomenological analysis. *Mental Health Review Journal, 18*, 32–43.

García-Trujillo, R., Monterrey, A.L. y Gonzalez-Riviera, J.L. (1992). Meditation and psychosis. *Psiquis Revista de Psiquiatria, Psicologia y Psicosomatica, 13*, 39–43.

Jacobsen, P., Morris, E., Johns, L. y Hodkinson, K. (2011). Mindfulness groups for psychosis; key issues for implementation on an inpatient unit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *39*, 349–53.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Kuijpers, H., van-der-Heijden, F., Tuinier, S. y Verhoeven, W. (2007). Meditation-induced psychosis. *Psychopathology, 40*, 461–464.

Langer, A.I., Cangas, A.J., Salcedo, E. y Fuentes, B. (2012). Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *40*, 105–109.

Sethi, S. y Subhash, C. (2003). Relationship of meditation and psychosis: Case studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*, 383-384.

Taylor, K.N., Harper, S. y Chadwick, P. (2009). Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: Evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *37*, 397–402.

Van-der-Valk, R., Van-de-Waerdt, S., Meijer, C.J., Van-den-Hout, I. y De-Haan, L. (2013). Feasibility of mindfulness-based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry, 7*, 64–70.

Walsh, R. y Roche, L. (1979). Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. *American Psychiatry Association, 136*, 1085–1086.

Yorston, G. (2001). Mania precipitated by meditation: A case report and literature review. *Mental Health, Religion and Culture, 4*, 209–213.

PRELIMINARY ADAPTATION OF THE FAMILY ALLIANCE ASSESSMENT SCALES TO THE PERIOD OF ADOLESCENCE

Michela Gatta*, Alessandra Simonelli, Lorenza Svanellini*, Marta Sisti* and Laura Sudati***

**Neuropsychiatry Unit for Children and Adolescents, ULSS 16, University of Padua, Italy*

***Department of Developmental Psychology and Socialization, University of Padua, Italy*

Abstract

Introduction: Considering the whole family as a structured subsystem defined on the basis of the members' different functions, this work focuses on the Lausanne Trilogue Play (LTP), which is a semi-structured procedure. We describe some first qualitative steps taken to adapt and validate this observational tool for use in analyzing family interactions when the child concerned is an adolescent. The tool draws from the LTP applied to adolescents. Our aim was to identify the main changes needed to adapt the LTP and the Family Alliance Assessment Scales (FAAS) to make them appropriate for use with families having issues concerning the parents' interaction with their adolescent offspring. **Method:** Observation and study of communication skills, non-verbal language and interactive dynamics in adolescence. Adjustments were made to the setting, activity and scoring system. Three different groups were compared (a sample from the general population, a neuropsychiatric group, and a group from a residential therapeutic community for drug addicts) to assess the statistical reliability of the LTP when applied to adolescents. **Results:** We confirmed the reliability of the setting and the topic dealt with in the activity. We feel that some changes to the coding system are needed to achieve a reliable assessment of the scores because of the peculiarities of adolescence. Statistical differences in the quality of family interactions arose from the comparisons between the three different groups considered. In particular, the clinical groups seemed to score lower for family interactions, indicating the presence of greater difficulties. **Discussion/Conclusion:** Our preliminary statistical analysis seems to

confirm that the LTP is reliable in discriminating between different levels in the quality of family interactions.

Keywords: Adolescence, family interactions, Lausanne Trilogue Play, observational method, developmental psychopathology.

Introduction

Empirical and clinical evidence has shown that interactions within the family predict several outcomes in children. Historically, observational studies on infant-adult interactions have focused first on dyadic interactions (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Sameroff & Emde 1989; Stern, 1985; Tronick & Cohn, 1989). Since the 1990s, some authors have become convinced of the relevance of the system of family interactions as a core issue in the study of an infant's affective-relational development (McHale & Rasmussen, 1998; Schaffer, 1984). The Lausanne Centre for Family Study produced some research showing that mother-father-infant interactions during infancy are predictive of emotional and cognitive outcomes in the child (Favez et al., 2006; Simonelli, Fava-Vizziello, Bighin, & Petech, 2010). The Centre therefore developed an instrument designed specifically for use with infants: the Lausanne Trilogue Play (LTP) (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999).

In recent years, clinicians and researchers have been discussing the particular influence of the family system on adolescent development too (Allen, Hauser, O'Connor & Bell, 2002; Tafà & Baiocco, 2009), but so far not many studies have looked into this relationship from an observational point of view. Several limitations of the research conducted to date concern the application of observational methods in adolescence, given the known complexity of this developmental phase. Adolescents become doubtful and intolerant when asked to take part in situations that include their parents in front of a video camera. Operationalizing the interactive and developmental dynamics of this phase of an individual's life and of the family context is complicated, and forms of communication other than the non-verbal become important (Drury, Catan, Dennison, & Brody, 1998; Jackson, Bijstra, Oostra, & Bosma, 1998; Pinquart & Silbereisen, 2002).

Till now a few studies have tried to apply the LTP from a clinical point of view. The results have shown that this approach is effective in: distinguishing the quality of family interactions in various populations (Novelli et al., 2010); revealing a deterioration in family interactions during the part in which the adolescent acts as observer (Ballabio, Pantè, & Destro, 2009); and supporting clinical observations (Miscioscia, Sisti, Poletto, Vianello, & Gatta, 2010). Moving on from these interesting results, we conducted a study designed to take the first steps towards validating the LTP for use with adolescents; our hypothesis was that the LTP scoring system would reveal differences capable of discriminating between different populations of adolescents (normative and not).

Method

Participants

This study involved three samples. All families gave their written consent. The study was approved by our local ethical committee.

Normative sample (N = 25). This sample consisted of middle- to upper middle-class families who volunteered to take part in the study. These families were invited to take part in a project run by the Department of Developmental Psychology and Socialization designed to assess the LTP when used with adolescents. The families were recruited at high schools in northern Italy. The adolescents' age ranged from 13 to 21 (M = 16.16; SD= 2.15); 16 were girls, and 9 were boys.

Neuropsychiatric sample (N = 22). This sample comprised middle-class families attending the Neuropsychiatry Unit for Children and Adolescents. These families were taking part in a longitudinal study conducted by the Neuropsychiatry Unit on the use of the LTP as a psychodiagnostic and therapeutic tool in psychiatric children and adolescents. For the purposes of the present study, we considered the adolescents' baseline conditions, when they came to the Unit for a psychodiagnostic assessment. The adolescents' age ranged from 13 to 17 (M = 14.59; SD = 1.22); and the sample included 15 boys and 7 girls.

Therapeutic community sample (N = 17). This sample included families that had gone to the San Francesco residential community (in North of Italy) for rehabilitation

and therapy for adolescents with substance abuse problems. The families were invited to take part in a research project on the use of the LTP in clinical settings, for the purposes of both assessment and treatment. For the purposes of the present study, we considered the baseline conditions of this sample, when families first came to the therapeutic community for an assessment. The adolescents ranged in age from 13 to 21 (M = 18.41; SD = 1.62), 6 were girls and 11 were boys.

Procedure

Family interactions were video recorded during the LTP (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999) in the various structures involved in the study.

Setting and activity theme. Starting from the traditional format of the LTP used for infants and children, we introduced changes to the setting to develop a format more appropriate for adolescents. The LTP is a video-recorded play situation involving the father, mother and child together. We asked the families to arrange the activity to be completed in about 10-15 minutes, and they were free to decide when and how to change their interactive configuration. So the four parts of the play concern the four possible relational configurations in a triad. This approach is consistent with the theory behind the LTP, which emphasizes the large difference between the sum of the single dyadic interactions and the complex contextual interactions.

The first difference between the infant and our adolescent procedure concerns the participants' positioning. In the original infant version, the parents sit on adult chairs in front of the special seat for the child, one on each side of the child creating a triangle. In the adolescent version, parents and adolescent sit around a table to create an ordinary conversational situation such as a family lunch: this arrangement was drawn from the school-age LTP format (for use with 6- to 10-year-olds) in which all members of the family are asked to sit in small chairs around a table. For our 11- to 18-year-olds, the only thing that changed in this setting was the size of the table and chairs. The chairs are therefore always placed so as to create a triangle, whatever the age of the child involved.

The second difference concerns the topic of the activity that we suggested to the family. Parents of newborn infants are just asked to play with their child. For preschoolers, families are asked to organize an imaginary picnic. For adolescents, we

retained a verbal theme and suggested that they organize a week-end or the adolescent's birthday. We have seen that it is important with clinical families to consider the adolescent's competences and the family's peculiarities. Where there are difficulties relating to the child's independence and autonomy, or substance abuse problems, for instance, it is clearly stressful to ask parents to imagine going away for a weekend and leaving their child alone at home. So we need to propose a more realistic situation, such as the adolescent's birthday.

Coding strategy. All of the videos were coded by the same person. To test inter-rater reliability, two additional coders each coded half of the videos (which were randomly assigned to one or the other) so that all videos were coded twice. All coders were blinded to the families' situations. A good Cohen's kappa was obtained for inter-coder agreement (K = .80).

Material

The Family Alliance Assessment Scale. Consistently with the literature and advances in research, the Lausanne Centre for Family Study shifted its attention from the alliance concept to the interaction behavior observable in a family (Frascarolo, Favez, Carneiro, & Fivaz-Depeursinge, 2004) and a new version of the instrument (FAAS 4.0, Lavanchy, Cuennet, & Favez, 2006) was developed. It included ten scales, each of which enabled an assessment of the family interaction using a 5-point ordinal scoring system. After several revisions, the final system, FAAS 6.3 (Favez, Lavanchy-Scajola, Tissot, Darwiche, & Frascarolo, 2011), includes 15 scales, chosen to make it precise enough to enable coding on an observational basis, but also broad enough to allow for a subsequent adaptation of the coding criteria to children in several age ranges. The ordinal scoring system also changed from a five-point to a three-point scale: appropriate, moderate and inappropriate. Now we take a look at each of these scales, focusing a little more on describing the scales that prompted a discussion when it came to adapting them for use with adolescents.

Concerning the scale "postures and gaze", it is important to know that adolescent-parent interactions are characterized by a limited eye contact, so we need to bear this in mind when scoring this aspect. As for the scale "implication of each partner in their role", when dealing with childhood the focus is on control and respect for the

interactive distance, first of all by parents; with adolescents it is important to look at the adolescents' ability to keep within the confines of their role, because it is now more active and influences the interactions. The scale "respect for the task's structure and time frame" is crucial when it comes to adapting the procedure to adolescence. We all know that adolescents do not enjoy staying seated and discussing matters with their parents. We need to assess the adolescents' real willingness to remain engaged with their parents. To test all such issues, a future aim is to run a statistical analysis on a range of times adjusted to adolescents' competences because it is very important to give families a sustainable interaction time frame in order to see them performing at their best.

"Parental scaffolding" obviously changes a great deal from infancy to adolescence. In infancy, parents must supervise their child, provide appropriate and adapted stimulation to the child's age and state to keep them engaged. In adolescence, parents might be able to negotiate rules and limits, support their child's early need for independence, manage the adolescent's oppositional behavior and tendency to withdraw. The two scales concerning the child as a unit (the child's involvement and self-regulation) were also revised to make them appropriate to the competences developed by adolescents. Finally, an in-depth discussion was conducted on how to modulate the affective variables (family warmth, validation of the infant's emotional experience, authenticity of the affects expressed), given the high level of conflict that is a core feature of the normal process of individualization and separation in adolescence.

Design

The present study was part of a longitudinal clinical research program undertaken in cooperation by the Neuropsychiatry Unit for Childhood and Adolescence at the ULSS 16 Padua and the Department of Developmental Psychology and Socialization (DPSS) at the University of Padua, Italy. The goal of this project was to assess the value of the LTP in the diagnostic workup and treatment of families with children or adolescents revealing individual and/or familial psychological problems. The project involved applying the LTP at various times. The data discussed refer to the diagnostic process phase.

Results

Based on previous studies showing that clinical groups tend to be less efficient when assessed in standardized interactive situations, we expected our normative families to have higher scores on the FAAS scales than the other two groups of families. To test this hypothesis, we used one-way ANOVA to compare the results obtained in the scales for the three samples. Our results (Table 1 and Figure 1) show that the three groups differed significantly on 10 out of 15 scales. Bonferroni's post hoc tests shows that the significant differences stemmed from the normative sample achieving better scores than the "Neuropsychiatry" sample on all the scales, and better scores than the "therapeutic community" sample on 12 scales (i.e. all the scales except scaffolding, adolescent's competences and validation).

Table 1. Significant results for ANOVA test ($p < .05$).

Scale	F value
Inclusion of the partners	3.531
Implication of each partner in his role	3.339
Co-construction	4.636
Parental scaffolding	4.879
Support and cooperation between parents	4.696
Infant's involvement	4.145
Interactive mistakes and their resolution during activities	4.420
Family warmth	5.765
Validation of the infant's emotional experience	5.249

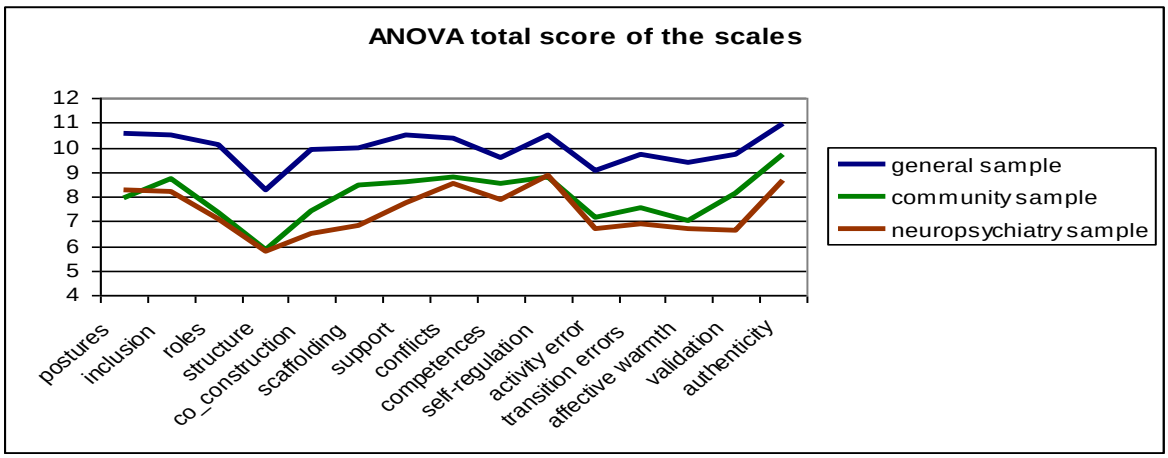


Figure 1. ANOVA total score of the scales.

Discussion and conclusion

From our analysis of each LTP scale, we judged it important in some cases to include some additional comments in the coding system to reflect the adolescents' developmental changes and the new competences that both they and their parents acquire.

From a statistical point of view, we found our "FAAS - adolescent form" capable of discriminating between different types of population: as expected, the normative families had higher scores on the FAAS scales than the other two groups of families and they present a better quality of family interactions than clinical groups. These results are in line with the data from the few studies describe above about the application of the LTP in adolescence (Novelli et al., 2011).

Limit of this study are due to the low number of families in each group. Future studies need to include a large population. A possible evolution of this research is the application of the new format of the FAAS adolescent in order to deepen the peculiar features of family dynamics in clinical and non-clinical population during adolescence, a developmental phase of the life characterized by lot of characteristics in parents-child relationship.

References

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation.* Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Allen, J.P., Hauser, S.T., O'Connor, T.G., Bell, K.L. (2002). Prediction of peer-rated adult hostility from autonomy struggles in adolescent–family interactions. *Development and Psychopathology*, *14*, 123–137.

Ballabio, M, Pantè, S., & Destro, S. (2009). Tossicodipendenza in adolescenza. La trama delle interazioni familiari". Relazione *presentata al Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP).* Chieti 18-20 settembre 2009

Drury, J., Catan, L., Dennison, C., & Brody, R. (1998). Exploring teenagers' accounts of bad communication: A new basis for intervention. *Journal of Adolescence*, *21*, 177- 196.

Favez, N., Frascarolo, F., Carneiro, C., Montfort, V., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The development of the family alliance from pregnancy to toddlerhood and children outcomes at 18 months". *Infant and Child Development, 15*, 59-73.

Favez, N., Lavanchy-Scajola, C., Tissot, H., Darwiche, J., & Frascarolo, F. (2011). The Family Alliance Assessment Scales: Steps Toward Validity and Reliability of an Observational Assessment Tool for Early Family Interactions. *Journal of Child and Family Studies, 20 (1),* 23–37.

Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle.* New York: Penguin Books.

Frascarolo, F., Favez, N., Carneiro, C., & Fivaz-Depeursinge, E., (2004). Hierarchy of interactive functions in father-mother-baby three-way games. *Infant and Child Development, 13,* 301–322.

Jackson, S., Bijstra, J., Oostra, L., & Bosma, H. A. (1998). Adolescents' perceptions of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *Journal of Adolescence, 21,* 305–322.

Lavanchy, C., Cuennet, M., & Favez, N. (2006). *Family Alliance Assessment Scale (FAAS),* version 4.0. Unpublished manuscript, Centre d'Etude de la Famille (CEF), Lausanne.

McHale, J.P., & Rasmussen, J.L. (1998). Coparenting and family group-level dynamics during infancy: early family precursors of child and family functioning during preschool. *Development and Psychopathology, 10*, 39-59.

Miscioscia, M., Sisti, M., Poletto, E.,Vianello, S. & Gatta, M. (2010). Utilizzo del Lausanne Trilogue Play all'interno di un processo di consultazione in neuropsichiatria infantile: caso clinico. *Sezione Poster, XII Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, 24 – 26 settembre 2010, Torino.*

Novelli, G., Parolin, M., Sordo, L., Sudati, L., Vesprini, C., & Ballabio, M. (2011). LTP in adolescenza: osservazione delle qualità interattive familiari come indicatori di rischio e protezione. *Sezione Poster Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica 16-18 settembre 2011, Catania.*

Pinquart, M., & Silbereisen, R.K. (2002). Changes in adolescents' and mothers' autonomy and connectedness in conflict discussions: an observational study. *Journal of Adolescence, 25,* 509-522.

Sameroff, A., & Emde, R. (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach.* New York: Basic Books.

Schaffer, H.R. (1984). *The Child's Entry into a Social World.* London: Academic Press.

Simonelli, A., Fava-Vizziello, G.M., Bighin, M., & Petech, E., (2010). Processi di co-regolazione e sviluppo delle competenze triadiche familiari nel primo anno di vita. *Psicologia Clinica dello Sviluppo, 15 (3),*527-544.

Stem, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A viewfrom psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

Tafà, M., & Baiocco, R. (2009). Addictive Behaviour and family functioning during adolescence. *American Journal of Family Therapy, 37,* 388-395.

Tronick, E., & Cohn, J. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development, 60,* 85–92.

VIDEO FEEDBACK AS A TOOL IN PARENTAL SUPPORT THERAPY FOR CLINICAL FAMILIES

Lorenza Svanellini*, Michela Gatta*, Marta Sisti*, Marco Bubola*, Debora Bellotto*, Alessandra Simonelli and Pier Antonio Battistella***

**Neuropsychiatry Unit, ULSS 16 - Università degli Studi di Padova*

***Department of Developmental Psychology and Socialization*

Abstract

Introduction: Several studies highlight the different uses of Lausanne Trilogue Play (LTP) in both clinical and research purposes. One of these is the use of video feedback with its various adaptations. In clinical approach the video-feedback can be used as a tool for parental therapeutic support, with its different objectives and targeting of variety (Van Izenbdoorn, 2012). **Method:** Families were enrolled and divided in four groups. For each group child psychotherapy was provided, they were different for their parents intervention and were divided into these groups: a) families given no parental support but involved in video feedback intervention (P1a); b) families given no parental support and no video feedback (P1b), c) families given parental support and involved in video feedback intervention (P2a); d) families given parental support e no video feedback (P2b).We expect that the families where LTP has been used with videofeedback will show a better outcome in child's psychopathology and relational dynamics compared with families where the videofeedback has not been used. **Results:** Through the use of videofeedback has been possible to promote the effectiveness of treatments in term of improvement of family interactions, especially those linked to parenting. Specifically, in the group administered video feedback session, there has been a positive change in the LTP variable "communication errors and their solution in shared activities" compared with the control group. **Discussion/Conclusion:** Monitoring and sharing videos interactions with parents can allow to support offsprings' treatment in case of dysfunctional interactions. This procedure could reduces risk of relapse at the end of treatment, when patients are discharged, helping to create a more functional environment in which to place the child**.**

Keywords: Videofeedback, Lausanne Trilogue Play, parenting, family.

Introduction

This work is about the therapeutic use of Lausanne Trilogue Play (LTP) and it aimed to see whether sharing LTP video feedback with clinical families could be a useful tool for improving parenting skills. In the literature, several studies (Bakermans-Kranenburg et al., 2009; Beebe 2003; McDonough, 2004;) describe the use of video feedback in clinical interventions with families. Video feedback interventions are useful when helping parents to improve their sensitivity to their children. With some families, sharing videos with the clinician helps them to recognize their interaction modalities faster. In clinical interventions, we can find video feedback useful to support parental psychodynamic therapy for the purpose of enabling parents to identify the times when they are, or are not tuned to their children. The video feedback technique is also used in educational programs to promote parents' caring capacity. Several studies (McDonough & Rosenblum, 2004; Sameroff, 2004) have shown the benefits of this kind of intervention. First of all, this technique enables parents to identify any discrepancies between what they think about their parenting skills and what they really have. Watching themselves in the video interactions helps them to recognize this gap. With this kind of intervention, parents are also able to improve their capacity for self-observation in other situations, when they are not watching a video, since they seem to acquire a capacity that they can draw on and reuse. There is a global improvement in family interactions when video feedback is used as part of a broader therapeutic project, that also involved the children in some kind of intervention. Literature (Bakermans-Kranenburg et al., 2009; Cassiba & Van Ijzendoorn, 2005, Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2012) definitely say that repeated video feedback sessions can help families to achieve the capacities described. The subjects were classified according to ICD-10, the "International Classification of Diseases and Related Issues" World Health Organisation (WHO), and have heterogeneous psychiatric problems.

Method

Participants

The sample consists of 100 families attending our neuropsychiatry service. Video feedback intervention is provided for 50 of these families, and 25 of them are also involved in parental support interventions. These families came to our service because of their child's psychiatric condition, so all the children had been assigned to receive psychodynamic therapy. At this point of the three-years study there are some preliminary results based on a portion of our total sample consisting in 39 families divided in experimental and control groups. It allows the identification of dysfunctional parental behaviors and reduces the stress of caregivers improving their self-confidence. This procedure is a sort of mirror through which parents can observe and be focused on their behaviors and also on their strengths to consolidate them.

Materials and tools

To assess our patients' psychological disorders we use the CBCL and YSR, and in order to measure the quality of family interactions we use the LTP technique .

Lausanne Trilogue Play (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999): LTP (Alfa Cronbach = .97 four months; Alfa di Cronbach = .95 nine months) consists of a semi-standardized observational procedure that allows to evaluate and observe the quality of the family interactions, while engaged in the task of playing together. The main purpose of the game is sharing positive affect and evaluates the way in which the triad is able to cooperate and coordinate during the interaction, to achieve this goal. Lausanne Trilogue Play procedure presents specific rules, there is a sort of task, which can be a game to share or a trip to organize, and family interaction follow a precise structure of four stages, which correspond to the four possible kind of family interactions. In the first phase one of the parents begins to interact with the child while the other remains to observe; in the second phase parents exchange their rule; in the third phase both parents are actively involved with the child. Finally, in the fourth and phase, parents talk to each other while the child play by himself.The encoding used for the evaluation of the LTP process is based on the micro-analysis of the interactions (Carniero, Corboz-Warnery & Fivaz-Depeursinge, 2006; Favez-Depeursinge & Corboz-

Warnery, 1999). The coding system used in this research is the FAAS 6.3 (Lavanchy-Scaiola, Favez, Tissot, & Frascarolo, 2009) and is characterized by the presence of fifteen observational variables which refer to seven groups: interactive participation, organization of roles, focus, warmth and emotional contact, troubleshooting, communication, coordination, and finally co-parental child engaging.

Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL, Achenbach & Rescorla, 2001). The CBCL questionnaire is part of the "system of empirically based assessment" (ASEBA) (Achenbach 1978; Achenbach & Rescorla, 2001), which includes a set of standardized tools to assess emotional and behavioral problems. Specifically for children and adolescents. In this research we used the latest version CBCL 6-18 (Achenbach & Rescorla, 2001), completed by parents to assess a wide range of developmental characteristics. For each of its scales reported a is assigned a precise score according to the cut-off

Youth Self Report 11-18 (YSR, Achenbach & Rescorla, 2001). The YSR (Achenbach, 1978, 2001) is a self-report questionnaire for people aged 11 to 18 years and it is the equivalent of the CBCL 6 -18. It is used to investigate social skills and school functioning in extracurricular activities and to evaluate the presence of any emotional or behavioral manifestations. Even the Youth Self Report, as well as the CBCL, consists of two parts: the first part in which there are questions to investigate social skills and school performance. The second part consists of 112 questions evaluated on a Likert scale from 0 to 2 (0 = not true, 1 = in part or sometimes true, 2 = very often or often true). The encode of CBCL and YSR is done through the use of ADM software which allows to classify variables into three groups: normal, borderline or clinical. These two questionnaires are internationally used both in research and in clinical contexts for the assessment of multiaxial behavior (DSM oriented). As CBCL it has syndromes' scales and global problematic scales. Syndromes' scales: anxiety and depression, withdrawal and depression), somatic complaints, social problems, problems of thought, attention problems, behavior of transgression of the rules and aggressive behavior. Global problematic Scales: internalizing disorders, externalizing disorders and the total scale of the problems

Procedure

This method consists in meeting parents without their children and watching their LTP video together, asking them to pay attention to their interactions with their children and with their partners. At the end of the first video sharing session, the clinician asks the parents to talk about their impressions and helps them to reflect on what happens in their interactions with their children, based on what they noted first. After this first analysis, the clinician shows the parents previously-selected interactive sequences of LTP in order to help them to recognize the strengths and weaknesses of their family relations, creating an important exchange of impressions and points of view. This is very useful for parents who need something concrete as a starting point for a discussion focused on parenting skills.

Design

The present study was part of a longitudinal clinical research program entitled "The Lausanne Trilogue Play as a psychodiagnostic and therapeutic tool in the Neuropsychiatric Unit: an innovative clinical experience working with psychiatric children and adolescents", undertaken in cooperation by the Neuropsychiatry Unit for Childhood and Adolescence at the ULSS 16 Padua and the Department of Developmental Psychology and Socialization (DPSS) at the University of Padua, Italy. It is an experimental study with four groups compared. We wanted to prove video feedback efficacy in families with psychiatric children taken in charge. In the first case we wanted to measure video feedback efficacy in parents with no parental support (P1) comparing a group with video feedback (P1a) to a group without video feedback (P1b). In the second case we wanted to measure video feedback efficacy in parents receiving parenteral support (P2) comparing a group with video feedback (P2a) to a group without video feedback (P2b). We consider our sample in 2 experimental groups and two control groups. The first experimental group consists of 5 families with children aged from 4 to 17 years who have only been involved in the video feedback intervention (P1a). The second experimental group consists of 7 families with children whose ages and sex distribution are comparable with those in the first experimental group, and who are involved in both the video feedback intervention and in the parental support sessions (P2a). So far, each family has only participated in the first of the five scheduled video

feedback sessions. Psychotherapy has been activated for the children in all the families. For the 2 groups described, there are 2 control groups. The first consists of 16 families with a child who is receiving psychotherapy, while no parental support or video feedback activities are being provided (P1b). The second control group consists of 11 families with a child receiving psychotherapy and the parents receiving parental support, but not taking part in any video feedback intervention (P2b). The children's age and sex are equally distributed in all four groups. In "video feedback intervention" families are recorded using the LTP technique once every six months for two years, and 3 months after each recording session they also have a video-feedback session with the clinician, for a total of 5 sessions. A year after completing the scheduled clinical project, one additional follow-up LTP recording and video feedback procedure is conducted. In "parental support" a session is hold every two weeks for 18 months, and in "child psychodynamic therapy" weekly sessions for 18 months is provided.

Results

These results correspond to our preliminary data about the use of video feedback technique and they correspond to the first year of our three-year project. A very important result lies in the statistically significant improvement seen in the psychopathology index of the children in all four groups. We found a decrease in the indicators relating to the children's and adolescents' psychological disorder, particularly for internalizing variables and problems

Comparing the first experimental group of families (P1a) - those in which the parents had attended 1 video feedback session – with the control group (P1b), we found no statistically significant differences in family interactions measured with the LTP technique and no significant differences in children's and adolescents' psychopathologies. As for the families in which the adolescents were receiving psychotherapy and their parents were receiving parental support (P2a, P2b), there is a significant change in the LTP variable concerning "the child's communication skills" in both the experimental group and in the control group. In families helped with parental support (P2), the adolescent offsprings seemed to improve the communication skills they used in interactions with their parents. Last result shows that, in the group administered one video feedback session and parental support (P2a) there has been a

change also in the LTP variable "communication errors and their solution in shared activities" compared with the control group, in these last group we obtained the best performances in LTP variables.

Discussion and conclusion

Based on the theoretical premises present in literature (Bakermans-Kranenburg et al., 2009; Cassiba & Van Ijzendoorn, 2005) we need a repeated number of video feedback sessions to promote changes in parental abilities. As in the literature, so too in our preliminary study and results, just one video feedback session is not enough to modify how families interact and parental skills.

In the second experimental group, the same single video feedback session seems to have promoted some interactions changes when it was associated with parental support activities. This combination of interventions is able to reduce the communication errors that disrupt the interaction, making it less lasting and constructive especially with adolescents. So we can speculate that, if parents have a discussion space where they can process the inputs they receive from the video feedback sessions, they can make a better use of this instrument. Vice versa, if they have a concrete means for seeing exactly what they talked about in parental support sessions, for them it is easier to promote some changes. The variable that seems to change concerns aspects of the interaction relating to fluid functional communication. Very often there are inherent aspects that people can recognize by observing themselves and their interaction modalities with concrete inputs.

The next steps we have, will involve testing a larger number of families involved in more video feedback sessions to see, for instance, if the results obtained with several video feedback sessions are comparable with those obtained by providing parental support. At the end of our three-year project, in fact, we will be able to clarify the differences in outcome between our four groups of families whose children are receiving psychotherapy and with different interventions for parents:

- families given no parental support and no video feedback
- families given no parental support but involved in video feedback intervention
- families given parental support e no video feedback
- families given parental support and involved in video feedback intervention

At the end of the three year research study we expect, as well as suggested by the literature, that families who receive the complete intervention with video-feedback technique (5 sessions) can achieve an improvement in their parental skills especially those related to "sensitivity" and also a global improvement in family relations measured by the Lausanne Trilogue Play.

References

Achenbach, T.M. (1978). The Child Behavior Profile: An empirically based system for assessing children's behavioral problems and competencies. *International Journal of Mental Health, 7,* 24-42.

Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles.* Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., Kusakovskaja, I., Kalinauskiene, L., Cekuoliene, D., & Van IJzendoorn, M.H. (2009). Supporting insensitive mothers: the Vilnius randomized control trial of video feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: Care, Health and Development, 35,* 613- 623.

Beebe, B. (2003). Brief mother-infant treatment: Psychoanalytically informed video feedback. *Infant Mental Health Journal, 24*(1), 24-52.

Carneiro, C., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The Prenatal Lausanne Trilogue Play: a new observational assessment tool of the prenatal coparenting alliance. *Infant Mental Health Journal, 27*(2), 207-228.

Cassibba, R., & Van Ijzendoorn, M. H. (Eds.), (2005). *L'intervento clinico basato sull'attaccamento,promuovere la relazione genitore-bambino.* Bologna: Il Mulino.

Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). *The Primary Triangle. A developmental systems view of fathers, mothers and infants.* New York: Basic Books.

Lavanchy-Scaiola, C., Favez, N., Tissot, H., & Frascarolo, F. (2009). *Family Alliance Assessment Scale (FAAS), version 6.3*. Unpublished document. Lausanne: Centre d'Etude de la Famille.

McDonough, S.C., & Rosenblum, K.L. (2004). Interaction Guidance: Promoting and Nurturing the Caregiving Relationship. In A.J. Sameroff, S.C. McDoough, & K.L. Rosenblum (Eds.), *Treating Parent- Infant Relationship Problems: Strategies for Intervention* (pp. 79-96). New York: Guilford Press.

Sameroff, A.J. (2004). Ports of Entry and the Dynamics of Mother-Infant Interventions. In A.J. Sameroff, S.C. McDonough, & K.L. Rosenblum (Eds), *Treating Parent-Infant Relationship Problems: Strategies for intervention* (pp. 3-28). New York: Guilford Press.

Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2012) Differential susceptibility experiments: Going beyond correlational evidence: Comment on beyond mental health, differential susceptibility articles. *Developmental Psychology, 48*(3), 769-774.

INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN CRÓNICA GRAVE EN UN CASO DE LA TERCERA EDAD

Blanca Plaza-Cabanas

Centro de Psicología Bertrand Russell

Resumen

Mujer, 62 años con sentimientos de tristeza, desesperanza, angustia, e ideación suicida severa y frecuente. Presenta puntuación 27 en la Escala de Depresión Geriátrica GDS (Brink et al., 1982) y de 17 en la ED Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974). Cumple criterios diagnósticos para Depresión Mayor según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; merican Psychiatric Association, 2002). Se selecciona la terapia cognitivo-conductual, considerada la más eficaz para este trastorno y se realiza en formato individual. Se realizan 23 sesiones. Como objetivos terapéuticos, se trabaja a nivel conductual, aumentar número de actividades gratificantes y de conductas asertivas, disminuir las conductas compulsivas, y normalizar el patrón de sueño; cognitivamente, disminuir la credibilidad en las creencias irracionales de A. Ellis y eliminar las distorsiones cognitivas de Beck, disminuir la preocupación y el auto esquema negativo; emocionalmente, disminuir la tristeza, la desesperanza y la ansiedad; y en el medio ambiente social: eliminar el refuerzo hacia las conductas depresivas y la ideación suicida. Las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas son Restructuración Cognitiva, Cuatro Columnas, Tareas de Dominio y Placer, Activación Conductual, Entrenamiento en Asertividad y Resolución de Problemas y Técnicas de Relajación. Los resultados son importantes en tiempo (7 meses) y en eficacia (GDS:7 y ED: 1) y ejemplifican la eficacia de este tipo de terapia en depresión crónica y con pacientes de bajo nivel sociocultural. Se realiza un seguimiento de un año. Se trata de un estudio de caso según la clasificación propuesta por Montero y León (2002).

Palabras clave: Depresión, ideación suicida, compulsiones y conductas sumisas.

INTERVENTION IN SEVERE CHRONIC DEPRESSION IN A CASE OF THE ELDERLY

Abstract

Female, 62 years with feelings of sadness, hopelessness, anxiety, and severe and frequent suicidal ideation. Presents score 27 in the Geriatric Depression Scale GDS (Brink et al., 1982) and the 17 ED Hopelessness Scale (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974). Meets diagnostic criteria for major depression, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Individual cognitive behavior therapy, the most effective treatment for this disorder, is selected. 32 sessions are given. As therapeutic targets, working at the behavioral level, increase number of rewarding activities and assertive behaviors, reduce compulsive behaviors, and normalize sleep patterns; cognitively, reducing the credibility of irrational belief and eliminate A. Ellis Beck's cognitive distortions, reduce worry and negative self-schema; emotionally, reduce sadness, hopelessness and anxiety; and the social environment: removing reinforcement to depressive behaviors and suicidal ideation. Cognitive-behavioral techniques are applied Cognitive Restructuring, Four Columns, Domain and Task Enjoyment, Behavioral Activation, and Assertiveness Training Troubleshooting and Relaxation Techniques. The results are important in time (7 months) and effectiveness (GDS 7 and ED: 1) and illustrate the effectiveness of this therapy in patients with chronic depression and low socio-cultural level. There is a one year follow up. In this case study the recommendations of Montero and Leon (2002) are followed.

Keywords: Depression, suicidal ideation, compulsions and submissive behaviors

Identificación del paciente

Mujer, 62 años, casada, con un hijo, nivel de estudios básicos y de profesión ama de casa, con un nivel socioeconómico medio y procedente de un medio urbano. Está medicada con fármacos para el hipertiroidismo, la hipertensión y para el colesterol y con antidepresivos.

- El marido presenta síntomas depresivos desde hace cinco años, y un déficit asertivo severo que el recuerda mantiene desde muy joven, además esta diagnosticado de enfermedad de Parkinson.
- Es madre de un hijo de 40 años y abuela de dos nietos de 3 y 5 años, con los cuales mantiene una relación diaria, ya que ella y su marido se encargan de los niños pequeños. A la vez con su hijo mantiene una conducta muy sumisa, por ejemplo le hace la comida diariamente, así como le presta dinero a menudo. Los domingos van siempre a su casa a comer toda la familia y los nietos mantienen comportamientos inadecuados como por ejemplo: saltar en los sillones, manchar con chocolate los cristales, etc. y ella es incapaz de poder decir lo que siente tanto a los niños como a su hijo como a su nuera, entristeciéndose mucho, manteniendo una conducta muy sumisa.
- La paciente mantiene la misma actitud con su hermana, mantiene conductas muy sumisas con ella, nunca es capaz de decirle lo que piensa y lo que siente, y mucho menos defender sus intereses. La hermana mantiene un comportamiento inadecuado, ya que la responsabiliza de todo y se queda con los beneficios de un alquiler de piso que tiene la madre de ambas, pero que solo disfrutan los hijos de la hermana.
- La paciente cuando va a visitar a su madre a la residencia donde está ingresada por padecer demencia, dice sentirse muy culpable y mala hija, ya que su madre cada vez que la ve, se pone a llorar y le pide que la lleve a vivir con ella.

Motivo de consulta

La paciente presenta un cuadro depresivo desde hace 10 años y pide ayuda por sus síntomas depresivos y desesperanza.

Historia del problema

El cuadro depresivo ha ido evolucionando negativamente a pesar de la medicación recibida (antidepresivos, antipsicóticos, etc.) en estos 10 años de evolución.

La paciente ha llevado a cabo dos intentos autolíticos en su historia. Ambos intentos han consistido en tomarse las pastillas de una caja entera de Orfidal, primero las retuvo en la mano, después las introdujo en la boca durante cinco segundos y acabo escupiéndolas. La diferencia entre el primer y el segundo intento radica en que el

segundo intento, lo lleva a cabo conjuntamente con su marido, ella le comenta a su marido su intención suicida y él la dice que también quiere realizarlo. Ambos se ponen a planificarlo conjuntamente.

- La paciente presenta desde pequeña la compulsión de tocar la TV, siempre que entra a su salón o cuando era pequeña al salón de su casa, tenía la compulsión de tocar la TV unas diez veces.
- Comenta la paciente, que desde hace tiempo mantiene conductas de comprobación de salud hacia su marido, es decir, cuando su marido está descansando en el sillón y tiene los ojos cerrados, ella tiene la necesidad de comprobar que su marido está bien.

Análisis y descripción de las conductas problema

Antecedentes más frecuentes

Cualquier contacto con la hermana ya sea telefónicamente o verla en persona, cuando va a ver a su madre y ella llora, cuando su hijo le da malas contestaciones que suele ser habitual, cuando sus nietos la gritan, cuando piensa en los problemas de salud de su marido y cuando tiene que defender sus derechos o dar su opinión a la gente aunque sean conocidos.

Respuesta problema

- Cogniciones
  - Pensamientos automáticos negativos: “No valgo para nada”, “No me merece la pena vivir ni asearme”, “No quiero vivir”, “Necesito que me quieran para ser feliz”
  - Atribuciones internas, estables y globales: “ La culpa es solo mía, nunca digo las cosas, me manipulan y me dejo hacer”
  - Expectativas negativas: “Nunca va a cambiar nada” “Todo seguirá siempre igual”
- Emociones y respuestas fisiológicas: tristeza, desesperanza, culpa, impotencia, soledad, miedo, y ansiedad. Acompañando a las emociones depresivas el llanto, aumento de tics, tensión muscular generalizada, respiración rápida y entrecortada con sensaciones de ahogo cuando siente ansiedad.

- Conductas motoras
  - Conductas pasivas: no arreglarse, no asearse, no querer realizar actividades gratificantes y de ocio y echarse la siesta durante tres o cuatro horas diarias.
  - Conductas sumisas: no dice lo que siente nunca, no protesta, jamás defiende sus derechos, ni tampoco verbaliza sus opinionesetc.
  - Conductas de enfado: enfadarse con su hermana, su hijo, sus nietos, sin expresar lo que siente, angustiándose y llorando.
  - Conducta de queja con su marido y amigas.

Consecuencias a corto, medio y largo plazo

Todas estas conductas conllevan, como es habitual, a una serie de consecuencias a corto medio y largo plazo. En el caso de las conductas pasivas y sumisas las consecuencias asociadas a corto plazo quedaran reforzadas negativamente, pero a medio y largo plazo aumentan las emociones negativas y aumentan la credibilidad en sus pensamientos negativos. Las conductas de queja a corto plazo quedaran reforzadas positivamente por la atención recibida del marido y las amistades, pero a medio y largo plazo deterioraran las relaciones y creara una tendencia de aislamiento. Por último las conductas de enfado aumentan la tensión muscular, las conductas compulsivas de compras de libros y ropa llegando en ocasiones a ser una amenaza para la economía doméstica y a la realización de tareas domésticas a horas intempestivas. A medio y largo plazo obtendrá consecuencias aversivas.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Como metas principales se establecieron que la paciente entendiera los motivos que explicaban sus problemas (para que comprendiera la lógica del tratamiento, aumentando la motivación para el cambio y la implicación en el mismo, explicándole el modelo de depresión de Beck y utilizando otras estrategias) disminuir la ideación suicida y la desesperanza y la sintomatología depresiva, así como trabajar la prevención de recaídas debido a su cronicidad. Otra meta fue la evaluación del beneficio secundario que suponía para la paciente la atención recibida constantemente por sus hijos cuando presentaba los síntomas depresivos. Se negoció con la paciente que se hablaría con los hijos para explicarles cómo su atención podía mantener los síntomas.

Objetivos terapeúticos

Se comentan los objetivos y las técnicas utilizadas para cada uno de ellos:

Cognitivos:

- Disminuir desesperanza- RCCS (Reestructuración cognitiva conductual sistemática), Kit salvavidas (Ellis, 2008) y control externo.
- Disminuir grado de creencias en ideas irracionales- TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual)de Ellis.
- Disminuir pensamientos automáticos negativos- RCCS (Bas y Andrés, 1994)
- Disminuir distorsiones cognitivas- Técnica tres columnas y pruebas de realidad.
- Disminuir atribuciones inexactas de responsabilidad-ejercicio de reatribución de Rehm (Bas y Andrés, 1994).

Emocionales:

- Disminuir la ansiedad ante el contacto con su hermana- Desensibilización sistemática y entrenamiento en asertividad.
- Disminuir ansiedad en general- Técnicas de relajación, respiración y parada de pensamiento.
- Disminuir los sentimientos de tristeza- Programación de actividades gratificantes y RC de pensamientos negativos asociados.
- Disminuir los sentimientos de enfado-Técnicas de relajación, respiración y técnica de distracción.
- Disminuir sentimientos de culpa- Ejercicio de Reatribución de Rehm y RCCS (Bas y Andrés, 1994).

Conductuales:

- Disminuir consumo de bebida con cafeína y de tabaco- Disminución de ansiedad y de las conductas de enfado.
- Disminuir compras compulsivas- Disminución de ansiedad y conductas de enfado.
- Disminuir conductas compulsivas de tocar la TV- Habituación por inundación.
- Aumentar conductas de autocuidado- Asignación de tareas graduadas con autorrefuerzo.
- Regular patrón vigilia/sueño- Pautas de higiene del sueño.
- Disminuir conductas sumisas- Entrenamiento en asertividad.

- Aumentar conductas asertivas- Entrenamiento en asertividad.
- Disminuir la queja- Refuerzo diferencial y Role Reversal.
- Disminuir conductas de comprobación de salud del marido- Exposición in vivo con prevención de respuesta.
- Aumentar número y frecuencia de actividades gratificantes- Dominio/ placer Ejercicio de Rehm estado de ánimo y número de actividades.
- Aumentar habilidades sociales- Entrenamiento en habilidades sociales.

Medio ambiente:

- Disminuir ganancias secundarias asociadas a la depresión- Refuerzo diferencial con marido y amigos.

Selección del tratamiento más adecuado

Se selecciona el tratamiento cognitivo-conductual basado en el modelo de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery 1979) por su eficacia demostrada para este trastorno. Además, las terapeutas han recibido formación específica en este tipo de terapia y tienen experiencia con este tipo de pacientes. Se incluye a la pareja en el tratamiento por su importancia en el mantenimiento del problema de la paciente.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación

La evaluación de los resultados se realiza en base a los cuestionarios GDS, ED y el estado de ánimo subjetivo de la paciente, pre- post, variables normalmente utilizadas en este tipo de problema. Se presentan los siguientes resultados en los Gráficos 1, 2 y 3.

- GDS.
  PRE: 27; POST: 7; 1º seguimiento: 7 y 2º seguimiento: 8 (Gráfico 1)
- ED.
  PRE: 17; POST: 9; 1º seguimiento:2 y 2º seguimiento: 0 (Gráfico 2
- Registro del estado de ánimo media semanal. Como se puede observar al realizar la recta de regresión, la línea marca una tendencia claramente positiva (Gráfico 3).

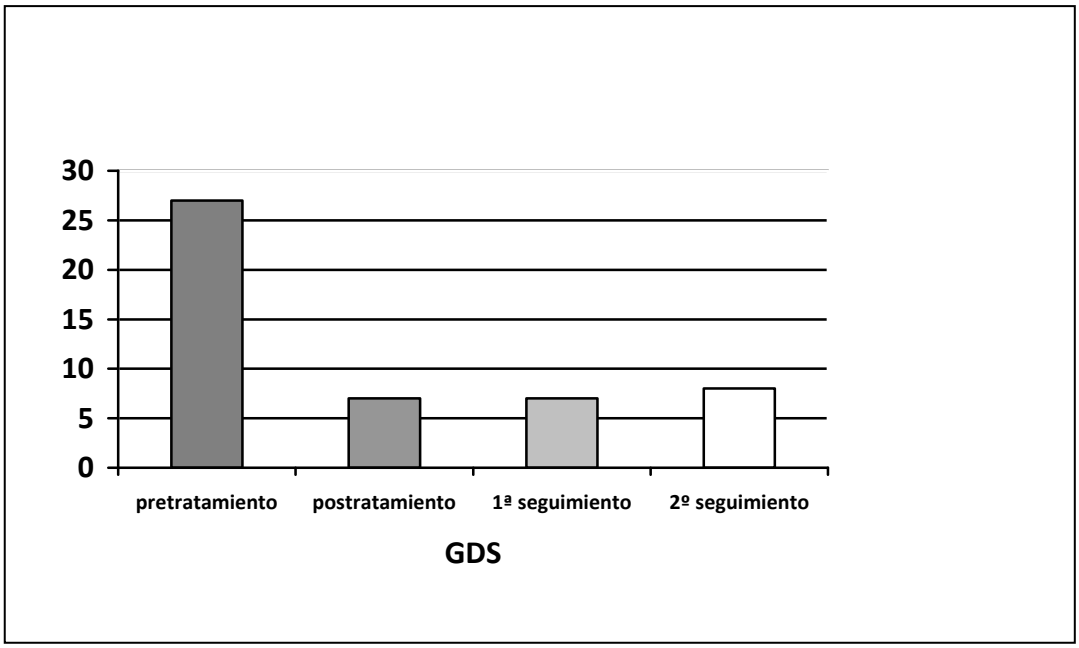


Gráfico 1. Puntuaciones de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) pre, post tratamiento y seguimientos.

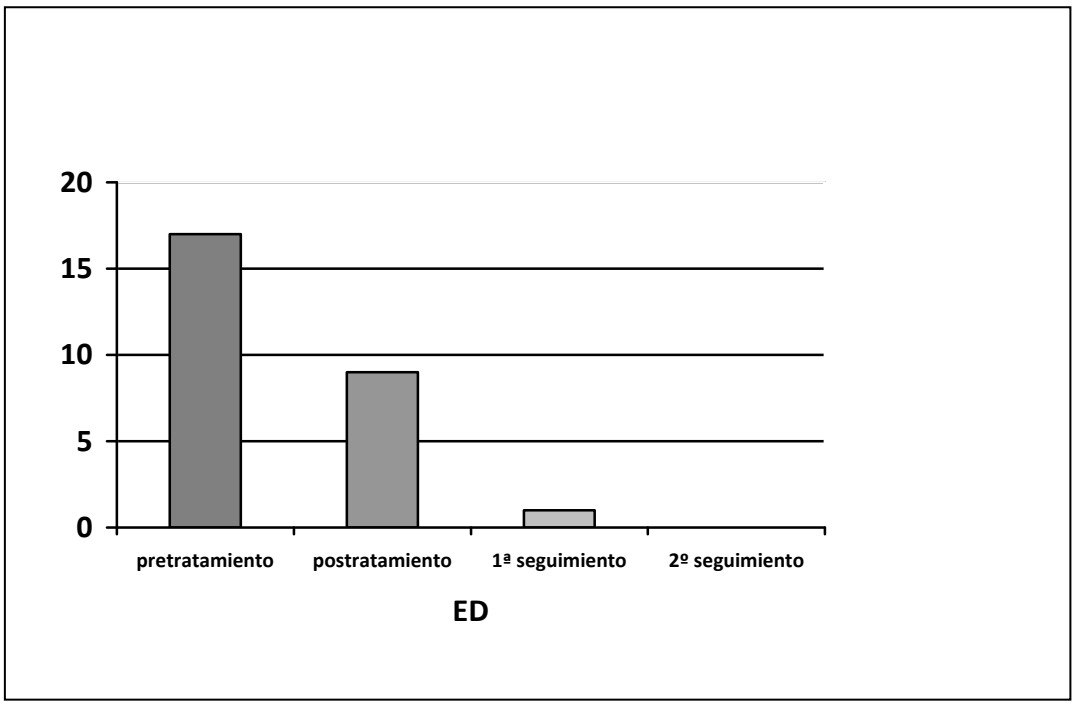


Gráfico 2. Puntuaciones en la Escala de Desesperanza (ED) pre, post tratamiento y seguimientos.

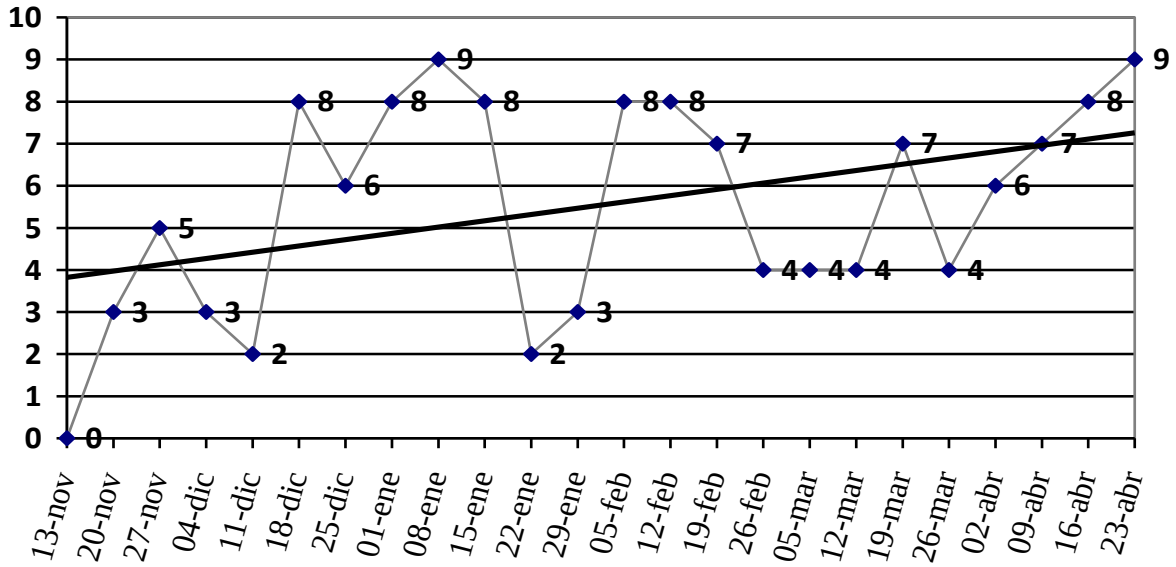


Gráfico 3. Estado de ánimo medio semanal durante el tratamiento.

Aplicación de los tratamientos

Se realiza una sesión semanal durante siete meses, con un total de 23 sesiones realizadas. Cada sesión consistió en una hora la paciente, la terapeuta y coterapeuta juntas en el despacho y la siguiente hora la paciente y la coterapeuta dando un pequeño paseo por la calle y repasando la sesión realizada en la hora anterior de una forma más distendida, pero haciendo hincapié en la importancia de las cosas tratadas durante la sesión.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Comprobamos en las puntuaciones de la GDS y ED que hay una mejoría del estado de ánimo y una disminución de los sentimientos de desesperanza asociados a los intentos autolíticos.

A partir del segundo mes de tratamiento, se observa una disminución de la desesperanza y la ideación suicida.

Se puede observar la puntuación de seguimiento realizada en el mes de noviembre.

La paciente verbaliza su mejoría en las relaciones sociales y familiares. También se observa un adecuado nivel de actividad y de capacidad resolutiva, así como una gran

reducción en sus ganas de llorar continuas. Así como muestra un adecuado aseo y cuidados personales.

Seguimiento

El seguimiento realizado ha consistido en una sesión al mes durante 1 año, manteniendo el nivel de mejoría alcanzado. En octubre ha presentado una recaída asociada a un suceso estresante. Se ha trabajado con la paciente durante este mes dos sesiones y se ha estabilizado el estado de ánimo positivo, manteniéndose la mejoría alcanzada durante el tratamiento y utilizándose la recaída de una manera positiva como aprendizaje de estrategias para perder el miedo a las recaídas, propio de un caso crónico como éste.

Se mantiene en la actualidad un seguimiento que consiste en una sesión al mes, manteniendo la eficacia del tratamiento al cabo de un año, con una puntuación de 6 en la GDS en el momento presente.

Observaciones

Se han podido observar tanto factores de protección como de estrés.

- Factores de protección: la buena relación y el apoyo que recibe de su marido y sus nietos.
- Factores de estrés: la relación problemática con la hermana, madre e hijo.

Es importante destacar la gran alianza terapéutica que se consiguió con la paciente siendo de gran importancia para los resultados obtenidos, así como su gran implicación, ya que realizó siempre los autorregistros en su casa, aprendió a detectar ideas irracionales así como a reconocer distorsiones cognitivas. También supo poner en práctica las habilidades, estrategias y herramientas aprendidas durante la terapia, lo cual sin duda contribuyó a su mejoría.

En las últimas sesiones se puede percibir en la paciente una gran alegría, ganas de vivir y disfrutar de todo. Las conversaciones ya no son de preocupaciones o miedos. Estos resultados son acordes con la disminución de la severidad depresiva observada.

Así mismo, ha servido como modelo para una paciente depresiva crónica, siendo de gran ayuda. También está participando como monitora en el grupo de autoayuda para pacientes depresivos que el centro Bertrand Russell realiza en Madrid,

de una forma altruista y desinteresada desde hace varios años y siendo de gran ayuda para este tipo de pacientes.

Agradecimientos

A Verania Andrés Navia y a Francisco Bas Ramallo, directores del centro Bertrand Russell de Madrid, por el apoyo brindado a la hora de realizar la terapia recogida en esta publicación.

Referencias

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (texto rev.). Barcelona: Masson.

Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.

Beck, A., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.

Brink, T., Yesavage, T, Lum, O, Heersema, P., Adey, M. y Rose, T. (1982). Screening test for Geriatric Depression. *Clinical Gerontology, 1*, 37-43.

Ellis, T.E. (2008) *Cognición y Suicidio*. *Teoría, investigación y terapia*. México: Manual Moderno.

Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2*, 505-510.

INFLUENCIA DEL SEXO Y LA EDAD EN LA AUTOESTIMA EN PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL

Sandra Martina Espín-Tello, Manuel Bueno-Lozano y Teresa Jiménez-Bernadó

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza

Resumen

Antecedentes: La Parálisis Cerebral, patología compuesta por un conjunto de alteraciones del desarrollo motor, postural, sensorial, y/o intelectual, tiene una prevalencia estimada en la población general de 1 – 2,3 por cada 1000 niños nacidos vivos. Se caracteriza por no ser progresiva. El objetivo de este estudio fue comprobar si influyen la edad y el sexo (hombre o mujer) en la autoestima de las personas con Parálisis Cerebral, mediante la comparación de medias. **Método:** Los datos analizados proceden de un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 43 sujetos (23 hombres y 20 mujeres) con diagnóstico de Parálisis Cerebral, capacidad de comunicación, Cociente Intelectual no inferior a 30, edad media igual a 38,86 años (*DT* = 13,26) y residentes en España. Las variables "Sexo" y "Edad" fueron tomadas a través de un cuestionario *ad hoc*, y la autoestima fue medida mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg. Todos los datos fueron recogidos entre enero de 2013 y junio de 2014, en algunas de las Asociaciones y Colegios de Educación Especial de Aragón y Mallorca (España). Todos los fueron estadísticamente tratados con el software IBM® SPSS® Statistics v.20.0. **Resultados:** La puntuación media de la Escala de Autoestima de Rosenberg en la muestra fue de 32,12 puntos, considerada como autoestima elevada. Analizando la diferencia entre sexo, los hombres obtuvieron una media de 32,43 puntos y las mujeres de 31,75. Y en el análisis de la diferencia según la edad, el grupo de jóvenes obtuvo una puntuación de 31,75, el de adultos 32,86 y el de adultos mayores 31,21. **Conclusiones:** La puntuación media de la muestra de sujetos con Parálisis Cerebral, corresponde a un nivel de autoestima elevada. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de hombres y mujeres, y tampoco entre los diferentes grupos de edad.

Palabras Clave: Parálisis cerebral, género, edad, autoestima.

INFLUENCE OF GENDER AND AGE ON SELF-ESTEEM IN PEOPLE WITH CEREBRAL PALSY

Abstract

Introduction: Cerebral palsy is a pathology described as a combination of motor development, postural, sensory and/or mental disorders. It has an estimated prevalence in the general population of 1 to 2.3 per 1000 live births. It is characterized for not being progressive. The purpose of this pilot study is to analyse the differences related to self-esteem level between women and men, and between the different groups of age who suffer from Cerebral Palsy, according to the comparison of averages. **Method:** The analysed data comes from a cross-sectional study of a sample composed by 43 subjects (23 men and 20 women) diagnosed with Cerebral Palsy, with communication capacity (oral, written or alternative), an I.Q. over or equal to 30, an average age 38.86 years (*SD* = 13.26), and residents in Spain. "Gender" and "Age" variables have been taken with an *ad hoc* Questionnaire named "Data Registration", where you will find aspects relating to the participant´s life. The self-esteem level has been measured with the Rosenberg Self-esteem Scale. The data was gathered from January 2013 to June 2014, in Associations and Schools for Special Education in Aragón and Mallorca (Spain). All data was treated with IBM® SPSS® Statistics v.20.0. **Results:** The average score of the Rosenberg Self-Esteem Scale in the analysed sample was 32.12 points, corresponding to a high self-esteem. The average score in men was 32.43 points, whereas that of women was 31.75. In the analysis of the difference according to the age, the young people obtained a score of 31.75, adults obtained 32.86 points, and adults older 31.21. **Conclusion:** The average score of the Rosenberg Self-esteem Scale in the analysed sample correspond to a high/normal self-esteem level. Analysing the data we can observe that there is no significant difference in the self-esteem level between genders, neither between different groups of age.

Keywords: Cerebral palsy, gender, age, self-esteem.

Introducción

A partir de los datos consultados en la última Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, del Instituto Nacional de Estadística (2008), más de 3,8 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad en España (2,3 millones de mujeres y 1,55 millones de hombres). Esta cifra corresponde al 8,5% de la población general.

Dentro de esta población de personas con discapacidad, Confederación ASPACE publicó en 2011 que la cifra de personas con Parálisis Cerebral en España estaba en 120.000, señalando a esta patología como la causa más frecuente de discapacidad motriz infantil.

Esta patología se caracteriza por estar compuesta de un conjunto de alteraciones del desarrollo motor, postural, sensorial, y/o intelectual. Tiene una prevalencia estimada en la población general de 1 – 2,3 por cada 1000 niños nacidos vivos, y no es progresiva. La lesión neurológica es irreversible y persiste a lo largo de toda la vida, aunque la persona sí que puede mejorar o empeorar en cuanto a su estado físico y de salud en general (Murphy y Such-Neibar, 2003; Rosenbaum et al., 2007).

Como consecuencia, estas alteraciones suelen provocar limitaciones funcionales que interfieren en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD), provocando a su vez que el sujeto esté preocupado por dicho deterioro físico, lo cual puede dar lugar a limitaciones en sus actividades sociales y restricción en la participación, afectando en su vida, en su trabajo y en su autoestima (Horsman, Suto, Dudgeon y Harris, 2010).

Algunos artículos ponen de manifiesto que los jóvenes con Parálisis Cerebral suelen participar más en actividades de ocio basadas en el hogar, teniendo menor número de experiencias sociales con amigos y otros jóvenes sin discapacidad, tendiéndose a la agrupación con personas con discapacidades similares, muchas veces como consecuencia de sus limitaciones, físicas o cognitivas (Kang et al., 2010; van der Slot et al., 2010).

Debido a la influencia que tiene la autoestima en las personas con Parálisis Cerebral (y en todas en general), el objetivo de este estudio piloto fue comprobar si hay asociación entre la autoestima y la edad y la autoestima y el sexo (hombre o mujer) en las personas con Parálisis Cerebral, mediante la comparación de medias.

Método

Participantes

Los criterios de inclusión para formar parte del estudio fueron: Estar diagnosticado de Parálisis Cerebral, tener capacidad de comunicación (oral, escrita o alternativa), tener un Cociente Intelectual no inferior a 30, una edad igual o superior a 12 años y residir en España.

Atendiendo a estas características, un total de 43 sujetos participaron voluntariamente en el estudio, firmando cada uno de ellos un consentimiento informado por escrito donde se explicaba en qué consistiría su participación en el estudio y en el que se proporcionaban los datos de contacto de la persona que les iba a entrevistar.

La muestra estaba compuesta por 23 hombres y 20 mujeres, procedentes de las provincias de Zaragoza, Huesca, Teruel y Mallorca (España).

La edad media de los participantes fue de 38,86 años, teniendo el participante más joven 14 años y el mayor 62 (*DT* = 13,26).

Para que resultara más fácil la clasificación y el análisis, se agrupó a la muestra según la edad en: Grupo de "Jóvenes", con edades comprendidas entre los 12 y los 25 años, grupo de "Adultos", con edades comprendidas entre los 26 y los 45 años, y grupo de "Adultos-Mayores", con edades comprendidas entre los 46 y los 65 años.

Materiales/Instrumentos

Se tomaron como variables independientes el "Sexo" y la "Edad", las cuales fueron registradas a través de un Cuestionario *ad hoc,* que lleva por nombre "Registro de Datos", en el cual constan aspectos referentes a la vida del participante.

La variable dependiente fue el nivel de autoestima, medida mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), desarrollada por Rosenberg en 1965. Es una de las más utilizadas para la medición global de la autoestima.

Esta escala está compuesta por 10 afirmaciones sobre los sentimientos que tiene la persona sobre sí misma, 5 direccionadas positivamente (preguntas de la 1 a la 5) y 5 negativamente (preguntas de la 6 a la 10). En esta escala de tipo Likert, el participante tiene que responder únicamente eligiendo una de las cuatro posibles respuestas (1 =

Muy de acuerdo; 2 = De acuerdo; 3 = En desacuerdo; 4 = Muy en desacuerdo) a cada una de las 10 afirmaciones.

La puntuación final puede estar entre los 10 y los 40 puntos.

Si se obtiene una puntuación menor a 25 puntos se considera que existen importantes problemas de autoestima, y se clasifica como "Autoestima Baja". Si la puntuación oscila entre los 26 y los 29 puntos, no existen problemas graves de autoestima, aunque sería conveniente mejorarla, y se clasifica como "Autoestima Media". Y por último, si la puntuación es igual o superior a 30, se clasifica como "Autoestima Elevada o Normal".

Dicha escala ha sido traducida y validada al castellano (Morejón, García-Bóveda y Jiménez, 2004).

Su consistencia interna se encuentra entre 0,76 y 0,87. Su fiabilidad es de 0,80 (Rosenberg, Schooler, Schoenbach y Rosenberg, 1995).

Para la utilización de esta escala se solicitó y adquirió el consentimiento de sus autores.

Procedimiento

En primer lugar se procedió a hacer una búsqueda sobre las Asociaciones, Fundaciones, y Colegios de Educación Especial de Aragón y Baleares (España) que pudieran tener entre sus componentes a personas que cumplieran todos los criterios de inclusión para formar parte del estudio. Así mismo también se contactó con personas individuales, que no pertenecían a ninguno de estos dos tipos de centros, pero que también cumplían dichos criterios.

Los datos fueron recogidos durante el periodo transcurrido entre enero de 2013 y junio de 2014. Participaron un total de catorce centros. En la Tabla 1 se presenta la distribución de la muestra según los centros de procedencia.

En primer lugar se analizó si la variable dependiente "Rosenberg", referente a la puntuación de la Escala de Autoestima de Rosenberg, se distribuía normalmente en la población, mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov, comprobando que sí se distribuía normalmente en la población (p=0,053).

Posteriormente se comprobó a través de la prueba ANOVA de un factor si había asociación entre el nivel de autoestima y el sexo, y el nivel de autoestima y la edad, mediante la comparación de medias.

Tabla 1. Distribución de la muestra según su procedencia.

Centros	n
Colegio Público de Educación Especial "Gloria Fuertes" (Andorra – Teruel)	1
Colegio Público de Educación Especial "Rincón de Goya" (Zaragoza)	1
Colegio Público de Educación Especial "Jean Piaget" (Zaragoza)	1
Colegio Privado de Educación Especial "San Martín de Porres" – Perteneciente a ATADES (Zaragoza)	1
Fundación Kalathos (Alcorisa – Teruel)	1
ASPACE Huesca	6
ASPACE Zaragoza	7
Asociación "Discapacitados Sin Fronteras" (Zaragoza)	2
Centro Mater Misericordiae (Palma de Mallorca)	2
Cooperación de Iniciativa a Social Kairós (Zaragoza)	1
Asociación "Disminuidos Físicos de Aragón" (Zaragoza):	18
Residencia "Rey Fernando de Aragón"	
Residencia "Pomarón"	
Centro de Día "Utrillas"	
Centro de Día "La Jota"	
Personas no procedentes de ningún centro	2

Todos los datos fueron tratados con el programa IBM® SPSS® Statistics v.20.0.

Diseño

Es un estudio transversal analítico y observacional, no probabilístico, realizado mediante una metodología cuantitativa.

Resultados

La puntuación media de la Escala de Autoestima de Rosenberg en la muestra fue de 32,12 puntos, considerada como autoestima elevada. La mínima puntuación obtenida fue de 24, y la máxima de 40 (*DT* = 4,827).

Los hombres obtuvieron una media de 32,43 puntos (autoestima elevada) y las mujeres de 31,75 (autoestima elevada).

Si analizamos estadísticamente los datos mediante la prueba ANOVA de un

factor, comprobamos que no hay razones para pensar que la distribución del nivel de autoestima en la población con Parálisis Cerebral es diferente para el sexo masculino y el sexo femenino (p = 0,648). En la Tabla 2 y en la Figura 1 se presentan las diferencias entre ambos sexos respecto a la puntuación media, la desviación típica y el recuento total de hombres y de mujeres.

Tabla 2. Diferencia en la puntuación en la Escala de Autoestima de Rosenberg según el sexo.

	Sexo					
	Masculino			Femenino		
	Media	*DT*	Recuento	Media	*DT*	Recuento
Puntuación Escala de Rosenberg	32,43	4,93	23	31,75	4,81	21

Figura 1. Diferencias entre hombres y mujeres en la puntuación media de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Centrándonos ahora en la diferencia según la edad, tanto en la Tabla 3 como en la Figura 2 podemos apreciar que el grupo "Jóvenes" obtuvo una puntuación de 31,75, el grupo "Adultos" 32,86 y el grupo "Adultos mayores" 31,21, correspondiéndoles a todos un nivel de autoestima elevada.

Si analizamos estadísticamente los datos mediante la ANOVA de un factor, comprobamos que no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad (p = 0,609).

Tabla 3. Diferencia en la puntuación en la Escala de Autoestima de Rosenberg según el grupo de edad.

	Grupos de edad								
	Jóvenes			Adultos			Adultos mayores		
	Media	*DT*	Recuento	Media	*DT*	Recuento	Media	*DT*	Recuento
Puntuación Escala de Rosenberg	31,75	5,65	9	32,86	4,29	21	31,21	5,28	14

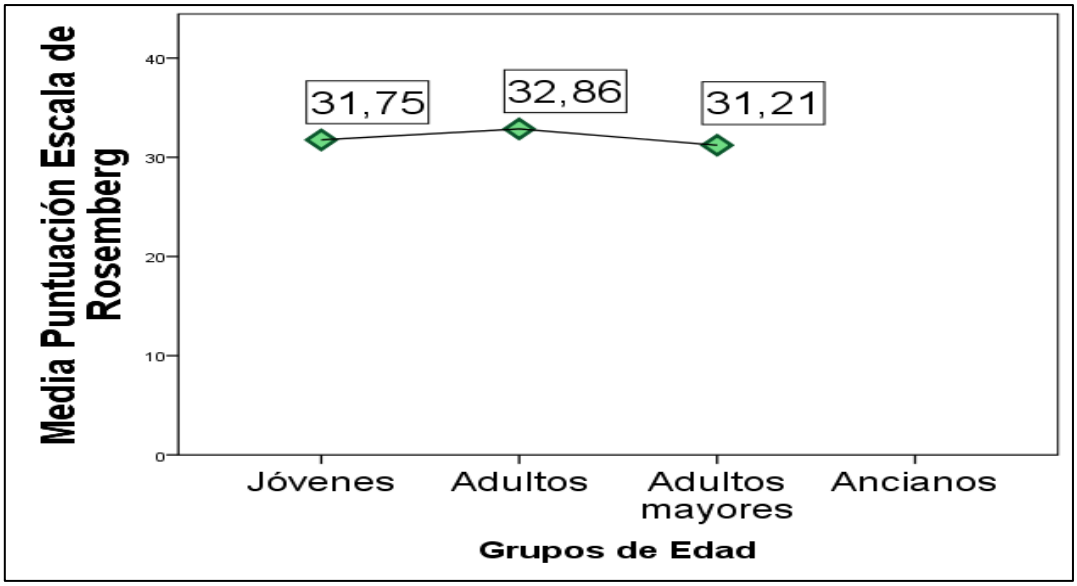


Figura 2. Diferencias entre los diferentes grupos de edad en la puntuación media de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Discusión

A pesar de haber realizado numerosas búsquedas en diferentes bases de datos tanto biomédicas como sociológicas, han sido muy pocos los estudios encontrados que hacen referencia al tema de la autoestima de las personas con Parálisis Cerebral.

La mayoría de ellos se centran en la autoestima de las personas de menor edad que padecen esta patología, o incluso en la de sus cuidadores principales, dejando un poco de lado la situación en las personas adultas.

Respecto a la influencia del sexo (ser hombre o mujer) en la autoestima, algunos estudios muestran que la autoestima media de las personas con Parálisis Cerebral suele encontrase dentro de la categoría "elevada", aunque en uno de los estudios revisados que analizaba una muestra de adolescentes y pre-adolescentes (con edades comprendidas entre los 9 y los 18 años) el grupo de mujeres presentaba una autoestima más baja que el grupo de los hombres (Manuel, Balkrishnan, Camacho, Smith y Koman, 2003).

Otros estudios, como el de Magill-Evans y Restall (1991), compararon mediante un estudio longitudinal el estado de la autoestima entre hombres y mujeres, y a su vez entre los que tenían discapacidad y los que no, con siete años de diferencia entre la primera y la última entrevista (en la primera tenían una media de 15 años y en la última una media de 22). Las mujeres en este estudio también obtuvieron un nivel de autoestima algo inferior al de los hombres, ya que entre los hombres con y sin discapacidad no hubo diferencias significativas, mientras que en las mujeres con discapacidad respecto a las mujeres sin discapacidad sí, aunque en la última entrevista la diferencia fue menor.

Consideramos que tiene gran importancia el estudio de la autoestima en el campo de la discapacidad, en concreto en la Parálisis Cerebral, ya que es uno de los motores más importantes para poder llevar a cabo una vida satisfactoria. Así lo constatan Wiegerink, Stam, Ketelaar, Cohen-Kettenis y Roebroeck (2012) en su estudio sobre relaciones románticas y sexuales en jóvenes adultos (entre los 20 y los 25 años) con Parálisis Cerebral. Señala que hay más mujeres que hombres dentro de una relación romántica, y que para tener este tipo de relación son muy importantes aspectos como tener una buena autoestima y sentimientos de competencia relacionados con la autoeficacia. Según los autores, tener una mayor afectación motriz puede afectar en la actividad sexual, pero no en tener una relación romántica.

Conclusión

La puntuación media de la muestra de sujetos con Parálisis Cerebral, evaluados

mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg, correspondió a un nivel de autoestima elevada, o lo que es lo mismo, dentro de la normalidad, la considerada idónea.

Analizando los datos mediante la prueba de Mann-Whitney comprobamos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de hombres y mujeres, y tampoco entre los diferentes grupos de edad, en las puntuaciones de dicha escala.

Referencias

Confederación ASPACE (2011). *La calidad de vida, una realidad*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014, de http://www.aspace.org/aspace/news/documentos/dossierprensamini.pdf

Horsman, M., Suto, M., Dudgeon, B. y Harris, S. R. (2010). Ageing with cerebral palsy: psychosocial issues. *Age and Ageing*, *39*, 294-299.

Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia.* Recuperado el 25 de noviembre de 2014, de http://www.ine.es/jaxi/tabla.do

Kang, L. J., Palisano, R. J., Orlin, M. N., Chiarello, L. A., King, G. A. y Polansky, M. (2010). Determinants of social participation-with friends and others who are not family members-for youths with cerebral palsy. *Physical Therapy*, *90*, 1743-1757.

Magill-Evans, J. E. y Restall, G. (1991). Self-esteem of persons with cerebral palsy: from adolescence to adulthood. *American Journal of Occupational Therapy*, *45*, 819-825.

Manuel, J. C., Balkrishnan, R., Camacho, F., Smith, B. P. y Koman, L. A. (2003). Factors associated with self-esteem in pre-adolescents and adolescents with cerebral palsy. *Journal of Adolescent Health*, *32*, 456-458.

Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J. y Jiménez, R. V. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, *22*, 247-255.

Murphy, N. y Such-Neibar, T. (2003). Cerebral palsy diagnosis and management: The state of the art. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *33*, 146-169.

Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B. y Jacobsson, B. (2007). A report: The definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *109*(Supl. 109), 8-14.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton: University Press Princeton, NJ.

Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, *60*, 141-156.

van der Slot, W. M., Nieuwenhuijsen, C., van den Berg-Emons, R. J., Wensink-Boonstra, A. E., Stam, H. J., Roebroeck, M. E., y Transition Research Group South West Netherlands. (2010). Participation and health-related quality of life in adults with spastic bilateral cerebral palsy and the role of self-efficacy. *Journal of Rehabilitation Medicine, 42*, 528-535.

Wiegerink, D. J., Stam, H. J., Ketelaar, M., Cohen-Kettenis, P. T. y Roebroeck, M. E. (2012). Personal and environmental factors contributing to participation in romantic relationships and sexual activity of young adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, *34*, 1481-1487.

TERAPIA DE GRUPO EN DUELO COMPLICADO

Cristina Catalina-Fernández*, Esmeralda Vegazo-Sánchez**

e Isabel Reyes-Uribe de Zorita***

*** Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid*

**** Centro de Salud Mental de Aranjuez, Madrid*

***** Centro de Intervención Comunitaria Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid*

Resumen

Antecedentes: presentación de una experiencia clínica sobre terapia de grupo realizada en pacientes que atraviesan por una situación de duelo complicado con el objetivo de abordar el proceso de duelo para su elaboración y de esta manera, mejorar la sintomatología depresiva existente. Este trabajo se ha realizado en el Hospital Universitario Río Hortega (área oeste, Valladolid). **Método:** en la terapia de grupo participaron 12 pacientes de edad media elevada y dos terapeutas. Nos decidimos por un grupo cerrado de tipo psicoeducativo de 8 sesiones semanales de duración. Se aplicó un estudio estadístico para analizar las puntuaciones pre-tratamiento y pos-tratamiento de la Escala de Prigerson y del Cuestionario de depresión de Beck con el fin de comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones antes y después del tratamiento grupal. Aplicamos la Prueba T de Student para una muestra. **Resultados:** las diferencias han sido significativas. Esto indica que el duelo patológico mejora significativamente en los individuos que han participado en la terapia de grupo. **Conclusiones:** la terapia de grupo para el tratamiento de un proceso de duelo complicado se muestra eficaz de cara al apoyo en la elaboración de este acontecimiento vital tan tortuoso y a esto contribuyen factores como la cohesión grupal, la expresión emocional, el soporte emocional, la validación del sufrimiento, la comprensión del proceso de duelo, la normalización de determinadas conductas y, sobre todo, poder identificar y analizar qué les estaba ocurriendo y por qué les estaba ocurriendo. Estos elementos se muestran como componentes fundamentales de este trabajo.

Palabras clave: Duelo complicado, terapia grupal, pérdida, servicio público.

GROUP THERAPY IN COMPLICATED GRIEF

Abstract

Precedents: Making a clinical experience of group therapy conducted in patients experiencing a situation complicated grief in order to address the grieving process for its preparation and thus, improve the existing depressive symptomatology. This work was performed at the University Hospital Rio Hortega (west area, Valladolid). **Method:** group therapy in 12 patients with high average age and two therapists participated. We decided on a closed psychoeducational 8 weekly group sessions lasting. A statistical study was applied to analyze the pre-treatment post-treatment Scale Prigerson and Beck Depression Questionnaire in order to check for significant differences in scores before and after treatment group and scores. We applied the Student's t test for one sample. **Results:** The differences were significant. This indicates that the pathological mourning improved significantly in individuals who have participated in group therapy. **Conclusions:** group therapy for the treatment of complicated grief process proves effective face to support the development of this vital event so tortuous that contributing factors such as group cohesion, emotional expression, emotional support, validation suffering, understanding the grieving process, standardization of certain behaviors and, above all, to identify and analyze what was happening to them and why it was happening to them. These items are displayed as key components of this work.

Keywords: Complicated grief, group therapy, lost, public setting.

Introducción

La palabra “duelo” tiene sus raíces en el término latino “dolos”, que significa dolor. El duelo es el proceso de adaptación emocional que ocurre tras una pérdida. En nuestro caso, el trabajo realizado se dirigió a personas en duelo tras la pérdida de un ser querido.

Cada vez son más las personas que deciden acudir voluntariamente en búsqueda de ayuda psicológica porque manifiestan dificultades ante la elaboración de un proceso de duelo con normalidad. A la par, los profesionales muestran un interés creciente por cuestiones relacionadas con el proceso de morir. Buscamos cómo ayudar a los dolientes

a que mejoren su malestar relacionado con la pérdida y puedan encontrar un hueco para el fallecido sin que les cause tanto dolor. Desde el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid percibimos esta necesidad e iniciamos un proyecto de la mano de los Psicólogos Internos Residentes destinado a trabajar junto a los dolientes la pérdida del ser querido. La forma de trabajo elegida fue una terapia grupal formada por 12 pacientes en situación de duelo complicado y dos terapeutas.

Los objetivos del presente trabajo fueron los siguientes:

- Abordar el proceso de duelo desde una perspectiva grupal.
- Mitigar la sintomatología depresiva.
- Identificar las emociones vinculadas a la pérdida.
- Elaboración de la pérdida y adaptación a un nuevo medio sin el fallecido.

Método

Participantes

Los participantes de este estudio constituyen un total de 38 sujetos, entre 35 y 70 años (M = 43.24, DT = 10.83) que están distribuidos en una muestra. En un principio la edad permitida era hasta los 65, pero finalmente decidimos ampliar el rango de edad a petición de una derivación que cumplía los criterios de inclusión Estos sujetos están derivados por su psiquiatra o psicólogo de su Centro de Salud Mental y están diagnosticadas de trastorno distímico. La muestra está formada exclusivamente por mujeres y presentan un nivel cultural medio-bajo.

Los pacientes que iban a ser derivados al grupo debían de cumplir con los siguientes requisitos, imprescindibles para la admisión en el grupo.

Criterios de inclusión:

- Detección de la pérdida del ser querido como acontecimiento vital estresante.
- Conciencia por parte del paciente de que el duelo está vinculado con la situación de sufrimiento actual.
- Síntomas que puedan derivarse del duelo complicado: dificultad para aceptar la muerte, emociones que impiden que el proceso de duelo se realice con normalidad (culpa, ira…) y adaptación problemática a una vida sin el fallecido.
- Edad: 30-65 años.

Criterios de exclusión:

- Psicosis y trastornos de la personalidad.
- Retraso mental.
- Psicopatía y trastornos narcisistas.
- Personas que no dominan el castellano.

Antes de formar el grupo, se analizó el tipo de duelo y las características de este. Respecto al parentesco de la persona fallecida, se encontró: dos personas en duelo por hijo y cónyuge, dos personas en duelo por hijo, una persona en duelo por padre y hermana, 7 personas en duelo por cónyuge. En relación a la causa más frecuente de fallecimiento: enfermedad.

Instrumentos

En la muestra clínica, se realizaron dos evaluaciones, pre y post tratamiento, en donde se administraron las siguientes pruebas: el Inventario de Depresión de Beck, (BDI) (Beck, Steer y Brown, 1996) y la Escala de Prigerson (Prigerson et al., 1995). Después de tres meses, se realizó la evaluación post, en la que se volvieron a pasar los mismos autoinformes administrados en la evaluación pre.

Procedimiento

Para realizar este estudio hemos escogido una muestra de pacientes diagnosticados por duelo patológico, pertenecientes a varios Centro de Salud Mental. El grupo se realizó en el Centro de Salud Mental "Esperanto" (Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid) con una periodicidad semanal entre los meses de febrero a abril (8 sesiones) de 2014.

La estructura del grupo consistía en un grupo cerrado de doce personas. La terapia estaba dirigida por dos terapeutas, ambas Psicólogas Internas Residentes, lo que aporta una doble perspectiva sobre el grupo y sus individuos.

La terapia grupal, se llevó a cabo con un enfoque principalmente psicoeducativo.

Antes de empezar la terapia de grupo entregamos a los profesionales de cada Centro de Salud Mental, los criterios de derivación. Una vez reunidos los nombres de los posibles participantes del grupo, se realizó una entrevista individual para asegurar que cumplían los siguientes requisitos:

La entrevista previa al inicio de la terapia grupal se realizó de forma individual entre las terapeutas y la persona candidata al grupo. El objetivo de la entrevista fue conocer a las participantes y recabar información sobre ellas:

- Datos personales: nombre completo, fecha de nacimiento, edad, teléfono de contacto y sexo.
- Preguntas sobre el duelo: en relación al fallecido, circunstancias del fallecimiento y tiempo tras la muerte.
- Tratamiento farmacológico.
- Núcleo familiar y apoyos.
- Inventario de depresión de Beck.
- Escala de Prigerson.

Sesiones grupales:

- Sesión 1: presentación del grupo.
- Sesión 2: fases del proceso de duelo (según Worden, 2004).
- Sesión 3: reacciones normales en el proceso de duelo
- Sesión 4: línea de vida.
- Sesión 5: emociones asociadas a la pérdida.
- Sesión 6: Buscando apoyos.
- Sesión 7: "trabajando con la mejoría".
- Sesión 8: cierre.

Sesión 1: presentación del grupo. Durante la primera sesión el objetivo fue establecer un primer contacto grupal, que los participantes se conocieran, explicar qué es una terapia de grupo y más específicamente, una terapia de grupo con personas en proceso de duelo.

- ¿Qué es y para qué sirve la terapia de grupo?
- Ventajas de la terapia de grupo.
- Objetivo del grupo: ¿por qué un grupo de duelo?
- Reglas básicas de una terapia de grupo: duración y frecuencia, compromiso de asistir regularmente y de forma puntual, confidencialidad, turno de palabra y respeto.
- Expectativas: ¿qué esperáis del grupo?

Sesión 2: fases del proceso de duelo (según Worden, 2004). En la segunda sesión, las terapeutas explicamos las fases del proceso de duelo para que las dolientes pudieran comprender los estadios por los que habían pasado e identificaran en cuál de ellos se encontraban.

- *Tarea I: aceptar la realidad de la pérdida*. Cuando alguien muere, aunque la muerte sea esperada, siempre hay cierta sensación de que no es real. La primera tarea del duelo supone afrontar la realidad de que la persona está muerta y no volverá. Lo opuesto a aceptar esta realidad es realizar algún tipo de negación de la misma.
- *Tarea II: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida*. Tras la pérdida de un ser querido surgen emociones de tristeza, ira, culpabilidad o soledad, entre otras. Reconocer y trabajar este dolor es necesario en muchas ocasiones, ya que de lo contrario puede que se manifiesten síntomas. Cuando estas emociones son negadas, la persona experimenta anestesia emocional, es decir, no sentir. Por lo que, en esta tarea tratamos de facilitar la expresión de emociones, que las pacientes puedan manifestar qué es lo que sienten o han sentido anteriormente.
- *Tarea III: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente*. Existen tres áreas de adaptación que se deben trabajar: las adaptaciones externas, las adaptaciones internas y las adaptaciones espirituales. Las adaptaciones externas se refieren a la asunción de nuevos roles que tiene que asumir el doliente porque antes eran desempeñados por el fallecido. Las adaptaciones internas suponen adaptarse al propio sentido de sí mismos ya que de cierta manera, definimos nuestra identidad personal en base a un "otro" en múltiples ocasiones. Por último, las adaptaciones espirituales conllevan el ajuste al propio sentido del mundo, entendiendo con esto: valores, creencias religiosas…
- *Tarea IV: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo*. La persona debe encontrar la manera de recordar a los seres queridos fallecidos, pero sin que ello le impida seguir viviendo.

Sesión 3: reacciones normales en el proceso de duelo. La experiencia de perder a un ser querido implica determinado tipo de manifestaciones de malestar que son

normales, como los sentimientos de tristeza, enfado, fatiga… También, patrones de pensamiento diferentes como la confusión, y conductas específicas como los trastornos del sueño. Esta sesión tenía vital importancia ya que las personas que atraviesan un proceso de duelo, en muchas ocasiones se asustan de sus pensamientos, sentimientos o conductas. Les parecen extrañas. Validar que lo que les está ocurriendo es normal hace que las dolientes se relajen y los síntomas disminuyan.

Sesión 4: línea de vida. En esta sesión, cada participante trazó una línea horizontal en un folio. De esta forma, le permitía reseñar de forma más visual los acontecimientos más importantes que habían acontecido en su vida. Posteriormente, se analizaba de forma grupal los hechos significativos de cada individuo.

La conclusión más importante de esta sesión fue la clara influencia que tenían "las pérdidas" en la vida de las pacientes.

Sesión 5: emociones asociadas a la pérdida. Sabemos que tras la pérdida de un ser querido, los dolientes manifiestan múltiples emociones. Los sentimientos de tristeza, ansiedad, anhelo e incluso la culpa, son normales en un proceso de duelo. Sin embargo, en muchas ocasiones pueden interferir a la hora de elaborar un duelo normal.

Durante esta sesión tratamos de que aflorasen las emociones que obstaculizan el proceso de duelo y trabajamos sobre ellas. La culpa y el enfado fueron las más predominantes.

Sesión 6: Buscando apoyos. Desde el inicio de la psicoterapia, tanto mi compañera como yo estábamos de acuerdo, en considerar el apoyo social, un eje necesario para la mejoría del doliente. Durante esta sesión y tras haber analizado el malestar de cada sujeto, trabajamos dónde se podía apoyar cada persona: familia, amigos, profesionales… A partir de este trabajo grupal, elaboramos una amplia lista, para que la persona en momentos de bloqueo pudiese recurrir a ella.

Sesión 7: "trabajando con la mejoría". En esta sesión, identificamos juntos a las pacientes qué aspectos habían mejorado.

Sesión 8: cierre. Durante la última sesión, realizamos un resumen de lo tratado durante toda la psicoterapia grupal. Trabajamos cómo se habían sentido en el grupo y qué aspectos positivos y negativos deberíamos tener en cuenta los terapeutas de cara a próximos grupos terapéuticos.

Existen experiencias similares en la forma de abordaje al proceso de duelo. En el Centro de Salud Mental de Parla (Madrid) se realizó un trabajo en el que los profesionales fueron capaces de analizar los cambios que se iban realizando de cara a la mejora del individuo (Pérez, Hernangómez y Santiago, 2000).

Diseño

Se trata de un estudio longitudinal, donde se ha llevado a cabo un diseño ex post facto retrospectivo (Fontes, García, Garriga, Pérez-Llantada y Sarriá, 2001).

Se aplicó un estudio estadístico para analizar las puntuaciones pre-tratamiento y pos-tratamiento de la Escala de Prigerson y del Cuestionario de depresión de Beck con el fin de comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones antes y después del tratamiento grupal. Aplicamos la Prueba T de Student para una muestra.

Resultados

En un primer momento, hemos hallado los datos descriptivos de los índices "Duelo Patológico" y "Nivel de Depresión" en los sujetos clínicos tanto en la evaluación Pre y Post (Tabla 1).

Tabla 1. Datos descriptivos de los índices "Duelo Patológico" y "Nivel de Depresión" en sujetos clínicos en la evaluación Pre y Post.

		N	Min.	Max.	*M*	*DT*
D	Pre	12	17	33	24.67	4.25
	Post	12	35	66	50.42	11.41
P	Pre	12	16	28	20.83	3.43
	Post	12	18	42	25.33	6.95

Nota. D = índice de depresión; P = índice de Prigerson; N = población total; Min = puntuación más baja; Max = puntuación más alta.

A continuación se ha hallado los estadísticos descriptivos y de contraste de los índices "Duelo Patológico" y "Nivel de Depresión" en sujetos clínicos en la evaluación Pre y en la evaluación Post (Tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y de contraste de los índices "Duelo Patológico" y "Nivel de Depresión" en sujetos clínicos en la evaluación Pre y Post.

		Sujetos clínicos						95% IC	
		M	*DT*	*t student*	*Sig. Bil*	*gl*	Dif M	Inf.	Sup.
ID	Pre	24.67	4.25	20.10	.00	11	24.66	21.97	27.37
	Post	20.83	3.43	21.02	.00	11	20.83	18.65	23.01
IP	Pre	50.42	11.41	15.30	.00	11	50.41	43.16	57.67
	Post	25.33	6.95	12.61	.00	11	25.33	20.91	29.75

Nota. ID = índice de depresión; IP = índice de duelo patológico; *t* = estadístico de contraste *t* student; Sig. Bil = significación bilateral; *gl* = grados de libertad; Dif. M = Diferencias de medias.

Se ha analizado si existen diferencias de medias en la variable *depresión* antes y después del tratamiento. Para ello se ha utilizado la prueba T de Student. Se han encontrado diferencias significativas en la evaluación post (T = 20.10; p = .00), habiendo una reducción de la media de esta variable tras el tratamiento (ver Tabla 2).

Se ha analizado si existen diferencias de medias en la variable *duelo patológico* antes y después del tratamiento. Para ello se ha utilizado la prueba t de Student. Se han encontrado diferencias significativas en la evaluación post (T =12.61; p = .00), habiendo una reducción de la media de esta variable tras el tratamiento (ver Tabla 2).

Esto indica que el duelo patológico mejora significativamente en los individuos que han participado en la terapia de grupo.

Conclusiones

La terapia de grupo para el tratamiento del duelo se muestra eficaz para la mejora de las personas insertas en este proceso. Factores como la cohesión grupal, la expresión emocional, el soporte emocional, la validación del sufrimiento, la comprensión del proceso de duelo, la normalización de determinadas conductas y, sobre todo, poder identificar y analizar qué les estaba ocurriendo y por qué les estaba

ocurriendo, se muestran como elementos fundamentales de este trabajo. Aun así, el proceso de duelo complicado es largo y requiere tiempo, elaboración psíquica, compromiso y seguimiento.

La mayor dificultad que nos hemos encontrado en este grupo ha sido el manejo de la tristeza y el llanto, cómo el sentimiento desmoralizador de pérdida se iba contagiando, tornándose muy difícil la dinámica grupal en ciertos momentos. Por lo que consideramos necesaria la figura del co-terapeuta en todas las sesiones.

Referencias

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Fontes, S., García, C., Garriga, A. J., Pérez-Llantada, M. C. y Sarriá, E. (2001). *Diseños de Investigación en Psicología.* Madrid, España: UNED.

Pérez, P., Hernangómez, L. y Santiago, C. (2000). Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública*, *12*(3), 273-284.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, CH. F., Bierhals, A. J., Newson, J. T. y Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, *59*, 65-79.

Worden, J. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

INTERVENCIÓN MULTIPROFESIONAL DE LA HEMATOFOBIA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM)

Jesús O. Valera-Bernal*, Antonia Sánchez-López*, M. Ascensión Albacete-Belmonte*, José Joaquín García-Arenas* y Julio C. Martín-García-Sancho**

**Centro de salud mental de Lorca*

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

Resumen

Antecedentes: El presente trabajo recoge la experiencia clínica realizada en el CSM de Lorca en relación al abordaje de la "Hematofobia" en dos pacientes a los que se le ha aplicado un método de intervención integrativo en el que se han utilizado las técnicas de exposición en vivo, de tensión aplicada, reductoras de ansiedad, psicoeducación, así como terapia racional emotiva, utilizando un formato mixto; la importancia de contar con un Equipo Multiprofesional, así como seguir un protocolo de intervención consistente, facilita el poder dar respuesta ágil, rápida y efectiva a la población afectada. **Método:** Se ha utilizado un formato mixto en el por un lado se ha realizado intervención psicoterapéutica individual con un total de 6 sesiones quincenales, y por otro, tratamiento grupal como complemento, de una duración de 7 semanas en el que se ha formado al paciente en técnicas reductoras de ansiedad dentro de un marco psicoeducativo. Tras cribado inicial por pate de Enfermería de pacientes procedentes de Atención Primaria con demanda por cuadro hematofóbico, se lleva a cabo diagnóstico clínico de "Hematofobia" por parte de Psicología Clínica siguiendo tanto criterios de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) como del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastorno Mentales (DSM-5). Antes de iniciar la Intervención diseñada se administraron las pruebas psicométricas State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1994), Inventario para Depresión (BDI) de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961) y Cuestionario de Miedos (FQ) de Marks y Mathews (1979), volviendo a ser administradas al finalizar dicha intervención. **Resultados:** Es fundamental destacar que ambos sujetos resolvieron el cuadro clínico de forma positiva, cumpliéndose los objetivos perseguidos y obteniéndose

resultados favorables tras el análisis de las pruebas administradas. **Conclusiones:** Contar en un CSM con un equipo multiprofesional, incrementa la eficacia, la eficiencia y la efectividad para abordar el tratamiento de este tipo de fobia. El uso integrativo de las técnicas aplicadas demuestra una elevada eficacia.

Palabras clave: Hematofobia, respuesta bifásica, síncope vasovagal, técnica de tensión aplicada.

HEMATOFOBIA MULTIPROFESSIONAL INTERVENTION IN THE MENTAL HEALTH CENTER (MHC)

Abstract

Background: This article describes the clinical experience at the Lorca MHC in relation to addressing the " Blood phobics " in two patients that has been applied to a method of integrative intervention that have been used in exposure techniques active, applied, reducing anxiety, tension psychoeducation and rational emotive therapy, using a mixed format; the importance of a multidisciplinary team and follow a consistent intervention protocol facilitates to provide agile, quick and effective response to the affected population. **Method:** We used a mixed format in one hand was made individually psychotherapeutic intervention with a total of 6 fortnightly sessions, and other group therapy as a supplement, lasting 7 weeks in which the patient has formed techniques in reducing anxiety in a psychoeducational framework. After initial screening by pate Nursing of patients from primary care to demand hematofóbico box, carried out the clinical diagnosis of "Blood phobics" Clinical Psychology by following both ICD-10 criteria, such as DSM-5. Before starting the intervention designed psychometric tests STAI, BDI and FQ, going to be administered at the end of the intervention. **Results:** It is essential to note that both the clinical subjects resolved positively, fulfilling the objectives pursued and obtained favorable results after the analysis of the tests administered. **Conclusions:** Having a MHC with a multidisciplinary team, increases the effectiveness, efficiency and effectiveness to

address the treatment of this type of phobia. Using integrative techniques applied shows a high efficiency.

Keywords: Blood phobics, biphasic response, vasovagal syncope, technique applied voltage.

Introducción

La hematofobia es un tipo de fobia en la que la ansiedad viene definida por la presencia de conductas de evitación y/o escape de estímulos relacionados con todo lo referido a la sangre, con desplazamiento fóbico a la aparición del "síndrome vasovagal"; siendo característico de este tipo de fobia la existencia de respuesta psicofisiológica bifásica.

Citando a Pinel y Redondo (2014) se la podría definir por la presencia de miedo y una serie de conductas de evitación y/o escape ante lugares, objetos y situaciones relacionadas con la visión de sangre, agujas y heridas, existiendo un historial de desmayos en casi el 80% de los casos. Estos autores continúan indicando que esta fobia tiene una prevalencia de 31‰, generando un gran impacto en la vida del afectado.

Agras, Sylvester y Oliveau (1969), Bienvenu y Eaton (1998), Costello (1982) y Öst y Sterner (1987; citados en Pinel y Redondo, 2014), indican que la tasa de prevalencia de la Hematofobia varía del 31 al 41‰.

Borda, Martínez y Blanco (1998) y Borda (2001), indican que a pesar de ser la fobia específica más común dentro de los trastornos de ansiedad (American Psychiatric Association, 1994) así como en la población en general (Kleinknecht, 1994), el número de pacientes atendidos en Salud Mental por dicha fobia es escaso, aspecto que puede explicarse debido a que esta fobia no suele asociarse con una excesiva incapacitación.

Lo más característico de este subtipo de fobia específica es la presencia de un patrón de respuesta fisiológica que tiene lugar durante la exposición al estímulo fóbico; dicho patrón, denominado "patrón de respuesta bifásica" adquiere un significado esencial para el afectado, ya que constituye un signo característico que genera desplazamiento fóbico que incide en el desarrollo de conductas evitativas y/o de escape.

Como se indica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la *American Psychiatric Association* (APA, 2014), mientras que los individuos con fobias específicas situacionales, al entorno natural y a animales son más propensos a mostrar activación del sistema nervioso simpático, las personas con fobia específica a la sangre-inyecciones-heridas a menudo pueden presentar una respuesta vasovagal de desmayos o sensación de desmayo que se caracteriza por una aceleración inicial y fugaz de la frecuencia cardiaca y una elevación de la tensión arterial, seguida por una desaceleración de la frecuencia cardiaca y un descenso de la presión arterial.

Este estado de malestar o "desmayo" mediado por el nervio vago es un tipo de reflejo que en la literatura se conoce como síndrome o síncope vasovagal (Öst, Sterner y Lindahl, 1984). El temor a la aparición del mismo es característico en este tipo de patología. Según González (2012, p. 27), "a diferencia de otras fobias, en este trastorno la respuesta de evitación se produce más por el temor al desmayo y por la anticipación de las consecuencias desagradables de la situación que por el miedo propiamente dicho…"

La llegada al CSM en un espacio breve de tiempo de dos casos de hematofobia en los que el padecimiento de los paciente afectados por dicho cuadro condicionaba de forma fehaciente no sólo la estabilidad emocional de los mismos, sino su salud física y la realización de sus proyectos futuros, ha propiciado que desde la "Unidad de Adultos" del mismo se implantara un modelo de intervención específico para el abordaje de este tipo de fobia que tuviera en cuenta las características propias de la misma, incidiendo en la respuesta bifásica como factor determinante en el mantenimiento de este subtipo de fobia.

Los principales objetivos de la intervención planificada, tras la realización de diagnóstico clínico, han sido los siguientes:

- Enseñar a detectar a los pacientes los signos propios de la hematofobia, así como la sintomatología asociada.
- Generar estrategias de control sobre la percepción de aparición de "síndrome vasovagal" como aspecto reseñable en este tipo de fobia.
- Descondicionar distintos estímulos asociados a la sangre, agujas, material de extracción y todos aquellos estímulos externos asociados condicionados.
- Ayudar al reconocimiento de estímulos internos asociados al cuadro clínico.

- Generar incremento en conductas de afrontamiento que permitan una generalización de la competencia personal ante la situación temida.
- Lograr minimizar las reacciones de ansiedad anticipatoria mediante el uso de técnicas reductoras de ansiedad.

Método

Participantes

Los participantes son, un hombre de 23 años que no ha podido completar la revisión médica anual en el trabajo, y una mujer de 26 años que tiene planteado iniciar la búsqueda de un hijo.

Ambos son sujetos derivados por su Médico de Atención Primaria al apreciar cuadro clínico de "Hematofobia". En ambos casos se presentaban conductas fóbico-evitativas relacionadas con la sangre, las inyecciones y las extracciones, observándose la presencia de malestar intenso relacionado con la sensación inicial de mareo y temor al desmayo. En el rastreo clínico ambos sujetos refieren experiencias desagradables en la infancia con recuerdos de índole traumática en los que existía tanto sensación de mareo como desmayo posterior.

Procedimiento

Se inicia con un cribado de pacientes procedentes de Atención Primaria por posible cuadro de "Hematofobia", dicho cribado es realizado en "Entrevista de Acogida" por la Enfermera del Equipo Multiprofesional (E.M.), teniendo en cuenta el motivo de derivación, así como la presencia de reacciones fóbico/evitativas relacionadas con la sangre, agujas, inyecciones, extracciones y heridas, así como todo lo relacionado con visitas hospitalarias asociadas a las mismas.

Posteriormente, mediante entrevista clínica individual, el psicólogo clínico del E.M. realizó valoración diagnóstica de cada paciente siguiendo tanto criterios CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) como criterios DSM-5 (APA, 2014), por lo que

tras la confirmación de la existencia de "Hematofobia" se procede a aplicar el modelo de intervención diseñado.

Para la evaluación de la eficacia del modelo de intervención, así como la evolución de los pacientes atendidos, se les administró una batería de pruebas psicométricas al inicio y al final de dicha intervención.

Instrumentos

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al., 1994); comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de ansiedad, "Ansiedad Rasgo" (R) y "Ansiedad Estado" (E); cada uno de ellos consta de 20 ítemes 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)

Cuestionario de Miedos (FQ) (Marks y Mathews, 1979) instrumento autoadministrado creado para la evaluación y objetivación rápida y sencilla de tres tipos de miedos o fobias, (fobia social, agorafobia y fobias a situaciones relacionadas con la sangre y las heridas). Consta de 23 ítemes, aunque para este trabajo sólo hemos utilizado los 16 relevantes. El examinado debe valorar de acuerdo con una escala de 1 a 8, su comportamiento de evitación habitual a una serie de situaciones fóbicas relevantes, siendo especialmente notable para el caso que nos ocupa (Fobia a la sangre y lesiones físicas) la suma de puntuaciones en los ítemes 2, 4, 10, 13 y 16. El conjunto del cuestionario posee una buena consistencia interna, (α de Cronbach de 0,83 a 0,86 para la puntuación total y de 0,71 a 0,83 para las tres subescalas). Aunque estudios en población general arrojan peores resultados (0,44 a 0,78 para las subescalas).

Inventario para Depresión de Beck (BDI) (Beck et al., 1961) que consta de 21 ítemes 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, consistiendo en una escala 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). Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. La fiabilidad test-retest es de 0,72, teniendo una razonable validez de contenido.

Diseño

Consistió en un total de 6 sesiones individuales, entre las que se incluye la consulta de diagnóstico clínico en la que se confirma el diagnóstico de Hematofobia, y se perfila la intervención a realizar, adscribiendo a dichos pacientes a "Grupo de Relajación" como complemento del conjunto de la intervención planificada.

Contar en la "Unidad de Adultos" con un recurso grupal en el que se aborda la problemática ansiosa en su conjunto utilizando técnicas reductoras de ansiedad enmarcadas en un encuadre psicoeducativo, posibilita dar respuesta al cuadro ansioso que presentan este tipo de pacientes, generando estrategias de aprendizaje y comprensión de la problemática fóbica-evitativa que padecen, lo que ayuda sin duda al posterior afrontamiento de la situación temida.

La intervención grupal diseñada y programada desde hace años en el CSM de Lorca forma parte de la Cartera de Servicios del Centro y es desarrolla por una Enfermera del E.M. adscrita a este tipo de intervenciones; dicha intervención se desarrolla en 7 sesiones semanales de una hora y media de duración.

El tratamiento Individual está dividido en dos fases:

Fase de Diagnóstico: En la que se realiza el diagnóstico clínico y se planifica la intervención a realizar.

Fase de Intervención: En la que se llevan a cabo 5 sesiones de seguimiento, con una frecuencia quincenal. Durante esta etapa se enseña al paciente a detectar los signos propios de la "hematofobia", así como la sintomatología asociada; se enumeran y describen los distintos estímulos tanto externos como internos asociados que han quedado condicionados, trabajándolos desde la conceptualización de "disparador"; se minimizan las reacciones de ansiedad anticipatoria mediante el uso de técnicas reductoras de ansiedad, convergiendo el aprendizaje grupal de forma efectiva en la intervención individual programada; se rastrea el

conjunto de pensamientos e ideas no razonables instaladas; se contextualizan los recuerdos de las primeras situaciones reales evocadoras del cuadro fóbico-evitativo mantenido; se generan estrategias de afrontamiento paulatino a los disparadores analizados; se incide en la generación de control sobre la percepción de aparición de "síndrome vasovagal" como aspecto reseñable en este tipo de fobia; se incrementan y afianzan conductas de afrontamiento que permitan una generalización de la competencia personal ante la situación temida. Lograr la realización de 2 extracciones de sangre en ambos casos finaliza la intervención programada.

Técnicas Aplicadas:

- Exposición en vivo
- Técnica de tensión aplicada
- Técnicas reductoras de ansiedad
- Psicoeducación.
- Terapia Racional Emotiva

Resultados

Después de la realización de la intervención descrita se obtuvieron resultados significativos de mejora.

Con respecto a las puntuaciones obtenidas en el BDI (Beck et al., 1961) se observa en ambos casos un descenso significativo, pasando de unas puntaciones en el Pretest de 21 (varón) y 18 (mujer), a unas en el Postest de 0 para ambos casos.

En la comparativa de las puntuaciones obtenidas en la Escala STAI (Spielberger et al., 1994), también se observa descenso tanto en Estado como en Rasgo. El Pretest en A/E en el varón fue de 37, pasando a 11 en el Postest; con respecto a A/R, pasa de 24 en el Pretest, a una puntuación de 13 en el Postest. La sujeto mujer obtiene un valor Pretest en A/E de 20, pasando en Postest a ser de 5; siendo su Pretest A/R de 29, y Postest de 20.

Por último, en los resultados obtenidos en el Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979) ambos casos descienden en el Postest a una puntuación de 0 pasando desde unas puntaciones en el Pretest de 33 (varón) y 32 (mujer).

Ambos sujetos han resuelto el cuadro clínico abordado tras la finalización del tratamiento multiprofesional aplicado, cumpliéndose los objetivos perseguidos. Es reseñable haber logrado realizar 2 extracciones de sangre en cada uno de los casos, sin que aparezca respuesta bifásica.

Conclusiones

Los resultados clínicos a propósito de los casos tratados demuestran la eficacia de la aplicación de las técnicas aplicadas.

Contar en un CSM con un Equipo Multiprofesional, incrementa la eficacia, la eficiencia y la efectividad para abordar el tratamiento de este tipo de fobia.

Se demuestra que utilizar el recurso grupal para el abordaje de la problemática ansiosa mediante el aprendizaje de técnicas reductoras de ansiedad con los que cuenta el CSM en su Cartera de Servicios, constituye una herramienta versátil que se puede aplicar de forma efectiva, eficaz y eficiente en este modelo de intervención, destacando así mismo su importancia teniendo en cuenta la variable coste/beneficio.

Referencias

Agras, S., Sylvester, D. y Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobia. *Comprehensive psychiatry*, *10*, 151-156.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastorno Mentales* (5ª ed.). Madrid: Panamericana.

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.

Bienvenu, O. J. y Eaton, W. W. (1998). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*, *28*, 1129-1136.

Borda, M. (2001). Hematofobia: Sincronía en el triple sistema de respuestas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *3*, 179-196.

Borda, M., Martínez, O. y Blanco, A. (1998). Eficacia de la técnica de la tensión aplicada para el control del síndrome vasovagal aplicada a un caso de hematofobia. R*evista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *3*(1), 39-53.

Costello, C. G. (1982). Fears and phobias in women: A community study. *Journal of Abnormal Psychology, 91,* 280-286.

González, D. (2012). Exposición gradual y tensión aplicada en un caso de hematofobia. *PRAXIS Revista de Psicología*, *22,* 25-44.

Kleinknecht, R.A. (1994). Acquisition of blood, injury and needle fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy, 32,* 817-823.

Marks, I.M. y Mathews. A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy, 17,* 263-7.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10). Madrid: Mentor.

Öst, L., Sterner, U. y Lindahl, I. (1984). Physiological responses in blood phobics. *Behaviour Research and Therapy, 22,* 109-117.

Pinel, L. y Redondo, M.M. (2014). Abordaje de la hematofobia y sus distintas líneas de investigación. *Clínica y Salud, 25*(1), 75-84

Spielberger, C.D. Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1994). *STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.

LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD RARA. UN CASO DE SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS

Beatriz Ayala-Cuevas*, Helena Sanz-Sanz, Bárbara Morer-Bamba* y Anna Navarro-Tous*****

**Residente de Psicología Clínica en el Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

***Psicóloga Clínica Especialista en Psicología Clínica.*

****Residente de Psicología Clínica en el Hospital Royo Villanova, Zaragoza.*

Resumen

Antecedentes: Las enfermedades raras son aquellas con una incidencia baja en la población, en concreto, cuando afecta a menos de 5 de cada 10.000 habitantes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), hay entre 5.000 y 8.000 enfermedades raras distintas en la Unión Europea (UE) que afectan a entre 27 y 36 millones de personas. Se estima que en España existen más de 3 millones de personas con enfermedades de baja frecuencia tal como refleja la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER, 2014). Estas personas tienen que convivir con los problemas derivados de la enfermedad, añadiéndose en la mayoría de los casos una carga emocional elevada que repercute tanto al paciente afectado como a la familia. Las funciones del psicólogo clínico que atiende a pacientes diagnosticados de enfermedades raras, podrían ser las de facilitar el proceso de cambio que supone padecer una enfermedad crónica e intentar minimizar este impacto emocional, para reducir la incidencia de consecuencias psicopatológicas. No debemos olvidar la importancia del estudio y divulgación de la comorbilidad psicopatología de este tipo de enfermedades, así como la necesidad de que estos pacientes reciban atención psicológica. **Método:** Estudio cualitativo de caso. Se presenta a un paciente diagnosticado de Síndrome de Ehlers-Danlos (SED) de tipo vascular, que está recibiendo en la actualidad tratamiento psicológico en un Centro de Salud Mental. **Resultados:** Se describen la intervención llevada a cabo con el paciente, las pruebas de evaluación utilizadas así como las dificultades encontradas. **Conclusiones:** Aunque en este tipo de casos la limitación física va a seguir existiendo, es necesario intervenir en los aspectos psicológicos

implicados y, así, lograr una mejora de las estrategias de afrontamiento y aumentar la percepción de bienestar subjetivo.

Palabras clave: Enfermedad rara, ansiedad, psicoterapia, afrontamiento.

THE ROLE OF CLINICAL PSYCHOLOGIST IN THE TREATMENT OF PATIENTS DIAGNOSED WITH RARE DISEASE. A CASE REPORT OF EHLERS-DANLOS SYNDROME

Abstract

Background: Rare diseases are those with a low incidence in the population, particularly when it affects less than 5 from each 10,000 inhabitants. According to the World Health Organization (WHO, 2014), there are between 5,000 and 8,000 different rare diseases in the European Union (EU) affecting between 27 and 36 million people. It is estimated that over 3 million people in Spain has low frequency diseases just is reflected in the Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER, 2014). These people have to live with the problems caused by the disease, adding in most cases a high emotional burden that affects both the affected patient and the family. The functions of the clinical psychologist, who treats patients diagnosed with rare diseases, could be to facilitate the process of change that involves having a chronic disease and trying to minimize the emotional impact in order to reduce the incidence of psychopathological consequences. We should not forget the importance of the study and dissemination of comorbid psychopathology of these diseases, and the need for these patients to receive psychological care. **Method:** Qualitative case study. The exposed case is a patient diagnosed with vascular type of Ehlers-Danlos Syndrome (EDS), who is currently receiving psychological treatment in Mental Health Center. **Results:** The intervention carried out with the patient are described, assessment tests used and the difficulties encountered**. Conclusions:** Although the physical limitations will continue to exist in such cases it is necessary to intervene on psychological aspects involved and thus achieve for a greater perception of coping and subjective well-being.

Keywords: Rare disease, anxiety, psychotherapy, coping.

Introducción

El Síndrome de Ehlers-Danlos (SED) es un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias del tejido conectivo, caracterizadas por hiperlaxitud articular, hiperextensibilidad de la piel y fragilidad de los tejidos (Asociación Síndromes de Ehlers-Danlos e Hiperlaxitud [ASEDH], 2014). Existen seis grandes tipos y al menos 5 tipos menores.

El colágeno, material que da estructura y fortaleza a la piel, huesos, vasos sanguíneos y órganos internos, se ve alterado por una serie de mutaciones genéticas. Estas anomalías en el colágeno dan como resultado los síntomas que hallamos en el Síndrome de Ehlers-Danlos, dependiendo de que órgano presente la mayor afectación. Entre los síntomas encontramos: dolor de espalda, hiperlaxitud, dislocación articular, mala cicatrización de las heridas, problemas de visión, piel muy elástica, suave y aterciopelada, y en los casos de tipo vascular puede darse ruptura de órganos internos (ASEDH, 2014).

El SED es una enfermedad que a menudo pasa desapercibida ya que algunos de los síntomas son considerados como de origen psicosomático. Las personas afectadas se ven obligadas, en la mayoría de los casos, a llevar una vida restringida debido a las múltiples complicaciones que conlleva, lo que repercute en su bienestar psicológico.

Sandín, Chorot, Santed y Jiménez (2009) señalan: "La evidencia científica actual indica que cualquier trastorno denominado físico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa. Al señalar "a distintos niveles" queremos resaltar que no se trata únicamente de que, por ejemplo, una persona con enfermedad coronaria o con cáncer desarrolle subsecuentemente síntomas psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión, etc.), sino que incluso en cualquier problema médico pueden existir factores psicológicos o psicosociales que han podido contribuir a su desarrollo, y/o pueden contribuir a alterar el curso de la enfermedad" (p.316).

Mientras que tradicionalmente, siguiendo a Franz Alexander, se consideraban siete tipos de trastornos psicosomáticos (Sandín et al., 2009), actualmente el DSM aborda el problema de forma distinta, lo hace hablando de "factores psicológicos que afectan al estado físico y a la condición médica" (American Psychiatric Association [APA], 2005). Esto implica asumir que cualquier trastorno físico puede estar asociado a fenómenos psicológicos.

Siguiendo con lo anterior, el DSM-IV-TR (APA, 2005) establece que los factores psicológicos pueden afectar de forma adversa a una condición médica a través de algunas de las siguientes vías: 1) alterando el curso de la enfermedad, 2) interfiriendo con el tratamiento de la condición médica general, 3) siendo un factor de riesgo adicional para la salud del individuo, y 4) precipitando o exacerbando los síntomas de una condición médica a través de respuestas fisiológicas asociadas al estrés. Asimismo, establece los siguientes seis tipos de factores psicológicos que pueden influir mediante alguna de las direcciones señaladas arriba: 1) trastornos mentales (del eje I o del eje II), 2) síntomas psicológicos (por ejemplo, síntomas de ansiedad), 3) rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento, 4) conductas desadaptativas relacionadas con la salud (alcohol, drogas, etc.), 5) respuestas asociadas al estrés, y 6) otras factores no especificados (como por ejemplo, factores demográficos o culturales).

Identificación del paciente y motivo de consulta

El paciente es un varón de 23 años que acude a la consulta de psicología clínica derivado por su Médico de Atención Primaria (MAP) por presentar clínica ansioso-depresiva.

El paciente ha sido tratado con anterioridad en la Unidad de Salud Mental Infantil de su localidad de origen por problemas de eneuresis nocturna y por síntomas de ansiedad en el contexto escolar. Recibió tratamiento farmacológico y psicológico.

El paciente es el menor de tres hermanos; tiene dos hermanas mayores, una de 31 años, casada, y la otra de 28. Él vive con la hermana menor. Los padres están separados desde hace 6 años. La madre reside en otra localidad, al igual que la hermana mayor. El padre vive en otro país por motivos laborales, pero la relación que tiene con él es prácticamente nula, incluso desde antes de residir en el extranjero.

El nivel de estudios alcanzado es bachillerato, cursando después un grado superior. En la actualidad está matriculado en la Universidad.

No trabaja debido en parte a las grandes dificultades que tiene para realizar esfuerzos físicos, aunque sí que realiza una búsqueda activa de trabajo que se adecuen más a sus capacidades.

No tiene pareja estable. Ha tenido una relación significativa que terminó hace unos meses.

Tiene una buena red social, tanto en la ciudad donde actualmente reside como en su localidad de origen, donde suele ir a menudo los fines de semana.

Desde psicología clínica se pide colaboración con psiquiatría. El psiquiatra de referencia le pauta tratamiento farmacológico, que consiste en Lorazepam 1 mg si precisa y Lormetazepam 2 mg/día. El abordaje terapéutico/farmacológico se ve condicionado por la patología médica de base, encontrándose por ello en tratamiento puramente sintomático para la ansiedad e insomnio que presenta.

Se le explica en la primera entrevista el encuadre del tratamiento y la confidencialidad psicólogo-paciente.

Estrategias de evaluación

El instrumento de evaluación utilizado ha sido la entrevista clínica.

Formulación clínica del caso

Paciente varón de 23 años que acude a la consulta de psicología clínica derivado por su médico de familia por presentar clínica ansioso-depresiva. En la evaluación realizada a través de entrevista clínica el paciente refiere insomnio, fatiga, nerviosismo, preocupación excesiva, ataques de pánico, irritabilidad, disminución de la capacidad de concentración, sentimientos de inutilidad y baja autoestima.

Refiere que esta problemática está presente desde hace 5 meses, consecuente al diagnóstico de síndrome de Ehlers-Danlos que se le ha detectado y los síntomas que están interfiriendo en su funcionamiento diario.

La enfermedad de Ehlers-Danlos supone al paciente una serie de limitaciones que le dificulta su vida diaria, provocando en él una reacción emocional de carácter ansioso y un ánimo disfórico; por lo que se le diagnostica de trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo. Algunas de estas limitaciones, como no poder coger peso, le condicionan y dificultan la búsqueda de empleo y añade preocupación a la situación actual. Se suma a lo anterior una vivencia subjetiva de no estar siendo adecuadamente tratado y valorado a nivel médico y social.

Tratamientos

Elección del tratamiento

Se han empleado técnicas para reducir el elevado nivel de ansiedad que presentaba, así como para mejorar la conciliación y mantenimiento del sueño. Las técnicas a las que se ha recurrido para tal fin son la relajación muscular, con eficacia demostrada para conseguir facilitar una desactivación del organismo, y pautas de higiene del sueño para la problemática del insomnio.

La higiene del sueño es un procedimiento que intenta educar al paciente para lograr hábitos de sueño más adecuados que faciliten el sueño (Buela-Casal y Sánchez, 2002). Algunas de las recomendaciones que la técnica incluye son las siguientes: no realizar ejercicio físico en exceso antes de irse a dormir, no consumir sustancias con cafeína por lo menos seis horas antes de dormir, no ingerir grandes cantidades de alimentos y/o líquidos antes del sueño, reducir las siestas, etc.

Algunos pacientes con insomnio suelen presentar altos niveles de actividad fisiológica y cognitiva tanto durante el día como durante la noche. Las estrategias de relajación pueden ser beneficiosas en estos casos ya que pueden ayudar a conseguir niveles profundos de relajación muscular (Pérez, Fernández, Fernández y Vázquez, 2010).

Se han trabajado aspectos cognitivos y emocionales para permitir una mayor aceptación de las consecuencias producidas por el diagnóstico de la enfermedad y por las limitaciones presentes en su vida cotidiana por los síntomas derivados del síndrome que padece.

Aplicación del tratamiento

La evaluación e intervención se ha llevado a cabo mediante sesiones individualizadas, de 45 minutos de duración con una periodicidad quincenal.

En consulta ha referido en varias ocasiones: “Nadie me da una solución”. Comenta que los médicos y especialistas a los que acude no le hacen los informes médicos que él necesita para poder solicitar una incapacidad, y que él así no puede seguir, que eso le genera mucha ansiedad. Hiperfrecuenta a su MAP para que le derive a

distintos especialistas de la red pública de salud, según el mismo refiere "a ver si al menos por pesado me hacen los informes".

Asimismo dice: "Necesito trabajar, no sentirme tan inútil, pero con la poca fuerza que tengo en las manos…, necesito encontrar un trabajo que no requiera tanto esfuerzo". Los sentimientos de fracaso e inutilidad son a menudo traídos en su discurso.

En el tiempo que se le atiende ha empezado la universidad a distancia, siendo esto una fuente de estrés añadido, como se aprecia en lo siguiente: "Fui a la presentación del curso y ya me agobié pensando en todo lo que tenía que hacer". Los niveles de expectativas y exigencias que se marca son en la mayoría de las ocasiones más elevados de lo que puede asumir. Los rasgos de hiperexigencia, responsabilidad y rigidez cognitiva concuerdan con una personalidad de tipo obsesivo.

Muestra dificultades a la hora de conciliar y mantener el sueño. En varias sesiones ha verbalizado encontrarse muy cansado, no siendo esto un facilitador del sueño. Asimismo presenta pensamientos rumiativos que suponen el factor principal que explica su insomnio de conciliación.

Factores relacionados con el terapeuta

La relación paciente-terapeuta fue afianzándose a través de las sesiones, consiguiendo una buena alianza terapéutica y cumplimiento a las citaciones propuestas.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio cualitativo de caso único.

Efectividad y eficiencia de la intervención

A través de la psicoterapia se trabaja la expresión de emociones, se le acompaña en el proceso de duelo por la pérdida de una vida normalizada, así como se promueven y potencian los recursos que posee el paciente a la vez que se le dota de nuevas estrategias para lograr un afrontamiento de la situación más adaptativo.

Las técnicas de relajación le han ayudado a reducir su estado de activación, siendo ahora más fácil conciliar y mantener el sueño.

Tras varios meses de tratamiento psicológico, con una frecuencia quincenal, el paciente refiere mejoría. Aunque las limitaciones físicas siguen existiendo, el paciente

muestra una evolución favorable en relación al estado de ánimo y una disminución de la sintomatología ansiosa.

En referencia a todo lo expuesto sobre este paciente podemos concluir que ha mejorado en diversos aspectos, mostrando una menor hiperactivación diaria y menor problemática con el sueño. Debido a los rasgos obsesivos de personalidad detectados a lo largo del tratamiento, unido a toda la historia infantil que trae a terapia, el tratamiento avanza a una mayor lentitud en algunos aspectos, aunque poco a poco él se va permitiendo bajar el nivel de exigencia que se autoimpone.

Discusión

A la luz del caso clínico podemos concluir la necesidad de una intervención psicoterapéutica en los casos de enfermedades crónicas. El caso presentado nos muestra cómo estas intervenciones terapéuticas pueden ayudar a minimizar los síntomas a nivel psicológico que estén influyendo en el curso de la enfermedad. Al ser la enfermedad rara un acontecimiento vital estresante estaría indicado recibir una atención psicológica especializada por los beneficios que tanto la propia persona como su entorno puedan obtener.

Algunas de las funciones más relevantes que el psicólogo clínico puede desempeñar en el abordaje de esta problemática podrían ser la de favorecer la adaptación al nuevo estilo de vida que la enfermedad ocasiona, el acompañamiento en el proceso de cambio que supone padecer una patología crónica, así como intentar minimizar el impacto emocional reduciendo la incidencia de consecuencias psicopatológicas que se puedan sobreañadir a las ya existentes.

Según Ruiz (2009):

> Los objetivos de intervención de la Terapia Psicológica de las enfermedades raras, no son sólo la reducción o alivio de los síntomas, sino también la intervención sobre factores relacionados con el estrés psicosocial y la prevención de sus efectos. Es conveniente que los destinatarios de la intervención Psicológica sean tanto la persona afectada como los miembros de su entorno familiar, según sus necesidades (p. 33).

En la gran mayoría de estos casos, el diagnóstico llega después de un largo recorrido y puede generar un periodo de incertidumbre respecto al pronóstico y la

evolución junto con la realidad de que no exista tratamiento para curarla, dificultando una correcta adaptación a la nueva situación. La reacción emocional que esto provoca ha de poder ser canalizada.

No debemos olvidar la importancia del estudio y divulgación de la comorbilidad psicopatológica de este tipo de patologías, así como la necesidad de que estos pacientes reciban atención psicológica. Por ello, es fundamental la realización de estudios de caso clínico para conocer las repercusiones de estas enfermedades y trabajar en vías de una mejor compresión y atención a estos pacientes. Al ser un tipo de patología infradiagnosticada hace más difícil poder llevar a cabo estudios experimentales más exhaustivos, no obstante, y a pesar de las limitaciones que presentan los estudios de caso único, podrían permitir conocer las particularidades de estos pacientes con enfermedad rara y de esta forma poder dar una respuesta más ajustada a sus necesidades.

Referencias

American Psychiatric Association. (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -IV-TR)*. Barcelona: Masson.

Asociación Síndromes de Ehlers-Danlos e Hiperlaxitud. (2014). *Síntomas del Síndrome de Ehlers-Danlos*. Recuperado el 5 de octubre de 2014, de http://asedh.org/sintosed.php

Buela-Casal, G. y Sánchez, A. I. (2002). *Los trastornos del sueño*. Madrid: Síntesis.

Federación Española de Enfermedades Raras. (2014). *Sobre las enfermedades raras.* Recuperado el 26 de octubre de 2014, de http://www.enfermedades-raras.org/index.php/las-enfermedades-raras

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Unidos para combatir las enfermedades raras*. Recuperado el 4 de noviembre de 2014, de http://www.who.int/bulletin/volumes/90/6/12-020612/es/

Pérez, M., Fernández J.R., Fernández, C., y Vázquez, I. (2010). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud.* Madrid: Pirámide

Ruiz, B. (Coord.). (2009). *Guía de apoyo para las enfermedades raras*. Sevilla: Feder.

Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., y Jiménez, M.P (2009). Trastornos psicosomáticos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Ed.), *Manual de Psicopatología (Vol. II)* (pp. 316-367). Madrid: Mc Graw Hill.

TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA APLICADA A UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Macarena García-Goldsmith, Belén Romera-Ortiz y Antonio García-Quirantes

Gabinete de Psicología Kialo, Almería

Resumen

Antecedentes: La Terapia Breve Estratégica (TBE) es entendida como un enfoque dirigido a tratar los trastornos mentales, producidos por una percepción disfuncional de la realidad por parte del cliente (Giménez, Morillo, Belloch, Carrió y Cabedo, 2004). En este trabajo se presenta la TBE aplicada a un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. Este síndrome se mantiene por las soluciones intentadas, como las de evitación y control en diversas situaciones a través de mecanismos como son los rituales compulsivos de reparación o prevención. Las obsesiones del cliente han llegado a generar una serie de evitaciones y rituales preventivos. **Objetivo:** El objetivo general es promover un cambio en el sistema perceptivo reactivo del cliente (Portelli, 2004). Los objetivos que se plantean en terapia son mejorar las obsesiones y compulsiones (las historias de miedo, las imágenes obsesivas incontrolables para el cliente, sus creencias acerca de la suciedad, el miedo a la posible contaminación de su habitación a través de cualquier objeto sucio introducido en él o a través del propio cliente) y mejorar su calidad de vida. **Método:** Evaluación del sistema perceptivo reactivo del cliente, interviniendo a lo largo de 17 sesiones mediante técnicas de la TBE, continuando en la actualidad con la fase de seguimiento. **Resultados y conclusión:** El uso de las técnicas propias de la terapia como la paráfrasis reestructurante, la ilusión de alternativa o el empleo de metáforas y analogías han logrado cumplir con el objetivo propuesto, cambiar el sistema perceptivo reactivo del cliente. Los objetivos específicos que se han cumplido son: disminuir la frecuencia e intensidad de pensamientos, afrontar las situaciones temidas, reducir los rituales y mejorar la calidad de vida. Como conclusión la TBE ha mostrado su efectividad en cuanto al cumplimiento de los objetivos propuestos, siendo ésta una terapia adecuada para el trastorno obsesivo-compulsivo.

Palabras clave: Terapia Breve Estratégica, trastorno obsesivo-compulsivo, sistema perceptivo-reactivo, ilusión alternativa y paráfrasis reestructurante.

BRIEF STRATEGIC THERAPY APPLIED TO AN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER CASE

Abstract

Background: The Brief Strategic Therapy (BST) is a psychological approach used in the treatment of mental illnesses. The BST aims to change patients' perception by changing the dysfunctional solution that have been tried (Giménez, Morillo, Belloch, Carrió, & Cabedo, 2004). In this paper an intervention with a patient who has an Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) are presented. The attempted solutions became a problem for the patient and reached to generate a number of avoidances and preventive rituals that cause a significant impairment in his life. **Objective:** The therapy aimed to generate a change in his/her perceptive-reactive system. Our goal was to improve her/his obsession and compulsions (scary histories, obsessive imagine, fear of dirty and contamination in her/his room with an object or her/himself) and the quality of life (Portelli, 2004). **Method:** The intervention changed the perceptive-reactive system of the patient through 17 sessions where BST was applied. At the moment the patient is at the monitoring phase. **Results and conclusion:** Using BST techniques such as Paraphrasing Restructuring, Alternative Illusion or the use of metaphors and analogies the goals proposed were met: changing the perceptive-reactive system: to decrease the frequency and intensity of thoughts, cope with feared situations, reduce rituals, and improve quality of life. In conclusion, the BST has been found to be effective on the OCD psychological treatment.

Keywords: Brief Strategic Therapy, obsessive-compulsive disorder, perceptive-reactive system, alternative illusion and restructuring paraphrase.

Identificación del paciente

Marcos es un hombre de 24 años de edad. Tuvo un desarrollo de la infancia normal. Refiere recordar que sus hermanos mayores le asustaban continuamente. Su madre falleció por cáncer cuando él tenía 12 años, provocando un gran dolor y vacío en

él. Actualmente trabaja en la construcción, en una pequeña empresa familiar. A pesar de esto, la relación familiar no es muy estrecha.

Vive independizado con su hermano desde hace un año, el cual también trabaja en la misma empresa familiar. La relación que mantiene con su hermano es, en ocasiones, incómoda ya que cada uno sigue unas pautas de comportamiento distintas, concretamente en lo relacionado a la higiene, aspecto muy importante en la vida de nuestro cliente.

Mantiene una relación con su novia desde hace dos años. Durante este periodo, aunque hayan tenido varias crisis por parte de la pareja generalmente, en la actualidad es su única fuente de apoyo.

Motivo de consulta

Marcos demanda ayuda psicológica porque tiene pensamientos recurrentes que no puede controlar. Éstos le están provocando un gran daño emocional y problemas a la hora de relacionarse consigo mismo y con su entorno.

Historia del problema

Acude a consulta a raíz de sufrir una crisis de ansiedad el día en el que un pintor, que estaba trabajando en su casa, pintó su habitación y movió algunos muebles, a pesar de insistir que no fuera pintada esa habitación donde guarda su colección de películas y videojuegos. El temor a que se pudiera "contaminar" su colección, provocó en el cliente una gran angustia y malestar, esta vez, con una intensidad que no había experimentado anteriormente.

Descripción de las conductas problema

El trastorno obsesivo-compulsivo de Marcos no sólo se mantiene sino que ha ido aumentando su intensidad y generalizándose a varios aspectos de su vida, como el trabajo, la convivencia familiar e incluso en sus relaciones sociales (Barajas, 2002). Por ejemplo la pareja, aunque entra al cuarto, no puede tocar ningún objeto de su colección. Al mismo tiempo se siente incapaz de dejar a nadie sus objetos y ha llegado al punto en el que él mismo no juega a los videojuegos por miedo a que se contaminen. Está

inmerso en una red circular que hace que responda de igual manera ante los episodios, debido a que no sabe cómo enfrentarse a ello.

Son frecuentes los pensamientos sobre historias de miedo, la idea de que fantasmas pueden aparecer en cualquier momento e incluso perseguirle, provocando en él una ansiedad desmesurada. Este malestar ha llevado a Marcos a intentar controlarlo o reducirlo llegando a dormir con alguna luz encendida, ducharse con los ojos abiertos y estar en constante alerta por temor a una posible aparición.

Su percepción de la realidad hace que Marcos reaccione creando fórmulas o acciones compulsivas en sus pensamientos, intentando así reducir sus miedos. Esta alternativa le funciona a corto plazo, tranquilizándole, sin embargo, no consigue hacer que desaparezca el malestar por mucho tiempo.

Estos intentos de solución eran en ocasiones acciones preventivas, como cuando echaba gran cantidad de ambientador al terminar de usar el baño, para evitar que no se contaminara su cuarto. Otras veces sus fórmulas eran correctivas, las cuales se ponían en marcha para intervenir después de que hubiera pasado algo que le asustara, como cuando tocaba algo sucio en el trabajo y necesitaba lavarse las manos más de 15 veces.

Uno de los intentos de solución más común de Marcos, consiste en evitar situaciones que le generan malestar con el objetivo de evitar totalmente el pánico.

En ocasiones, Marcos le ha pedido ayuda a su novia para reducir el malestar o controlar algunas situaciones. En estos casos, la ayuda de ésta no hacía más que tranquilizarlo en la medida de lo posible y evitar que entrara en contacto con la situación temida, por lo que esta ayuda se convertía en una aliada de las evitaciones o de los rituales del cliente (López, Barrera, Cortés, Metzi y Jaime, 2011).

Establecimiento de las metas del tratamiento

Como meta principal se propone romper el sistema perceptivo reactivo que sostiene el problema en un tiempo breve (Nardones y Portelli, 2013).

Como objetivos específicos se propone:

- Reducir las imágenes obsesivas que limitan la vida del cliente.
- Reducir los pensamientos sobre historias de miedo que rumia el cliente.
- Reducir la sintomatología presentada por el cliente, como la ansiedad y las obsesiones.

- Disminuir las soluciones intentadas por el cliente, como los rituales de limpieza y las compulsiones.
- Reducir las evitaciones que favorecen el mantenimiento del problema.
- Mejorar la calidad de vida del cliente.
- Proporcionar herramientas eficaces que ayuden al cliente a gestionar las obsesiones y compulsiones actuales y futuras.

Estudio de los objetivos terapéuticos

En este caso se pretende intervenir sobre los pensamientos disfuncionales del cliente, que conducen a las obsesiones y que alimentan el problema. Un ejemplo de estos pensamientos son las historias de miedo, las imágenes obsesivas incontrolables para el cliente y sus creencias acerca de la suciedad y la posible contaminación de su habitación, a través de cualquier objeto sucio introducido en él o a través del propio cliente.

También es objeto de intervención aquellas conductas a través de las cuales el cliente confirma sus obsesiones como son: la limpieza desmesurada de objetos, del propio cuerpo o evitar entrar en su propia habitación.

Selección de los tratamientos más adecuados

En vista del análisis realizado sobre el problema del cliente, se opta por utilizar la terapia estratégica breve orientada a trastornos obsesivo-compulsivos. Esto es debido a la eficacia y eficiencia mostrada por esta terapia como muestra Nardone y Watzlawick (1992), además de los buenos y rápidos resultados que ha obtenido la terapeuta en casos anteriores mediante esta misma terapia.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase

Desde el punto de vista de la terapia estratégica breve la resolución de problemas requiere de la ruptura del sistema circular de retroalimentación o sistema perceptivo reactivo que sostiene el problema y un cambio en el punto de vista del cliente sobre la situación problemática en la que se encuentra.

Esta información sobre el sistema perceptivo reactivo y las soluciones intentadas por el cliente ha sido obtenida mediante la entrevista efectuada a lo largo de las primeras sesiones. En concreto el terapeuta se centra en averiguar cómo se relaciona el cliente consigo mismo, con los demás y con el mundo que le rodea; cómo funciona el problema que se presenta dentro de este sistema y como el cliente ha intentado hasta el momento solucionar el problema. En este caso, el sistema perceptivo reactivo disfuncional que sigue el cliente y que provoca el problema es el siguiente (Figura 1):

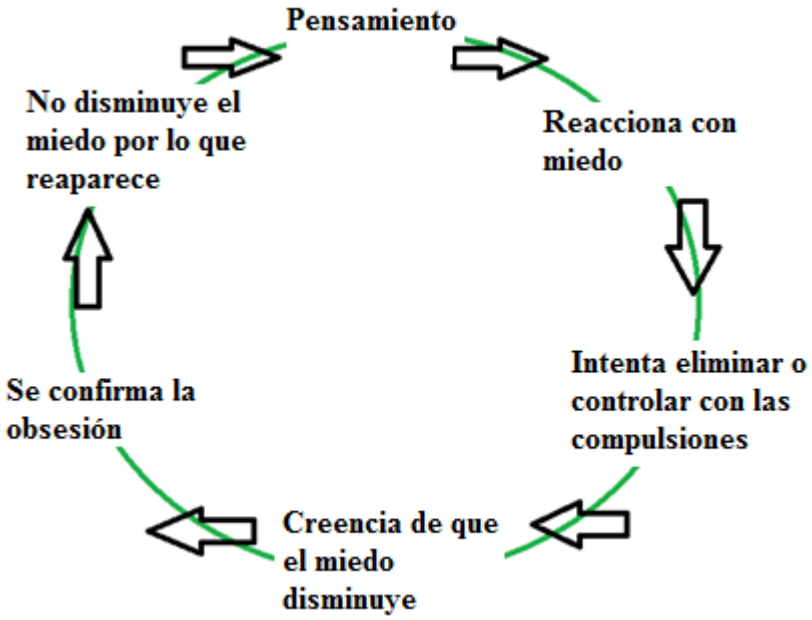


Figura 1. Sistema Perceptivo Reactivo.

Como se muestra en la Figura 1, el problema que presenta el cliente comienza con la aparición de pensamientos recurrentes, con los pensamientos de ser atacado por un fantasma, la higiente y la limpieza como temática principal. Estos pensamientos le producen ansiedad y temor, por lo que acaban desembocando en una serie de conductas con las que trata de disminuir estas emociones. Un ejemplo de estos comportamientos son los rituales de higiene, evitar entrar en su habitación o no tocar objetos que él considera que están sucios. Estas evitaciones que realiza el cliente son compulsiones preventivas, porque lo que pretende es evitar que se contamine su colección. Estas compulsiones no hacen sino confirmar sus obsesiones provocando a la larga el fortalecimiento de estas y la reaparición del temor.

Además de conocer el sistema perceptivo reactivo es importante para la terapia breve estratégica el conocimiento de las soluciones intentadas del cliente. Estas soluciones aparentemente beneficiosas desde el punto de vista del cliente, solo lo son a corto plazo, ya que a largo plazo no hacen sino mantener y empeorar el problema. Por esto es de gran importancia para el buen funcionamiento de la terapia reconocer y bloquear estas soluciones intentadas lo más pronto posible.

En este caso las soluciones intentadas del cliente que mantienen el problema y provocan que su situación empeore son las siguientes:

- Dormir con la luz encendida y ducharse con los ojos abiertos por temor que aparezca un fantasma.
- Compulsiones sobre historias de miedo, como por ejemplo, repetir una y otra vez una palabra que según la leyenda aparecerá un fantasma.
- Las compulsiones ya mencionadas relacionadas principalmente con la limpieza.
- Evitaciones como por ejemplo, evitar tocar objetos que el cliente percibe como sucios o evitar entrar en su habitación y jugar con sus videojuegos.
- Comprobaciones orientadas también hacia la limpieza, tratando de determinar si una habitación, objeto o parte del cuerpo se encuentra completamente limpio.

Aplicación de los tratamientos

El tratamiento desde el punto de vista de la terapia breve estratégica está basado en el diálogo estratégico y en las prescripciones. El diálogo estratégico se lleva a cabo en sesión, a través de un estilo de comunicación en el que se copia el lenguaje del cliente (Macchia, 2010)., se evitan las formas lingüísticas negativas y se utilizan diversas técnicas como la ilusión de alternativas, las paráfrasis reestructurante o el empleo de metáforas, analogías y ejemplos (Nardone y Salvini, 2011).

El objetivo de las prescripciones es cortar el círculo de sistema perceptivo reactivo del cliente (Nardone y Portelli, 2005). Éstas son actividades o ejercicios que el terapeuta explica al cliente y generalmente éste debe llevarlas a cabo fuera de la sesión.
A continuación se detallarán cada una de las técnicas utilizadas:

- *Diálogo socrático*: Consiste en un estilo de comunicación donde el terapeuta formula una serie de preguntas destinadas a debatir una idea ilógica o irracional

del cliente. Tratando de que él mismo llegue a la conclusión de que su idea es errónea.

- *Paráfrasis reestructurante*: Esta técnica trata de usar las propias respuestas del cliente para modificar su forma de pensar acerca de su problema, sin emplear valoraciones o interpretaciones por parte del terapeuta. Mediante la paráfrasis reestructurante se trata de que el cliente cambie la visión de su propio problema y al hacerlo parafraseando se hace sentir al cliente que él mismo está dirigiendo la conversación y el descubrimiento de este nuevo punto de vista.
- *Anécdotas, metáforas y analogías*: El objetivo de estos recursos es transmitir indirectamente un mensaje al cliente. Mediante esta forma de comunicación el receptor interioriza antes el contenido y muestra menos resistencia ante él que si se hubiera transmitido empleando un estilo más directo.
- *Peor fantasía ritualizada*: Es una prescripción que consiste en pedirle al cliente que todos los días a una hora determinada se aísle y prepare su despertador para que suene media hora más tarde. Durante esa media hora el cliente deberá pensar e imaginar sus peores miedos y obsesiones. Una vez que suene el despertador deberá continuar con sus actividades cotidianas.

  Se trata de una prescripción fundamentada en una lógica paradójica, según la cual al tratar de provocar voluntariamente esos pensamientos u obsesiones que le atormentan, estos se inhiben. El objetivo es mostrar al cliente como puede llegar a controlar estos pensamientos por sí mismo.
- *Ilusión de Alternativas*: Se emplea como apoyo a las prescripciones o ejercicios propuestos por el terapeuta asegurando el cumplimiento de estos por parte del cliente. Consiste proponer dos alternativas, tanto de respuesta como de objetivos a trabajar, una de ellas muy difícil e inaceptable para el cliente y una segunda más asequible que el cliente no duda en escoger. De esta forma conseguimos en un primer lugar, que el cliente perciba que es él quien ha escogido la opción y que controla la terapia. En segundo lugar se adquiere un compromiso de realizar una prescripción que planteada como única opción, posiblemente sería rechazada.

- *Reforzamiento de conductas clínicamente relevantes*: Se refuerzan los avances del cliente durante la terapia. Con esto se pretende mejorar la confianza del cliente en sí mismo y en sus propias capacidades para superar el problema.
- *Saturar el ritual*: En esta prescripción se le pide al cliente que cada vez que realice un ritual como por ejemplo lavarse las manos, ha de llevarlo a cabo un número de veces determinado por el terapeuta. El cliente decide si no realiza el ritual o si lo lleva a cabo el número de veces ordenado por el terapeuta.
- *Contraritual*: Esta prescripción trata de cambiar la percepción de los rituales por parte del cliente como incontrolables para pasar a ser controlados por el terapeuta. Consiste en complicar o hacer más elaborados los rituales llevados a cabo por el cliente, añadiendo nuevos pasos o un nuevo orden, volviéndose estos más difíciles de llevar a cabo.
- *Como sí*: Consiste en preguntarle al cliente como sería su día a día o como cambiaría su vida si de pronto su problema desapareciera por completo. El cliente debe pensar que haría de diferente ese día si no existiera su problema. De todas las ideas que se le vienen a la mente, debe de elegir la más pequeña de todas y llevarla a cabo.

  Este ejercicio propicia que el cliente adquiera un punto de vista distinto al habitual, generalmente centrado en el problema. De esta forma se trata de cambiar la forma de pensar del cliente, centrado únicamente en su problema, facilitándole un nuevo punto de vista sobre su situación y demostrándole que el cambio es posible.
- *Dejar de responder*: Esta técnica consiste en pedir al cliente que no intente eliminar los pensamientos intrusivos, ya que cuanto más intenta eliminar más aumentan. En cambio, debe dejar de responder y dialogar con el pensamiento molesto (Nardone y De Santis, 2012).

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Los objetivos propuestos durante la intervención con Marcos se han cumplido en su mayoría. En la actualidad los pensamientos sobre las historias de miedo han desaparecido, dejando de evitar y enfrentándose en todos los aspectos en cuanto a éste miedo.

Por otro lado, los pensamientos obsesivos que le provocaban las distintas compulsiones han mejorado en todas las áreas, llegándose a enfrentar a numerosas situaciones temidas. Algunos ejemplos de situaciones temidas por Marcos y que en la actualidad han sido superadas son: que la novia coja algún objeto de la colección, jugar una partida de videojuegos, sentarse desnudo en su cuarto, tocar objetos que él creía que podían estar contaminados, etc.

A continuación se presenta en la Tabla 1 un listado con las compulsiones y obsesiones que han mejorado la calidad de vida del cliente:

Tabla 1. Resultados de mejora.

Compulsiones Superadas	Obsesiones Reducidas
Cerrar los ojos mientras se ducha o dormir con la luz encendida.	Obsesiones relacionadas con el miedo a determinados personajes fantásticos o a fantasmas.
Evitar entrar en su cuarto, él mismo o cualquier otra persona.	Obsesiones centradas con su cuarto y su colección de videojuegos.
Jugar con su videoconsola.	Gran parte de sus obsesiones relacionadas con la suciedad.
Gran parte de sus compulsiones relacionadas con la limpieza, como determinados rituales a la hora de lavarse las manos o utilizar grandes cantidades de ambientador cuando cree que algo huele mal.	

Seguimiento

En la actualidad se está en fase de seguimiento con Marcos, ya que todavía hay algunas obsesiones que le limitan en su vida diaria y que se están trabajando, como por ejemplo, las relacionadas con la higiene personal.

Referencias

Barajas, S. (2002). Subtipos de trastorno obsesivo-compulsivo, características diferenciales de los obsesivos puros y asociación con síntomas de ansiedad, depresión y preocupaciones. *Clínica y salud, 13*, 207-231.

Giménez, A., Morillo, C., Belloch, A., Carrió, C. y Cabedo, E. (2004). Creencias disfuncionales asociadas a síntomas obsesivo-compulsivos: una aproximación a la especificidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 9*,1-17.

López, M. T., Barrera, M. I., Cortés, J. F., Metzi, G. y Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud mental, 34*, 111-120.

Macchia, S. (2010). La comunicazione non verbale del dialogo strategic in pazienti con disturbo ossessivo compulsive e con disordine alimentare. *Scienza dell´ Interazione, 2*(2), 58-70.

Nardone, G. y De Santis, G. (2012). *Pienso, luego sufro. Cuando pensar hace demasiado daño*. Barcelona: Paidós.

Nardone, G. y Portelli, C. (2005). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.

Nardone, G. y Portelli, C. (2013). *Ossessioni, compulsioni, manie. Capirle e sconfiggerle in tempi brevi*. Milano: Ponte alle Grazie.

Nardone, G. y Salvini, A. (2011). *El diálogo estratégico*. Barcelona: Herder.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.

Portelli, C. (2004). Terapia breve strategica avanzata per disturbi ossessivo-compulsivi. *Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica, 1,* 84-90.

INTERVENCIÓN GRUPAL PARA PACIENTES ANSIOSO DEPRESIVOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Leticia León-Quismondo[*], Irene Gutiérrez-Arana[*], María Sánchez-Pascual[*], Mª Mar Martín-Cabeza[*], Ana Mª Montero-Lapido[*], Miriam Sarasa-Alastuey[*], Alberto Fernández-Liria[*] y Guillermo Lahera-Forteza[**]

**Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid*

[**] Universidad de Alcalá de Henares, Madrid

Resumen

Introducción: En los últimos años se han realizado investigaciones sobre la eficacia de programas multimodales implantados en atención primaria para el abordaje precoz de los trastornos ansioso-depresivos. Existe una reducción de la sintomatología y la frecuencia de las visitas a consultas médico-enfermera en los centros de atención primaria, pero no se han desarrollado protocolos ni manuales que homogenicen dichos programas. **Objetivos:** Valorar la eficacia de un programa multimodal de intervención en grupo dirigido a pacientes con sintomatología ansioso-depresiva atendidos en consultas de Atención primaria. **Método:** Se incluyeron nueve pacientes derivados por Médicos de Atención Primaria de varios centros de salud. Para la inclusión de pacientes, debían cumplir criterios diagnósticos según el Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4ª ed., texto revisado) (DSM IV-TR) de estas categorías: Trastorno adaptativo, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad no especificado y Trastorno depresivo mayor. Se midieron las siguientes variables pre y post tratamiento: sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, habilidades de afrontamiento y nivel de discapacidad. El análisis de resultados se realizó mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 para Windows. **Resultados:** La diferencia de medias fue estadísticamente significativa en las variables ansiedad estado y en la escala de resolución de problemas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Además, hubo diferencias entre los grupos en la escala de pensamiento desiderativo del mismo inventario, si bien éstas no alcanzaron niveles de significación estadística. **Conclusiones:** Los resultados evidencian que este programa de intervención puede mejorar los niveles de ansiedad y las habilidades de afrontamiento y apoya la

realización de este programa en los Centros de Atención Primaria como una alternativa terapéutica para el tratamiento de este tipo de pacientes.

Palabras clave: Atención primaria, intervención precoz, programa multimodal, sintomatología ansioso-depresiva, intervención grupal.

GROUP INTERVENTION FOR ANXIOUS-DEPRESSIVE PATIENTS IN PRIMARY HEALTH CARE

Abstract

Introduction: In recent years there have been studies on the effectiveness of multimodal programs develops in primary health care for the early treatment of anxious-depressive disorders. There is a reduction of symptoms and frequency of visits to the doctor-nurse consultations in primary health care centres. However, there are not protocols and manual that standardize these programs. **Objectives:** To determine the efficacy of the group multimodal intervention program aimed at patients with anxious-depressive symptoms who are treated in primary health care consultations. **Method:** Nine patients referred by general practitioner of different health centers were included. For inclusion of patients, they had to meet diagnostic criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4ª ed., revised text) (DSM IV-TR) of Adjustment Disorders, Generalized Anxiety Disorder, Anxiety Disorder Not Otherwise Specified and Major depressive disorder. An assessment was made at the start and the end of the group and there was measured following variables: anxious symptomatology, depressive symptomatology, coping strategies and level of disability. The analysis of results was carried out using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 for Windows. **Results:** The mean difference was statistically significant variables in state anxiety and the scale of troubleshooting of the Coping Strategies Inventory. In addition, there were differences between the groups in the scale of wishful thinking the same inventory, although these did not reach statistical significance levels. **Conclusions:** The results show this intervention program can improve levels of anxiety and coping strategies and it supports carry this program out in primary health care centres could be a therapeutic alternative to treat this kind of patients.

Key words: General medicine, early intervention, multimodal program, anxious-depressive symptomatology, group intervention.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos de ansiedad y depresión se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia (OMS, 2004). Estos trastornos generan un importante grado de discapacidad y sufrimiento individual y colectivo; así como un elevado coste en bajas, improductividad laboral y sobrecarga familiar (Retolaza, 1998).

Atendiendo a las consultas de Atención Primaria, existen datos que apuntan que entre el 20% y el 40% del total de las consultas en estos centros sanitarios pueden ser atribuidas a trastornos mentales (Williams, Wilkinson y Arreghini, 1990). Los pacientes que con mayor frecuencia consultan en estos centros son personas con cuadros de ansiedad o depresión de origen reciente, adaptativo o de carácter leve que no cumplen criterios de trastorno mental pero son derivados a servicios especializados psiquiatrizando cuadros que podrían remitir espontáneamente o que podrían beneficiarse de intervenciones precoces reduciendo la probabilidad de cronificación.

Las guías de práctica clínica, como la Guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence) para ansiedad (NICE, 2011) y depresión (NICE, 2009) y la Guía del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008a, 2008b) indican que el abordaje más adecuado para este tipo de pacientes consiste en terapias de orientación cognitivo-conductual. La posibilidad de hacerlo de manera grupal supone beneficios en cuanto a costes económicos y a la influencia de factores terapéuticos que se ponen en marcha en intervenciones grupales, como universalidad, aprendizaje interpersonal, impartir información, cohesión, altruismo (Yalom, 1986).

En este sentido, en los últimos años se han realizado investigaciones sobre el impacto y la eficacia de programas implantados en atención primaria para el abordaje precoz de los trastornos ansioso-depresivos (De Vicente y Castilla, 2011). Los estudios muestran una reducción de la sintomatología ansioso-depresiva y de la frecuencia de las visitas en las consultas médico-enfermera en los centros de atención primaria (Casañas, Raya, Ibáñez y Valls, 2009). Este tipo de intervenciones se presenta como una propuesta

innovadora; sin embargo, no se han desarrollado protocolos ni manuales que puedan homogeneizar dichas programas, ni tampoco se han llevado a cabo suficientes investigaciones sistemáticas que permitan evaluar su eficacia.

En este contexto planteamos una intervención grupal mediante un programa multimodal de intervención dirigido a pacientes con sintomatología ansiosa-depresiva atendidos en las consultas de atención primaria.

Método

Participantes

Se reclutaron nueve sujetos con edades comprendidas entre 18 y 65 años, tres hombres y seis mujeres, atendidos en los centros de Atención primaria de Alcalá de Henares, pertenecientes al Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes que cumplan criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4ª ed., Ed. rev.) (DSM IV-TR) de la American Psychiatric Association (APA, 2000) para: Trastornos adaptativos (F43.20, F43.28, F43.22, F43.24, F43.25, F43.9), Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9) y Trastorno depresivo mayor (F32, F33). Los criterios de exclusión incluyeron: a) pacientes que cumplían criterios para cualquier otro diagnóstico del eje I del DSM IV-TR, no incluido como criterio de inclusión; b) pacientes que cumplían criterios para Trastornos del eje II del DSM IV-TR; d) pacientes que presentasen consumo activo de tóxicos excepto la dependencia de nicotina; e) pacientes que presentasen deterioro cognitivo y/o trastornos neurológicos y f) pacientes en seguimiento o derivados a salud mental en el momento de la evaluación.

Materiales

El programa multimodal de intervención en grupo consistió en 10 sesiones de frecuencia semanal, de una hora y media de duración por sesión.

El programa fue estructurado en cuatro bloques temáticos: *las emociones, la ansiedad, la tristeza y el enfado*. Se realizó una valoración al iniciar y al finalizar el grupo en las que se midieron distintas variables con pruebas específicas:

La sintomatología ansiosa medida a través de la adaptación al español del *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008); con un índice de consistencia interna entre 0,90 y 0,93 para la escala de estado, y entre 0,84 y 0,87 para la escala rasgo (Agudelo, Casadiegos y Sánchez., 2008).

La sintomatología depresiva evaluada a través la adaptación al español del *Beck Depression Inventory* (BDI); con un índice de consistencia interna de 0,89 y una validez convergente y discriminante de 0,70 y 0,68, respectivamente (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005).

Las habilidades de afrontamiento evaluadas a través de la adaptación española del *Inventario de Estrategias de Afrontamiento;* con unos coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89 (Cano, Rodríguez y García, 2007).

El nivel de discapacidad medido con la adaptación al español del *Sheehan Disability Inventory* (SDI); con un índice de consistencia interna de 0,72 y una fiabilidad test-retest ≥ 0,82 (Bobes et al., 1999).

Procedimiento

El estudio comenzó con una reunión informativa con los médicos de cada Centro de Atención Primaria. Se les proporcionó la información necesaria para el conocimiento del perfil de paciente, la estructura del grupo y el procedimiento de derivación a través de una lista de espera informatizada en cada centro. Una vez reclutados los pacientes se procedió a su citación y se realizó una entrevista de aproximadamente 60 minutos donde se aplicaron las pruebas. Todas las variables de la investigación fueron consignadas de forma completa y organizada en un archivo Excel con la protección de datos oportuna. En ningún caso apareció el número de historia clínica ni las iniciales del paciente en la hoja de recogida de datos. Posteriormente, se aplicó el tratamiento en el Centro de Salud por dos psicólogos ajenos a la recogida de datos y al análisis de los resultados. Una vez finalizado se aplicó la misma batería de evaluación post-tratamiento. El análisis de resultados se llevó a cabo mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 para Windows.

Diseño

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo con evaluación de resultados cuantitativos mediante una medida comparativa pre y post tratamiento evaluada con los instrumentos anteriormente descritos.

Resultados

De los nueve participantes que iniciaron el programa acudieron todos de forma regular, completando la evaluación post tratamiento.

La media de edad es de 42,4 años. La diferencia de medias que se llevó a cabo a través del estadístico w de Wilcoxon fue estadísticamente significativa en la variable ansiedad estado del STAI (p= 0,044); y en la escala de Resolución de Problemas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (p = 0,041). Además, se observan diferencias entre los grupos en la escala de Pensamiento Desiderativo del mismo inventario, si bien, éstas no alcanzan niveles de significación estadística.

Discusión

De los resultados obtenidos se podría deducir que este tipo de intervención grupal produce cambios tanto en el nivel de ansiedad-estado, produciéndose una disminución del mismo; como en las estrategias de afrontamiento, mejorando las habilidades de resolución de problemas. Dichos cambios objetivables, llevan a pensar que la intervención realizada ejerce un impacto en la sintomatología de carácter reactivo promoviendo una actitud más proactiva ante los problemas y reduciendo el nivel de ansiedad pre tratamiento.

Los resultados este estudio siguen la línea de investigaciones precedentes realizadas por autores como Casañas et al. (2009), quienes realizaron una intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en el contexto de Atención Primaria en Barcelona. El objetivo era valorar la efectividad del tratamiento a través de la evolución de los síntomas ansioso-depresivos de estos pacientes. Los autores concluyeron que este tipo de intervención proporcionaba una mejora en los conocimientos sobre el trastorno y disminuía los síntomas.

Por otra parte, Fortune, Gracey, Burke y Rawson (2005) compararon la eficacia y el nivel de satisfacción respecto a la intervención con Terapia Cognitivo-Conductual aplicada en un grupo a pacientes de Atención Primaria respecto a otro grupo de pacientes asistidos en Atención Especializada. Los resultados del estudio muestran que ambos grupos obtienen una mejoría durante el período del estudio, pero los participantes del grupo de Atención Primaria mostraron una tasa más rápida de recuperación durante las primeras seis sesiones, y recibieron una intervención más breve. Además, el grupo de Atención Primaria informó de niveles significativamente mayores de satisfacción. El presente estudio no cuenta con un grupo de comparación pero sí que objetivamos una reducción de síntomas tras una intervención breve. Por ello, en consonancia con la literatura existente, apoyamos la realización de este tipo de intervenciones en los centros de Atención Primaria debido al carácter preventivo del mismo.

Por último, podríamos considerar que el cambio en las variables antes señaladas podría relacionarse con la transmisión de información psicoeducativa acerca de las emociones y con el efecto de universalidad que generan las dinámicas de interacción dentro del grupo entre los participantes, ya que el grupo tiende a funcionar mejor cuando los pacientes aprecian la valiosa ayuda que pueden ofrecerse mutuamente, y no se considera a los terapeutas como las únicas fuentes de recurso (Yalom, 1986).

Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones del estudio es el posible sesgo derivado de que el grupo investigador evalúe una intervención creada por él mismo. Sin embargo, realizar investigaciones sobre un programa propio es una práctica habitual.

Por otra parte, el hecho de que la intervención esté basada en un programa multimodal, dificulta el aislamiento a nivel de análisis del factor/es terapéutico/s que más peso aportan a la eficacia de la intervención.

La inclusión de pacientes con diversidad de diagnósticos incluidos en el estudio podría llevarnos a la conclusión de que no es tanto la especificidad del programa multimodal el promotor de los cambios observados sino otros factores comunes de cualquier intervención grupal. Sin embargo, deberíamos tener en cuenta que en la práctica clínica se encuentran elevados niveles de comorbilidad entre los diferentes

trastornos de ansiedad (Bousoño y Jiménez, 2005), susceptibles de tratamientos de este tipo. Por ejemplo, se observa que existe un solapamiento sintomático entre los diversos cuadros de ansiedad; que el tiempo que estos pacientes permanecen diagnosticados por dichos trastornos es bajo; y los síntomas definitorios de los mismos son, en sí mismos, de naturaleza inespecífica. La literatura revela que existe una alta comorbilidad entre diferentes categorías diagnósticas según, DSM IV-TR (APA, 2000). Esto se da entre los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado del ánimo (Kessler, 1997). En esta línea de co-ocurrencia de síntomas, se ha documentado también que en el contexto de Atención Primaria la mayor parte de los pacientes deprimidos presentan síntomas somáticos (Aragonés et al., 2004). Dicha comorbilidad justificaría la inclusión de pacientes con dicha diversidad diagnóstica que han sido tratados mediante el programa multimodal propuesto, contribuyendo de esta forma a incremento de la validez externa del estudio.

Por último, nos gustaría destacar, de cara a futuras investigaciones, la necesidad de aumentar el tamaño de la muestra así como contar con un grupo control para poder generalizar los resultados y analizar con mayores garantías la eficacia de la intervención.

Referencias

Agudelo, D., Casadiegos, C., y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research, 1*(1), 34-39.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., ed. rev.). Washington, DC: Autor.

Aragonés, E., Pinol, J. L., Labad, A., Masdeu, R. M., Pino, M., y Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 34*, 21-35.

Bobes, J., Badia, X., Luque, A., García, M., González, M. P., y Dal-Ré, R (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Seehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, *112*(14), 530-538.

Bousoño, M. y Jiménez, L. (2005). Monografía Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG): Comorbilidad del TAG. *Monografías de Psiquiatría, 17*(1), 9-13.

Cano, F. J., Rodríguez, L., y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría, 35*(1), 29-39.

Casañas, R., Raya, A., Ibáñez, L., y Valls, M. M. (2009). Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona. *Atención Primaria, 41*(4), 227-228.

De Vicente, A. y Castilla, C. (2011, diciembre 21). El Servicio Murciano de Salud incorpora la atención psicológica en los servicios de Atención Primaria. *Infocop Online*. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3758

Fortune, L., Gracey, D., Burke, M., y Rawson, D. (2005). The effect of service setting on treatment outcome: A comparison between cognitive behavioural approaches within primary and secondary care. *Journal of Mental Health, 14*, 483-498.

Kessler, R.C. (1997). The prevalence of psychiatric comorbidity. En S. Wetzler y W. C. Sanderson (Eds.), *Treatment Strategies for Patients With Psychiatric Comorbidity* (pp. 23-48). New York, NY: John Wiley & Sons.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008a). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Tórculo Artes Gráficas, S.A.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008b). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Madrid: Tórculo Artes Gráficas, S.A.

National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Clinical guidelines, Depression in adults (CG90).* Disponible en www.guidance.nice.org.uk/cg90

National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Clinical guidelines, Anxiety (CG113).* Disponible en www.guidance.nice.org.uk/cg113

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado*. Ginebra: Autor.

Retolaza, A. (1998). Epidemiología de los trastornos mentales en Atención Primaria. En J. L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Psiquiatría en Atención Primaria* (pp. 55-72). Madrid: Ars Médica.

Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 16*, 121-142.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (2008). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Adaptación española de N. Seisdedos.* (7ª ed.). Madrid: TEA Ediciones S.A.

Williams, P., Wilkinson, G., y Arreghini, E. (1990). The determinants of help-seeking for psychological disorders in primary health care settings. En N. Sartorius, D. Goldberg, G. De Girolamo, J. A. Costa, E. Silva, Y. Lecrubier y H. U. Wittchen (Eds.), *Psychological Disorders in General Medical Settings* (pp. 21-33). Toronto: Hogrefe and Huber.

Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo.* México D. F.: Fondo de cultura económica.

PERCEPÇÕES DO FEMININO: SIGNIFICAÇÕES DO SER MULHER EM MORADORAS DA BAIXADA FLUMINENSE

Rosane Costa*, Fernanda Gonçalves da Silva*, Ana Cristina Araújo*, Ralph Ribeiro Mesquita*, Cristiane de Carvalho Guimarães* e Karla W.M. Steavel Peres**

**Universidade Estácio de Sá*

*** Hospital Estadual Adão Pereira Nunes*

Resumo

Antecedentes: A construção do significado de representações mentais que permeiam fenômenos sociais repercute na sociedade em aspectos diversos. O universo intrapsíquico implica em desdobramentos que agenciam "modos de estar e fazer" no mundo. Discutir sobre a construção da percepção do constructo "ser mulher" não contém o inédito, ao contrário remete a uma análise histórica do objeto aqui referido. Nesse viés apresenta-se uma reflexão acerca do tema inicialmente tendo como trilha dimensões e atribuições apresentadas ao longo dos períodos históricos, bem como seu lugar no contexto referente ao estudo das percepções. O objetivo é compreender os significados do ser mulher para a mulher jovem da Baixada Fluminense. **Método:** A metodologia utilizada foi a do grupo focal que analisa o discurso das participantes a partir de um manejo discreto para a observação da construção do significado do objeto demandado. Foram realizados dois encontros, em uma universidade da Baixada Fluminense. A amostra foi composta por 40 mulheres divididas em dois grupos com idades entre 18 e 30 anos, universitárias, de classes sociais diversas. **Resultados:** Os resultados iniciais revelam como principais atributos dessa construção do feminino a percepção de uma mulher guerreira, agregadora e vitoriosa. O olhar avaliativo aparece fundido com a história pessoal o que aponta para uma mulher do desejo, forte e poderosa que tem o parceiro para a formação da família e a parceria social, mas que não impacta em cumplicidade nas relações afetivas e/ou familiares. **Conclusões:** Faz-se necessária e importante a continuidade dos estudos para que possa compreender de forma mais aprofundada questões como sexualidade, maternidade, lazer, dentre outras temáticas que envolvem o universo feminino neste território.

Palavras-chave: Feminino, mulheres da Baixada Fluminense, gênero, grupo focal.

PERCEPTIONS OF THE FEMALE: MEANINGS OF BEING WOMAN TO BAIXADA FLUMINENSE'S INHABITANTS

Abstract

Prologue: The construction of the meaning of mental representations that permeate social phenomena affects the society in many ways. The intrapsychic universe implies developments that tout "ways of being and doing" in the world. Discuss the construction of the perception of the construct "being a woman" does not contain the unprecedented, unlike refers to a historical analysis of the object referred to herein. In this bias presents a reflection on the theme initially having as dimensions and track assignments submitted during the historical periods, as well as their place in regarding the study of perceptions. The main objective was to discuss the inherent subjectivity to the meanings of being a woman at the young woman in the Baixada Fluminense. **Method:** The methodology used was the focus group that analyzes the discourse of participants from a discreet management to observe the construction of the meaning of studied. The method used in the research object was the focus group conducted in two meetings, in a university Baixada Fluminense. The sample consisted of 40 women divided into two groups aged between 18 and 30 years, university, from different social classes. **Results:** Initial results show the main attributes of the female building the perception of a warrior, aggregating and successful woman. **Conclusions:** A deeper understanding on issues such as leisure, maternity, sexuality as well as other themes regarding to the feminine universe on this territory is important and would require additional studies.

Keywords: Female, women of Baixada Fluminense, gender, focus group.

Introdução

O estudo e pesquisa sobre os estilos perceptivos objetivam compreender de que forma o indivíduo atribui inferências sobre ele mesmo ou sobre outros aspectos de sua vida e de que modo estas atribuições podem ou não interferir subjetivamente em seus comportamentos e atitudes sociais. Dentro de uma discussão referente ao olhar da

psicologia social seria pertinente uma breve apresentação de alguns aspectos relevantes quanto à perspectiva da percepção e sua análise de contextos. Historicamente várias conotações perpassam a análise desse constructo, segundo Ferreira (2010, p. 57) "A investigação sobre percepção de pessoas, até hoje consiste em uma das áreas centrais de estudo da Psicologia Social Psicológica". Na perspectiva da autora, os estudos inaugurados por Heider (1970), bem como as influências sofridas por sua imigração para a Alemanha e pelo gestaltismo desenvolvem desdobramentos em seus estudos como o tema da atribuição de causalidade, onde o papel do sujeito e suas atribuições sofrem a tentativa de dimensionamentos quantitativos. Ainda segundo Ferreira (2010, p. 61) "Os estereótipos, a formação de impressões e a percepção de pessoas constituem temas tradicionalmente estudados pela Psicologia Social e centrais à área de cognição social". Ainda dentro de uma análise de "possíveis" para a compreensão das representações mentais teremos a perspectiva da teoria das representações sociais (Moscovici, 1989) movimento que remete à análise de percepções compartilhadas por um determinado grupo acerca de um fenômeno social específico. Em contrapartida, trazemos as contribuições da constituição de representações através das construções subjetivas inerentes ao sujeito.

A partir deste viés poder-se-ia apontar para atributos importantes que podem ser dimensionados através da metodologia ora indicada. A análise das "falas" colhidas através desses atributos nos trará a possibilidade de uma discussão sobre a percepção de mulheres, moradoras da Baixada Fluminense, mais especificamente do município de Nova Iguaçu, sobre suas interpretações pessoais do feminino. Com o objetivo do enriquecimento das análises teóricas pertinentes a percepção e a subjetividade, serão importantes as contribuições da constituição de representações através das construções subjetivas inerentes ao sujeito. Nesse segmento, segundo Maheirie (2002) "O sujeito, a partir das relações que vivencia no mundo, produz significações e, como ser significante, vivenciar esta sua condição de ser lhe permite singularizar os objetos coletivos, humanizando a objetividade do mundo. Suas significações aliadas às suas ações, em movimento de totalizações abertas, compõem o sujeito que vai sendo revelado por perspectivas" (2002, p. 37). Ainda segundo a autora "A subjetividade é compreendida como uma dimensão do sujeito, assim como a objetividade que, relacionado dialeticamente no contexto social produz o sujeito. As significações estão

em cada ato humano e estão presentes na totalização histórica, transformando-se ao longo dela, sendo superadas por outras significações que vão surgindo" (2002, p. 40). Os processos identificatórios também podem interferir no processo de formação da construção na significação do feminino. Segundo Seron, Del Prette e Milani (2011, p. 162) "foi possível compreender que a construção da identidade feminina na adolescência sofre influências da relação entre mãe e filha, pois as jovens procuram na figura materna um modelo, do qual com o passar do tempo conseguem se diferenciar, entretanto carregam consigo características essenciais vividas dessa relação."

Em D´Amorim (1997), na introdução de "Estereótipos de gênero e atitudes acerca da sexualidade em estudos sobre jovens brasileiros", no tópico sobre estudos brasileiros sobre a percepção do papel feminino, são citados os resultados obtidos por Goldberg, Batista, Arruda, Barreto e Menezes (1975, apud D'Amorim, 1997, p. 122). Os autores partiram do seguinte questionamento: "Em sua opinião, o que é a mulher?". As respostas foram classificadas num contínuo, que ia do tradicional ao moderno. Entre as respostas tradicionais apareceram "doçura, meiguice, destinada a agradar, consolar, educar, rainha do lar", e outras, acentuando o seu papel doméstico. Entre as modernas, surgiram respostas afirmando a igualdade de direitos entre homem e mulher, e indicando maior consciência histórica do papel feminino. Ainda segundo a pesquisa citada embora os sujeitos fossem jovens, de cursos pré-vestibulares, 64% deles mantiveram a orientação tradicional.

Em nossa análise da construção do feminino, portanto, a perspectiva da percepção é um dos aspectos relevantes a ser estudado. Como se produz o "vir a ser feminino"? Que fatores influenciam esse "olhar" de representação? Podemos tratar de aspectos históricos relevantes como já foram apresentados, porém ressaltamos os desdobramentos em compreender na contemporaneidade essa diferença no modo de ser, pensar, sentir.

Ao organizar as estratégias para lidar com os acontecimentos cotidianos, inusitados e/ou planejados; de ordem emocional ou racional, recorremos consciente ou inconscientemente a material internalizado na construção do "EU". Em nossa análise a percepção se constituirá na via de recepção e codificação a partir de experiências mediadas inicialmente pela consciência. Tais informações, bem como, seus arranjos e rearranjos vão indicar caminhos de atitudes, opiniões e condutas. Esse processo

contínuo e "impermanente" se constrói no sujeito em relação às suas vivências intra e extrapsíquica, permeia contextos e seus atravessamentos, constituindo a individualidade arraigada à existência humana.

Nesse contexto existe uma perspectiva de referência através do olhar específico da adolescente (faixa etária e sexo delimitada pelos autores) de referenciar como se produz a construção da identificação do feminino enquanto lugar social e organização psicológica para a conjugação de seu gerenciamento interno e externo.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 40 mulheres moradoras da Baixada Fluminense. A escolha das participantes foi aleatória, tendo sido divulgado o grupo focal na própria universidade. Cada grupo foi composto por 20 mulheres, com idades entre 18 e 30 anos, universitárias, de classes sociais diversas. As participantes foram orientadas quanto aos objetivos da pesquisa, e após terem concordado de forma voluntária assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Instrumentos

Compreender o que pensam mulheres da região da Baixada Fluminense com relação ao seu papel social, família, relacionamentos, profissão, maternidade e demais aspectos que compõem o ideal de mulher na atualidade. Para tanto, utilizamos como método o grupo focal (Smeha, 2009). Essa metodologia revela como principal vantagem à possibilidade de discutir no grupo as falas, percepções, crenças e idealizações que os participantes apresentam. A participação dos pesquisados na discussão traz como contribuição um aprofundamento do tema e a possibilidade de, no próprio curso do debate, construção de novas formas de pensar sobre as proposições. Por outro lado, este recurso possibilita ao pesquisador, além do manejo dos conteúdos explicitados, inferir tendências e fazer prospecções acerca de aspectos do tema que se encontram apenas em estado latente.

Procedimentos

Foram realizados dois encontros, em uma universidade privada da Baixada Fluminense com o objetivo de compreender o que pensam as mulheres sobre os seus desejos, aspirações, medos, papeis sociais e crenças. A partir dos conteúdos surgidos no grupo podemos descrever, classificar, categorizar e analisar as produções discursivas enunciadas pelos participantes.

Tipo de estudo

A proposta do estudo é verificar os modos de identificação e construção do feminino na contemporaneidade em mulheres da Baixada Fluminense, área integrante da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Esta região é composta por sete municípios e tem cerca de 3 milhões de habitantes, sendo a segunda área mais populosa do estado (Enciclopédia Escolar Britannica, 2015).

Como recurso para a transformação dos dados em material de análise, bem como para sua interpretação, optou-se pelo uso da análise do discurso (Mendes e Silva, 2005), procurando compreender, a partir dos enunciados, o modo como os sujeitos se percebem enquanto atores sociais.

Discussão e conclusões

Hoje o perfil das mulheres é distinto daquele do começo do século XX. Além de trabalhar e ocupar cargos de responsabilidade, assim como os homens, ela aglutina as tarefas tradicionais: ser mãe, esposa e dona de casa. Trabalhar fora de casa é conquista relativamente recente das mulheres. Ganhar seu próprio dinheiro, ser independente e ainda ter sua competência reconhecida é motivo de orgulho para todas. Todas estas questões permeiam as significações das mulheres sobre suas vidas.

O olhar avaliativo aparece fundido com a história pessoal o que aponta para uma mulher do desejo, forte e poderosa que tem o parceiro para a formação da família e a parceria social, mas que não impacta em cumplicidade nas relações afetivas e/ou familiares.

A dinâmica dos grupos revelou uma fala recorrente quanto aos atributos da mulher guerreira, agregadora e vitoriosa. Embora a hipótese inicial fosse de uma predominância da busca de referências externas da construção do feminino (ídolos

midiáticos, por exemplo) a amostra identificou referências bem próximas (mães entre outras). Nota-se a ausência de figuras femininas, fora do contexto familiar, escritoras, políticas, artistas, ou seja, mulheres de destaque em suas áreas de atuação que poderiam servir para a identificação não aparecem no discurso dessas mulheres. Seria uma contingência específica da amostra observada, ou mesmo do grupo etário em observação no momento? Essas inquietações permitem refletir acerca das representações do "ser mulher" como uma função de valor.

A peculiaridade da vida na Baixada, região sofrida e frequentemente esquecida pelas autoridades públicas, forja modos de lidar com a realidade, revelando mulheres que assumem múltiplas funções como forma de manutenção de poder e controle sobre seus parceiros e filhos. A expectativa de se sentir importante e valorizada relaciona-se, de alguma forma, com a manutenção do controle sobre a casa e os filhos.

De modo complementar, a religião é fator essencial para a manutenção da unidade familiar. A diversidade das manifestações religiosas é marca deste segmento geográfico e social. Marcada por um contingente multiétnico com forte influência da religiosidade de matriz africana, convivem, por vezes de forma conflituosa, católicos, umbandistas/candomblecistas e evangélicos. Mobilizando deuses e crenças, mulheres lançam mãos do poder divino para administrar as inequidades cotidianas e garantir a permanência (ou a mudança necessária) de suas condições de existência.

Se a presença do feminino é recorrente, seja no trabalho, na religião, no lazer ou na educação, as representações do masculino, representadas pelos papeis desempenhados pelos homens, por vezes, se fazem pouco expressivas ou com sinal positivo. As mulheres falam muito de suas mães, mas quase nunca aparece em suas falas a referência aos seus pais. Ao que parece, encontram-se identificadas maciçamente com as mães. Cabe aqui interrogar o lugar dos homens na constituição das subjetividades destas mulheres.

Não possamos desconsiderar a relevância do masculino e dos homens na organização do campo perceptivo das mulheres, ainda que seja pela ausência desta referência. Para o grupo investigado, a ausência de um parceiro não impede que as mulheres trabalhem e criem seus filhos sozinhas ou com a assistência de parentes. Nesse sentido, podemos dizer que os homens ocupam lugar secundário ou figurativo nas

relações. Embora sejam importantes, as relações afetivas se revelam nos discursos e nas práticas das mulheres um lugar coadjuvante.

A preocupação com a beleza é frequente nos discursos, embora carregue consigo uma conotação de cobrança advinda do meio social, fomentando sentimentos contraditórios de prazer e angústia. Esta "arrumada e bonita" é uma obrigação social que tem, por vezes, alto custo financeiro e de tempo.

Os resultados aqui apresentados são frutos de uma primeira aproximação com as mulheres da Baixada e as significações sobre suas condições. Entendemos ser necessária e importante a continuidade dos estudos para que possamos entender de forma mais aprofundada questões como sexualidade, maternidade, lazer, dentre outras temáticas que envolvem o universo feminino neste território. Pensamos que as mulheres da Baixada Fluminense têm peculiaridades que merecem ser descobertas, analisadas e problematizadas.

Referências

D'Amorim, M.A. (1997). Estereótipos de gênero e atitudes acerca da sexualidade em estudos sobre jovens brasileiros. *Temas em psicologia*, *5(3)*, 121-134. Página visitada em 24 de novembro de 2014, a partir de http://pepsic.bvsalud.org

Enciclopédia Escolar Britannica. (2015). *Baixada Fluminense.* Página visitada em 17 de abril de 2015, a partir de http://escola.britannica.com.br.

Ferreira, M.C. (2010). A psicologia social contemporânea: principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *26*, 51-64.

Heider, F.A. (1970). *Psicologia das relações interpessoais.* São Paulo: Pioneira.

Maheirie, K. (2002). Constituição do sujeito, subjetividade e identidade. *Interações*, *7*, 31-44. Página visitada em 21 de novembro de 2014, a partir de http://pepsic.bvsalud.org

Mendes e Silva, M.A.S. (2005). Sobre a análise do discurso. *Revista de Psicologia da UNESP*, *4*(1), 16-40.

Moscovici, S. (1989). Des représentation collectives aux représentations sociales. Em D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales* (pp. 62-86). Paris: PUF.

Seron, C., Del Prette, A. e Milani, R.G. (2011). The construction of the feminine identity in adolescence: a focus on the mother and daughter relationship. *Psicologia: teoria e prática*, *13(1)*, 154-164. Página visitada em 26 de novembro de 2014, a partir de http://pepsic.bvsalud.org.

Smeha, L.N. (2009). Aspectos epistemológicos subjacentes à escolha da técnica do grupo focal na pesquisa qualitativa. *Revista de Psicologia da IMED*, *1*, 260-268. Página visitada em 18 de janeiro de 2015 a partir de http://www.unisc.br

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE SINTOMATOLOGÍA DISOCIATIVA

Sandra Fuentes-Márquez[*], Elena Guillén-Guillén[**], Rocío Alonso-Díaz[**] y Mónica Rosu[***]

[*] *FEA Psicología Clínica*

[**] *Residente de Psicología Clínica*

[***] *Psicóloga*

Resumen

Antecedentes: Los trastornos disociativos constituyen un tema cuyo interés ha variado mucho a lo largo del tiempo. Asimismo, forman una categoría nosológica donde su etiqueta implica un mecanismo específico que da cuenta de las alteraciones observadas (la disociación). En todos los cuadros clínicos que componen dicha categoría ocurre que la integración normal de la emoción, la sensación, el movimiento y/o el pensamiento está deteriorada, así como también se indica la presencia común de estresores psicológicos traumáticos, inmediatamente precedentes al comienzo del trastorno. Además, los trastornos disociativos presentan un alta comorbilidad con muchos trastornos mentales, además la disociación como trastorno o como síntoma comórbido es un predictor de gravedad por lo cual es muy importante el proceso de diagnóstico diferencial en los mismos. En el presente trabajo se estudia la prevalencia de la sintomatología disociativa somatoforme en pacientes diagnosticados de trastorno mental. **Método:** La muestra de estudio fue compuesta por sujetos con diferentes trastornos mentales que acuden a un servicio de salud mental ambulatorio para tratamiento y seguimiento terapéutico. Se ha utilizado un diseño observacional transversal. Los instrumentos han sido la Escala de Experiencias Disociativas junto con entrevista clínica y la historia clínica de los pacientes. **Resultados:** Encontramos una prevalencia de sintomatología disociativa mayor de la esperada en pacientes con trastorno mental. **Conclusiones:** Planteamos que la exploración psicopatológica en el campo de la disociación debe desarrollarse y que los instrumentos específicos de la disociación pueden ser una herramienta útil en los procesos diagnósticos de los trastornos disociativos. Conseguir mejorar la funcionalidad del paciente, que tenga adecuada calidad de vida, relaciones interpersonales satisfactorias y sobre todo, mayor

autonomía son en realidad los fines de toda psicoterapia y necesariamente, ha de partirse de buenos diagnósticos.

Palabras clave: Disociación, conciencia, identidad, atención y función ejecutiva.

DESCRIPTIVE STUDY OF DISSOCIATIVE SYMPTOMATOLOGY

Abstract

Background: Dissociative disorders are a subject whose interest has varied greatly over time. Also form a nosological category where its label implies a specific mechanism that accounts for the observed alterations (dissociation). In all clinical conditions that comprise this category occurs that normal integration of emotion, sensation, movement and / or thinking is impaired, and the common presence of traumatic psychological stressors also indicates immediately preceding the onset of the disorder. Furthermore, dissociative disorders have a high comorbidity with many mental disorders, dissociation as well as comorbid disorder or symptom is a predictor of gravity which is very important to the process of differential diagnosis in them. In the present work we study the prevalence of dissociative symptoms somatoform in patients diagnosed with mental disorder. **Method:** The study sample was composed of subjects with different mental disorders who attend an outpatient mental health service for treatment and therapeutic monitoring. We have used a cross-sectional observational design. The instruments have been Dissociative Experiences Scale with clinical interview and medical history of the patients. **Results:** We found a prevalence of dissociative symptoms higher than expected in patients with mental disorder. **Conclusions:** We propose that the psychopathological exploration in the field of dissociation must be developed and specific instruments of dissociation can be a useful diagnostic tool in the processes of dissociative disorders. Getting improve the functionality of the patient, having adequate quality of life, satisfying interpersonal relationships and above all, greater autonomy are actually the end of all psychotherapy and necessarily have to start from good diagnostics.

Keywords: Dissociation, consciousness, identity, attention and executive function.

Introducción

Los trastornos disociativos son un conjunto de trastornos que se caracterizan principalmente por alteraciones en las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la cuarta edición revisada, en adelante DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) se clasifican en las siguientes categorías diagnósticas: amnesia disociativa, fuga disociativa, trastorno de identidad disociativo (TID), trastorno de despersonalización y trastorno disociativo no especificado.

Estos trastornos presentan un alta comorbilidad con muchos trastornos mentales (TM) como esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, etc., por lo cual es muy importante el proceso diagnóstico diferencial en los mismos. Estudios recientes confirman un aumento de la prevalencia de los trastornos disociativos (Friedl y Draijer, 2000; Gast, Rodewald, Nickel y Emrich, 2001; Horen, Leicher y Lawson, 1995; Knudsen, Draiher, Hareslud, Boe y Boon, 1995; Latz, Kramer y Hughes, 1995; Rifkin, Ghisalbert, Dimatou, Jin, y Sethi, 1998; Tutkun et al., 1998). Pese a estos últimos y dada la comorbilidad con otros trastornos mentales, planteamos la posibilidad de que muchos pacientes no sean diagnosticados de sintomatología disociativa o que en muchos casos el diagnostico se realice meramente por exclusión. Además la disociación como trastorno o como síntoma comórbido de otros trastornos mentales es un predictor de gravedad. Los pacientes psiquiátricos que tienen un diagnóstico asociado de trastorno disociativo tienen un índice de suicidio y autolesiones más elevado (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt y Lipschitz, 2008).

El panorama actual sobre la disociación se mantiene desde sus inicios en un continuo debate sobre la misma que implica a neurólogos y psicólogos. Sin embargo, las aportaciones de las neurociencias, en especial los estudios con neuroimágenes encuentran disminución en la región orbitofrontal cerebral en pacientes diagnosticados con trastornos disociativos, lo que guarda cierto paralelismo con la alteración de los lóbulos frontales para la función ejecutiva. Todo parece indicar que podría darse una concomitancia entre control ejecutivo y disociación.

Entendemos la disociación dentro de un contínuum de consciencia, memoria, identidad y percepción, donde la parcelación de las mismas, pueden llegar a ser patológicas, cuando llegan a ser objeto de atención clínica. La disociación no siempre es patológica, cuando se trata de desconexión natural y adaptativa, quedarse absorto en actividades cotidianas o fantasear (Dell, 2002). Pero, el cuadro clínico se cumple cuando se da fragmentación de la personalidad con alteraciones en toda su esfera, desconexión del yo con aspectos centrales de la experiencia (Cardeña, 1994).

La disociación se manifiesta en síntomas disociativos psicomorfos y somatoformes (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart y Vanderlinden, 1996; Van der Hart, Van Dijke, Van Son y Steele, 2000). La disociación psicomorfa se aplica a las alteraciones de la memoria, del conocimiento, de la identidad y de la percepción del ambiente y de la propia persona. Son síntomas que desde un punto de vista fenomenológico, involucran variables cognitivas. La disociación somatoforme apunta a síntomas disociativos que fenomenológicamente involucran al esquema corporal que ponen de manifiesto una falta de integración de las experiencias somáticas, de las reacciones corporales y de sus funciones. A su vez, dichos síntomas se dividen en positivos y negativos, es decir, los síntomas psicomorfos positivos serían alucinaciones auditivas, flashbacks, despersonalización, desrealización, etc., y negativos serían amnesia, fuga disociativa, trance, etc. Los síntomas somatoformes positivos serían dolor, pseudoconvulsiones, etc., y los negativos, anestesia, bloqueo, rigidez, etc.

El principal criterio para ubicar un caso dentro de los trastornos disociativos (TD), será el carácter desadaptativo de los síntomas y la repercusión funcional. Las respuestas disociativas se generan como defensas ante el trauma, aunque con el tiempo se convierten en patrones de respuesta ante emociones y situaciones de diverso tipo (Kihlstrom, Glisky y Angiulo, 1994; Putnam, 1989).

Los estudios epidemiológicos en nuestro entorno, son escasos y existen datos contradictorios referidos a su epidemiologia. Sin embargo, los estudios de prevalencia no muestran discrepancias significativas entre países como Estados Unidos y países europeos. Así se encuentra una prevalencia en torno al 15-30% en Norteamérica, mientras que en los países europeos muestran el 4,3%-10,2% en pacientes hospitalizados; el 12%-13,8% en pacientes psiquiátricos ambulatorios; un 39,5% en la urgencia psiquiátrica (Sar et al., 2007). Estos datos se han obtenido gracias a la

utilización de escalas o entrevistas estructuradas específicas de disociación. Foote et al. (2008) encuentran una frecuencia de TD en pacientes psiquiátricos extrahospitalarios del 29%, de los cuales el 6% tendría un TID. Algunos estudios sobre psicopatología general empiezan a incluir evaluaciones sistemáticas de sintomatología disociativa y destacan que los TD están entre los diagnósticos más prevalentes. Así Fortes, Villano y Lopes, (2008) señalan que entre pacientes de atención primaria, un 56% presentaban trastornos mentales. Los más comunes eran la depresión y la ansiedad, junto con TEPT, el dolor somatoforme y los trastornos disociativos

El objetivo del presente trabajo ha sido analizar la prevalencia de probables casos de trastorno disociativo entre pacientes diagnosticados de trastorno mental que acuden al Servicio de Salud Mental. La hipótesis que planteamos es que la prevalencia de trastorno disociativo es mayor que la esperada.

Método

Participantes

Para el desarrollo del presente estudio se ha contado con sujetos clínicos. Este grupo clínico se ha compuesto de pacientes diagnosticados de trastorno mental que procedían de una Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) que se encontraban en tratamiento en régimen ambulatorio. Esta muestra fue seleccionada de forma incidental y abarcó un espectro amplio de trastornos mentales. Está constituida por 30 sujetos que presenta un promedio de edad de 40,10 años (DT=14,466) y se distribuye en 26,7% hombres y 73,3% mujeres; 43,3% solteros, 33,3% casados, 3,3% viudo/a, 3,3% separado/a, 13,3% divorciados y 3,3% que vive en pareja; el 40% tienen estudios primarios o secundarios y un 60% estudios de bachillerato o superiores.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados son la entrevista clínica, historia clínica del paciente y la Escala de Experiencias Disociativas.

La Escala de Experiencias Disociativas (DES) es una escala de screening autoadministrada de 28 items; una puntuación total de 25 indica el punto de corte óptimo para la investigación con buena sensibilidad y especificidad; una puntuación

igual o mayor a 40 (criterio para la práctica clínica) predice el trastorno disociativo en todos los casos. Para comprender la naturaleza del constructo que mide la escala, se llevó a cabo un análisis factorial (Schwartz, Frischholz, Braun y Sachs, 1991). Otros análisis demostraron que la DES es altamente confiable (alfa de Cronbach =.99; Pitblado y Sanders, 1991).

Procedimiento y diseño

Todos los participantes de este estudio han sido voluntarios, habiéndoselo informado de los objetivos del mismo y habiendo consentido en su participación, firmando el protocolo de consentimiento informado. Este estudio tiene la aceptación del comité de bioética correspondiente. Todas las pruebas han sido administradas de forma individualizada siguiendo la técnica del reequilibrado. Se ha empleado un estudio observacional transversal. Los criterios de inclusión/exclusión se han regido exclusivamente en excluir aquellos sujetos cuyas condiciones médicas no aconsejan su participación en el estudio.

Con respecto al análisis de datos señalar que para el objetivo del presente estudio se han estudiado los estadísticos descriptivos de los diagnósticos de los pacientes del grupo caso y se han comparado con los estadísticos descriptivos de frecuencias obtenido con la escala de disociación DES. Todos los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 20.0.

Resultados

La prevalencia de trastornos del grupo de pacientes se muestra en la Tabla 1. Estos diagnósticos corresponden con los aportados por especialistas clínicos de salud mental, psiquiatras y psicólogos clínicos de la USMC, donde se realizó la recogida de los datos. Sin embargo, siguiendo los criterios de la DES un 33.3% de los pacientes corresponden a probables casos de trastorno disociativo.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según sus diagnósticos.

Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trastorno del estado de ánimo	3	5,0	55,0
Trastornos de personalidad	5	8,3	63,3
Trastornos de ansiedad	8	13,3	76,7
Trastornos adaptativos	10	16,7	93,3
Otros trastornos [a]	4	6,7	100
Total	30	50	

[a] Trastorno de control de impulsos, esquizofrenia, bulimia nerviosa y trastorno disociativo.

Discusión

Estudios sobre trastornos disociativos en pacientes psiquiátricos ambulatorios en países europeos señalan una frecuencia de estos cuadros de entre 12% y el 13,8% (Sar et al., 2007). En nuestro estudio los pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Servicio de Salud Mental en régimen ambulatorio han presentado una prevalencia mayor de la esperada en trastorno disociativo. Los pacientes han tenido puntuaciones superiores al criterio de corte en la escala de disociación. Según la clasificación de los pacientes en DES un 33,3%. A priori sólo había un caso diagnosticado con TD, pero en vista de los datos obtenidos podemos pensar en la importancia del diagnóstico diferencial y positivo de la disociación. Además la prevalencia de posibles casos de TD encontrada aquí, es congruente con la documentada para muestras de pacientes en estudios realizados en países occidentales. Según clasificaciones del instrumentos mencionado previamente, el 20,7% de 299 pacientes psiquiátricos ingresados en un hospital general se ha comprobado que cumplían criterios diagnósticos de TD, pudiendo presentar un 5,4% de ellos TID (Ross, Anderson, Fleisher y Norton, 1991); en un 35% de 34 adolescentes valorados en una unidad de psiquiatría se encontró que podrían padecer un TD, de ellos un 17% podrían ser TID; un 39% de 100 adultos con problemas de dependencia a sustancias también eran posibles TD, cumpliendo criterios para un diagnóstico de TID un 14% de ellos (Ross et al., 1991).

A pesar de esta realidad siguen habiendo profesionales que ponen en tela de juicio los trastornos disociativos. Leonard, Brann y Tiller (2005) analizan la situación

entre clínicos y pacientes. Sólo el 21% de los clínicos experimentados refería haber tratado más de seis casos de TD. La mitad se mostraban escépticos acerca de la validez del diagnóstico de TD. Los pacientes por su parte, referían una demora en el diagnóstico (el 57% de más de tres años y el 25% de más de 10 años). El 80% había percibido una actitud escéptica o antagonismo por parte de los clínicos, incluso hostilidad.

Podemos decir que a partir de los resultados obtenidos en este trabajo y asumiendo las limitaciones de éste, se apoya nuestra hipótesis. Planteamos que la exploración psicopatológica en el campo de la disociación debe desarrollarse, sobre todo en nuestro entorno, y que los instrumentos específicos de la disociación pueden ser una herramienta útil en los procesos diagnósticos de los trastornos disociativos.

Conseguir mejorar la funcionalidad del paciente, que tenga adecuada calidad de vida, relaciones interpersonales satisfactorias y sobre todo, mayor autonomía son en realidad los fines de toda psicoterapia y necesariamente, ha de partirse de buenos diagnósticos.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM- IV- TR). Barcelona: Masson.

Cardeña, E. (1994). *The domain of dissociation. Dissociation: theoretical, clinical, and research perspectives*. New York: Guilford.

Dell, P.F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(1), 5-10.

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M.E. y Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatient. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(1), 29-36.

Fortes, S., Villano, L.A. y Lopes, C.S. (2008). Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatría, 30*(1), 7-32.

Friedl, M.C. y Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 157*(6), 3-1012.

Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V. y Emrich, H. M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(4), 57-249.

Horen, S.A, Leicher, P.P. y Lawson, J.S. (1995). Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, *40*(4), 91-185.

Kihlstrom, J. F., Glisky, M. L. y Angiulo, M. J. (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(1), 117-124.

Knudsen, H., Draiher, N., Hareslud, J., Boe, T. y Boon, S. (1995). *Prevalence of dissociative disorders in a Norwegian general psychiatric department (inpatients and daycare)*. V Congreso Anual de la International Society for the Study of Trauma and Dissociation.

Latz, T.T, Kramer, S.I. y Hughes, D.L. (1995). Multiple personallity disorder among female inpatients in a state hospital. *American Journal of Psychiatry*, *152*(9), 8-1343.

Leonard, D., Brann,S. y Tiller, J. (2005). Dissociative disorders: pathways to diagnosis, clinician attitudes and their impact. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*(10), 6-940.

Nijenhuis, E.R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. y Vanderlinden, J. (1996). The Development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnare (SDQ-20). *The Journal of Nervous and Mental Disease, 184(*11), 94-688.

Pitblado, C. B., y Sanders, B. (1991). Reliability and short-term stability of scores on the Dissociative Experiences Scale. En B.G. Braun y E.B. Carlson (Eds.), *Proceedings of the International Conference on Multiple Personality and Dissociative States* (p. 179). Chicago, USA: Rush.

Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personallity disorders.* New York: Guilford Press.

Rifkin, A., Ghisalbert, D., Dimatou, S., Jin, C. y Sethi, M. (1998). Dissociative identity disorder in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 155*(6), 5-844.

Ross, C.A, Anderson, G., Fleisher, W.P y Norton, G.R. (1991). The frequency of dissociative disorders among psychiatric inpacients. *American Journal of Psychiatry*, *148*(12), 20-1717.

Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, E., Yargic, L.I, Kundakci, T., Yazici, A., Kuskonmaz, E. y Aksüt, D. (2007). Dissociative disorders in the psychiatric emergency Ward. *General Hospital Psychiatry*, *29*(1), 45-50.

Schwartz, D. R., Frischholz, E. J., Braun, B. G. y Sachs, R. G. (1991). *A confirmatory factor analytic study of the Dissociative Experiences Scale (DES).* Comunicación presentada en la 8th International Conference on Multiple Personality/ Dissociative States, Chicago, USA.

Tutkun, H., Sar, V., Yargic, L.I., Ozpulat, T., Yanik, M. y Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *American Journal of Psychiatry*, *155*(6), 5-800.

Van der Hart, O., Van Dijke, A., Van Son, MJM. y Steele K. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, *1*, 33-66.

DÉFICIT MNÉSICOS TRAS UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO. EL USO DE ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE EN TAREAS DE MEMORIA VERBAL EN UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Romina Cortizo-Vidal, María África Cruz-García, Laia Mollá-Cusi, Maria Rosa Mas-Lacarra, Daniel Bergé-Baquero, Anna Mané-Santacana, Belén Diaz-Múgica, Luis Miguel Martín-López, Antonio Bulbena-Vilarasa y Victor Perez Solá

Servicio de psiquiatría, Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD), Parc de Salut Mar, Barcelona

Resumen

Antecedentes: La literatura científica ha descrito diversas alteraciones neuropsicológicas asociadas a la esquizofrenia como son los déficit atencionales, mnésicos y la disfunción ejecutiva. En el trastorno bipolar también se han descrito estas alteraciones aunque se considera que son menos graves y generalizadas que en la esquizofrenia y que presentan un curso fluctuante. En los últimos años se ha planteado la existencia de estas alteraciones en fases iniciales de estas patologías. Los estudios realizados en primeros episodios psicóticos definen el déficit de memoria verbal como factor de riesgo de psicosis. Sin embargo, el estudio de estas alteraciones se realiza desde un punto de vista cuantitativo, por lo que carecemos de información acerca de los procesos subyacentes al déficit de memoria verbal. **Método:** En el presente estudio se emplea un diseño de casos y controles. El grupo de casos lo formaron 15 pacientes que han presentado un único episodio psicótico. El grupo control se constituyó con 13 sujetos sin patología psiquiátrica asociada. Se evaluó el rendimiento de memoria verbal con el Test de Aprendizaje Verbal España - Complutense. El análisis de datos se realizó con la prueba t de Student con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics. **Resultados:** Los sujetos que han presentado un episodio psicótico presentan significativamente peor rendimiento que el grupo control en tareas de recuerdo a largo plazo, reconocimiento, aprendizaje y en el uso de estrategias semánticas en el recuerdo a largo plazo. **Conclusiones:** Los datos confirman el déficit de memoria verbal descritos previamente. Los datos sugieren que a la pérdida de información a largo plazo subyace un escaso uso de estrategias semánticas de codificación que facilitan la recuperación de información.

Son necesarios estudios con muestras mayores para concluir la implicación de otros procesos subyacentes al déficit de memoria verbal y optimizar los programas de rehabilitación cognitiva.

Palabras clave: Déficits cognitivos, esquizofrenia, estrategias de aprendizaje, memoria verbal, primer episodio psicótico.

MEMORY DEFICITS AFTER A FIRST PSYCHOTIC EPISODE. THE USE OF LEARNING STRATEGIES IN VERBAL MEMORY TASKS IN A CASE-CONTROL STUDY

Abstract

Background: Scientific literature has described diverse neuropsychological deficit associated with schizophrenia as attentional, memory and executive disfunctions. Also in bipolar disorder these alterations have been described, but it is considered that are less serious and widespread than in schizophrenia, and present a fluctuating course. In the last years, this déficits have been described in early onset of the disorders. Recent studies in first psychosis episodes also consider verbal memory déficit as risk factor of psychosis. Nevertheless this studies define these alterations from a quantitative point of view, there is a lack of information about the underlying processes in verbal memory deficit. **Method:** In the present study we use a case-control design. 15 patients who suffered a first psychotic episode formed case group. Control group was formed with 13 healthy controls. We used Verbal Learning Test España – Complutense to measure verbal memory performance. Data analysis was carried out using IBM SPSS Statistics program employing t Student test. **Results:** Subjects who suffer a first psychotic episode show significant lower performance in long-term memory, recognition and learning tasks, they also show a decreased use of semantic strategies in long-term memory tasks. **Conclusions:** Results confirm verbal memory déficit. Main deficits sugest that the loss of long-term information is associated with a semantic strategies misuse. Major samples are needed in future studies to determine other underlying processes in verbal memory déficits and to improve cognitive remediation programs.

Keywords: Cognitive déficits, schizophrenia, learning strategies, verbal memory, first

psychotic episode.

Introducción

En los últimos años se han llevado a cabo numerosos estudios que ponen de manifiesto la existencia de déficit neuropsicológicos asociados a los distintos trastornos psicóticos. En pacientes con esquizofrenia se han descrito numerosas alteraciones cognitivas, dentro de estas, las más destacadas son los déficits de memoria verbal (Gur y Gur, 2013; Lepage, Bodnar y Bowie, 2014), atencionales (Luck y Gold, 2008; Schwartz, Tomlin, Evans y Ross, 2001) y la disfunción ejecutiva (Elissalde et al., 2011). Algunos autores plantean, sin embargo que en la esquizofrenia existe un déficit cognitivo generalizado basándose en las numerosas alteraciones específicas descritas en esta patología (Schaefer, Giangrande, Weinberger y Dickinson, 2013). Los estudios longitudinales muestran además una tendencia a la cronicidad de las mismas (Keefe, 2014).

En otros trastornos psicóticos, como el trastorno bipolar también se ha planteado la existencia de alteraciones atencionales (Bearden et al., 2012), déficit de memoria verbal (Mur, Portella, Martínez-Arán, Pifarré y Vieta, 2008; Arts, Jabben, Krabbendam y van Os, 2008), velocidad de procesamiento (Gildengers et al., 2009) y disfunción ejecutiva (Lim et al., 2013). No obstante, se considera que estas alteraciones presentan menor gravedad que en la esquizofrenia y que son menos generalizadas. Por otra parte parecen existir diferencias entre ambos trastornos en el curso de estas alteraciones. En la esquizofrenia existen déficit premórbidos que se incrementan en el pródromo y primeros años de la enfermedad para estabilizarse posteriormente, mientras que en el trastorno bipolar los déficit presentan fluctuaciones una vez se presenta la enfermedad y existe controversia en cuanto a la cronicidad de los mismos y a su mantenimiento en periodos de eutimia (Lewandowski, Sperry, Cohen y Ongür, 2014).

Más recientemente ha proliferado el interés en el estudio de las fases iniciales de estas patologías a partir del estudio de los primeros episodios psicóticos. Los resultados de estos estudios confirman la existencia de alteraciones cognitivas en fases iniciales de los trastornos psicóticos, como son las alteraciones atencionales, memoria de trabajo y función ejecutiva (Bombin et al., 2013). Dentro de estas, las alteraciones de memoria verbal se han descrito como un factor de riesgo de psicosis (Valli, Tognin, Fusar-Poli y

Mechelli, 2012). No obstante y a pesar de que se ha descrito este déficit desde un acercamiento cuantitativo, carecemos de datos más específicos desde un punto de vista cualitativo de los procesos implicados en un rendimiento deficitario en tareas de memoria verbal.

En el presente estudio se evalúan los distintos procesos mnésicos implicados en tareas de memoria verbal desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo comparando el rendimiento de sujetos sanos y sujetos que han presentado un primer episodio psicótico.

Método

Participantes

Se realizó un muestreo consecutivo en los Centros de Salud Mental y Consulta Externa del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) del Parc de Salut Mar. El grupo de casos se formó con 15 sujetos con edades comprendidas entre 16 y 40 años. Los pacientes incluidos en este grupo debían haber presentado un único episodio psicótico definido por los síntomas descritos en la cuarta edición revisada del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) y evaluados con la entrevista diagnóstica estructurada para los trastornos de Eje I de DSM-IV administrada por personal clínico especialista. Para la evaluación de los síntomas psicóticos se empleó la Escala del Síndrome Positivo y Negativo para la esquizofrenia (PANSS).

Los pacientes incluidos en el estudio han presentado un único episodio psicótico durante los cinco meses previos a su inclusión en el estudio y no presentaban otras patologías psiquiátricas asociadas. Se excluyeron del estudio aquellos sujetos que presentaran consumo de tóxicos u otros trastornos psiquiátricos comórbidos. También fueron excluidos aquellos sujetos con historia de enfermedad neurológica. Así mismo, fueron excluidos aquellos pacientes que hubiesen presentado episodios previos al episodio psicótico identificado a partir del cual se incorporaron al estudio. Todos los pacientes de este grupo estaban en tratamiento psiquiátrico con antipsicóticos atípicos, algunos de ellos estaban realizando tratamiento combinado con antidepresivos a dosis bajas.

El grupo de controles fue formado por 13 sujetos sanos, sin diagnóstico

psiquiátrico asociado, emparejados por edad y sexo con la muestra de casos. Los sujetos de este grupo fueron evaluados a través de la entrevista clínica y a través de la entrevista diagnóstica estructurada para los trastornos de Eje I del DSM-IV.

Fueron excluidos del estudio todos aquellos sujetos que tuviesen un coeficiente intelectual inferior a 70, debido a las dificultades en la interpretación de déficit si existe un rendimiento deficitario global. El coeficiente intelectual fue estimado a partir de la subescala de vocabularios y cubos incluidos en la tercera edición de la escala de inteligencia para adultos de Wechsler.

Los sujetos de ambos grupos firmaron su consentimiento informando de su colaboración voluntaria en el estudio.

Materiales

Se empleó la entrevista diagnóstica estructurada para los trastornos de Eje I de DSM-IV para determinar la presencia de sintomatología psiquiátrica. Para realizar la evaluación del rendimiento mnésico y de los procesos de aprendizaje verbal se empleó el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC). El TAVEC es una prueba en la que se emplean listas de aprendizaje y se evalúan en líneas generales el aprendizaje, la interferencia y el reconocimiento. A pesar de basarse en la teoría multialmacén, proporciona información muy útil desde una perspectiva de proceso de la memoria y permite realizar interpretaciones de multitud de índices desde el punto de vista neuropsicológico en relación a los procesos de codificación, almacenamiento y recuperación en tareas de memoria verbal. La prueba incluye índices de rendimiento mnésico a corto y largo plazo (RL-CP, RL-LP), interferencia (RL-CP), índices de uso de estrategias semánticas y seriales a corto y largo plazo (ESEm-RLCP, ESEm-RLLP, ESer-RLCP, ESer-RLLP) evaluación de la capacidad de aprendizaje (RI-A5, RI-AT) recuerdo con clave semántica (RLCL-CP, RLCL-LP), evaluación de los efectos primacía y recencia (Rg-Pr, Rg-Md, Rg-Rc), reconocimiento (Recon), y valoración de la presencia de intrusiones en el recuerdo libre y con claves (I-RL, I-RCL) y la presencia de perseveraciones (P). Además permite realizar comparaciones entre distintos índices, lo que permite interpretaciones muy específicas en relación al tipo de proceso mnésico alterado.

Procedimiento

Se identificaron aquellos casos que hubiesen presentado un primer episodios los cinco meses previos a su inclusión en el estudio hasta completar el tamaño de muestra deseado. Posteriormente se seleccionaron los sujetos del grupo control emparejados.

La evaluación clínica y psicopatológica se realizó en los dispositivos de urgencias y consulta externa del servicio de psiquiatría del Parc de Salut Mar por personal clínico entrenado. A través de la entrevista clínica se evaluaron las principales variables sociodemográficas y clínicas de interés. La evaluación de los procesos de memoria se llevo a cabo durante una sesión de 50 minutos de duración por un psicólogo especialista en psicología clínica. Todas las evaluaciones las realizó el mismo evaluador para maximizar la fiabilidad de las medidas. Las tareas de memoria se administraron de acuerdo a las normas especificadas en el manual del test.

Se aplico la prueba t de Student para analizar las diferencias entre los grupos en las variables de interés.

Para realizar el análisis estadístico se empleó la versión 20 del paquete estadístico IBM SPSS Statistics y se estableció un nivel de significación estadística a partir de valores $p < 0,05$.

Diseño

Para la realización del estudio se empleó un diseño transversal de casos y controles.

Resultados

Los sujetos del grupo de primeros episodios psicóticos presentaban un coeficiente intelectual ligeramente inferior al grupo control, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Con respecto a la evaluación de la memoria, el grupo de sujetos que han presentado un primer episodio psicótico presentan significativamente peor rendimiento que el grupo control en el recuerdo a largo plazo, así mismo, presentan puntuaciones inferiores a los controles próximas a la significación en tareas de recuerdo libre a corto plazo (RL-CP, RL-LP).

Se observa un uso significativamente inferior de estrategias semánticas de

codificación en en tareas de recuerdo a largo plazo (ESEm-RLLP) en comparación con el grupo control.

Los sujetos que han presentado un primer episodio presentan también alteraciones significativas en aprendizaje de nueva información como se observa en puntuaciones significativamente por debajo de las obtenidas por el grupo control en los índices que evalúan el aprendizaje verbal (RI-A5, RI-AT).

A diferencia de los controles sin patología asociada, el grupo de sujetos que han presentado un episodio psicótico presentan también significativamente peor reconocimiento de la información verbal presentada (Recon) y realizan más falsos reconocimientos que el grupo control (FP).

El grupo de pacientes presentan un efecto primacía incrementado con respecto al grupo control (Rg-Pr), recordando preferentemente palabras presentadas al inicio de los ensayos.

Conclusiones

Los datos confirman los resultados de estudios previos en relación a alteraciones cuantitativas en la cantidad de información verbal que recuerdan los sujetos que han presentado un episodio psicótico cuando se comparan con sujetos sanos. Las alteraciones observadas sugieren una susceptibilidad a la pérdida de información a corto plazo, aunque en nuestro estudio destacan principalmente las alteraciones en la memoria a largo plazo.

En estudios anteriores se han destacado los déficit de aprendizaje en pacientes con esquizofrenia y sujetos de alto riesgo de psicosis. Los principales resultados del presente estudio confirman estos déficit y aportan nuevos datos en relación al tipo de déficit subyacente. Nuestros resultados apuntan a un escaso uso de estrategias semánticas de codificación que facilitan la recuperación de información. Estas alteraciones sumadas un rendimiento deficitario en tareas de reconocimiento permite establecer como conclusión principal del estudio que los sujetos que han presentado un primer episodio psicótico presentan mecanismos alterados en la codificación de información como principal proceso mnésico alterado y no en otros procesos como el almacenamiento y recuperación como se presupone en estudios previos.

La principal limitación del estudio es la dificultad de controlar variables

potencialmente relevantes en el rendimiento cognitivo como el tratamiento farmacológico y sus dosis, así como la obtención de medidas del rendimiento cognitivo premórbido. Otra limitación importante es la dificultad para obtener un tamaño muestral que permita aumentar la potencia estadística necesaria para realizar análisis estadísticos más complejos como son los modelos de regresión. A través de estos modelos podemos aproximaros al estudio de las distintas variables posiblemente involucradas en el rendimiento cognitivo.

Los resultados obtenidos sugieren además, la necesidad de dirigir las intervenciones rehabilitadoras a los procesos específicos alterados, ya que es probable que la eficacia de estas intervenciones se vea incrementada. Las estrategias de rehabilitación actuales van encaminadas a la recuperación de la función o funciones alteradas, aunque emplean tareas que implican de una manera global las funciones a rehabilitar. En base a los resultados obtenidos nos parece adecuado el desarrollo de programas de rehabilitación individualizados centrados en los procesos específicos alterados en lugar de centrarlos en la función. A la vista de los resultados, parece necesario en el desarrollo de intervenciones rehabilitadoras, pasar de una perspectiva molar de recuperación de la función cognitiva a un enfoque molecular de rehabilitación de procesos particulares.

Así mismo es necesario realizar estudios longitudinales en los que se incluya a sujetos representativos del rango de gravedad de los trastornos psicóticos, como son, los sujetos de alto riesgo de psicosis (familiares de pacientes o muestras subclínicas), primeros episodios y sujetos que presenten estas alteraciones de forma crónica para determinar la presencia y gravedad de estas alteraciones así como la determinación de procesos implicados subyacentes a los déficit cuantitativos.

Referencias

Arts, B., Jabben, N., Krabbendam, L. y van Os, J. (2008). Meta-analyses of cognitive functioning in euthymic bipolar patients and their first-degree relatives. *Psychological Medicine*, *6*, 771-85.

Bearden, CE., Karlsgodt, KH., Bachman, P., van Erp, TG., Winkler, AM. y Glahn, DC. (2012). Genetic architecture of declarative memory: implications for complex illnesses. *Neuroscientist*, *5*, 516-32.

Bombin, I., Mayoral, M., Castro-Fornieles, J., Gonzalez-Pinto, A., de la Serna, E., Rapado-Castro, M., Barbeito, S., Parellada, M., Baeza, I., Graell, M., Payá, B. y Arango C. (2013). Neuropsychological evidence for abnormal neurodevelopment associated with early-onset psychoses. *Psychological Medicine, 43*, 757-68.

Elissalde, SN., Mazzola-Pomietto, P., Viglianese, N., Correard, N., Fakra, E. y Azorin, JM. (2011). Schizophrenia, executive control and memory. *Encephale, 37*, 95-9.

Gildengers, AG., Mulsant, BH., Begley, A., Mazumdar, S., Hyams, AV., Reynolds Iii, CF., Kupfer, DJ. y Butters, MA. (2009). The longitudinal course of cognition in older adults with bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 11*, 744-52.

Gur, RC. y Gur, RE. (2013). Memory in health and in schizophrenia. D*ialogues in clinical neuroscience, 15*, 399-410.

Keefe, RS. (2014). The longitudinal course of cognitive impairment in schizophrenia: an examination of data from premorbid through posttreatment phases of illness. *Journal of Clinical Psychiatry, 75*, 8-13.

Lepage, M., Bodnar, M. y Bowie, CR. (2014). Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*, 5-12.

Lewandowski, KE., Sperry, SH., Cohen, BM. y Ongür, D. (2014). Cognitive variability in psychotic disorders: a cross-diagnostic cluster analysis. *Psychological Medicine, 44*, 3239-48.

Lim, CS., Baldessarini, RJ., Vieta, E., Yucel, M., Bora, E. y Sim, K. (2013). Longitudinal neuroimaging and neuropsychological changes in bipolar disorder patients: review of the evidence. *Neuroscience Biobehavioral Reviews, 37*, 418-35.

Luck, SJ y Gold, JM. (2008). The construct of attention in schizophrenia. *Biological Psychiatry, 64*, 34-9.

Mur, M., Portella, MJ., Martínez-Arán, A., Pifarré, J y Vieta, E. (2008). Long-term stability of cognitive impairment in bipolar disorder: a 2-year follow-up study of lithium-treated euthymic bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 712-9.

Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, DR y Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the

world. *Schizophrenia Research, 150*, 42-50.

Schwartz, BD., Tomlin, HR., Evans, WJ y Ross, KV. (2001). Neurophysiologic mechanisms of attention: a selective review of early information processing in schizophrenics. *Frontiers on Bioscience Landmark, 6*, 120-34.

Valli, I., Tognin, S., Fusar-Poli, P y Mechelli, A. (2012). Episodic memory dysfunction in individuals at high-risk of psychosis: a systematic review of neuropsychological and neurofunctional studies. *Current Pharmaceutical Design, 18*, 443-58.

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN UNA UNIDAD DE REHABILITACION

José Joaquín García-Arenas*, Dulce María Romero-Ayuso y Concepción Carratala-Munuera*****

**Centro de Salud Mental de Lorca. **Universidad de Castilla la Mancha. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina*

****Departamento de Medicina Clínica de la Universidad Miguel Hernández*

Resumen

Antecedentes: El presente trabajo recoge la importancia de la valoración de la inteligencia emocional en personas con trastorno mental grave que acuden a las unidades de rehabilitación y que no han sido valoradas estas áreas para la realización de sus objetivos y tratamiento en la realización de su plan individualizado de rehabilitación. Conocer el índice de inteligencia emocional total en pacientes adultos con TMG que acuden a las unidades de rehabilitación y edad comprendida entre 20 y 55 años es el objetivo principal. **Método:** Estudio descriptivo transversal de pacientes con Trastorno Mental Grave entre cuatro unidades de rehabilitación de Murcia.Valorados con el test de inteligencia emocional MSCEIT por Terapeutas Ocupacionales. Los participantes firmaron antes el consentimiento informado.Aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de la Arrixaca. **Resultados:** De un total de 74 pacientes, 60 hombres y 16 mujeres, edad media 38,8 años, tiempo en el centro de media 2,47 años, nivel de estudios de 25 pacientes primaria y 20 bachiller, todos con vivienda familiar y 60 de ellos viven con sus padres los resultados del MSCEIT total nos refleja un mínimo de 74 y un máximo de 118 en el test. La media obtenida en la realización es de 90,75, una mediana de 89, una moda 86 y con una variabilidad de 10,69.La media en el área experiencial es de 95,36 y en la estratégica de 88,22. **Conclusiones:** Los datos obtenidos al pasar el test de inteligencia emocional nos reflejan que en pacientes adultos con Trastorno Mental Grave el índice de inteligencia emocional es importante valorarlo para poder comprobar si puede influir en algunas actividades que realice en su vida diaria. En un porcentaje muy elevado de pacientes la inteligencia emocional está por debajo de la media y eso influye en su vida.

Palabras clave: Trastorno mental grave, rehabilitación, inteligencia emocional, esquizofrenia.

EMOTIONAL INTELLIGENCE IN SERIOUS MENTAL DISORDERS IN A REHABILITATION UNIT

Abstract

Background: This paper presents the importance of assessing emotional intelligence in people with severe mental illness who come to rehabilitation units that have not been valued these areas for achieving its objectives and in achieving treatment plan individualized rehabilitation. The main objective is to determine the total emotional intelligence score in adult patients aged between 20 to 55 with severe mental illness attending rehabilitation units.**Method:** A cross sectional study of a sample of patients with severe mental illness from four rehabilitation units in Murcia. All patients are assessed by the MSCEIT emotional intelligence test for Occupational Therapists at the same time and with the same characteristics within a wider assessment protocol. All participants had signed informed consent before. The study was approved by the Ethics Committee of the Hospital Virgen de la Arrixaca Clinical Research.**Results:** From a total of 74 patients, 60 men and 16 women, mean age 38,8 years, a mean staying in the center of 2,47 years, 25 of them with primary studies and 20 with advanced secondary education, all with a family home and 60 of them living with their parents. The results of total MSCEIT reflect a minimum of 74 and a maximum of 118 on the test. The average performance was 90,75, with a median of 89,a mode of 86 and a variability of 10,69.The mean of the experiential area was 95,36 and that of the strategic, 88,22.**Conclusions:** The data obtained after passing the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test reflect that it is important to consider the emotional intelligence score in adult patients with severe mental illness, in order to check if it can influence some of their daily activities. In a very high percentage of patients, emotional intelligence was below the average and that influences their life.

Keywords: Severe mental disorder, rehabilitation, emotional intelligence, schizophrenia.

Introducción

El estudio surge de la experiencia profesional que, como terapeuta ocupacional, se desarrolla en las Unidades de Rehabilitación de la Región de Murcia. Aplicando una

Escala de Inteligencia Emocional de Mayer Salovey Caruso (MSCEIT) en personas con trastorno mental grave que acuden a las unidades de rehabilitación y que no están institucionalizadas podemos observar cuales son sus diferentes áreas afectadas. Es de gran utilidad para poder trabajar sobre aquellas áreas en las que exista una mayor problemática y mayor repercusión en su vida cotidiana.

La inteligencia emocional es un conjunto de capacidades no-cognitivas, competencias y destrezas que influyen en nuestra habilidad para afrontar exitosamente las presiones y demandas ambientales (Bar-On, 1997).

La cognición social, que incluye la inteligencia emocional, se ve afectada en la esquizofrenia. La escala MSCEIT es una evaluación ampliamente utilizada de la inteligencia emocional es una herramienta útil para la investigación del procesamiento de la emoción en la esquizofrenia. Los individuos con esquizofrenia demuestran déficits a través de múltiples dominios del procesamiento de la emoción. Estos déficits tienen vínculos significativos con síntomas clínicos de la esquizofrenia y en cómo los pacientes funcionan en sus vidas cotidianas. (Kee, Horan y Salovey, 2009).

La inteligencia emocional se ha convertido en sólo 15 años en un concepto que ha traspasado la biblioteca y el laboratorio del científico y se ha trasladado a los más diversos contextos de la vida personal y profesional (Salovey y Mayer, 1990). Principalmente, este término propone una visión funcionalista de las emociones y une dos interesantes ámbitos de investigación como son los procesos afectivos y los cognitivos que, hasta hace relativamente poco tiempo, se creían independientes e, incluso, contrapuestos (Mayer, 2001).

El origen de este concepto parte del presupuesto de la unión recíproca e indivisible de las emociones con la cognición. Esta conjunción implicaría una mejor adaptación y resolución de los conflictos cotidianos mediante el uso, no sólo de nuestras

capacidades intelectuales, sino a través de la información adicional que nos proporcionan nuestros estados afectivos (Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 2000).

De entre las múltiples definiciones aparecidas sobre el concepto, una de las más aceptadas es aquella propuesta por Mayer y Cobb (2000) y Salovey y Pizarro (2003) que plantea la IE como una habilidad para procesar la información emocional. En un sentido amplio, la IE comprende el conocimiento tácito sobre el funcionamiento de las emociones, así como la habilidad para usar este conocimiento en nuestra propia vida (Extremera y Fernández, 2004).

En concreto la definición más extendida entiende que la IE es: "La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual" (Mayer y Salovey, 1997, p.3).

Método

Participantes

Los sujetos que han participado en este estudio participaron voluntariamente siendo la población de referencia de este estudio mujeres y hombres con trastorno mental grave de las áreas de Murcia pertenecientes a las zonas de Caravaca de la Cruz, Cartagena, Lorca y Murcia centro, que acuden a las UR, y con edad comprendida entre 20 y 55 años con diagnostico de F20 según la CIE10.Los criterios de inclusión fueron:1.-Personas con trastorno mental grave, preferentemente con diagnostico de F20 según los criterios de la CIE 10 u otros trastornos psicóticos, que presentan dificultades significativas en el funcionamiento psicosocial y para el desarrollo de las actividades básicas de autocuidados.2.-Adultos tanto hombres como mujeres de edad comprendida entre 20 y 55 años.3.-Estabilizado psicopatológicamente.4.-Sin trastornos graves de comportamiento. 5.-Sin consumo de alcohol u otros tóxicos en la actualidad.

6.- Incluidos en la Unidad de Rehabilitación y no institucionalizados.7.- Que den su consentimiento para participar. Los Criterios de exclusión: 1.- Retraso Mental y demencia.2.-Gran invalidez.3.-Evidencias de rasgos antisociales.

Instrumentos

El MSCEIT es un test diseñado para evaluar la inteligencia emocional entendida como una capacidad. No se trata de una medida de autoinforme sino de una prueba de habilidad cuyas respuestas representan aptitudes reales para resolver problemas emocionales.

Es la primera medida que proporciona puntuaciones válidas y fiables en cada una de las cuatro áreas principales de la inteligencia emocional según el modelo de Mayer y Salovey: 1) Percepción emocional, 2) Facilitación emocional, 3) Comprensión emocional y 4) Manejo emocional. Además proporciona una puntuación total de inteligencia emocional así como puntuaciones en dos áreas, experiencial y estratégica, y en cada una de las tareas específicas que incluye el test.

El MSCEIT es un instrumento que resulta útil con fines de desarrollo personal, formación de equipos, formación, selección de personal, etc (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009).

Las principales características del MSCEIT son las siguientes:

- Realiza una evaluación de la inteligencia emocional general basada en el rendimiento de los sujetos, aplicable a partir de los 17 años de edad.
- La duración de su cumplimentación oscila entre 30 y 45 minutos, aproximadamente.
- Presenta una fiabilidad demostrada y una buena validez predictiva.
- Cuenta con una dilatada historia de desarrollo psicométrico.
- Ha sido tipificada con una muestra amplia (2.000 personas en el caso de la muestra empleada en la adaptación española).
- Utiliza un sistema de puntuación de las respuestas basado en el consenso de los participantes en la muestra de tipificación.
- Es fácil de utilizar y atractivo para las personas que lo completan.
- Proporciona puntuaciones e informes sencillos de interpretar.

La adaptación española del MSCEIT del autor Extremera y Fernández (2010) se ha realizado con una muestra total de 2060 personas (733 varones y 1327 mujeres) obtenida de seis estudios. La media de edad de la muestra es de 25,86 (*DT* = 12,8), con un rango que oscila entre 17 y 76 años. La versión española del MSCEIT versión 2.0 tiene una fiabilidad total de 0,95, con una fiabilidad por áreas de 0,93 para el área

experiencial y de 0,90 para el área estratégica. Además se han obtenido elevadas correlaciones entre las puntuaciones obtenidas con los sistemas de corrección español y el original consenso (r = 0,99). Los análisis factoriales replican la estructura original del instrumento, compuesto por una puntuación total, dos áreas, cuatro habilidades básicas y ocho subtareas.

Procedimiento

Una vez obtenidas las autorizaciones pertinentes de las diferentes unidades de rehabilitación y el consentimiento informado de los pacientes, fueron evaluados de forma individual por los diferentes terapeutas ocupacionales siguiendo el protocolo explicado de recogida de datos. La aplicación de la escala de inteligencia emocional duraba entre 45 y 90 minutos dependiendo la motivación y nivel de estudios de los participantes.

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre 74 pacientes en el cual la totalidad con diagnóstico de trastorno mental grave acuden a las unidades de rehabilitación y no están institucionalizados. La escala de valoración propuesta de inteligencia emocional MSCEIT se realizó en los primeros meses del año en las diferentes unidades de rehabilitación. Fueron seleccionados los pacientes de forma aleatoria y todas las unidades de rehabilitación de Murcia.

Resultados

De un total de 74 pacientes, 60 hombres y 16 mujeres, de edad media 38,8 años, con tiempo en el centro de media 2,47 años, con un nivel de estudios de 25 pacientes primaria y 20 bachiller, todos con vivienda familiar y 60 de ellos viven con sus padres **l**as destrezas más deficitarias las podemos encontrar en el área estratégica con una media de 88,22 en la muestra seleccionada, el área experiencial la media es más elevada con un 95,36 al igual que se observa en el rendimiento en las tareas de la percepción emocional con una media de 97,44 (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de la escala de Inteligencia Emocional (MSCEIT) de la muestra total: Áreas experiencial, estratégica, percepción emocional y facilitación emocional.

		Área Experiencial	Área Estratégica	Percepción Emocional	Facilitación Emocional
N	Válidos	74	74	74	74
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	95,36	88,22	97,44	94,39
	Error típ. de la media	1,40	1,18	1,64	1,17
	Mediana	95,00	85,00	97,00	93,50
	Moda	95,00	82,00	101,00	93,00
	Desviación Típica	12,09	10,18	14,10	10,11
	Mínimo	75,00	72,00	72,00	75,00
	Máximo	120,00	120,00	131,00	118,00

Respecto al área de comprensión emocional relacionado con el área estratégica la media es más baja 85,52. Las relacionadas con las tareas de caras la media es 96,04 y los dibujos la media 99,14 (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de la escala de Inteligencia Emocional (MSCEIT) de la muestra total: Áreas comprensión emocional, manejo emocional, caras, dibujos y facilitación.

		Comprensión emocional	Manejo emocional	Caras	Dibujos	Facilitación
N	Válidos	74	74	74	74	74
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	85,52	94,91	96,04	99,14	92,09
	Error típ. de la media	1,15	1,53	1,67	1,72	1,24
	Mediana	84,50	92,00	95,50	98,50	91,00
	Moda	82,00	87,00[a]	91,00	83,00[a]	84,00
	Desviación Típica	9,91	13,17	14,42	14,80	10,74
	Mínimo	69,00	65,00	65,00	72,00	69,00
	Máximo	125,00	125,00	135,00	131,00	118,00

Las tareas más difíciles de resolver son los cambios con una media de 87,37 y las combinaciones con una media 85,91 relacionados con el área estratégica y la comprensión emocional. La media de las sensaciones es 100,75. Dentro del área estratégica encontramos el área de las relaciones emocionales con una media de 94,63 (Tabla 3)

Tabla 3. Resultados de la escala de Inteligencia Emocional (MSCEIT) de la muestra total: Áreas sensaciones, cambios, combinaciones, manejo emocional y relaciones emocionales.

		Sensaciones	Cambios	Combinaciones	Manejo Emocional	Relaciones Emocionales
N	Válidos	74	74	74	74	74
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	100,75	87,37	85,91	96,20	94,63
	Error típ. de la media	1,56	1,31	1,14	1,56	1,56
	Mediana	100,00	85,50	84,00	94,00	93,50
	Moda	87,00	77,00[a]	82,00	84,00[a]	89,00
	Desv. típ.	13,43	11,33	9,87	13,46	13,47
	Mínimo	74,00	65,00	65,00	69,00	65,00
	Máximo	126,00	128,00	110,00	135,00	131,00

Por otro lado la media en la dispersión de la muestra es de 101,21 y su sesgo la media 89,47. (Tabla 4).

Tabla 4. Resultados de la escala de Inteligencia Emocional (MSCEIT): Dispersión y sesgo.

		Dispersión	Sesgo
N	Válidos	74	74
	Perdidos	0	0
	Media	101,21	89,47
	Error típ. de la media	1,76	,51
	Mediana	100,50	90,00
	Moda	100,00	90,00
	Desv. típ.	15,14	4,42
	Mínimo	75,00	79,00
	Máximo	138,00	99,00

Conclusiones

Las destrezas más deficitarias de la escala MSCEIT en estos pacientes son las relacionadas con el área estratégica y dentro de esta área la comprensión emocional siendo las tareas más difíciles de realizar las de cambios y combinaciones.

Destacar que realizan correctamente las destrezas del área experiencial y dentro de estas la percepción emocional, las tareas mejor realizadas son las referentes a dibujos.

Existe relación entre el bienestar emocional y las competencias para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria en pacientes con trastorno mental grave. Unos resultados de inteligencia emocional elevados nos proporcionan un nivel de independencia en las actividades de la vida diaria según observamos en los pacientes.

La valoración de la inteligencia emocional en las unidades de rehabilitación con pacientes no institucionalizados nos aporta un conocimiento para poder trabajar diferentes áreas afectadas en las propuestas de objetivos y tratamientos cuando se elabora su plan individualizado de rehabilitación. Por otro lado un déficit en algún área de inteligencia emocional puede interferir en realizar sus actividades básicas de la vida diaria.

Los datos obtenidos al pasar el test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso nos reflejan que en pacientes adultos con Trastorno Mental Grave el

índice de inteligencia emocional es importante valorarlo para poder comprobar si puede influir en algunas actividades que realice en su vida diaria. En un porcentaje muy elevado de pacientes la inteligencia emocional está por debajo de la media y eso influye en su vida.

Referencias

Bar-On, R. (1997). *The emotional Quotient Inventory (EQ-I): A test of emotional intelligence*. Toronto:Multi-Health System.

Extremera, N. y Fernández, P. (2004). El uso de las medidas e habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional. *Boletín de Psicología*, *80*, 59-77.

Extremera, N. y Fernández, P. (2010, enero). *La medición de la inteligencia emocional mediante instrumentos de ejecución: la adaptación española del test MSCEIT*. Disponible en http://www.infocop.es/

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2009). *Adaptación española del test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT)*. Madrid: TEA ediciones.

Kee, K., Horan, W.y Salovey, P. (2009). Emotional intelligence in schizophreina. *Schizophrenia Research*, *107*(1), 61-68.

Mayer, J. D. (2001). Emotion,intelligence,emotional intelligence. En J.P. Forgas (Ed.), *The handbook of affect and social cognition* (pp. 410-431). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum y Associates.

Mayer, J. D. y Cobb, C. D. (2000). Educational policy on emotional intelligence: Does it make sense? *Educational Psychology Review, 12*, 163-183.

Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds), *Emotional Development and Emotional Intelligence:* Implications for Educators (pp. 3-31). Nueva York.

Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, *9*, 185-211.

Salovey, P. y Pizarro, D. (2003). The value of emotional intelligence. En R.Stemberg, J. Lautrey y T. Lubart (Eds.), *Models of intelligence: International perspective* (pp. 263-278). Washington: DC:American Psychological Association.

Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J. B. y Mayer, J. D. (2000). Current directions in emotional intelligence research. En M. Lewis y J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 504-520). New York: Guilford Press.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN LA COMUNIDAD DE EXTREMADURA

Laura Osona-Núñez, Inés María Cano-Miranda e Idilio González-Martínez

Servicio Extremeño de Salud, Equipo de Salud Mental de Llerena (Badajoz)

Resumen

Antecedentes: El debate sobre las necesidades sociosanitarias de las personas afectadas por una enfermedad mental grave es relativamente reciente, organizándose hasta hace pocas décadas el modelo de atención en torno al Hospital Psiquiátrico. El II Plan Integral de Salud Mental (2007-2012), de tipo longitudinal y ámbito regional, recoge como objetivo general específico "Mejorar la atención a personas con Trastornos Mentales Graves" (TMG), englobándose: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores graves recurrentes, trastorno obsesivo-compulsivo grave y trastornos de la personalidad severos. **Método:** Presentamos una muestra de 25 pacientes con diagnóstico de TMG procedentes de nuestro Equipo de Salud Mental que completaron recientemente dicho Programa. La evaluación sigue un proceso protocolizado donde se encuentra implicado todo el Equipo, utilizándose como instrumentos las escalas HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), WHO-DAS II (World Health Organization Disablement Assessment Schedule II), GAF (Global Assessment of Functioning) y GCI (Clinical Global Impressions). Dichas evaluaciones se realizaron en un período anual, a lo largo de un total de 5 años. El programa para cada año de tratamiento implementado implicó: terapia individual con psicología clínica, revisiones farmacológicas, participación en grupo psicoeducativo y grupo multifamiliar y asistencia al dispositivo de rehabilitación psicosocial. **Resultados:** Las medias grupales halladas para cada Escala, aplicadas a modo de reevaluación de manera anual, muestran una progresiva tendencia a la mejoría para cada factor medido. **Conclusiones:** Puesto que las necesidades de los pacientes con TMG son mayores y más complejas que la de pacientes psiquiátricos con enfermedades de menor severidad, un Programa de tratamiento intensivo, multiprofesional y con seguimiento longitudinal se perfila como la mejor opción de cara al tratamiento de estos pacientes.

Palabras clave: Trastorno mental grave, programa, multiprofesional, comunitario, longitudinal.

TREATMENT PROGRAM FOR SEVERE MENTAL DISORDERS IN EXTREMADURA REGION (SPAIN)

Abstract

Introduction: Debate on social and sanitary needs of people affected by Severe Mental Disorder is relatively new, as a few decades ago the model of care was organized around Psychiatric Hospital. Second Mental Health Plan (2007-2012) in Extremadura is described as longitudinal and regional, and it specifies as general objective: "Improving care for people with Severe Mental Disorders, which includes: Schizophrenia and other psychotic disorders, bipolar disorders, severe and recurrent major depressive disorder, severe obsessive-compulsive disorder and severe personality disorders. **Methods:** We present a sample of 25 patients diagnosed with Severe Mental Disorder who recently completed the Program. Evaluation consists of aprotocolized process where the whole team is involved, using the scales: HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), WHO-DAS II (World Health Organization Disablement Assessment Schedule II), GAF (Global Assessment of Functioning) and CGI (Clinical Global Impressions). These evaluations were performed on an annual basis, over a total of 5 years. The implemented program for each year of treatment included: individual therapy with clinical psychologyand pharmacological reviews, participation in psychoeducational and multifamily groups, and assistance to rehabilitation device. **Results:** Group averages found for each scale on annual assessment, show a progressive trend to improvement for each measured factor. **Conclusions:** As patients with Severe Mental Disorderhave more and more complex needs than those psychiatric patients with less severe diseases, an intensive, multidisciplinary and longitudinal follow-up treatment Program should be considered as treatment of choice for these patients.

Keywords: Severe mental disorder, program, multidisciplinary, community, longitudinal.

Introducción

El debate sobre las necesidades sociales y sanitarias de las personas afectadas por un trastorno mental grave (en adelante T.M.G.) es relativamente reciente, ya que hasta hace pocas décadas el modelo de atención se organizaba en torno al Hospital Psiquiátrico, institución cuya característica era la cobertura total de las necesidades básicas de los pacientes, cumpliendo funciones asistenciales, sanitarias, sociales y de custodia.

La reforma psiquiátrica en España fue iniciada formalmente con la promulgación en l986 de la Ley General de Sanidad, que reconoció la asistencia psiquiátrica como una prestación más del Sistema Sanitario. Dicho reconocimiento supuso la sustitución del Hospital Psiquiátrico como provisor exclusivo de atención por un modelo de orientación comunitaria.

Definimos T.M.G. como aquel trastorno mental de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social. Por tanto, nos encontramos con tres dimensiones bien definidas (Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 2002): en primer lugar, existe una dimensión diagnóstico bien definida en distintos manuales que hace referencia a los trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente psicosis funcionales y otros trastornos graves que pueden generar importantes discapacidades psicosociales. En segundo lugar, el T.M.G. implica una serie de discapacidades que se concentran en dificultades para el desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social (autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, funcionamiento cognitivo y funcionamiento laboral). Y finalmente, el carácter crónico de estos trastornos implica que su evolución será larga y en ocasiones de por vida, lo cual exige unas medidas especiales para su tratamiento.

En todas las Comunidades Autónomas del Estado español, e incluso en los países europeos que en los últimos años han comenzado a desarrollar programas socio-sanitarios destinados a las personas con T.M.G., los Servicios Sociales tienen un peso específico importante y actúan como impulsores de los programas psicosociales destinados a las personas afectadas y a sus familias.

Ello implica que gran parte de las Comunidades Autónomas han decidido abordar, de forma prioritaria y desde el ámbito de servicios sociales, la creación de

recursos psicosociales, es decir, recursos residenciales, centros de rehabilitación psicosocial, centros de orientación y actividad laboral y otros programas de atención en la Comunidad, disponibles dentro de las redes de atención socio-sanitaria públicas.

No obstante, a pesar de los indiscutibles avances en el desarrollo de programas de rehabilitación en T.M.G. en las últimas décadas, aun su diseminación y consolidación es insuficiente. Más de una década después, aun existiendo un cuerpo aún mayor de evidencias y por tanto mayor grado de recomendación para la aplicación de ciertos tratamientos psicosociales en T.M.G., su aplicación rutinaria y generalizada no ha mejorado sustancialmente (Dixon et al., 2010; Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson y Dixon, 2010).

Conocedores de este hecho, desde nuestro Equipo de Salud Mental, inserto en el Servicio Extremeño de Salud, actuamos con conciencia crítica frente a esta realidad, trabajando por una mejoría tanto de la atención a las personas que padecen un T.M.G., como de su calidad de vida.

Para ello, basamos nuestra actuación en el Programa de tratamiento para trastornos mentales graves, perteneciente al II Plan Integral de Salud Mental de Extremadura (2007-2012), de tipo longitudinal y ámbito regional.

Tras la aplicación del programa en nuestro Equipo desde sus inicios en el año 2007, es nuestro objetivo realizar una primera aproximación hacia la evaluación de la eficacia obtenida por el mismo.

Método

Participantes

Escogemos de una base de datos compuesta por 150 pacientes con diagnóstico de T.M.G. y que cumplimentaron los 5 años de tratamiento del programa, una muestra aleatoria de 25 pacientes. La Tabla 1 recoge los porcentajes correspondientes a los diagnósticos obtenidos por nuestra muestra.

Tabla 1. Diagnósticos correspondientes a la muestra seleccionada.

Diagnósticos	%
Esquizofrenia paranoide	48
Trastorno bipolar	12
Trastornos severos de la personalidad	12
Esquizofrenia indiferenciada	8
Esquizofrenia residual	8
Trastorno depresivo mayor grave recidivante	8
Trastorno esquizoafectivo	4

Materiales/Instrumentos

Tras cada año finalizado de tratamiento rehabilitador, se evaluaba al paciente longitudinalmente con diferentes instrumentos. En concreto:

- Clinical Global Impressions (CGI): Fiabilidad: Coeficiente de correlación intraclase: > 0,70 (Haro et al., 2003).
- Global Assessment of Functioning (GAF): Fiabilidad: Coeficiente de correlación intraclase: 0,61 y 0,91 (Endicott, Spitzer y Fleiss, 1975)
- World Health Organization Disablement Assessment Schedule II (WHO-DAS II): Fiabilidad: Los Coeficientes de Correlación Intraclase oscilan de 0,98 (para la categoría de actividades de la vida diaria) a 0,77 (cuidado personal) (Garin et al., 2010)
- Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Validez de constructo oscila entre 0,59 y 0,76. (Pirkis et al., 2005).

Procedimiento

Una vez los pacientes eran considerados aptos para su inclusión en el programa TMG (considerando como criterios para ello: diagnóstico, gravedad y pronóstico), pasaban de manera inmediata a formar parte del mismo, quedando recogidos los datos obtenidos anualmente en una base de datos custodiada en el Equipo.

La participación fue voluntaria, requiriéndose la colaboración tanto de los pacientes como de los familiares.

A lo largo de los 12 meses anuales, reservamos de manera sistemática el primer miércoles de cada mes para evaluar a los pacientes participantes en el Programa TMG. Asimismo, los mismos pacientes eran evaluados de manera longitudinal en el mismo mes del siguiente año, hasta completar un total de 5 evaluaciones.

Este procedimiento implicó una evaluación mensual de 12 a 15 pacientes en el día seleccionado.

Los diagnósticos incluidos en el programa de tratamiento fueron los siguientes:

- Esquizofrenia paranoide y otros trastornos del espectro psicótico.
- Trastorno bipolar
- Trastorno depresivo mayor grave recurrente
- Trastorno obsesivo-compulsivo grave
- Trastornos de la personalidad severos.

Nuestro programa de tratamiento en T.M.G. abarcó un total de 5 años de duración, a lo largo de los cuáles se llevaron a cabo las siguientes intervenciones:

- Terapia individual (psicología clínica)
- Revisiones farmacológicas (psiquiatría).
- Participación en grupo psicoeducativo y grupo multifamiliar (psicología clínica y enfermería especialista en salud mental).
- Asistencia al dispositivo de rehabilitación psicosocial.
- Visitas domiciliarias por parte de trabajador social en los casos en los en que ello era requerido,

Cada paciente fue evaluado de manera individual, aplicándose los instrumentos anteriormente mencionados por parte de las tres especialidades que conforman nuestro Equipo: psicología clínica, psiquiatría y enfermería.

Dichas evaluaciones se realizaron con carácter anual, dándose por finalizado el programa a los cinco años de tratamiento.

Tras su finalización, se decidía de manera individual con cada paciente la pertinencia de los tratamientos a continuar en adelante; siempre en función de su evolución y necesidades presentes.

Diseño

Para obtener una primera aproximación de los resultados de eficacia obtenidos por el programa, realizamos un diseño experimental unifactorial de medidas repetidas. Ello implica la existencia de un único factor con cuatro niveles y una única muestra de pacientes a la que sometemos a dichos cuatro niveles.

Para escoger la muestra de pacientes, llevamos a cabo un muestreo aleatorio simple sobre los 150 pacientes que ya habían concluido el programa, extrayendo un total de 25 pacientes.

De esta manera, cada participante tiene igualdad de oportunidades de ser representado.

Resultados

Para analizar la eficacia obtenida por nuestro programa decidimos analizar las medias grupales obtenidas para cada uno de los cuatro instrumentos de evaluación utilizados a lo largo de los 5 años de tratamiento y, por ello, de evaluación.

Las medias grupales halladas para cada Escala, y recogidas en la Tabla 2, fueron aplicadas a modo de reevaluación anual. Dichas reevaluaciones muestran una progresiva tendencia a la mejoría para cada factor medido.

Tabla 2. Medias grupales anuales halladas para cada instrumento de manera longitudinal.

Instrumentos	2010	2011	2012	2013	2014
CGI	5,36	5,66	4,22	3,95	3,9
GAF	44,54	47,2	63,57	63,09	65,4
WHO-DAS II	10,2	11,02	6,04	7,55	7,5
HoNOS	13,6	10,4	11,9	14,04	12,9

Nota. CGI = Clinical Global Impressions; GAF = Global Assessment of Functioning; WHO-DAS II = World Health Organization Disablement Assessment Schedule II; HoNOS = Health of the Nation Outcome Scales.

Tal y como se puede comprobar, la escala CGI indica una menor severidad global de la enfermedad, habiendo pasado a situarse su media a lo largo de los años en 3,9, tras una primera medición de 5,36.

De forma similar a la CGI, y complementándola, la escala GAF valora la gravedad del paciente y su evolución dentro del programa, habiendo pasado a situarse su media de 44,54 a un 65,4; resultado a favor de un menor nivel de severidad y mayor de funcionalidad.

Asimismo, la puntuación media arrojada por la escala WHO-DAS II en cuanto a discapacidad y déficits específicos nos muestra una mejoría desde 10,2 a 7,5 puntos.

Finalmente, y en consonancia con el resto de escalas, es perceptible la mejoría hallada en nivel de funcionalidad y calidad de vida evaluado por el instrumento HoNOS, cuya media grupal final se sitúa en 12,9 tras obtenerse un resultado inicial de 13,6.

Conclusiones

La eficacia de este tipo de programas basados en la intervención comunitaria y multidisciplinar seguidos en los sistemas sanitarios públicos de la mayoría de las comunidades autónomas españolas, ha resultado ampliamente constatada.

El punto de partida bien podría hallarse en el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario en la comunidad, que Mary Ann Test y Leonard Stein diseñan en el Hospital Psiquiátrico de Madison, Wisconsin en 1973. Del mismo, se ha llegado a afirmar que es la principal aportación a la Salud Mental Comunitaria en los últimos años del siglo XX, habiendo sido aplicado y evaluado en múltiples ocasiones.

Su desarrollo surgió del intento de dar solución a los problemas de adaptación en la comunidad de estos pacientes más graves que, tras los procesos de «desinstitucionalización», entraban en el fenómeno de «puerta giratoria» (Stein y Santos, 1998), o lo que es lo mismo, sufrían de múltiples reingresos en unidades hospitalarias.

La reforma psiquiátrica iniciada en España más tardíamente en 1986, hizo posible la progresiva implementación de programas como el anteriormente mencionado, habiendo perdurado en el tiempo dicha visión rehabilitadora e integradora del paciente con TMG en la comunidad hasta nuestros días.

El primer equipo con denominación de Tratamiento Asertivo Comunitario en España fue desarrollado en Avilés en 1999, habiéndose desarrollado desde entonces programas de tratamiento en trastorno mental grave en dicha línea en múltiples

comunidades autónomas que han constatado posteriormente la eficacia de los mismos (López- Santiago, Blas y Gómez, 2012; Martínez- Jambrina, 2008).

Los datos aquí presentados por nuestro programa de tratamiento en la comunidad autónoma extremeña, así como la eficacia obtenida, bien podrían encajar con las líneas de trabajo mencionadas.

En conclusión, "resulta fundamental en la atención al paciente con trastorno mental grave el seguimiento de un modelo de intervención psicosocial que impregne la intervención del conjunto de los profesionales y de los dispositivos de la red, teniendo por objetivo facilitar la integración del individuo afectado por la enfermedad a su entorno natural" (Laviana-Cuetos, 2006, p.369).

Este modesto análisis de eficacia realizado nos anima a continuar desarrollando el Programa siguiendo las directrices indicadas, con el objetivo de ampliar este análisis a una mayor muestra y poder limar posibles dificultades detectadas. Entre éstas: abandonos producidos por dificultades para acudir a los dispositivos implicados (dado que el Programa se desarrolla en zona rural) y dificultades asociadas al espaciamiento en las citas de revisión, secundario a la en ocasiones existente sobrecarga asistencial del Equipo.

Referencias

Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. (2002). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programa básico de intervención*. Madrid: B.O.C.M.

Dixon, L., Dickerson, F., Bellack, A.S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R.W., Lehman, A., Tenhula, W.N., Calmes, C., Pasillas, R.M., Peer, J. y Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin, 36*, 48-70.

Endicott, J., Spitzer, R.L. y Fleiss, J.L. (1975). Mental Status Examination Record (MSER): Reliability and validity. *Comprehensive Psychiatry, 16*, 285-301.

Garin, O., Ayuso-Mateos, J.L., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagut, G., Alonso, J., Cieza, A., Svetskova, O., Burger, H., Racca, V., Francescutti, C., Vieta, E., Kostanjsek, N., Raggi, A., Leonardi, M., Ferrer, M. y MHADIE

consortium. (2010). Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes, 19*, 1-15.

Haro, J.M., Kamath, S.A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., Rodríguez, M.J., Rele, R., Orta, J., Kharbeng, A., Araya, S., Gervin, M., Alonso, J., Mavreas, V., Lavrentzou, E., Liontos, N., Gregor, K. y Jones, P.B. (2003). The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*(416), 16–23.

Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B. y Dixon, L.B. (2010) The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009. *Schizophrenia Bullellin, 36*(1), 94-103.

Laviana-Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología, 24*(1-3), 345-373

López-Santiago, J.L., Blas, L.V. y Gómez. M. (2012). Efectividad de un Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario para pacientes con Trastorno Mental Grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(1), 1-10.

Martínez-Jambrina, J. J. (2008). El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: Un pacto con la realidad. *Cuadernos de Psiquiatria Comunitaria, 7,* 147-159.

Pirkis, J.E., Burgess, P.M., Kirk, P.K., Dodson, S., Coombs, T.J. y Williamson, M.K. (2005). A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures *Health and Quality of Life Outcomes, 28,* 1-12

Stein, L. I. y Santos, A. B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York: Norton.

UNA EXPERIENCIA DE TERAPIA DE GRUPO EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA

Isabel Reyes-de Uribe Zorita*, Cristina Catalina–Fernández* y Esmeralda Vegazo–Sánchez**

** Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid*

***Centro de Salud Mental de Aranjuez*

Resumen

Antecedentes: Cada vez son más frecuentes las propuestas terapéuticas grupales en unidades de hospitalización breve psiquiátricas (Arroyo y Palacio, 2011; Galletero et al, 2002; Martín y Martínez, 2009) ya que se ha entendido la necesidad de un abordaje psicológico junto con el médico- farmacológico que hasta ahora predominaba en este tipo de unidades. Aquí se exponen los resultados de una terapia con una muestra de 30 personas. Por lo que nos proponemos transmitir esta propuesta de terapia de grupo para una unidad de agudos de adultos y de su análisis, atender a las posibles mejoras para la continuidad del grupo. **Método:** El formato de la terapia grupal realizada que aquí se analiza tiene un carácter no estructurado, de forma que los participantes elegían la temática de cada sesión, basada en sus propios conflictos. Sin embargo, las técnicas aplicadas durante la terapia sí que eran estructuradas de carácter cognitivo-conductual (técnicas de relajación, solución de problemas, mindfulness,…). El grupo se realiza 4 días por semana, con una duración de 45 minutos por sesión. La evaluación se ha realizado tanto de forma cuantitativa como de forma cualitativa, mediante cuestionario y escala de satisfacción ya que se trataba de buscar una evaluación específica, separada de la medición de síntomas que podía verse afectada por otros tratamientos. **Resultados:** Los resultados obtenidos son tanto de tipo cualitativo como cuantitativo, utilizando un cuestionario de satisfacción (de elaboración propia) con el fin de que cada paciente pudiera valorar este aspecto de forma diferenciada, ya que la medición de los síntomas únicamente podría confundirse con los efectos de otros tratamientos. **Conclusiones:** Se han obtenido unos resultados satisfactorios en líneas generales, encontrándose diferencias esperadas según los diferentes diagnósticos. Esta propuesta viene a sumarse

a otras iniciativas que han surgido desde diferentes modelos, todas ellas avalando la pertinencia de este tipo de grupos en unidades de hospitalización breve. Sería deseable continuar la evaluación, ampliando la muestra, con una continuidad temporal.

Palabras clave: Psicoterapia de grupo, unidad de agudos, hospitalización breve, escala de satisfacción.

A EXPERIENCE OF GROUP THERAPY IN ACUTE PSYCHIATRIC ADMISSION WARD AT THE HOSPITAL RÍO HORTEGA

Abstract

Precedents: Group psychotherapy is becoming a choice more frecuent in psychiatric acute care units. This is a result of the recent trends of increasing the psycological approach along with the medical-pharmacological one that prevailed in these units up to the present. In this paper we present the results of therapy conducted on a sample of 30 persons. We intend to conduct this proposed group therapy on an adult group, and analyzing the possible improvements for the continuity of the group. **Method:** The format of group therapy conducted object of this paper, has a unstructured character, so that the participants, according on their own conflicts, chose the theme of each session. The techniques used during the therapy had a structured cognitive behavioral approach (relaxation techniques, troubleshooting, mindfulness, ...). The group therapy is performed four days a week and the session has a duration of 45 minutes. **Results:** The results were evaluated both quantitatively and qualitatively, a satisfaction scale, as it was intended to find out a specific evaluation that was separate from the measurement of symptoms that could be affected by other treatments. **Conclusions:** In general terms, we have obtained satisfactory results. However, the results have been distinct according to the different kinds of diagnoses applied. This proposal supports other initiatives that have emerged from different models, all endorsing the relevance of such groups in brief hospitalization units. It would be desirable to continue the evaluation, expanding the sample, with a temporal continuity.

Keywords: Group psychoterapy, acute care-unit, brief hospitalization, satisfaction scale.

Introducción

Hasta hace no pocos años las unidades psiquiátricas de hospitalización breve basaban su estrategia de intervención en la figura del médico como principal responsable y en el tratamiento farmacológico. Progresivamente, a medida que se han ido venciendo estas dificultades que daban más peso a la intervención médica junto con la dificultad intrínseca de trabajar con pacientes en crisis y la gravedad psicopatológica que comportan, la figura del psicólogo clínico también se ha hecho presente en este tipo de unidades y se ha entendido la importancia de atender a otro tipo de factores, de orden psicológico, en el tratamiento.

De esta forma se ha podido comprobar la necesidad de trabajar la ansiedad propia de la crisis o situación aguda y la derivada del internamiento en un medio hospitalario, bien diferente de la realidad cotidiana de cada paciente. Y esto sólo es posible desde un abordaje terapéutico integral que incluya no sólo los aspectos neurobiológicos sino también los procesos psicológicos puestos en marcha.

Una vez que se parte desde esta postura de intervención, el formato de terapia grupal ha surgido como una propuesta prometedora ya que ofrece una herramienta terapéutica añadida, la posibilidad de trabajar esta ansiedad a través de los iguales, personas con un padecimiento psíquico que pueda ser similar o, al menos, con quienes se comparte esta difícil situación por la que se atraviesa.

En nuestro caso, que aquí presentamos, el comienzo de este formato de terapia grupal fue posible al incluirse la unidad anteriormente mencionada dentro del plan de rotaciones del Psicólogo Interno Residente. Al empezar a haber un psicólogo trabajando dentro de la unidad el equipo valoró esta posibilidad terapéutica, de modo que ya se lleva realizando desde hace unos años.

Método

Participantes

Han participado un total de 30 personas que estuvieron ingresadas en el Servicio de Hospitalización Breve Psiquiátrica del Hospital Universitario Río Hortega a lo largo de los meses de diciembre de 2013 a mayo de 2014. Los diagnósticos que recibieron durante su ingreso los pacientes participantes son los siguientes (entre paréntesis figura el número de personas dentro de esa categoría diagnóstica): Trastorno psicótico (8), Trastorno Límite de la personalidad (7), Trastorno del Estado de Ánimo (10), Trastornos relacionados con sustancias (3) y Trastorno de la Conducta Alimentaria (2).

Se estableció como criterio de inclusión dentro del estudio el hecho de que cada persona participante hubiera asistido a un mínimo de ocho sesiones de la terapia grupal y como criterio de exclusión el hecho de presentar una alteración orgánica importante tipo demencia y no hablar la lengua española.

Del total de pacientes ingresados en la unidad, hubo una parte con una participación muy irregular en la terapia ya que ésta era de carácter voluntario y otra parte que no quiso participar en el estudio.

Materiales/Instrumentos utilizados

Al alta del ingreso hospitalario se administró un cuestionario de satisfacción (de elaboración propia) con el fin de que cada paciente pudiera valorar este aspecto de forma diferenciada. Se decidió no utilizar cuestionarios acerca de sintomatología específica ya que existían otros factores terapéuticos durante el ingreso (tratamiento farmacológico, consultas psiquiátricas, consultas psicológicas individuales, etc.) cuyos efectos eran difíciles de separar. A continuación se explicitan las preguntas de las que constaba la escala de satisfacción que se administró.

Escala de satisfacción:

1) ¿Había participado con anterioridad en alguna otra terapia de grupo?
2) ¿Qué le ha resultado más útil del grupo?
3) ¿Qué es lo que le ha resultado menos útil?
4) ¿Cómo puntuaría el encuadre: duración y lugar de las sesiones (del 1 al 10)?
5) ¿Qué aspecto cambiaría?

6) ¿Qué aspecto es el que más y el que menos le ha gustado del terapeuta?
7) Satisfacción general con el grupo terapéutico (del 1 al 10).

Procedimiento y diseño

El grupo terapéutico se lleva a cabo 4 días por semana, con una duración de 45 minutos por sesión. Lo dirige el Psicólogo Interno Residente y, dentro de que la temática de cada sesión es libre, según propongan los participantes, las técnicas que se ponen en práctica son técnicas estructuradas de carácter cognitivo-conductual (técnicas de relajación, solución de problemas, mindfulness…). En general el contenido de las sesiones ha tratado sobre dos temas fundamentales: situaciones problemáticas del ambiente propio de cada paciente que habían influido en su estado psicopatológico, agudizando una tendencia previa y, por otro lado, situaciones conflictivas surgidas a raíz de la convivencia en la unidad. De esta forma comprobamos los dos factores por los que considerábamos necesario incluir este tipo de tratamiento: las ansiedades propias de la situación aguda de crisis y las ansiedades derivadas del nuevo medio en el que se encuentra la persona.

Tras la participación en un número mínimo de sesiones que consideramos pertinente para poder evaluar su satisfacción con la participación en el grupo y, llegado el momento del alta hospitalaria, se impartía a cada paciente un cuestionario de satisfacción con el grupo.

Por lo tanto, en cuanto al diseño, se trata de un diseño cuasi-experimental de grupo con medida pos-tratamiento.

Resultados

En general, la mayoría de los resultados obtenidos son de carácter cualitativo. Por lo que nos pararemos a comentar algunas de las respuestas ofrecidas por los sujetos.

Empezando por su participación previa en otras terapias de grupo, el 70% de los participantes contestó que ésta era su primera experiencia. Con lo cual una mayoría de los participantes no disponía de otra referencia con la cual comparar esta experiencia; sin embargo, al mismo tiempo esta situación facilita que se pueda valorar la experiencia sin antecedentes que puedan influir.

En cuanto al aspecto más útil éstas fueron las respuestas que se repetían (expresadas en formas similares): "poder desahogarme", "aprender a relajarme" y "aprender del punto de vista de otras personas (que están en una situación similar)".

Respecto al aspecto valorado como menos útil, hubo un par de respuestas muy inespecíficas del tipo "no me ha servido para mi problema", mientras que otros subrayaban el hecho de que les habían quedado pendientes muchos problemas sin resolver. Esto puede entenderse desde el hecho de que se trata de una intervención durante un ingreso por una situación aguda, por lo que, efectivamente, una vez se resuelve la situación aguda, a menudo los pacientes reciben el alta, sin embargo, la patología presente provoca que existan otros tantos conflictos a los que en ese momento no se les da respuesta.

También se preguntó acerca de lo que cambiarían del grupo terapéutico. Uno de los aspectos sugeridos fue que el terapeuta propusiese un tema al principio de cada sesión ya que, al tener una temática libre, al inicio de cada sesión a menudo se producía un silencio. Sin embargo, al poco tiempo siempre surgía algún tema de interés por parte de alguno de los miembros y el resto se hacía eco de ello, con lo que se empezaba a trabajar sobre esto. Otro aspecto mencionado con bastante frecuencia (curiosamente, ya que los participantes eran los que proponían los temas) era que les disgustaba que los temas tratados casi siempre fueran de carácter negativo. Algunos afirmaban que esto influía sobre su estado de ánimo, proponiendo "hablar sólo de cosas positivas". Esto puede ser interpretado como una dificultad para afrontar determinados temas conflictivos o desde el temor a un "efecto contagio" que, a menudo se observa en los grupos.

Por último, se preguntó por aspectos relativos al terapeuta (aspecto más valorado y el menos valorado). Los aspectos más valorados fueron: "persona agradable, cercana", "nos ha escuchado", "sabe mucho", "ha dirigido muy bien las intervenciones (de forma que nadie se faltara al respeto…)". En tanto que lo que menos les gustó fue que en muchos casos consideraban que intervenía poco, les hubiera gustado que diera más pautas y consejos (a pesar de que las técnicas eran dirigidas, la estructura del grupo era semi-dirigida y se instaba a que los pacientes tuviesen una alta participación, por ejemplo relatando experiencias que sirviesen de ejemplo sobre las que trabajar).

En cuanto a los datos cuantitativos, en primer lugar, tenemos las puntuaciones que valoraban el encuadre del grupo (duración y lugar). La puntuación media a esta pregunta fue de un 7, una buena valoración, aparentemente.

El dato más relevante es el de la medida de satisfacción global media. A continuación, en la Tabla 1, se reflejan todas las puntuaciones que dieron los sujetos respecto a su satisfacción general con el grupo.

Tabla 1. Satisfacción general con el grupo terapéutico (distribución por diagnósticos).

Trastornos psicóticos	Trastornos de la personalidad	Trastornos del Estado de Ánimo	Trastornos relacionados con sustancias	Trastornos de la conducta alimentaria
3	8	7	2	5
6	9	8	4	6
8	10	7	3	
2	8	9		
4	7	7		
7	4	4		
1	7	5		
5		9		
		8		
		7		

Desde la primera observación de los datos que disponemos podríamos pensar en las diferencias entre los distintos subgrupos (según diagnóstico) en cuanto a su satisfacción media, resultando mucho mayor la puntuación que dan los Trastornos de la personalidad (7,6) y los Trastornos del Estado de Ánimo (7,1) que las que dan los Trastornos relacionados con Sustancias (3); mientras que la puntuación media de los Trastornos Psicóticos (4,5) y las de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (5,5) son valoraciones de un carácter intermedio.

De todas formas habría que tener también en cuenta el hecho de que los distintos subgrupos están repartidos de forma no homogénea, de forma que son mucho más mayoritarios los Trastornos Psicóticos y los Trastornos de Personalidad, a diferencia de

los Trastornos relacionados con sustancias y los Trastornos de la Conducta Alimentaria que son muy poco numerosos.

Discusión / Conclusiones

Desde hace unos años se han venido realizando diferentes propuestas de terapia en formato grupal dentro de las unidades de hospitalización breve psiquiátrica. Estas iniciativas se han formulado desde diversos enfoques teóricos (Arroyo y Palacio, 2011; Martín y Martínez, 2009), utilizando técnicas variadas y de una u otra forma se ha constatado la relevancia de incluir un abordaje integral en los cuadros clínicos agudos. Como ya se ha vivido en otros campos, la necesidad de la atención psicológica se hace evidente, no con intención de suplantar la intervención farmacológica sino todo lo contrario, tratar de que ambas intervenciones se apoyen la una a la otra, lo que resultaría más beneficioso para el paciente. En esta línea, comparando la satisfacción con los resultados aunque los parámetros medidos son ligeramente diferentes se encuentran unos resultados similares a los obtenidos por Galletero et al. (2002).

Dentro del estudio que aquí se presenta, hay que señalar que se ha evaluado una muestra temporal, dentro del periodo más amplio en el que se ha venido realizando esta intervención psicológica. Uno de los principales aspectos que nos gustaría mejorar sería el hecho de poder continuar la evaluación, ampliando tanto la muestra como el periodo temporal a valorar.

Habría que pensar además en la mejora de la herramienta de evaluación, tratando de estudiar la validez de la escala diseñada.

Del mismo modo, podría ser interesante establecer un diseño de grupos comparativos donde la propuesta terapéutica estudiada pudiera ser puesta en relación con otro tipo de intervenciones, dentro de las cuales se incluiría la intervención únicamente de carácter farmacológico.

Por último añadir que además de la satisfacción por parte de los pacientes, que ha sido objeto de estudio en el proyecto que aquí se expone, la satisfacción por parte del terapeuta también ha sido elevada, en cuanto a la asistencia, participación, la impresión durante las sesiones y los resultados obtenidos.

Referencias

Arroyo, R. y Palacio, S. (2011). *Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos*. Recuperado el 11 de enero de 2014, de http://www.area3.org.es/Uploads/a3-15-una%C3%B1o.RArroyo-SPalacio.pdf

Galletero, J. M., Gonzalo, A., Mendívil, J. L., Puente, Y., Segura, A. y Artaso, L. (2002). *La psicoterapia de grupo en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos.* Recuperado el 3 de enero de 2014, de http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0102/0102lpd2.htm

Martín, B. y Martínez, J. M. (2009). *Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos*. Recuperado el 13 de enero de 2014, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352009000100005&script=sci_arttext

LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA INSTITUCIONALIZADAS

Maica Ruiz-Pérez*, Salvador Llistar-Verdú* y Tary Gómez-Hinojosa**

**FundacióVallparadís - MútuaTerrassa*

*** FacultatPsicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, UniversitatRamonLlull*

Resumen

Antecedentes: Las personas con esquizofrenia acostumbran a tener problemas para llevar a cabo una vida cotidiana normal ya que la enfermedad les afecta a nivel cognitivo, emocional y relacional. Este es, probablemente, el principal motivo por el que estos pacientes tienen, en general, una peor calidad de vida que la población general. El estudio de la calidad de vida es muy complejo y todavía no existe consenso de cómo se tendría que medir este constructo. En lo que existe mayor acuerdo es en que el término es subjetivo y por lo tanto su evaluación tendría que estar centrada en el propio paciente. **Método:** El presente estudio evalúa la calidad de vida subjetiva de 29 personas con esquizofrenia de una residencia de salud mental a través del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida diseñado a tal efecto. **Resultados:** Se constata que, al contrario de lo que evidencia gran parte de la literatura científica, pueden presentar una buena calidad de vida. La percepción de tan buena calidad de vida podría tener relación directa con el tratamiento recibido en la institución. El análisis individual de cada cuestionario nos permite diseñar intervenciones psicológicas multimodales basadas en la evidencia destinadas a mejorar la calidad de vida de estos enfermos. Si bien en términos globales existe una buena percepción de Calidad de vida por parte de los pacientes, también existe conciencia de su enfermedad y de los efectos de ésta ya que los factores con peores puntuaciones se corresponden con sintomatología propia de la enfermedad mental. **Conclusiones:** La calidad de vida subjetiva puede constituir un buen indicador de evaluación de la calidad de la atención percibida por parte de los usuarios de una institución y servir así para incorporarlo en la medida de la evaluación de los Programas de Calidad.

Palabras clave: Esquizofrenia, calidad de vida, institucionalización, evaluación.

THE QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA WHO LIVES IN AN INSTITUTION

Abstract

Background: People suffering schizophrenia use to have problems to have a normal daily life because the illness affects them emotional, cognitive and social level. This is probably the main reason than these patients generally have a poorer quality of life than the general population. The study of the quality of life is very complex and there is still no consensus on how you should measure this construct. As there is more agreement that the term is subjective and the evaluation should be focused on the patient. **Method:** This study assesses the subjective quality of life of 29 people suffering from schizophrenia of a residence mental health through Sevilla Questionnaire Quality of Life designed for that purpose. **Results:** It is found that, contrary to what evidence much of the scientific literature, may have a good quality of life. The perception of such good quality of life could be directly related to the treatment received at the institution. The individual analysis of each questionnaire allows us to design multimodal psychological evidence-based interventions to improve the quality of life of these patients. While there is a good perception of quality of life of patients overall, there is also aware of their disease and its effects as factors with lower scores correspond to own symptoms of mental illness. **Conclusions:** The subjective quality of life can be a good indicator for evaluating the quality of care perceived by the users of an institution and serve well to incorporate as far assessment Quality Programs.

Keywords: Schizophrenia, quality of life, institucionalization, evaluation.

Introducción

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más graves que existen con un curso crónico. Afecta aproximadamente a una de cada 100 personas en el mundo, así es que se trata de una enfermedad relativamente frecuente y se enmarca dentro del grupo de patologías llamadas Trastorno Mental Severo (TMS). Empieza en una edad temprana de la vida (entre los 15-25 años en hombres y entre 25-35 años en mujeres). Implica una serie de disfunciones que afectan a la percepción, el lenguaje, el comporta-

miento, la afectividad, la voluntad, las habilidades sociales, etc., es decir, afecta su calidad de vida definida como la percepción personal de bienestar y de satisfacción de las necesidades humanas para el desarrollo individual y social. Se deteriora su capacidad de relación con el entorno, su funcionamiento social y su participación en actividades compartidas.

El Trastorno Mental Severo engloba un conjunto de entidades de diferente naturaleza y nosología clínica con un criterio común de severidad y persistencia en el tiempo y con una tendencia al deterioro y a la alteración de las relaciones personales, familiares y sociales de la persona afectada.

Una vez puesta de manifiesto la gravedad y cronicidad de estas personas, se debe centrar el tema de la calidad de vida. Parece evidente que el avance en los tratamientos antipsicóticos y los abordajes comunitarios de estas personas, ha llevado a las administraciones a poner énfasis en mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

De manera progresiva, las investigaciones y publicaciones sobre el concepto de calidad de vida sigue aumentado en número y complejidad. Podemos afirmar que estamos en un momento de pleno auge. Como ejemplo, se puede observar en Psycinfo (una de las bases de datos más utilizadas en Psicología) como antes del año 1990 sólo encontramos 17 artículos que incluyan el término *quality of life,* mientras que en la última década se han gestado 1.716 nuevas entradas de las cuales 265 tratan sobre calidad de vida en personas con esquizofrenia.

Desde una aproximación reciente se ha definido la calidad de vida como la evaluación cognitiva y afectiva de la situación de sí mismo percibida por el enfermo crónico en un momento determinado de su vida, por lo que su estudio se debe realizar con la intención de desarrollar y difundir métodos terapéuticos que pretenden ir más allá de la mera desaparición de un trastorno, tratando de mejorar la percepción del individuo sobre su propia situación con el fin de integrarlo, en la medida de lo posible, al entorno social que mejor cubra sus necesidades (Gómez y Botella, 2007)

El estudio de la calidad de vida es muy complejo y todavía no hay consenso de cómo se tendría que medir este constructo. En lo que hay más acuerdo es en que el término es subjetivo y por lo tanto su evaluación tendría que estar centrada en el propio paciente.

Método

Participantes

La muestra está formada por 29 personas adultas diagnosticadas de esquizofrenia, de ambos sexos (11 mujeres y 18 hombres). Las edades oscilan entre 32 a 73 años, con una media de 53,5 años.

Se trata de una muestra homogénea en cuanto a diagnóstico (trastorno esquizofrénico), edad (todos son adultos) y con una evolución crónica (todos ellos tienen una evolución de la enfermedad de más de 10 años), además todos se encuentran institucionalizados. Estos datos nos garantizan la validez interna de la muestra.

Instrumentos

La evaluación de la calidad de vida se llevó a cabo mediante la administración del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) (Giner et al., 1995). Se obtuvieron datos de las historias clínicas de las características sociodemográficas.

Si la medida de la calidad de vida del enfermo mental resulta problemática, esta misma medida resulta algo más difícil en la persona con esquizofrenia. Las razones de esta dificultad pueden parecer obvias pero merece la pena destacarlas. En primer lugar, porque quizás no existe ninguna otra enfermedad donde el significado de calidad de vida individual, es decir, del propio afectado, sea tan dispar de la que le atribuiría la propia familia y los profesionales. Es decir, donde la objetividad y la subjetividad nos lleven a terrenos tan diferentes. En segundo lugar, porque a pesar de los sistemas de clasificación diagnóstica, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V (DSM-V) y Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10), se sigue considerando la esquizofrenia como una enfermedad crónica, con una alta variabilidad no sólo en la respuesta de los enfermos a los tratamientos sino también en las manifestaciones sintomatológicas de la misma.

El CSCV es un cuestionario de calidad de vida especialmente diseñado para personas que sufren un trastorno esquizofrénico y se desarrolló a partir de una muestra española de personas con trastorno esquizofrénico. Según el autor, la idea central de la que partió para la construcción del cuestionario fue que “la calidad de vida se debía entender como el impacto subjetivo de cualquier acontecimiento en un paciente

concreto y en un momento concreto". La calidad de vida se concibe como una evaluación cognitiva y afectiva de la situación de sí mismo percibida por el paciente en un momento determinado.

El CSCV pretende medir qué es la calidad de vida para la persona que padece esquizofrenia, cómo la define éste, y en qué medida está satisfecho o no con la que tiene. Es decir, es un auto-informe acerca de lo que los enfermos piensan sobre su vida.

El CSCV es una encuesta auto aplicada en versión lápiz y papel. (Facilitó la aplicación del instrumento el hecho de aplicarlo mediante la técnica de la entrevista). El sujeto manifiesta su grado de acuerdo, según una escala Likert de 5 valores, desde 1 (completo desacuerdo) a 5 (completo acuerdo), con 59 ítems. La escala de Aspectos Favorables la componen 13 ítems que explican el 51,32% de la varianza total. Estos factores son: Satisfacción vital, Autoestima, Armonía. La escala de Aspectos Desfavorables la componen 9 factores con 46 ítems que explican el 51,11% de la varianza total. Éstos son: Falta de aprehensión y expresión cognitiva, Pérdida de energía, Falta de control interno, Dificultad de expresión emocional, Extrañamiento, Miedo a la pérdida de control, Hostilidad y Automatismo. Todos estos ítems interrogan a la persona sobre su vivencia cotidiana. No existen puntos de corte, a mayor puntaje favorable, mejor calidad de vida y viceversa.

La fiabilidad del cuestionario es adecuada (α = 0,85 para la escala favorable y α = 0,96 para la desfavorable) (Ibañez et al., 1997). Los índices de consistencia interna de Spearman-Brown y las α de Guttman para dos mitades presentaron fiabilidad superior a 0,70. La validez de contenido del cuestionario se midió a través de la fiabilidad interjueces (α de Cohen), siendo la misma estadísticamente significativa. Mediante análisis factorial y análisis de matrices multirasgo-multimétodo el CSCV mostró una buena validez estructural. El CSCV también presentó una buena validez convergente y discriminante. Así mismo, es sensible a los cambios clínicos que se producen en los pacientes con trastorno esquizofrénico (Bobes et al., 2001).

Procedimiento

Se trata de un estudio transversal de carácter descriptivo. Se administró el cuestionario a todos los usuarios de Triginta Salut Mental y se procedió al análisis estadístico de los resultados. Éstos se realizan utilizando el paquete estadístico SPSS14.

Diseño

El presente estudio es de tipo transversal. Las psicólogas de la institución realizaron la administración de los cuestionarios así como la revisión de las historias clínicas. El estudio se realizó bajo los principios éticos básicos contenidos en la Declaración de Helsinki.

Resultados

En cuanto a sexos, podemos afirmar con un 95% de confianza, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de las escalas y el género de la muestra según muestra la Tabla 1.

Tabla 1. Prueba U de Mann-Withney: Sexo vs resultados escalas.

Estadísticos de grupo					
	Sexo	N	Media	Desviación típica	Error típ. de la media
CSCV total	Hombre	18	1,6628	1,05340	0,24829
	Mujer	11	1,1400	1,87997	0,56683
Promedio escala	Hombre	18	3,9522	,68284	0,16095
favorable	Mujer	11	3,5982	1,51131	0,45568
Promedio escala	Hombre	18	2,3044	0,60742	0,14317
desfavorable	Mujer	11	2,5091	0,93959	0,28330
Escala favorable	Hombre	18	51,33	8,852	2,086
	Mujer	11	46,64	19,866	5,990
Escala desfavorable	Hombre	18	108,94	28,385	6,690
	Mujer	11	116,91	42,861	12,923

Los descriptivos muestran que, en general, las medias son muy parecidas en ambos grupos. Las diferencias más elevadas corresponden a Escala favorable y Escala desfavorable. Cabe destacar que en éstas se encuentra también la desviación típica más elevada.

Los coeficientes de correlación muestran que, en todos los casos, la intensidad de la relación es baja o moderada con respecto a la edad de los sujetos según muestra la Tabla 2. En ningún caso las correlaciones resultan estadísticamente significativas. Ob-

servamos que en la escala total i las escalas favorables la relación es positiva, mientras que en las escalas desfavorables la relación es negativa.

Tabla 2. Correlaciones Rho de Spearman: Edad vs resultados escalas.

Correlaciones							
		CSCV total	Edad	Promedio escala favorable	Promedio escala desfavorable	Escala favorable	Escala desfavorable
Rho de Edad	Coeficiente de correlación	0,215	1,000	0,300	-0,104	0,306	-0,137
	Sig. (bilateral)	0,262	.	0,113	0,590	0,106	0,478
	N	29	29	29	29	29	29

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

La Puntuación media de calidad de vida en Triginta Salut Mental es de 1,49 (-4 a 4). Esto nos permite afirmar que los resultados son buenos, hallando un 34,5% de la muestra con puntuaciones muy altas (>2).

El Promedio escala favorable (1 a 5) es 3,82 siendo que a mayor puntuación el resultado es mejor, podemos decir que el resultado es muy bueno. El factor con puntuación más favorable es la Armonía según se puede ver en la Tabla 3.

Tabla 3. Porcentajes de respuesta según categoría. Aspectos favorables.

	Óptimo	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Satisfacción vital	45%	34,5%	10,25%	0%	10,25%
Autoestima	38%	34,5%	17%	3,5%	7%
Armonía	48%	34,5%	7%	7%	3,5%

El Promedio escala desfavorable (1 a 5) es 2,38 siendo que a menor puntuación el resultado es mejor, podemos decir que el resultado es bueno. El factor más desfavorable es la Dificultad para expresar emociones tal como muestra la Tabla 4.

Tabla 4. Porcentajes de respuesta según categoría. Aspectos desfavorables.

	Óptimo	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Falta de aprehensión cognitiva	17,25%	20,75%	38%	13,75%	10,25%
Pérdida de energía	17,25%	17,25%	34,5%	17,25%	13,75%
Falta de control interno	13,75%	7%	51,50%	20,75%	7%
Dificultad de expresión emocional	7%	45%	20,75%	24%	3,25%
Extrañamiento	10,25%	17,25%	34,5%	27,75%	10,25%
Miedo a la pérdida de control	24%	17,25%	41,5%	7%	10,25%
Hostilidad contenida	48,25%	20,75%	20,75%	10,25%	0%
Automatismo	34,5%	24%	27,5%	14%	0%

Conclusiones

Las personas con esquizofrenia institucionalizadas, al contrario de lo que evidencia alguna literatura científica (Sañudo, Herrero, Lamas y Franco, 2010) pueden presentar una buena calidad de vida. La percepción de tan buena calidad de vida se estima podría tener directa relación con el tratamiento recibido en la institución.

Si bien en términos globales existe una muy buena y óptima percepción de calidad de vida por parte de los pacientes, también existe de parte de ellos, conciencia de su enfermedad y de los efectos de ésta ya que los factores con peores puntuaciones se corresponden con sintomatología propia de la enfermedad mental (dificultad para expresar emociones, extrañamiento, falta de control interno). Similares resultados obtuvieron otros investigadores en trabajos similares (Sañudo et al., 2010, Valdebenito,

Valdebenito, y Cavieres, 2008). No se observan diferencias destacables relacionadas con el género ni con la edad.

La percepción de tan buena calidad de vida se estima podría tener directa relación con el tratamiento psicosocial recibido en la institución ya que la calidad de vida subjetiva puede constituir un buen indicador de evaluación de la calidad de la atención percibida por parte de los usuarios de una institución y servir así para incorporarlo en la medida de la evaluación de los Programas de Calidad. Las personas enfermas de esquizofrenia pueden informar respecto a su calidad de vida utilizando adecuadamente instrumentos como el CSCV.

Este estudio tiene algunos puntos fuertes a destacar. Se trata de una muestra homogénea en relación a la enfermedad y a lugar de vida, todos ellos son residentes en la misma institución y por lo tanto reciben un tratamiento integral similar. Este punto es importante ya que existen diferencias en como la calidad de vida interactúa con los síntomas psiquiátricos y con el lugar de vida.

Por otro lado, el estudio también presenta algunas limitaciones. Se trata de un estudio transversal con muestra limitada de una institución concreta con sujetos bajo tratamiento antipsicótico en su totalidad, este sesgo de la muestra hace que los resultados obtenidos no se pueden generalizar. La calidad de vida se demuestra ligada a la atención recibida en la institución. Otra limitación de este estudio radica en el propio cuestionario ya que éste no proporciona puntos de corte que permitan interpretar con más claridad los resultados.

Remarcar que parece obvio que emplear múltiples estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esquizofrenia debe ser, si no el más importante, uno de los objetivos principales del plan terapéutico individual. Sólo de esta manera podremos amortiguar los efectos devastadores de la enfermedad.

El análisis individual de cada cuestionario nos permite diseñar intervenciones psicológicas multimodales basadas en la evidencia destinadas a mejorar la calidad de vida de estos enfermos.

Referencias

Bobes, J., González, M.P., Fernández, J., Bascarán, M., Sáiz, P., Martínez, S., Sánchez, A. y Bousoño, M. (2001). Calidad de vida relacionada con el tratamiento antipsicótico. *Actas Españolas de Psiquiatría, 29* (Supl. 1), 46-50

Giner, J., Baca, E., Bobes, J., Ibáñez, E., Leal, C. y Cervera, S. (1995). Calidad de vida en enfermos esquizofrénicos. Desarrollo de un instrumento español para la evaluación: el Cuestionario "Sevilla". *Anales de Psiquiatría, 11*, 313-319

Giner, J., Baca, E., Bobes, J., Ibáñez, E., Leal, C. y Cervera, S. (1997).Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría, y Ciencias Afines*, *25* (Supl. 2), 11-24

Gómez, A. y Botella, L. (2007). Efecto de una intervención psicosocial sobre calidad de vida, estado sintomático y construcción del sí mismo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide. *International Journal of ClinicalHealthPsychology*, 2, 49-376

Ibáñez, E., Giner, S., Cervera, E., Baca, J., Bobes, J. y Leal, C. (1997) El cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 25*(Supl. 2), 24-31

Sañudo, J.I., Herrero, S., Lamas, F.J. y Franco, M.D. (2010). Calidad de vida subjetiva y síntomas psicóticos básicos en pacientes con esquizofrenia en distintos recursos asistenciales: un estudio preliminar. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 6*, 67-72.

Valdebenito, M., Valdebenito, M. y Cavieres, A. (2008). Auto evaluación de personas enfermas de esquizofrenia empleando el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría, 46*(4), 255-262.

AUTOESTIMA, ESTIGMA SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Montserrat García-Zamora, Mamen Galindo-Laiglesia y Maica Ruiz-Pérez

Fundació Vallparadis - Mútua Terrassa (España)

Resumen

Antecedentes: El estigma social en esquizofrenia está generando creciente interés, concretamente, cómo lo percibe la persona que lo padece. Los prejuicios actúan como obstáculos en la rehabilitación distorsionando la visión de uno mismo y provocando desadaptación social. La autopercepción del estigma provoca la anticipación del rechazo, sentimientos de inadecuación social y de incompetencia iniciándose así conductas de evitación social hacia las personas que no son del propio colectivo. Objetivo: evaluar el nivel de autoestima, autopercepción del estigma social y calidad de vida para valorar la existencia de relación así como la incidencia de las variables sociodemográficas. **Método:** La muestra estuvo formada por 30 personas diagnosticadas de esquizofrenia y residentes en Triginta Salut Mental. Se les administró la Versión Reducida del Cuestionario de Autopercepción del Estigma Social de personas con esquizofrenia (AES), el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (RSES) y el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). A su vez, para la obtención de los datos de las variables sociodemográficas, se realizó un análisis descriptivo. **Resultados:** Se confirmó una relación inversa significativa entre percepción de estigma social y autoestima y una relación lineal positiva entre calidad de vida y autoestima. En cuanto a las variables sociodemográficas, sólo se obtuvo una fuerte relación significativa entre orden de hermano y autoestima. **Conclusiones:** La autoestima moduló el impacto de la percepción de estigma social y calidad de vida evidenciando la necesidad de integrar programas de intervención que mejoren la autoestima. Interviniendo sobre las variables que dificultan la rehabilitación social estaremos más cerca de conseguir su principal objetivo, la reinserción.

Palabras clave: Autopercepción de estigma social, autoestima, calidad de vida, esquizofrenia.

SEELF-ESTEEM, SOCIAL STIGMA AND QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA

Abstract

Background: The social stigma of schizophrenia is generating increasing interest, namely, how we perceive the person who has it. Prejudices act as obstacles to rehabilitation distorting the view of oneself and causing social maladjustment. Self-perception of stigma causes anticipation of rejection, feelings of social inadequacy and incompetence thus initiating social avoidance behaviors towards people who are not the group itself. Objective: To assess the level of self-esteem, self-perceived social stigma and quality of life for assessing the existence of a relationship and the impact of sociodemographic variables. **Method:** The sample consisted of 30 people diagnosed with schizophrenia and residents Triginta Mental Health. Reduced administered the Self-Perception Questionnaire Version of Social Stigma of people with schizophrenia (AES), the Rosenberg Self-Esteem Questionnaire (RSES) and Sevilla Questionnaire Quality of Life (CSCV). In turn, to obtain data for sociodemographic variables, a descriptive analysis was performed. **Results:** A significant inverse relationship between perceived social stigma and self-esteem and a positive linear relationship between quality of life and self-esteem was confirmed. As for the sociodemographic variables, only a strong significant relationship between brother and self-esteem order was obtained. **Conclusions:** Self-esteem modulated the impact of perceived social stigma and quality of life highlighting the need to integrate intervention programs that improve self-esteem. Speaking on the variables that hamper social rehabilitation we are getting closer to its main objective, reintegration.

Keywords: internalized social stigma, self-esteem, quality of life, schizophrenia.

Introducción

El estigma es un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos (López-Ibor y Cuenca, 2000) que está configurado como prejuicio y conlleva consecuencias discriminatorias hacia la persona que recibe el estigma. Las personas con trastorno mental son el grupo más estigmatizado de nuestra sociedad,

especialmente las personas que padecen esquizofrenia. Los prejuicios sociales hacia estas personas son tales como llegar a pensar en ellas como agresivas, raras, con conductas poco predecible, débiles, vagas, improductivas, que no razonan, etc. Estos prejuicios actúan como obstáculos a la hora de conseguir una plena rehabilitación y alcanzar el deseado status de ciudadanos de pleno derecho. La peor consecuencia del estigma es la autopercepción del mismo anticipando el rechazo basado en la creencia de que las personas con enfermedad mental probablemente serán devaluadas y discriminadas por padecer un trastorno mental. Esta percepción disminuye la autoestima distorsionando la visión de uno mismo y aumentando la desadaptación social, evitando contactos sociales que no sean con el mismo colectivo. Cuando el estigma percibido es elevado conlleva una carga negativa que intensifica el malestar, los sentimientos de inadecuación social, de fragilidad y de incompetencia provocando efectos negativos en la reinserción, objetivo principal de la rehabilitación psicosocial.

La autoestima es la valoración global que una persona hace sobre sí misma. Una buena autoestima genera seguridad y sentimiento de competencia mientras que una baja autoestima provoca sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad ante las opiniones de los demás. Vivir continuamente en una sociedad que asigna ideas estigmatizadoras sobre las personas con enfermedad mental puede hacer que se interioricen sentimientos de inferioridad afectando tanto a la autoestima como a la calidad de vida percibida.

Diversos autores han puesto de manifiesto que la autoestima y el estigma muestran una fuerte relación inversa, las personas con una baja autoestima muestran una mayor autopercepción de estigma y a la inversa (King et al., 2007; Watson, Corrigan, Larson y Sells, 2007; Yanos, Roe, Markus y Lysaker, 2008).

Este estudio partió de la hipótesis de que las personas diagnosticadas de esquizofrenia con mayor autoestima tendrían menor autopercepción de estigma social y mayor calidad de vida.

Objetivos

Evaluar el nivel de autoestima, la autopercepción del estigma social y la calidad de vida.

Valorar la existencia de relación entre la autopercepción del estigma, el nivel de autoestima y la calidad de vida.

Valorar la incidencia de las variables sociodemográficas en la autopercepción del estigma, el nivel de autoestima y la calidad de vida.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 30 adultos diagnosticados de esquizofrenia de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-IV).

Instrumentos

Se evaluó la autopercepción del estigma social, mediante la Versión Reducida del Cuestionario de Autopercepción del Estigma Social de personas con esquizofrenia (AES), de Ochoa et al. (2001, 2009). Este cuestionario resulta especialmente interesante porque evalúa el estigma percibido en personas diagnosticadas de Esquizofrenia y no todas aquellas que padecen algún trastorno mental en general. Está compuesto por 14 afirmaciones que hacen referencia a aspectos de autopercepción de estigma social abordando la peligrosidad, la culpa, la pérdida de roles sociales y el miedo al rechazo. Las afirmaciones se puntúan mediante una escala Likert del 1 al 7, siendo 1 totalmente de acuerdo y 7 totalmente en desacuerdo. Su Índice de consistencia interna α de Cronbach es de 0,754 por lo que se considera un instrumento fiable.

Para evaluar la autoestima se utilizó el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (RSES) (Rosenberg, 1989). Este cuestionario está compuesto por 10 preguntas referidas a la consideración positiva o negativa de uno mismo. Las puntuaciones son entre 1 y 4 puntos. Es una de las escalas más válidas para evaluar la autoestima (consistencia interna con alpha de Cronbach entre 0,80 y 0,87 y una fiabilidad test-retest de 0,72).

Para la evaluación de la calidad de vida se administró el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) de Giner et al. (1995). Mide la calidad de vida relacionada con la salud percibida en trastorno mental severo. Lo componen 59 ítems. Está diseñado especialmente para personas que sufren un trastorno esquizofrénico y se desarrolló a partir de una muestra española de enfermos. Tanto la fiabilidad como la consistencia

interna del instrumento son adecuadas (fiabilidad α=0,85 escala favorable y α=0,96 escala desfavorable).

Procedimiento

En cuanto a la recogida de datos, la administración de cada uno de los instrumentos se realizó de manera individual y estandarizada.

A su vez, se realizó un análisis descriptivo de variables sociodemográficas (sexo, edad, estudios, número de hermano y años de evolución) de los participantes.

Diseño

El presente estudio tiene una finalidad analítica, es observacional y de medición única o transversal.

Resultados

El 75% de los participantes presentaron una media-alta autoestima, con una puntuación media de 28,8 sobre 40. La puntuación media de autopercepción de estigma social fue de 46,25 sobre 98. En función de la variable sociodemográfica sexo, en los datos descriptivos se observó que las mujeres presentaron una ligera tendencia a puntuar mayor percepción de estigma y menor autoestima. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas en autoestima (t=7,41; p=0,465) ni en estigma percibido (t= -1345; p= 0,190). Tampoco se apreciaron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en calidad de vida en función del sexo (U=82,50; p=0,603). Las puntuaciones se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Incidencia de la variable sexo en la autopercepción del estigma, el nivel de autoestima y calidad de vida.

Sexo	Autoestima	Estigma	Calidad de vida
Hombre	29,24	43,76	3,82
Mujer	28,09	50,09	3,47
Total	28,79	46,25	3,82

El coeficiente de correlación de Pearson mostró, con un 95% de confianza, que existía una relación lineal positiva entre calidad de vida y autoestima y que ésta fue estadísticamente significativa (r=0,466; p=0,013). No se observó una relación significativa entre calidad de vida y percepción de estigma social (r=0,050; p=0,799).

En los datos descriptivos se observó que el grupo de baja autoestima (con un promedio de autoestima de 24,142) presentó una puntuación media de Autopercepción de Estigma Social de 52,428. El grupo de media-alta autoestima, con un promedio de autoestima de 30,33 puntos, presentó una media de percepción de estigma del 44,19. Mediante análisis estadístico se determinó si existían diferencias significativas entre el nivel de autopercepción de estigma social y nivel de autoestima. Se separaron las categorías de autoestima en baja y media-alta. Debido a la categorización dicotómica de la variable Autoestima, se realizó una prueba t de Student para muestras relacionadas. Los resultados de la prueba mostraron que, con un 95% de confianza, podemos afirmar la relación existente entre el nivel de autoestima y la percepción de estigma social (t=18,873; gl=27; p<0,0001). Dicha relación se mostró coherente con lo esperado, los niveles altos de percepción de estigma social correlacionan con una autoestima baja tal como muestra la Figura 1.

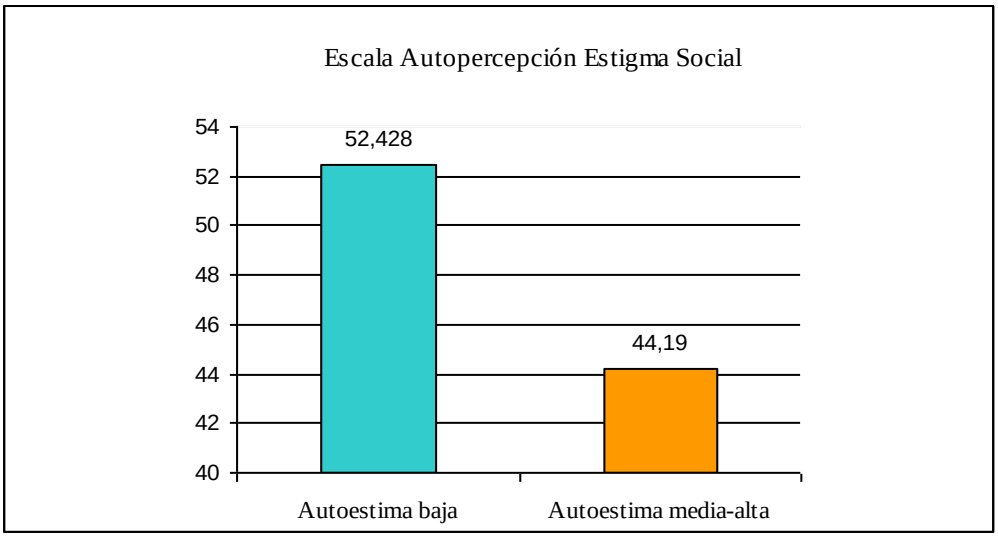


Figura 1. Impacto de la autopercepción del estigma social sobre la autoestima.

En cuanto a las variables sociodemográficas, los resultados mostraron una fuerte relación significativa entre el orden de hermano y la autoestima (r=.536; p=.003). Los hijos únicos presentaron mayor autoestima seguidos de los hijos menores. A medida que la persona se acercaba a la posición de hijo mayor se iba reduciendo la autoestima como se observa en la Figura 2. En cambio, no se observó una relación estadísticamente significativa entre el orden o número de hijo y la autopercepción de estigma social (r= -,215; p= ,271). Aunque la relación no fue significativa, la tendencia fue de una relación negativa, hijos únicos y menores presentaron menor percepción de estigma social. El resto de variables sociodemográficas (edad, estudios y años de evolución de la enfermedad) no mostraron una relación significativa ni con autoestima ni con autopercepción de estigma.

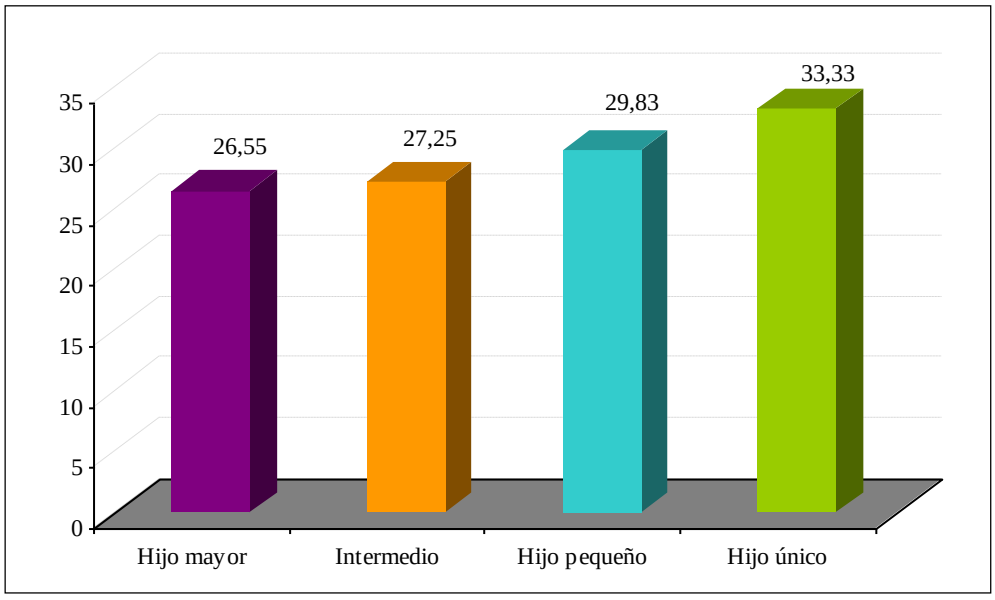


Figura 2. Relación autoestima vs número de hermano.

Discusión/Conclusiones

Se confirmó la hipótesis de la existencia de una relación inversa entre autopercepción de estigma social y autoestima, apoyando otros estudios como los ya mencionados (King et al., 2007; Watson et al., 2007). Las personas que presentaron media y alta autoestima mostraron menos autopercepción de estigma ya que presentaron mayor seguridad en sí mismos y sentimiento de competencia mientras que una baja

autoestima parecía actuar como canalizador produciendo un mayor impacto del estigma percibido. Estos resultados apoyaron planteamientos que indican que la percepción de uno mismo como estigmatizado influye negativamente en el nivel de autoestima que vivencia el sujeto.

Como era de esperar, se confirmó la existencia de una relación lineal positiva entre calidad de vida percibida y autoestima. La calidad de vida percibida no influyó significativamente sobre la percepción de estigma social. Parece que la Autoestima modulaba tanto el impacto de la percepción de estigma como la percepción de calidad de vida.

Las variables sociodemográficas no aportaron grandes cambios en los resultados salvo en el caso de orden de hijo. Los hijos únicos y menores mostraron un nivel de autoestima superior a los hijos medianos o mayores. Este dato queda pendiente de estudio para analizar las variables que pueden influir en estos resultados y obtener así más información que explique la varianza entre lugar de hermano. Algunos autores avalan la idea de que, en general, los hijos únicos y los más pequeños presentan una mayor autoestima relacionada con una mayor atención parenteral.

En cuanto a la variable sexo, hubo una pequeña tendencia a que las mujeres mostrasen valores de autoestima ligeramente inferiores y, por lo tanto, su percepción de estigma fue ligeramente mayor pese a no ser diferencias significativas. La edad, el nivel de estudios y los años de evolución de la enfermedad no aportaron variación en los resultados de nivel de estigma percibido, autoestima ni en percepción de calidad de vida relacionada con la salud.

En relación al nivel de autoestima, los sujetos reportaron un nivel promedio ubicado en la franja superior de la categoría autoestima media, es decir, una autoestima normal. En este caso, no se confirmó el planteamiento de que la mayoría de los sujetos que han sido diagnosticados de una enfermedad mental presentan la autoestima disminuida. Los valores obtenidos pueden deberse a que los sujetos del estudio forman parte de un recurso rehabilitador e integrado en la comunidad que fomenta las intervenciones que potencian la funcionalidad y capacita en el afrontamiento de las situaciones de la vida diaria. En este estudió se observó una media más elevada de autoestima que en otros estudios similares como el llevado a cabo por Grisolia, Mantecón, Parodi-Herz y Rodríguez (2010) en una población que formaba parte del

plan de servicios individualizado. La media de los resultados reportados en percepción de estigma también fue más baja en coherencia con el comportamiento de la correlación.

Los programas de intervención para mejorar la autoestima son necesarios para reducir el impacto del estigma y mejorar la calidad de vida sobre la evolución y tratamiento. Una buena calidad de vida subjetiva puede hacer sentir aumentada la capacidad para hacer frente a la vida y mejorar la adaptación a los acontecimientos estresantes. Interviniendo sobre las variables que dificultan la rehabilitación social estaremos más cerca de conseguir una reducción efectiva de la autopercepción del estigma social, que influirá positivamente en la autoestima y en la calidad de vida de estas personas.

En el presente estudio se detectó una limitación a la hora de comparar resultados al ser el cuestionario AES el de elección para evaluar la autopercepción de estigma social. Es un cuestionario pendiente de publicación aunque ha sido estudiado y validado, considerándose un instrumento fiable. Pese a esta limitación, es específico para personas diagnosticadas de esquizofrenia y se ha empezado a utilizar y a obtener los primeros resultados con los que comparar.

Referencias

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.).Washington, DC: Autor.

Giner, J., Baca, E., Bobes, J., Ibáñez, E., Leal, C. y Cervera, S. (1995). Calidad de vida en enfermos esquizofrénicos. Desarrollo de un instrumento español para la evaluación: el Cuestionario "Sevilla". *Anales de Psiquiatría, 11*, 313-319

Grisolia, E., Mantecón, N., Parodi-Herz, D y Rodríguez, E. (2010) *Estudio sobre la autopercepción del estigma social y la autoestima en personas que forman parte del Plan de Servicios Individualizado (PSI)*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Escuela de Terapia Familiar Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S. y Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: Development of a standarised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry, 190*, 248-254.

López-Ibor, JJ. Y Cuenca, O. (2000) *La esquizofrenia abre las puertas. Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia*. Madrid: Asociación Mundial de Psiquiatría.

Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, H.M. (2001). *Creación y Validación del "Cuestionario Autopercepción del estigma social de personas con esquizofrenia"*. Manuscrito no publicado.

Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, H.M. (2009). *Versión reducida del Cuestionario de Autopercepción del Estigma Social (AES) de personas con Esquizofrenia*. Manuscrito no publicado.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middeltown, CT: Wesleyan University Press.

Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J.E. y Sells, M. (2007). Self Stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 33*, 1312-1318.

Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K. y Lysaker, P.H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Services, 59*, 1437-1442.

RACIONALIZACIÓN DEL USO DE HIPNÓTICOS EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: ANÁLISIS LONGITUDINAL (2002-2014)

Juan Manuel Pérez-Nieto, Montserrat García-Zamora, Pilar Jiménez-Solis y Maica Ruiz-Pérez

Triginta-Salut Mental, Fundació Vallparadís - MútuaTerrassa, España

Resumen

Antecedentes: Los hipnóticos son una parte importante de la intervención de los trastornos del sueño en personas con trastorno mental grave pero puede llegar a darse un uso inadecuado. Como parte de la intervención en la residencia Triginta Salut Mental, se incide en la mejora del descanso para racionalizar el uso de hipnóticos y así poder reducir su uso. **Método:** Se analiza la evolución del uso de hipnóticos de los pacientes que los han tomado durante un tiempo superior a 3 meses (n=20) en algún momento de su estancia en la residencia. La elección de los hipnóticos es realizada por el psiquiatra del centro. Paralelamente, durante el tiempo analizado, la práctica clínica se ha adaptado para afianzar la premisa de que los problemas de insomnio no tienen por qué tener relación con el diagnótico de base. Mediante intervención terapéutica y psicoeducativa se ofrecen pautas de uso responsable. Cuando se afianza subjetivamente esta mejora, se pueden reducir dosis o tipos de hipnóticos hasta su toma eventual (con nuevas pautas de uso y técnicas de apoyo); siendo esta reducción desde hipnóticos de mayor a menor semivida, a menores dosis, pasando por estados de eventualidad, hasta su extinción si es posible. **Resultados:** Dentro del período de duración del análisis se ha invertido el uso de hipnóticos, que continúa en un 33,3% de los pacientes al final del análisis (66,7% en el inicio); así como el tipo de hipnótico, ya que en el inicio el 70% de los hipnóticos eran neurolépticos típicos o dibenzodiacepinas y al final del período el 70% de los hipnóticos prescritos son benzodiacepinas de semivida corta. **Conclusiones:** Tras analizar la evolución del uso de hipnóticos, se confirma que mediante la intervención terapéutica, es posible reducir su uso con el fin de normalizar el descanso.

Palabras clave: Trastorno mental grave, hipnóticos, insomnio, sueño, benzodiacepinas.

RATIONAL USE OF HYPNOTICS IN THE RESIDENTIAL AREA FOR PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDER: A LONGITUDINAL ANALYSIS (2002-2014)

Abstract

Background: Hypnotics are an important part of the intervention of sleep disorders in people with severe mental disorder but can get a non appropiate use. As a part of the intervention in the residence Triginta Mental Health is a goal to have an impact on improving the sleep time to rationalize the use of hypnotics. **Method:** The use of hypnotics in patients who have taken it over a period exceeding 3 months (n=20) at some point in their stay in the residence is analyzed. The choice of hypnotics was prescribed by the psychiatrist of the center. In parallel, during the time under review, clinical practice has been adapted in order to the premise that insomnia do not have to be related to the base diagnosis. Through therapy and psychoeducational intervention guidelines, responsible use and progressive normalization of sleep were wanted. Once subjectively strengthen this improvement, can reduce doses or types of hypnotic until his eventual use (with new usage patterns and technical support); hypnotics were reduced from highest to lowest half-life, then lower doses, next through periods of eventuality use and finally to the extinction if possible. **Results:** Within the duration of the analysis, the use of hypnotics were inverted, which continues in 33,3% of patients in the final analysis (66,7% at the start); and the type of hypnotics at the start were 70% typical neuroleptics or dibenzodiazepines. At the end of the period the 70% of hypnotic benzodiazepines prescribed were short half-life ones. **Conclusions:** After analyzing the evolution of the use of hypnotics, using therapeutic intervention may reduce their use to normalize the rest is confirmed.

Keywords: Severe mental disorder, hypnotics, insomnia, sleeping, benzodiazepines.

Introducción

Las enfermedades mentales graves son trastornos de gran complejidad que presentan afectaciones en el espectro completo de la persona. En trastornos mentales graves (TMG) como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, y particularmente derivadas

de las afectaciones en las areas conductual y emocional, pueden surgir problemas relacionados con el descanso nocturno.

La posible relación entre esquizofrenia y otro tipo de TMG y problemas de insomnio ya se recoge en la primera edición de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño de la *American Academy of Sleep Medicine* (1979), siendo codificada la posibilidad de darse en estos pacientes problemas de trastornos de inicio y mantimiento del sueño asociados al trastorno psiquiátrico de base. Monti y Monti (2005) indican la posible alteración de las fases IV y REM del sueño en pacientes con esquizofrenia.

En la última década la mayor parte de la investigación entre la relación de problemas de descanso y TMG está centrada en el estudio por neuroimagen, pero aún sin resultados significativos (excepto en aquellos casos relacionados con los efectos secundarios de ciertos neurolépticos). Es en las últimas revisiones e investigaciones donde parece evidenciarse que no hay una causalidad global que relacione insomnio y TMG (Wilson y Argyropoulos, 2012) y que, especialmente, sí parece haber problemas en la fijación del ritmo circadiano (Wulff, Dijk, Middleton, Foster y Joyce, 2012) y se tiende a recomendar la atención en el uso de neurolépticos e hipnóticos con menores efectos secundarios sobre el sueño. La preferencia de utilizar hipnóticos de semivida corta o nuevos tratamientos análogos queda justificada, pues sus efectos más molestos (somnolencia diurna, embotamiento al despertar, sedación excesiva, enuresis, amnesia anterógrada o malestar gástrico, entre otros) son en estos últimos casi inexistentes.

Establecer como causa del insomnio el trastorno mental de base es complejo, ya que las diversas justificaciones mostradas son difíciles de valorar debido a las características, hábitos y variabilidad de las personas diagnosticadas de TMG. Así, es difícil establecer el origen de los problemas de descanso, ya que es sabido de las alteraciones en las fases del sueño de la mayoría de las benzodiacepinas y drogas de abuso (Misic, Stanojkovic, Vladejic y Arandjelovic, 2012), de la tendencia a la inactividad derivada de la sintomatología negativa o la baja ocupación laboral y exceso de tiempo libre vacío de estos colectivos (Wulff et al., 2012).

Son muchos los pacientes que califican su descanso como deficiente y esto genera malestar (Leszczynska, Paliga, Wieczorek, Krysta y Krupka-Matuszczyk, 2010). Una vez valorada la percepción subjetiva del descanso previo al ingreso de los pacientes

de la muestra, a través de entrevista y Cuestionario Oviedo del Sueño validado para pacientes con TMG (García-Portilla et al., 2009), también muestran un perfil problemático. Uno de los objetivos en el proceso de rehabilitación durante su estancia en el centro es eliminar esa percepción del descanso como un problema y normarlizarlo, ya que existe una correlación directa y positiva entre la percepción subjetiva del descanso y la calidad de vida (Tel y Doğan, 2010).

Entendiendo el sueño como proceso fisiológico, con vital función regeneradora, no habiendo evidencia global de relación entre TMG y problemas de descanso y asumiendo que la recomendación facultativa en el caso de necesitar hipnóticos sea su uso como monoterapia (prácticamente imposible en pacientes que ya reciben tratamientos neurolépticos) y en períodos cortos y acotados de tiempo (Ferre-Navarrete y Vilches-Aguirre, 2012) para evitar posibles dependencias y disminución de los efectos hipnóticos, se incide en la mejora de la calidad del descanso para conseguir racionalizar y hacer un buen uso de los medicamentos hipnóticos y así poder reducir su uso hasta, si es posible, extinguirlos.

Método

Diseño

Se realiza un estudio no experimental, objetivo y longitudinal, para observar la tendencia del uso de hipnóticos en el centro de salud mental; con atención tanto en la duración así como en el tipo de tratamientos utilizados.

Participantes

20 personas adultas, institucionalizadas, diagnosticadas con TMG (19 con esquizofrenia, 1 con trastorno bipolar), que han necesitado del uso de hipnóticos durante un período igual o superior a los 3 meses. 11 hombres y 9 mujeres, con una media de edad de 51 años (entre 32 y 73). La media de estancia en el centro es de 8,1 años (entre 2 y 12). Ocho pacientes residen en el centro desde su apertura en 2002.

Instrumentos

Se analizan los registros de medicación, cotejados con las órdenes facultativas de tratamientos prescritos, desde la apertura del centro en diciembre de 2002 y junio de 2014, para evaluar la duración y tipos de tratamientos hipnóticos. Éstos se clasifican en tres grupos (Tabla 1). Se utiliza una escala para indicar el tipo de medicamentos utilizados como hipnóticos en el período.

Tabla 1. Clasificación de los hipnóticos en el análisis.

Grupo A	Antipsicóticos atípicos y dibenzodiacepinas	*Clotiapina* *Clorpromazina* *Levomepromazina*
Grupo B	Benzodiacepinas de semivida larga/intermedia	*Flunitrazepam* *Diazepam* *Clorazepato* *Clonazepam*
Grupo C	Benzodiacepinas de semivida corta y análogas	*Lorazepam* *Lormetazepam* *Zolpidem*

Procedimiento

El análisis es pormenorizado: de cada paciente se recogen los días exactos que ha seguido un tratamiento y el tipo de hipnótico utilizado.

La tomas pueden ser fijas o bien eventuales según criterio del paciente. La preferencia es tender al uso de las del grupo C (Tabla 1) hasta extinguir, si es posible.

La normalización del descanso ha sido uno más de los tratamientos individualizados en el centro y se ha utilizado una batería de intervenciones también individualizadas, en los casos necesarios, que han formado parte de la praxis asistencial paralelamente durante el período de análisis.

Con la finalidad específica de tender al uso de hipnóticos del Grupo C (Tabla 1), se ha realizado una intervención terapéutica y psicoeducativa sobre pautas de uso responsable y conocimiento del proceso de descanso. Una vez afianzada subjetivamente la mejora del descanso, se inician los períodos de reducción de dosis o tipos de

hipnóticos hasta su toma eventual (con nuevas pautas de uso y técnicas de apoyo) para iniciar el intento de eliminación del tratamiento, si es posible.

Resultados

Se han invertido tanto las proporciones de número de pacientes que requieren hipnóticos y el tipo de hipnótico utilizado.

El uso de hipnóticos continúa en un 33,3% de los pacientes (de estos, el 70% los toman de forma fija y el 30% de forma eventual).

Al ingreso, el 70% de los hipnóticos eran neurolépticos típicos y en la fecha final el 70% eran benzodiacepinas de semivida corta (Tabla 2 y Figura 1).

Tabla 2. Resultados.

	2002		2014	
	Pacientes	*Tipo de hipnótico*	*Pacientes*	*Tipo de hipnótico*
No toman hipnóticos	10 (33,3)	-	20 (66,7)	-
Toman hipnóticos	20 (66,7)	*Grupo A = 14 (70,00)*	10 (33,3)	*Grupo A = 3 (30,00)*
		Grupo B = 3 (15,00)		*Grupo B = 0 (0,00)*
		Grupo C = 3 (15,00)		*Grupo C = 7 (70,00)*
Total	30 (100,00)	*20 (100,00)*	30 (100,00)	*10 (100,00)*

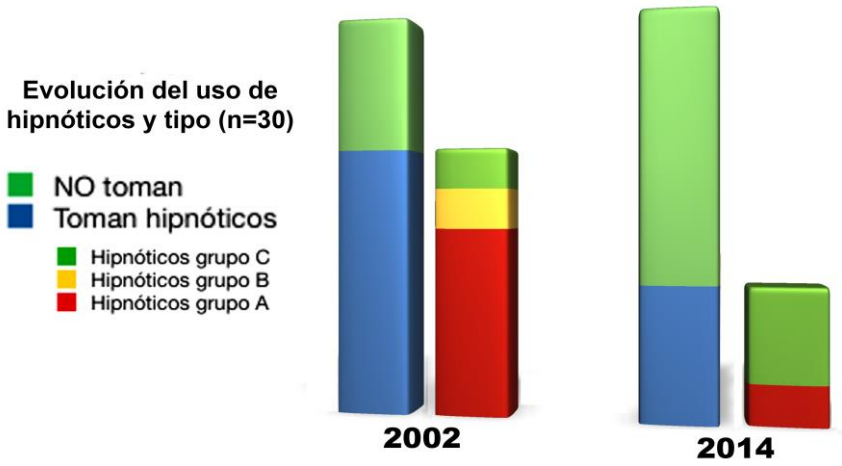


Figura 1. Sobre n=30 se ha invertido la proporción de los pacientes que requieren hipnóticos y como, en este grupo menor y al final del período de análisis, se ha invertido también el tipo de hipnótico, con preferencia por los de semivida corta (grupo C, vid. Tabla 1).

De los pacientes que toman hipnóticos en 2002 (n=20), el 100% los toman de forma fija. En 2014, de los pacientes que toman hipnóticos (n=10), el 70% los toma de forma fija y el 30% lo toma de forma eventual y bajo su criterio.

Dependiendo de las características individuales de los pacientes, los procesos son dispares. Se ejemplifica el proceso de varias intervenciones hasta la extinción del tratamiento hipnótico (Figura 2). La media de duración de los tratamientos hipnóticos es de 48,5 meses (entre 3 y 137).

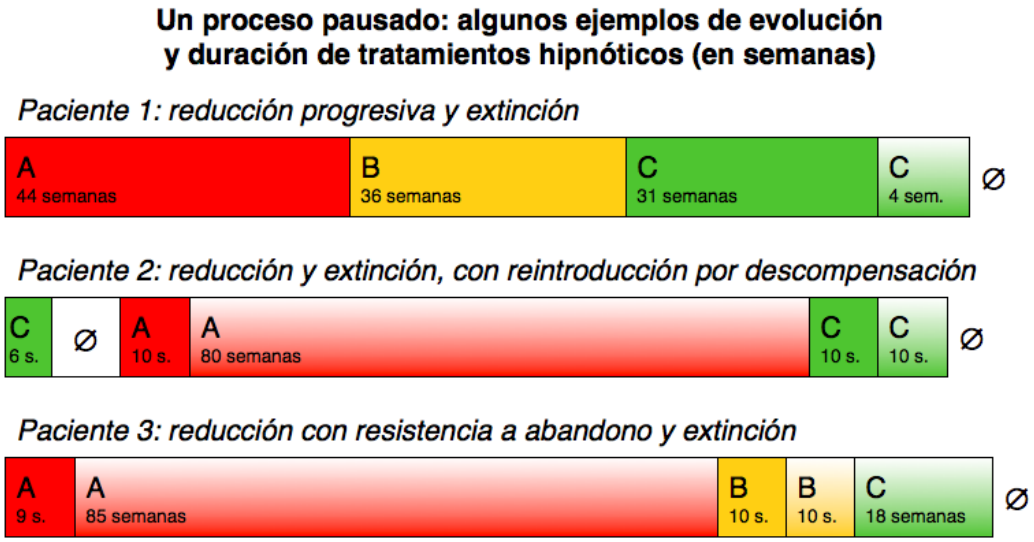


Figura 2. Los procesos de reducción progresiva son largos. En la muestra, los colores lisos indican tomas fijas y los degradados tomas a criterio del paciente; siguiendo la clasificación de la Tabla 1.

Discusión

El análisis pormenorizado de la toma de hipnóticos en el período 2002-2014 demuestra que es factible normalizar el uso de hipnóticos, ayudando a eliminar a creencia de la existencia de una correlación causa-efecto entre TMG e insomnio.

Incidir sobre la toma de conciencia de que el insomnio no es un problema derivado del diagnóstico base junto a la contención de la sintomatología negativa que pueda afectar al descanso son los dos ámbitos de intervención psicoeducativa básica. Además, la institucionalización permite trabajar sobre aspectos rutiarios y ordenados en el tiempo. Éstos, además de otros aspectos como la necesidad de reforzar las habilidades

sociales en convivencia y el mimetismo propio de la vida en comunidad, y siempre en relación con el descanso, ayudan reestablecer los ritmos circadianos.

Existe además una percepción clínica de mayor aceptación de los hipnóticos de semivida corta y de nuevos medicamentos análogos (grupo C, Tabla 1) por la eliminación de síntomas molestos derivados de su uso. Este hecho es un facilitador del paso a la retirada definitiva, especialmente tras un período largo de eventualidad en las tomas donde, por el asentamiento propio de la normalización del descanso, eliminarlos del tratamiento es relativamente fácil de conseguir.

Implicaciones para la intervención

Cuando hay un problema de descanso debe trabajarse desde una visión global que incluye un establecimiento y seguimiento de medidas de higiene del sueño, el uso de terapias conductuales y de técnicas de apoyo, impartir psicoeducativos de carácter divulgativo sobre el sueño como proceso fisiológico, el control de la actividad y el descanso diurno, así como de los hábitos saludables y, en última instancia, el fomento del uso responsable de hipnóticos. A modo de ejemplo, un paciente que realiza una sobreingesta de excitantes al final del día puede pedir hipnóticos para descansar: antes de intervenir sobre el tratamiento será necesario establecer una correcta higiene del sueño por abuso de estimulantes. De igual manera siempre será prioritario estabilizar otros aspectos que puedan influir en la calidad del descanso, especialmente aquellos derivados de los tratamientos (aspectos físicos, mentales u oníricos) y los relacionados con la sintomatología negativa: actitud, anarquía horaria, falta de sueño por inactividad durante el día, etcétera.

Implicaciones emocionales

Como parte de la percepción subjetiva positiva del descanso, el hecho de no precisar medicación añadida al tratamiento crónico convencional genera un efecto de mejora y estabilización altamente valorado por los pacientes. Además, se diluye progresivamente la creencia de muchos de ellos, por el historial personal o por la carencia de hábitos de descanso adecuados, de que dormir es un problema, ya que a veces se establece la necesidad de hipnóticos como algo habitual, de igual manera que para el simple funcionamiento diario se necesitan medicamentos. Por ese motivo, el

temor de volver a descansar mal si no se toma medicación requiere de tiempos de adaptación largos y procesos de seguimiento y apoyo continuados.

Limitaciones del análisis y perspectivas de futuro

La muestra es reducida, por lo que se continuarán analizando los datos de uso de hipnóticos en el centro y se prevé ampliar la muestra en los próximos años. Durante el análisis de datos, se han recogido otros datos como síntomas secundarios al uso de medicación psicótica para su estudio posterior, en relación con posibles afectaciones sobre la calidad del descanso.

A través del análisis longitudinal, se comprueba cómo la tendencia de la intervención en el centro en relación al uso de hipnóticos se ha invertido y, aunque sea una percepción clínica, se evidencia mejora en el funcionamiento diurno; aunque este aspecto es difícil de objetivar como consecuencia de la intervención en el ámbito exclusivo del descanso.

Todos los procesos de la rehabilitación psicosocial de personas diagnosticadas con TMG conllevan una dedicación prolongada en el tiempo. La normalización del descanso también es un proceso largo que requiere de intervenciones progresivas y estrictamente individualizadas. Este hecho obliga a distanciar los análisis en períodos amplios de tiempo para obtener resultados significativos.

Conclusión

Se concluye que la unión de intervención global y la vida institucionalizada inciden favorablemente en la normalización del sueño y posibilitan la disminución del uso de hipnóticos y facilitan su uso responsable, en muchos casos hasta la extinción, siendo estas intervenciones parte de la atención individualizada de la población con trastorno mental grave para incidir en la mejora de su calidad de vida.

Referencias

American Academy of Sleep Medicine. (1979). *The International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual* (1ª ed.). Chicago, Illinois: Autor.

Ferre-Navarrete, F. y Vilches-Aguirre, Y. (2012). Diagnóstico y tratamiento del insomnio. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *11*(23), 1406-1411.

García-Portilla, M. P., Sáiz, P. A., Díaz-Mesa, E. M., Fonseca, E., Arrojo, M., y Sierra, P., Sarramea, F., Sánchez, E., Goikole, J.M., Balanzá, V., Benabarre, A. y Bobes, J. (2009). Rendimiento psicométrico del Cuestionario Oviedo de Sueño en pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *2*(4), 169-177.

Leszczynska, J., Paliga, A., Wieczorek, J., Krysta, K. y Krupka-Matuszczyk, I. (2010). Disturbances of sleep in schizophrenia. *European Psychiatry*, *25*(Supl. 1), 1212.

Misic, P. V., Stanojkovic, S., Vladejic, S. y Arandjelovic, D. (2012). Sleep in the psychiatric disorders. *European Psychiatry*, *27*(Supl. 1), 1.

Monti, J. M. y Monti, D. (2005). Sleep disturbance in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, *17*(4), 247-253.

Tel, H. y Doğan, S. (2010). The sleep and quality of life in schizophrenia. *European Psychiatry*, *25*(Supl. 1), 1121.

Wilson, S. y Argyropoulos, S. (2012). Sleep in schizophrenia: time for closer attention. *The British Journal of Psychiatry*, *200*,(4), 273-274.

Wulff, K., Dijk, D.-J., Middleton, B., Foster, R. G. y Joyce, E. M. (2012). Sleep and circadian rhythm disruption in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, *200*,(4), 308-316.

PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN POBLACIÓN ESQUIZOFRÉNICA INSTITUCIONALIZADA

Pilar Jimenez-Solís, Maribel Perez-Palomares, Montserrat García-Zamora y Maica Ruiz-Pérez

Triginta Salut Mental, Fundació Vallparadís, MútuaTerrassa (España)

Resumen

Antecedentes: El tabaquismo es un trastorno adictivo considerado como una enfermedad crónica (Banegas et al., 2001). Los pacientes con trastornos mentales graves tienen una prevalencia de consumo de tabaco mayor que la población general (Etter, Khan y Etter, 2008; Iglesias, López y Alonso, 2008). En el caso de la esquizofrenia el consumo de nicotina y otras substancias estimulantes ayudan al paciente a paliar la sintomatología negativa a costa de un grave deterioro para su salud física (Ezzati y Lopez, 2003). El objetivo de este estudio es diseñar un programa de deshabituación tabáquica en una residencia de salud mental. **Método:** La muestra se compone de 22 personas fumadoras con esquizofrenia de una residencia de salud mental. La muestra ha sido dividida aleatoriamente en dos grupos: experimental (n=12) y control (n=10). Se les administraron los Test de Richmond, el Test Fagerström y el Test Glover-Nilsson. **Resultados:** Los resultados obtenidos evidencian la alta dependencia de los sujetos y la baja motivación para el cambio. Estos resultados nos llevaron a la creación de un programa de motivación y de deshabituación tabáquica que es el que se presenta en este estudio. Se describen detalladamente las actividades correspondientes y la temporalización de ambos programas. **Conclusiones:** El estudio muestra la necesidad de implementar unas estrategias de motivación y sensibilización para el cambio que generen cambios suficientes para poder realizar un taller de deshabituación tabáquica. Este tipo de acciones mejorarían la calidad de vida de estos pacientes y a su vez reduciría drásticamente el coste sanitario de éstos.

Palabras clave: Esquizofrenia, tabaquismo, deshabituación tabáquica, tabaco.

SMOKING CESSATION PROGRAM IN PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA LIVING IN A INSTITUTION

Abstract

Background: Smoking is an addictive disorder considered a chronic (Banegas et al., 2001). Patients with severe mental disorders have a higher prevalence of snuff than the general population (Etter, Khan, & Etter, 2008; Iglesias, López, & Alonso, 2008). In the case of schizophrenia nicotine and other stimulating substances help the patient to alleviate the negative symptoms at the expense of a serious deterioration to their physical health (Ezzati & Lopez, 2003). The aim of this study is to design a smoking cessation program in a residence mental health. **Method:** The sample consists of 22 people with schizophrenia living of a residence mental health. The sample has been divided randomly into two groups: experimental (n= 12) and control (n = 10). Tests were administered the Richmond test, the Fagerström test and the Glover -Nilsson test. **Results:** The results show the high dependence of subjects and low motivation to change. These results led us to the creation of a program of motivation and smoking cessation which is presented in this study. Related activities and the timing of both programs are described in detail. **Discussion:** The study shows the need to implement strategies of motivation and sensitization for change that will generate enough changes to hold a workshop smoking cessation. Such actions would improve the quality of life of these patients and in turn dramatically reduce health costs thereof.

Key words: Schizophrenia, smoking cessation, nicotine addiction, tobacco.

Introducción

El tabaquismo representa un grave problema de salud pública a escala tanto nacional como mundial. Se estima que en todo el mundo el tabaco es responsable de casi cinco millones de muertes prematuras al año (Ezzatti y López, 2003) debidas principalmente al papel etiológico del consumo de tabaco sobre las enfermedades cardiovasculares.

Los pacientes con trastornos mentales graves tiene una mayor prevalencia de consumo de tabaco que la población general (de León y Díaz, 2005). Así se observa que

la probabilidad de que una persona que presenta trastorno mental grave fume es casi el doble de la que presenta una persona que no lo padezca.

Estos pacientes reúnen más frecuentemente los criterios de dependencia nicotínica, siendo además ésta más intensa si se mide por los criterios habitualmente establecidos. En general, existe una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de la dependencia tabáquica (John, Meyer, Rumpf y Hapke, 2004).

En general en los dispositivos a los que acude el enfermo mental grave no priorizan las intervenciones dirigidas a la reducción o extinción del uso de la nicotina sin tener en cuenta que el hábito tabáquico es importante para su mejora de la calidad de vida y su longevidad.

La prevención de la morbilidad y mortalidad relacionada con el hábito tabáquico precisa de intervenciones efectivas dirigidas a dejar de fumar.

El cambio de la conducta de fumar no es un hecho puntual, sino que corresponde a un proceso descrito por Prochaska y DiClemente (1983) en el que suceden varias etapas a lo largo de un tiempo generalmente prolongado. El fumador se encuentra en una u otra fase en función del menor a mayor grado de motivación para dejar de fumar:

1) Inicialmente la fase de precontemplación la persona fumadora no es consciente de que el tabaco sea un problema para su salud y no se plantea seriamente dejar de fumar en los próximos seis meses.
2) En la fase de contemplación la persona fumadora reconoce que fumar tiene consecuencias negativas para la salud y se plantea dejar de fumar en los próximos seis meses.
3) En la fase de preparación la persona fumadora está dispuesta a hacer un intento serio de abandono y hace planes específicos como fijar una fecha y preparar un plan para dejar de fumar en los siguientes 30 días.
4) Durante la fase de acción el paciente deja de fumar y pone en práctica los planes preparados; esta fase continúa hasta seis meses después de la fecha de abandono de tabaco.

5) La fase de mantenimiento está marcada porque la persona se mantiene sin fumar durante más de seis meses, un año después de abandonar el hábito tabáquico se convierte en exfumador.

Con el cuestionario creado por Prochaska y DiClemente (1983) se puede identificar de manera sencilla en qué fase se encuentra el paciente.

Hay que tener en cuenta que las recaídas forman parte del proceso y habitualmente son necesarios varios intentos antes de cambiar definitivamente de conducta. Cada vez que se produce un intento de dejar de fumar se van aprendiendo habilidades que favorecen al cambio, así pues, el tabaquismo debe ser tratado como un problema crónico en el que suceden fases de remisión y de recaída siendo necesaria una atención continuada para poder consolidar el cambio.

Existen pocos estudios que se centren en la deshabituación tabáquica con enfermos mentales graves En el tratamiento del tabaquismo en esta población las recomendaciones son incrementar y prolongar el tiempo de tratamiento, Poner en práctica técnicas conjuntas de psicoeducación, cognitivo-conductuales y la utilización de algún tratamiento farmacológico que ayude a controlar o reducir la aparición de recaídas . No obstante existe una gran heterogeneidad de recomendaciones

El objetivo de esta investigación consiste en la creación de un programa de deshabituación tabáquica en tres fases:

- Fase 1: Recogida de datos
- Fase 2: Programa de motivación
- Fase 3: Programa de deshabituación tabáquica

Método

Participantes

La muestra está formada por 22 adultos diagnosticados de esquizofrenia todos ellos fumadores activos.

Se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos: Grupo experimental=12 participantes y grupo control n= 10 participantes.

Instrumentos

El test Fagerström (Fagerström y Schneider, 1989) sirve para evaluar el grado de dependencia física de la nicotina. Está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. La puntuación oscila entre 0 y 10. Puntuaciones altas en el test de Fagerström (6 o más) indican un alto grado de dependencia; por el contrario puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia. La versión actualizada en 1991 lo reduce 6 ítems y mejora las propiedades psicométricas de la original de 1978. En cuanto a la fiabilidad muestra una consistencia interna de 0,56 - 0,64 y una fiabilidad test-retest de 0,88.

El test Glover-Nilsson (Glover, Nilsson y Westin, 2001) analiza el grado de dependencia psicológica, gestual y social que posee el paciente frente al tabaco y el grado total de dependencia conductual. Está formado por 18 ítems y clasifica la dependencia psicológica, según la puntuación obtenida, en leve (< 12), moderada (12-22), fuerte (23-33) y muy fuerte (> 33).

El test Richmond (Richmond, Kehoe y Webster, 1993) a través de 4 ítems permite valorar el grado de motivación para dejar de fumar. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde el ítem 1 puntúa de 0 a 1 y el resto de 0 a 3. Los puntos de corte detectados sobre la asociación del nivel de motivación y el cese del hábito tabáquico son nulo o bajo (<3), dudoso (4-5), moderado (con necesidad de ayuda) (6-7), y alto (>8).

Procedimiento

El presente estudio se realiza en tres fases bien diferenciadas como puede observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Fases del programa.

Fase	Actividad	Temporalización
1-Recogida de datos sobre hábito tabáquico	Test Richmond Test Fagerström Test Glover-Nilsson	1 mes
2- Programa de motivación	Taller psicoeducativo Campaña de sensibilización Entrevista motivacional	3 meses
3 – Programa de deshabituación	Contrato de contingencias Economía de fichas Taller de relajación Taller de prevención de recaídas Control de estímulos Reducción gradual de nicotina Registros Medidas antropométricas	6 meses

Fase 1. Recogida de datos sobre hábito tabáquico. Evaluación de la motivación del abandono mediante el test Richmond y evaluación de la dependencia mediante el test Fagerström y test Glover-Nilsson.

Estos test se han utilizado para la primera fase del programa de deshabituación tabáquica que consiste en extraer datos descriptivos de los pacientes que nos ayuden a plantear estrategias para la fase 2 y 3 del programa.

Fase 2. Programa de motivación. Se lleva a cabo un taller psicoeducativo sobre hábitos saludables, una campaña de sensibilización y entrevista motivacional individual a cada uno de los sujetos del grupo experimental.

Para evaluar la fase se realizará una fase de re-test una vez finalizada la fase de los test anteriormente descritos, también se tendrá en cuenta la asistencia a los talleres por parte de los usuarios así como la valoración que se realizará a través de un cuestionario del taller psicoeducativo y de la campaña de sensibilización y un test sobre adquisición de conocimientos del taller psicoeducativo.

Fase 3. Programa de deshabituación tabáquica. Se utilizaran diferentes estrategias de abordaje psicológico como son la contingencia, economía de fichas, medidas antropométricas…

Para evaluar esta fase se tomarán medidas antropométricas (tensión arterial, peso, saturación C02, control analítico) antes y después de la intervención, asimismo la cantidad de cigarrillos/día, la asistencia a las sesiones así como la valoración personal del programa.

Diseño

Se trata de un diseño cuasiexperimental longitudinal a partir de tres fases. Las investigadoras realizaran tanto la administración de las pruebas como el diseño e implementación de la intervención.

El estudio se realizó bajo los principios éticos básicos contenidos en la Declaración de Helsinki.

Resultados

Fase 1: Recogida de datos

Los resultados de la primera fase del programa muestran los siguientes datos:

Se observa claramente una muy baja motivación para el cambio (un 88% de los participantes se encuentran en situación de pre-contemplación) sin intención de abandonar el consumo de nicotina.

El 100% de los participantes muestran una baja motivación el test Richmond tal como muestra la figura 1. El 11,11% se plantea dejar de fumar en 6 meses.

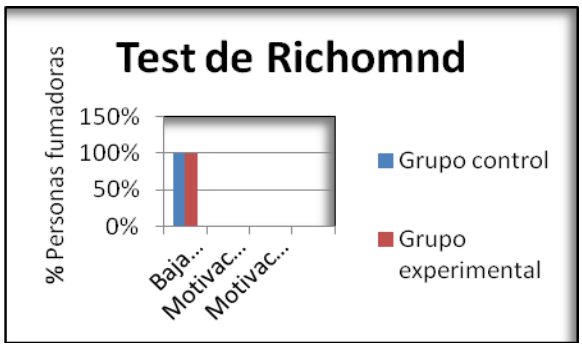


Figura 1. Resultados del Test de Richmond.

Fase 2: Programa de motivación

En la Tabla 2 se muestra el diseño del programa.

Tabla 2. Diseño del programa motivacional.

Actividades	Contenido	Evaluación	Grupo
Taller psicoeducativo	Información consecuencias del consumo Información contenido cigarrillos Creación tablas de registro Diseño objetivos iniciales Lista beneficios abandono hábito Visita exposición tabaco	Test Richmond Registro asistencia Cuestionario valoración	Experimental
Campaña de sensibilización	Recopilación información gráfica sobre tabaco Creación de carteles	Test de Richmond Registro de asistencia	Experimental y control
Entrevista motivacional	Realización entrevista motivacional	Test de Richmond	Experimental

El taller educativo se realiza a trabajando hábitos de vida saludable y bajo un prisma cognitivo-conductual reestructurando conocimientos del paciente para que pueda canalizar, sustituir y suprimir la conducta de fumar, para ello es fundamental el diseño de registros así como reconocer en qué estado de la rueda del cambio está presente.

En la campaña de sensibilización el paciente se convierte en creativo de una supuesta campaña para la deshabituación tabáquica que se realizará utilizando los talleres propios del centro (taller de manualidades, taller de actualidad) y en la que por un lado habrá un trabajo recopilatorio de información que se realizará de manera grupal respecto a las consecuencias del consumo así como la visualización y estudio de otras campañas para dejar de fumar existentes en nuestro país. Finalizada esta fase el grupo realizará una campaña de prevención que consistirá en un anuncio teatralizado, una campaña gráfica con carteles que se colgaran en el centro durante los tres meses que dure la campaña de motivación.

Por lo que respecta a la entrevista motivacional se realizaran como mínimo dos entrevistas motivacionales con el usuario, teniendo en cuenta todos los elementos esenciales de la entrevista:

- expresar empatía: la aceptación del fumador facilita el cambio de conducta por lo que es fundamental una escucha reflexiva adecuada, siendo la ambivalencia del fumador ante el tabaco normal.
- crear discrepancia: es importante que el fumador tome consciencia de las consecuencias de seguir fumando, se debe intentar crear discrepancia entre las consecuencias de seguir fumando y las razones para dejar de fumar, siendo el fumador el que debe presentar sus propias razones para el abandono de tabaco.
- evitar la discusión: las discusiones en la entrevista se consideran contraproducentes, al argumentar contra el tabaco el paciente lo defiende, aflorando las resistencias, estas resistencias nos deben indicar que hay que cambiar las estrategias que se han utilizado.
- dar giro a la resistencia: se deben sugerir nuevos puntos de vista sobre la conducta de fumar, sin oposiciones, el propio paciente es una fuente valiosa a lo hora de encontrar soluciones a los problemas de su conducta.
- fomentar la autoeficacia: la creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, el fumador es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal.

Conclusiones

La primera fase muestra claramente la necesidad de realizar un programa de motivación para el abandono de la conducta de fumar.

Es importante generar la necesidad de cambio para que la tercera fase pueda ser efectiva. Una vez finalizado el programa de motivación se podrá implementar el programa de deshabituación tabáquica.

Son varios los trabajos (Becoña y Vazquez, 1998; Becoña y Vazquez, 2003; Dueñas et al, 2004) que muestran una necesidad de trabajar la motivación de una manera más sistemática en pacientes con esquizofrenia.

Es importante que desde los centros de salud mental se empiece a velar por la salud física de los pacientes con enfermedad mental grave y se realicen actuaciones

destinadas a la introducción de hábitos de vida saludables, ya que por una parte mejora la calidad de vida de dichos pacientes y por otra también se reduce el coste sanitario de su atención (Banegas, et al 2001).

Referencias

Banegas, J.R., Diez, L., Rodriguez-Artalejo, F., Gonzalez J., Graciano, A. y Villar F. (2001). Mortalidad atribuible al tabaquismo en España. *Medicina clínica*, *117*, 692-694.

Becoña, E. y Vazquez, F. (1998) *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.

Becoña, E. y Vazquez, F. (2003) Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales (CNPT). En *Libro blanco sobre tabaquismo en España* (227-252). Barcelona: Glosa.

De León, J., y Díaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia research*, *76*(2), 135-157.

Dueñas, R. M., Aleu, M., Gonzalez, I., San, L., Salavert, J., y Arranz, B. (2004). El papel del consejo antitabaco en el proceso de deshabituación en enfermos mentales. *Actas Españolas de Psiquiatria*, *32*(5), 287-292.

Etter, M., Khan, A. N., y Etter, J. F. (2008). Acceptability and impact of a partial smoking ban followed by a total smoking ban in a psychiatric hospital. *Preventive medicine*, *46*(6), 572-578.

Ezzati, M., y Lopez, A. D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *The Lancet*, *362*(9387), 847-852.

Fagerström, K. y Schneider, N. (1989). Measuring nicotine dependence a review of the Fagerström tolerance questionnaire. *Journal of Behaviour Medicine*, *12*, 159-82.

Glover, E.D., Nilsson, F. y Westin, A. (2001). The Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire (GN-SBQ). En *Actas de la Third European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* (p. 48). Paris

Iglesias, C., López, G. y Alonso, M.J. (2008) Efectos de la prohibición de fumar en una unidad de hospitalización psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatr*ía, *36*, 60-62.

John, U., Meyer, C., Rumpf, H. J., y Hapke, U. (2004). Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity - a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug and Alcohol dependence*, *76*(3), 287-295.

Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 390-395.

Richmond, R.L., Kehoe, L. y Webster, I.W. (1993). Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Adiction*, *88*, 1127-1135.

NEUROCOGNICIÓN Y TEORÍA DE LA MENTE EN ESQUIZOFRENIA

Mónica Dompablo* **, María Josefa Campillo-Cascales*, Javier Rodríguez-Torresano*, David Rentero*, Marta Moreno-Ortega* **, Alexandra Bagney* **, Cilia Rodríguez*, Iosune Torio*, Miguel Ángel Jiménez-Arriero * ** y Roberto Rodríguez-Jiménez* **

**Servicio de Psiquiatría, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid, España*

***Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España*

Resumen

Antecedentes: Los déficits en neurocognición y teoría de la mente se han descrito a menudo en pacientes con esquizofrenia, pero aún tenemos un conocimiento limitado sobre la relación existente entre ellos. El objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre neurocognición y teoría de la mente en pacientes con esquizofrenia. **Método:** Estudio transversal realizado en una muestra de 39 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según criterios DSM-IV. Los pacientes mantenían tratamiento ambulatorio en el área sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre y se encontraban clínicamente estables, tenían una media de edad 42,0 años (DT=9,0), y el 74,4% eran varones. La neurocognición se evaluó mediante la *MATRICS Consensus Cognitive Battery* (MCCB), y la teoría de la mente mediante el Eyes Test y el Theory of Mind (ToM) Picture Stories Task. **Resultados:** Se encontró una correlación positiva entre la puntuación total en Neurocognición de la MCCB y el Eyes Test (r=0,426; p=0,008) y entre la puntuación total en Neurocognición de la MCCB y la ToM Picture Stories Task (r=0,497; p=0,001). Al estudiar la relación entre el Eyes Test y los diferentes dominios cognitivos de la MCCB, se encontraron correlaciones positivas con Velocidad de proceso, Memoria de trabajo, Aprendizaje visual, y Razonamiento y solución de problemas, pero no con Atención/vigilancia ni con Aprendizaje verbal. En relación a la ToM Picture Stories Task, se encontraron correlaciones positivas significativas con todos los dominios cognitivos de la MCCB, excepto con Aprendizaje verbal. **Conclusiones:** Existe una clara relación entre neurocognición y teoría de la

mente, aunque podría haber una relación diferencial entre determinados dominios neurocognitivos y ciertos aspectos de teoría de la mente.

Palabras clave: Esquizofrenia, neurocognición, teoría de la mente, MCCB, MATRICS.

NEUROCOGNITION AND THEORY OF MIND IN SCHIZOPHRENIA

Abstract

Background: Deficits in neurocognition and theory of mind have been frequently described in patients with schizophrenia. However, there is still limited knowledge regarding the relationship between them. Our objective was to analyze the relationship between neurocognition and theory of mind in patients with schizophrenia. **Method:** This cross-sectional study was carried out with a sample of 39 patients diagnosed with schizophrenia according to DSM-IV criteria. Patients were treated at the outpatient clinics of the Hospital Universitario 12 de Octubre area and were clinically stable, they had a mean age of 42.0 years (SD=9.0), and 74.4% were male. Neurocognition was assessed using the *MATRICS Consensus Cognitive Battery* (MCCB), and theory of mind using the Eyes Test and the Theory of Mind (ToM) Picture Stories Task. **Results:** Positive correlations were found between total MCCB Neurocognition scores and the Eyes Test (r=0.426; p=.008), and between total MCCB Neurocognition scores and the ToM Picture Stories Task (r=0.497; p=.001). When the relationship between the Eyes Test and the different MCCB cognitive domains were studied, positive correlations were found with Speed of processing, Working memory, Visual learning, and Reasoning and problem solving, but not with Attention/vigilance or with Verbal learning. Regarding the ToM Picture Stories Task, significant positive correlations were found with all MCCB cognitive domains except for Verbal learning. **Conclusions:** There is a clear association between neurocognition and theory of mind, but there may be differential relationships between specific neurocognitive domains and certain aspects of theory of mind.

Keywords: Schizophrenia, neurocognition, theory of mind, MCCB, MATRICS.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se caracteriza, entre otros aspectos, por presentar déficits cognitivos. El interés en el estudio de estos déficits y su tratamiento ha aumentado en los últimos años debido a su importante repercusión en la capacidad funcional de los pacientes y en su calidad de vida. En este sentido, la iniciativa *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia* (MATRICS) del National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos se planteó como uno de sus objetivos el desarrollo de una batería de evaluación cognitiva que fuera de uso estandarizado para evaluar pacientes con esquizofrenia. El resultado fue la batería *MATRICS Consensus Cognitive Battery* (MCCB), que evalúa los siguientes dominios cognitivos: Velocidad de proceso, Atención/vigilancia, Memoria de trabajo, Aprendizaje verbal, Aprendizaje visual, Razonamiento y solución de problemas, y Cognición social (Kern et al., 2008; Nuechterlein et al., 2008). En España existe la MCCB en español, y los datos normativos fueron obtenidos por nuestro grupo en colaboración con investigadores que desarrollaron la MCCB original en USA (Rodriguez-Jimenez et al., 2012).

La teoría de la mente se refiere a la habilidad para inferir las intenciones, tendencias y creencias de otros (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste y Plumb, 2001). La investigación en teoría de la mente ha puesto de manifiesto que los pacientes con esquizofrenia muestran dificultades no sólo para hacer deducciones sobre los estados mentales de otras personas, sino también para realizar atribuciones sobre los estados mentales propios (Brüne, 2003). En esta línea, diferentes revisiones concluyen que los pacientes con esquizofrenia tienen un rendimiento en pruebas de teoría de la mente que se sitúa más de una desviación estándar por debajo de la puntuación de sujetos control (Sprong, Schothorst, Vos, Hox y van Engeland, 2007).

Sin embargo, en cuanto a las relaciones entre neurocognición y teoría de la mente, los estudios son más escasos. Se ha encontrado una relación entre el rendimiento en tareas de teoría de la mente y memoria verbal (Greig, Bryson y Bell, 2004), funcionamiento ejecutivo (Langdon, Coltheart, Ward y Catts, 2001), y la presencia de deterioro cognitivo generalizado (Bora, Gökçen, Kayahan y Veznedaroglu, 2008).

En este trabajo se estudió la relación entre neurocognición, evaluada utilizando la MCCB con datos normativos de población española, y teoría de la mente en pacientes con esquizofrenia.

Método

Participantes

El estudio fue llevado a cabo con 39 pacientes diagnosticados de esquizofrenia según los criterios de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychriatric Association [APA], 1994) utilizando la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1995), de los cuales 29 eran varones (74,4%) y 10 mujeres (25,6%). La edad de los participantes estaba comprendida entre 26 y 59 años, con una media de 42,0 años (DT=9,0). El principal subtipo de esquizofrenia fue el paranoide (84,6%), y la edad media de inicio de la enfermedad fue de 23,8 años (DT=6,6). Los pacientes fueron remitidos de manera consecutiva por psiquiatras de un Centro de Salud Mental perteneciente al área sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Los pacientes se habían mantenido clínicamente estables durante un período de al menos 6 meses previo a su inclusión en el estudio. Todos estaban recibiendo medicación antipsicótica, y ninguno presentó criterios de abuso/dependencia de sustancias durante el último mes (excepto cafeína y nicotina). Los pacientes fueron incluidos después de dar su consentimiento informado, y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética.

Instrumentos

Para la evaluación neurocognitiva:

- *MATRICS Consensus Cognitive Battery* (MCCB) (Nuechterlein et al., 2008): Batería formada por 10 pruebas que evalúan los siguientes dominios cognitivos:
    1. Velocidad de procesamiento:
        - Trail Making Test (TMT), Part A. Prueba de trazado, Parte A.
        - Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS): Symbol Coding. Evaluación breve de procesos cognitivos en la esquizofrenia: Codificación de Símbolos.

- Category Fluency: Animal Naming. Fluencia semántica: Nombres de Animales.

2. Atención/vigilancia:
   - Continuous Performance Test-Identical Pairs (CPT-IP). Prueba de Ejecución Continua-Pares Idénticos, Versión para MATRICS.
3. Memoria de trabajo:
   - Wechsler Memory Scale-Third Edition (WMS-III): Spatial Span. Escala de Memoria de Wechsler-Tercera Edición: Amplitud de recuerdo especial.
   - Letter-Number Span (LNS). Amplitud de letras y números.
4. Aprendizaje verbal:
   - Hopkins Verbal Learning Test-Revised (HVLT-R). Prueba de Aprendizaje Verbal de Hopkins-Versión revisada.
5. Aprendizaje visual:
   - Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVMT-R). Prueba Breve de Memoria Visoespacial-Versión revisada.
6. Razonamiento y solución de problemas:
   - Neuropsychological Assessment Battery (NAB): Mazes. Batería de evaluación neuropsicológica: Laberintos.
7. Cognición social:
   - Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): Managing Emotions. Test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso: Manejo de las emociones.

Además, la MCCB ofrece una puntuación global con los 7 dominios cognitivos y una puntuación global en Neurocognición, utilizando los 6 dominios neurocognitivos y excluyendo el dominio Cognición social. Dado que el objetivo del presente estudio era analizar la relación entre neurocognición y teoría de la mente, se utilizó la puntuación global en Neurocognición, así como las puntuaciones en los 6 dominios neurocognitivos.

En su versión original, la MCCB ha mostrado tener buena fiabilidad test-retest y buena validez (Nuechterlein et al., 2008).

Para la evaluación de teoría de la mente:

- Theory of Mind (ToM) Picture Stories Task (Brüne, 2003): Se presentan 6 historias en forma de viñetas que el sujeto debe ordenar en una secuencia de acuerdo con su percepción de la situación. Evalúa creencias falsas de primer y segundo orden, la interpretación de comunicaciones metafóricas, mentiras o ironía y la comprensión emocional.
- Eyes Test (Baron-Cohen et al., 2001): Prueba visual de procesamiento emocional, relacionada con la percepción y utilización de las emociones. Consiste en 36 fotografías de la región de los ojos, realizadas a actores y actrices. Requiere el reconocimiento y comprensión de emociones en otros, a través de la mirada.

Procedimiento

A todos los participantes se les explicó la finalidad de la investigación y se les solicitó su consentimiento para formar parte de la misma.

Se confeccionó una entrevista en la que se recogieron aspectos sociodemográficos y clínicos (edad, género, estado civil, tratamiento farmacológico, edad de inicio de la enfermedad, etc.). Una vez finalizada la entrevista, se administraron los diez tests de la MCCB en el orden recomendado originalmente por los autores (Kern et al., 2008). Las puntuaciones directas obtenidas en la MCCB se estandarizaron a puntuaciones T utilizando los datos normativos de población española. En una segunda sesión, se concluye el estudio con la administración de las pruebas Eyes Test y ToM Picture Stories Task.

Plan de análisis estadístico: Para las variables cuantitativas se utilizaron la media y la desviación típica, y para las variables cualitativas, porcentajes. Para estudiar las relaciones entre la MCCB y las tareas de teoría de la mente se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson. Los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS v.21.0.

Diseño

Estudio transversal.

Resultados

En la Tabla 1 aparecen las puntuaciones obtenidas en las distintas pruebas de la MCCB, así como las puntuaciones en las tareas de teoría de la mente.

Tabla 1. Puntuaciones obtenidas en las pruebas neurocognitivas y de teoría de la mente.

	Pruebas	Rango de puntuaciones	Media (DT)
Velocidad de proceso	TMT	21-153	58,7 (30,6)
	BACS	9-59	35,4 (12,0)
	Fluency	9-29	17,3 (3,9)
Atención/vigilancia	CPT-IP*	0,3-2,9	1,8 (0,7)
Memoria de trabajo	WMS-III	5-21	13,5 (3,8)
	LNS	2-21	10,3 (4,7)
Aprendizaje verbal	HVLT-R	5-32	19,8 (6,5)
Aprendizaje visual	BVMT-R	0-30	16,8 (7,5)
Razonamiento y solución de problemas	NAB	1-26	11,3 (6,5)
Teoría de la mente	Eyes Test	0-26	17,9 (5,2)
	ToM Picture Stories Task	12-59	41,0 (13,2)

Nota. n=39, *n=38. TMT = Trail Making Test; BACS = Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia; Fluency = Fluencia semántica; CPT-IP = Continuous Performance Test-Identical Pairs; WMS-III = Wechsler Memory Scale-Third Edition; LNS = Letter-Number Span; HVLT-R = Hopkins Verbal Learning Test-Revised; BVMT-R = Brief Visuospatial Memory Test-Revised; NAB = Neuropsychological Assessment Battery; ToM Picture Stories Task = Theory of Mind Picture Stories Task. DT = desviación típica.

En la Tabla 2 se muestran las correlaciones entre la puntuación total en Neurocognición de la MCCB y las puntuaciones totales en el Eyes Test y ToM Picture

Stories Task. Los resultados muestran una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones totales de las distintas pruebas. También se muestran las correlaciones entre los distintos dominios neurocognitivos de la MCCB, el Eyes Test y ToM Picture Stories Task. Como puede apreciarse, la puntuación total en el Eyes Test correlaciona significativamente con los dominios cognitivos Velocidad de proceso, Memoria de trabajo, Aprendizaje visual, y Razonamiento y solución de problemas, pero no presenta correlaciones significativas con los dominios Atención/vigilancia o Aprendizaje verbal. Respecto a la puntuación total en la ToM Picture Stories Task, se encontraron correlaciones significativas con todos los dominios cognitivos de la MCCB, a excepción del Aprendizaje verbal.

Tabla 2. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones en la MCCB y las puntuaciones totales en el Eyes Test y ToM Picture Stories Task.

MCCB	*Eyes Test* Puntuación total	*ToM Picture Stories Task* Puntuación total
Neurocognición (puntuación total)	*0,426* *p=0,008*	*0,497* *p=0,001*
Velocidad de proceso	*0,401* *p=0,011*	*0,463* *p=0,003*
Atención/vigilancia	*0,211* *p=0,204*	*0,362* *p=0,026*
Memoria de trabajo	*0,368* *p=0,021*	*0,419* *p=0,008*
Aprendizaje verbal	*0,305* *p=0,059*	*0,175* *p=0,288*
Aprendizaje visual	*0,358* *p=0,025*	*0,609* *p<0,001*
Razonamiento y solución de problemas	*0,332* *p=0,039*	*0,379* *p=0,017*

Nota. MCCB = MATRICS Consensus Cognitive Battery; ToM Picture Stories Task = Theory of Mind Picture Stories Task; *p* = nivel de significación.

Discusión/Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio muestran una relación significativa entre el funcionamiento neurocognitivo y el rendimiento en tareas de la teoría de la mente en pacientes con esquizofrenia, de tal forma que un mejor funcionamiento neurocognitivo se relaciona con un mejor desempeño en pruebas de teoría de la mente. Estos resultados están en la misma línea que los publicados por Bora et al. (2008), quienes consideran que tareas cognitivas tales como el mantenimiento y posterior manipulación de la información serían capacidades necesarias para poder completar con éxito tareas de teoría de la mente.

Con un análisis más detallado de nuestros resultados se observa que las puntuaciones globales en el Eyes Test y la ToM Picture Stories Task correlacionan de manera significativa con cuatro dominios cognitivos: Velocidad de proceso, Memoria de trabajo, Aprendizaje visual, y Razonamiento y solución de problemas. Además, la puntuación global en la ToM Picture Stories Task también correlaciona significativamente con el dominio Atención/vigilancia. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en el estudio de Bengochea et al. (2011), donde se encontró que la teoría de la mente está relacionada con habilidades cognitivas básicas como la atención y la memoria, y se amplió esta relación a velocidad de procesamiento, aprendizaje visual, y razonamiento y solución de problemas.

Respecto a las limitaciones de este estudio, ha de señalarse el tamaño de la muestra. Por otro lado, aunque la MCCB es una batería neurocognitiva de consenso estandarizada, de amplia difusión y validada en nuestro medio, para el estudio de la teoría de la mente no existen instrumentos de evaluación claramente consensuados, estandarizados y validados. Por ello, se han utilizado 2 de las tareas más ampliamente utilizadas en la literatura para evaluar teoría de la mente.

Como conclusión, cabe señalar la existencia de una importante relación entre neurocognición y teoría de la mente, y se plantea una posible relación diferencial entre determinados dominios neurocognitivos y ciertos aspectos de teoría de la mente.

Agradecimientos

Trabajo realizado en parte gracias al PI080514 (Fondo de Investigaciones Sanitarias, FIS), al Gobierno Regional de Madrid (S2010/BMD-2422 AGES) y Fondos

Estructurales de la Unión Europea, al Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) del Instituto de Salud Carlos III, y al Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12).

Referencias

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washintong, DC: American Psychiatric Association.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. y Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(2), 241-251.

Bengochea, R., Gil, D., Fernández, M. y Arrieta, M. (2011). Teoría de la mente en esquizofrenia y su relación con otras variables. *Rehabilitación psicosocial, 8*, 15-22.

Bora, E., Gökçen, S., Kayahan, B. y Veznedaroglu, B. (2008). Deficits of social-cognitive and social-perceptual aspects of theory of mind in remitted patients with schizophrenia: effect of residual symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(2), 95-99.

Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research, 60*(1), 57-64.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.B.W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Greig, T.C., Bryson, G.J. y Bell, M.D. (2004). Theory of mind performance in schizophrenia: diagnostic, symptom, and neuropsychological correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(1), 12-18.

Kern, R.S., Nuechterlein, K.H., Green, M.F., Baade, L.E., Fenton, W.S., Gold, J.M., Keefe, R.S., Mesholam-Gately, R., Mintz, J., Seidman, L.J., Stover, E. y Marder, S.R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 2: co-norming and standardization. *The American Journal of Psychiatry, 165*(2), 214-220.

Langdon, R., Coltheart, M., Ward, P.B. y Catts, S.V. (2001). Mentalising, executive planning and disengagement in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry, 6*(2), 81-108.

Nuechterlein, K.H., Green, M.F., Kern, R.S., Baade, L.E., Barch, D.M., Cohen, J.D., Essock, S., Fenton, W.S., Frese, F.J. 3rd, Gold, J.M., Goldberg, T., Heaton, R.K., Keefe, R.S., Kraemer, H., Mesholam-Gately, R., Seidman, L.J., Stover, E., Weinberger, D.R., Young, A.S., Zalcman, S. y Marder, S.R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection, reliability, and validity. *The American Journal of Psychiatry, 165*(2), 203-213.

Rodriguez-Jimenez, R., Bagney, A., Garcia-Navarro, C., Aparicio, A.I., Lopez-Anton, R., Moreno-Ortega, M., Jimenez-Arriero, M.A., Santos, J.L., Lobo, A., Kern, R.S., Green, M.F., Nuechterlein, K.H. y Palomo, T. (2012). The MATRICS consensus cognitive battery (MCCB): co-norming and standardization in Spain. *Schizophrenia Research, 134*(2-3), 279-284.

Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. y van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 191*, 5-13.

RESPUESTA EMOCIONAL EN PSICOSIS AGUDA

Alicia Ruiz-Toca*, Ana Rosa González-Barroso y Guillermo Lahera****

**Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, Spain*

***Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, Spain*

Resumen

Antecedentes: El procesamiento emocional, como componente de la cognición social, está alterado en la esquizofrenia. Los resultados sobre la respuesta subjetiva a estímulos emocionales indican una respuesta a veces aplanada, a veces aberrante. El propósito de este trabajo es estudiar dicha respuesta emocional en la fase aguda. El objetivo, por tanto, es analizar el patrón de respuesta a imágenes afectivas en pacientes con psicosis aguda. **Método:** 31 pacientes con diagnóstico de descompensación psicótica y 28 controles sanos fueron evaluados en una tarea de reactividad emocional a estímulos afectivos. Se utilizaron imágenes del *International Affective Picture System* y del *Emotion Recognition Test*, pidiendo a los participantes que las evaluaran en Valencia, Arousal y Dominancia utilizando el instrumento *Self Assessment Manikin*. **Resultados:** No se encontraron diferencias en los grupos en función de sexo, edad, estado civil o convivencia. Valencia: Los pacientes veían las imágenes positivas menos placenteras (t=-2,365; p=0,021; t=-3,182 p=0,003); las negativas, menos negativas (t=2.193, p=0.003) y las neutras, dependían del componente social. Percibían las imágenes neutras sociales más placenteras que los controles (t=2.322 p=0.025) y las no sociales, más displacenteras (t=-2.425 p=0.020). Arousal: Los pacientes evaluaban las imágenes positivas y negativas menos activadoras que los controles (positivas: t=-3,210 p=0,002; negativas: t= -3,873 p=0,000; t=-3,387 p= 0,00)**.** Dominancia: No se encontraron diferencias significativas. Se encontraron diferencias en imágenes de felicidad (más placenteras y menos activadoras), miedo (más placentera y menos control) y en imágenes que no mostraban emoción (menos placenteras). **Conclusiones:** El patrón de respuesta a imágenes afectivas en personas con psicosis aguda es diferente a aquel de personas sin patología. Los resultados apuntan a un hipoactivación en imágenes positivas y negativas y una desregulación en estimulación neutral o ambigua.

Palabras clave: Psicosis aguda, respuesta emocional, cognición social, saliencia.

EMOTIONAL RESPONSE IN ACUTE PSYCHOSIS

Abstract

Background: Emotional processing (social cognition component) is altered in schizophrenia. The subjective response to emotional stimuli seems to be flattened or aberrant, depending on the study, which have always focused on stable or chronic phases of the illness. The aim of the present study is to answer the question about the emotional response in acute phases. The objective is to analyze the subjective response pattern to emotional pictures in patients with acute psychotic. **Method:** 31 patients with acute psychosis (without cognitive impairment) and 28 healthy controls were assessed in an emotional-response task using pictures from the *International Affective Picture System* and *Emotion Recognition Test*. They were asked to assess the pictures in valence, arousal and dominance with the *Self Assessment Manikin.* **Results:** There were found no differences in gender, age, civil state or cohabitation between the groups. Valence: Patients saw positive pictures less positive (t=-2,365; p=0,021; t=-3,182 p=0,003); negative pictures less negative (t=2.193, p=0.003) and neutral pictures depending on the social component. They perceived social neutral images more pleasant (t=2.322 p=0.025) and non-social pictures more unpleasant than control group (t=-2.425 p=0.020).Arousal: Patients assessed positive and negative pictures less activating than controls (positive: t=-3,210 p=0,002; negative: t= -3,873 p=0,000; t=-3,387 p= 0,00). Dominance: No differences were found in dominance. Differences between groups were found in pictures of happiness (more pleasant and less activating), fear (more pleasant and less control) and no emotion pictures (less pleasant) **Conclusions:** The response pattern to affective pictures in people with acute psychosis is different to the one of the people without pathology. Results point to a subjective hipoactivation in positive and negative pictures and a deregulation in neutral/ambiguous stimuli.

Keywords: Acute psychosis, emotional response, social cognition, salience.

Introducción

La psicosis es un fenómeno subjetivo de la mente que incluye la presencia de sintomatología alucinatoria y/o delirante, caracterizada fundamentalmente, por la desconexión del individuo de la realidad. Tiene como base neurobiológica común la hiperdopaminergia mesolímbica y las alteraciones de los receptores D1 y D2 presinápticos, (Murray, Lappin y Di Forti, 2008). Esta disregulación de la transmisión de dopamina permite que estímulos neutros o irrelevantes se conviertan en salientes (Heinz y Schlagenhauf, 2010), es decir, de mayor relevancia perceptiva. El concepto de saliencia se refiere a un proceso mental, relacionado con los circuitos dopaminérgicos del aprendizaje de la recompensa (Kapur y Mamo, 2003), gracias al cual determinados objetos percibidos atraen el foco de la atención, incorporándose así al pensamiento y a la conducta (Vargas y Lahera, 2011). Ejemplos de situaciones en las que un estímulo puede ser considerado saliente son la novedad, la distintividad y la asociación emocional o motivacional.

La asignación errónea de un significado afectivo a estímulos neutros podría estar relacionada con disfunciones presentes en los trastornos del espectro psicótico, tales como los problemas en el procesamiento emocional que presentan las personas con esta patología (Cohen y Minor, 2010); la propia ideación delirante (Roiser et al., 2009) o los déficits en cognición social y los problemas de funcionamiento psicosocial que estos conllevan (Edwards, Jakson y Pattison, 2002).

Estudios previos indican que las personas con esquizofrenia puntúan las imágenes de valencia positiva menos agradables que los sujetos control (Paradiso et al., 2003) pero tan activadoras como los individuos sin esquizofrenia (Heerey y Gold, 2007). Puntúan las imágenes negativas igual de desagradables pero menos activadoras (Curtis, Lebow, Lake, Katsanis y Iacono, 1999) y puntúan los estímulos neutros como más desagradables y más activadores (Jensen et al., 2008). Los efectos de hipoactivación ante estímulos negativos como la hiperactivación ante estímulos neutros se dan con mayor intensidad en los casos en los que las imágenes tienen contenido social (Sander, Koenig, Georgieff, Terra, y Franck, 2005).

La mayor parte de los estudios publicados hablan de alteraciones encontradas en esquizofrenia crónica o en fase de estabilización, siendo las fases activa o de recaída menos estudiadas. Es por ello que el estudio en población con psicosis aguda resultaría

de gran interés, tanto para comprobar las anomalías que permanecen constantes a lo largo de la enfermedad, como las que muestran un posible patrón distintivo.

El objetivo de este estudio es evaluar la respuesta subjetiva (respuesta autoinformada) a estímulos visuales emocionales (imágenes positivas y negativas) y neutros en sujetos con psicosis aguda.

Método

Participantes

Se reclutaron 31 pacientes que cumplían los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision* (DSM-IV-TR) para esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico breve o trastorno psicótico no especificado, que se encontraban ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares con diagnóstico de descompensación psicótica. Los criterios de exclusión para estos grupos fueron: diagnóstico de psicosis debida a enfermedad médica o psicosis debida a consumo de sustancias; traumatismo craneoencefálico (TCE), enfermedad neurológica, defecto visual o condición médica que afecte a su rendimiento cognitivo. Se exigió el consentimiento informado del paciente. Los sujetos podían abandonar o ser retirados del estudio por los investigadores o profesionales por cuestiones clínicas.

De la misma forma, se reclutaron 29 sujetos control. Los sujetos no tenían ningún diagnóstico psiquiátrico actual ni pasado, según el DSM-IV-TR, no tomaban medicación psiquiátrica, no estaban en tratamiento ambulatorio y no tenían historia de TCE, defecto visual o condición médica que afectara a su rendimiento cognitivo o a la firma del consentimiento informado de participación en el estudio.

Los sujetos tenían entre 18 y 65 años y carecerán de antecedentes de consumo de tóxicos en los últimos 12 meses.

Materiales/Instrumentos

Con el objetivo de analizar la respuesta subjetiva, se midieron las variables; valencia, arousal y dominancia, pidiéndole a los sujetos que puntuaran cada imagen en función de éstas variables. Los materiales e instrumentos empleados fueron:

- *Screen for cognitive impairment in psychiatry* (SCIP) (Purdon, 2005). Es una escala de estado cognoscitivo general, de pacientes con esquizofrenia. Se utilizó como instrumento de screening para seleccionar sujetos sin deterioro cognitivo. Su versión española (SCIP-S) presentó fiabilidad test-retest de 0,74-0,90 y una consistencia interna (alpha de Crombach) de 0,73 (Pino et al., 2008).
- *International Affective Picture System* (IAPS) (Lang, Bradley y Cuthbert, 1999). El IAPS cuenta con estímulos objetivos y calibrados, es ético, rápido de administrar y posee validez ecológica (Moltó et al., 1999). Esto lo convierte en el instrumento más útil, fiable y válido para el estudio experimental de las emociones (Jayaro, De la Vega, Díaz-Marsá, Montes y Carrasco, 2008). Se seleccionaron 24 imágenes siguiendo el procedimiento de otras investigaciones (Sánchez-Navarro, Martínez-Selva, Torrente y Román, 2008). Las imágenes escogidas fueron divididas de acuerdo con los datos normativos en población española en 3 categorías diferentes: a) Fotografías con baja valencia (displacenteras) y alta activación (POSITIVAS); b) Fotografías con alta valencia (placenteras) y alta activación (NEGATIVAS); c) Fotografías con valencia intermedia (neutras) y baja activación (NEUTRAS).
- *Penn Emotion Recognition Test* (ER40), (Gur et al., 2002). Es una prueba estandarizada de 40 fotografías, donde los sujetos identifican la emoción correspondiente entre cinco posibles: felicidad, tristeza, ira, miedo o expresiones emocionales neutras. Se seleccionaron 20 imágenes del ER40, que constituían junto con las imágenes del IAPS, la batería de estímulos afectivos que los sujetos tenían que valorar. Este instrumento presenta una fiabilidad test-retest de 0,80 en controles y 0,76 en pacientes. El análisis de su distribución muestra que el instrumento está libre de efecto techo y suelo (Carter et al., 2009).
- *Self Assessment Manikin* (SAM), (Bradley y Lang, 1994). Es un instrumento autoaplicado que utiliza imágenes del IAPS y del ER40. Cada imagen se valora en tres dimensiones bipolares afectivas: valencia, activación y control. El coeficiente de fiabilidad para el SAM está en el rango 0.55-0.78 y la validez concurrente, de 0.56 a 0.87 (Nazari, Nabizadeh, Vahedi y Rostami, 2012).

Procedimiento

En primer lugar se procedió a la recogida de datos clínicos y psicosociales así como la firma del consentimiento informado por parte del sujeto.

En segundo lugar, se llevó a cabo la evaluación de la respuesta subjetiva a las imágenes emocionales (imágenes tanto del IAPS como del ER40) en las variables: valencia, arousal y dominancia mediante el cuestionario autoaplicado SAM. Para ello, se proyectaron las imágenes en una pantalla de ordenador a 50 cms de distancia del sujeto.

Diseño

Se trata de un estudio analítico observacional trasversal con un diseño del tipo caso-control, que evalúa la respuesta subjetiva a estímulos emocionales en un grupo de pacientes con psicosis aguda y en un grupo control.

Resultados

No se encontraron diferencias en los grupos en función de sexo (p= 0,162), edad (p= 0,661), estado civil (p= 0,801) o convivencia (p= 0,882). Tampoco se hallaron diferencias significativas en las respuestas en función del diagnóstico previo del paciente (p= 1,00).

En la variable valencia, los pacientes percibían las imágenes positivas menos placenteras que los controles, tanto sociales (t= -2,365, p= 0,021) como no sociales (t= -3,182, p= 0,003). Puntuaban las imágenes negativas sociales, como menos negativas (t= 2,193, p= 0,003) y no se encontraron diferencias en las imágenes negativas no sociales (t= 1,912, p= 0,061). Valoraron las imágenes neutras sociales como más placenteras (t= 2,322, p= 0,025) y las imágenes neutras no sociales menos placenteras (t= -2,425, p= 0,020).

En la variable arousal, los pacientes evaluaban las imágenes positivas sociales (t= -3,210, p= 0,002), negativas sociales (t= -3,873, p= 0,000) y negativas no sociales (t= -3,387 y p= 0,000), menos activadoras que los controles**.** No había diferencias en la imágenes neutras sociales (t= 0,284, p= 0,777), neutras no sociales (t= -1,702, p= 0,094) ni positivas no sociales (t= -0,563, p= 0,576).

En la variable dominancia no se encontraron diferencias significativas en imágenes positivas sociales (p= 0,883), positivas no sociales (p= 0,248), negativas sociales (p= 0,197), neutras sociales (p= 0,474), o neutras no sociales (p= 0,116). Las imágenes negativas no sociales (t= 2,241, p= 029) se percibieron con mayor control.

En la prueba ER40 las imágenes de alegría se percibían más placenteras (t= 3,158, p= 0,003). Se vieron displacenteras; las imágenes de miedo (t= -6,182, p= 0,000) y las imágenes sin emoción (t= -2,844, p= 0,007). Las imágenes de tristeza (t= -2,390, p= 0,20), y enfado (t= -3,905, p= 0,00) se valoraron menos activadoras. Las imágenes de miedo se percibían con menos control (t= -3,233, p= 0,002).

Discusión y conclusiones

Los resultados de este estudio muestran una hipoactivación en imágenes positivas y negativas y una desregulación ante estimulación neutral o ambigua. Esto estaría en la línea de las investigaciones previas, que apuntaban a una hipoactivación también en la fase estable de la enfermedad (Hempel et al., 2005). Los pacientes valoraban las imágenes neutras sociales como más placenteras y las imágenes neutras no sociales menos placenteras. Esto podría explicarse a través de la teoría de la asignación de relevancia (Kapur y Mamo, 2003), de forma que la atribución aberrante se produce en aquellos estímulos que no están asociados fuertemente con una cualidad positiva o negativa. Se comprueba, además, que esto ocurre independientemente del diagnóstico previo del paciente; pudiendo señalar una atribución errónea de saliencia durante el fenómeno psicótico, más allá del diagnóstico categorial. Si bien esto debería comprobarse en estudios con mayor tamaño muestral, para asegurar que la falta de diferencias no está relacionado con esta limitación.

Encontramos el tamaño muestral, por tanto, como una de las limitaciones del estudio, ya que es pequeño para obtener un buen tamaño del efecto. Sin embargo, el hecho de obtener los resultados significativos a pesar de éste, nos permite ser optimistas respecto la dirección hacia la que apuntan. Se requerirían estudios posteriores ampliando la muestra con el fin de contrastar si los resultados que en este momento no presentan diferencias significativas lo harían ampliando la muestra. Por otro lado, quedan poco controlados los efectos de la medicación de los pacientes. Dicha limitación

puede abordarse técnicas de post análisis, ya que se registró la pauta de medicación en el momento de la evaluación.

La conclusión fundamental de este trabajo es la presencia de un patrón de respuesta a imágenes afectivas en personas con psicosis aguda diferente de aquellas sin patología mental.

Referencias

Bradley, M.M., y Lang, P. J. (1994). Measuring emotion: The Self-Assessment Manikin and the semantic differential. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *25*, 49-59.

Carter, C.S., Barch, D.M., Gur, R., Gur, R., Pinkham, A. y Ochsner, K. (2009). CNTRICS final task selection: social cognitive and affective neuroscience-based measures. *Schizophrenia Bulletin, 35*, 153-162.

Cohen, A.S. y Minor, K.S. (2010). Emotional experience in patients with schizophrenia re-visited: meta-analysis of laboratory studies. *Schizophrenia Bulletin*, *36*, 143-150.

Curtis, C.E., Lebow, B., Lake, D.S., Katsanis, J. y Iacono, W.G. (1999). Acoustic startle reflex in schizophrenia patients and their first-degree relatives: evidence of normal emotional modulation. *Psychophysiology*, *36*, 469–475.

Edwards, J., Jackson, H.J. y Pattison, P.E. (2002). Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review. *Clinical Psychology Review*, *22*, 789-832.

Gur, R.C., Sara, R., Hagendoorn, M., Marom, O., Hughett, P., Macy, L., Turner, T., Bajcsy, R., Posner, A., y Gur, R.E. (2002). A method for obtaining 3-dimensional facial expressions and its standardization for use in neurocognitive studies. *Journal of Neuroscience Methods. 115*, 137-143.

Heerey, E. y Gold, J. (2007). Patients with schizophrenia demostrate dissociation between affective experience and motivated behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 268-278.

Heinz, A. y Schlagenhauf, F. (2010*).* Dopaminergic dysfunction in schizophrenia: Salience attribution revisited. *Schizophrenia Bulletin*, *36*, 472–485.

Hempel, R.J., Tulen, J.H., Van Beveren, N.J, Van Steenis, H.G., Mulder, P.G. y Hengeveld, M.W. (2005). Physiological responsivity to emotional pictures in schizophrenia. *Journal of Psychiatry Research, 39,* 509-518.

Jayaro, C., De la Vega, I., Díaz-Marsá, M., Montes, A. y Carrasco, J.L. (2008). The use of the International Affective Picture System for the study of affective dysregulation in mental disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría, 36,* 177-182.

Jensen, J., Willeit, M., Zipursky, R.B., Savina, I., Smith, A.J., Menon, M., Crawley, A.P. y Kapur, S. (2008). The formation of abnormal associations in schizophrenia: neural and behavioral evidence. *Neuropsychopharmacology*, *33*, 473–479.

Kapur, S. y Mamo, D. (2003). Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry Program in Neuropsychopharmacological. *Biological Psychiatry, 27,* 1081-1090.

Lang, P.J., Bradley, M.M. y Cuthbert, B.N. (1999). *International affective picture system (IAPS): Technical manual and affective ratings*. Gainesville: The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.

Moltó, J., Montañés, S., Poy, R., Segarra, P., Pastor, M.C., Tormo, M.P., Ramirez, I., Hernández, M.A., Sánchez, M., Fernández, M.C. y Vila, J. (1999). Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Picture System (IAPS), adaptación española. *Revista de Psicología General Aplicada, 52*, 55-87.

Murray, R.M., Lappin, J. y Di Forti, M. (2008). Schizophrenia: from developmental deviance to dopamine dysregulation. *European Neuropsychopharmacology, 18,* 129–134.

Nazari, M.A., Nabizadeh, C.G., Vahedi, S., y Rostami, M. (2012). Validity and realibility of Self Assessment Manikin. *Research in psychological Health, 6,* 52-61.

Paradiso, S., Andreasen, N.C., Crespo-Facorro, B., O'Leary, D.S., Watkins, G.L., Boles-Ponto, L.L. y Hichwa, R.D. (2003). Emotions in unmedicated patients with schizophrenia during evaluation with positron emission tomography. *American Journal of Psychiatry, 160,* 1775–1783.

Pino, O., Guilera, G., Rojo, J.E., Gómez-Benito, J., Bernardo, M., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M.J., Franco, M., Martinez-Aran, A., Segarra, N., Tabarés-Seisdedos, R., Vieta E., Purdon, S.E., Díez, T. y Rejas, J. (2008). Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 99,* 139-148.

Purdon, S.E. (2005). *The Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP): instructions and three alternate forms*. Edmonton: PNL, Inc.

Roiser, J.P., Stephan, K.E., Den Ouden, H.E.M., Barnes, T.R.E., Friston, K.J. y Joyce, E.M. (2009). Do patientes with schizophrenia exhibit aberrant salience?. *Psychological Medicine, 39,* 199-209.

Sánchez-Navarro, J.P., Martínez-Selva, J.M., Torrente, G. y Román, F. (2008). Psychophysiological, behavioral and cognitive indices of the emotional response: a factor-analytic study. *Spanish Journal of Psychology, 11,* 16-25.

Sander, D., Koenig, O., Georgieff, N., Terra, J.L. y Franck, N. (2005). Emotional processes in schizophrenia: investigation of the evaluative component. *Encephale, 31,* 672-682.

Vargas, M.L. y Lahera, G. (2011). A proposal for translating the English term "Salience" into Spanish. *Actas Españolas de Psiquiatría, 39,* 271-282.

TRASTORNO PSICÓTICO, CONSUMO DE TÓXICOS Y EXCLUSIÓN SOCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan José García-Orozco, Jon Iñaki-Etxeandia y Mª Aída Andreu-Lledó

Residente de la especialidad de Psiquiatría (MIR). Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Valencia, España

Resumen

Antecedentes: Existe abundante bibliografía que recoge la concurrencia existente entre personas con trastornos psicóticos, el consumo de tóxicos, y la situación de exclusión social en la que frecuentemente se encuentran. Esto plantea a nivel asistencial un mayor reto terapéutico, ya que el abordaje debe ser de carácter integral y coordinado por parte de las unidades de salud mental junto con los servicios sociales y legales. **Método:** El caso trata de una señora de 40 años, soltera, natural de Castilla, que acude traída por servicios sociales tras verse envuelta en un altercado en la vía pública, a Urgencias del Hospital Clínico de Valencia. En la exploración se constata sintomatología delirante activa, sin poder precisar el inicio ni la existencia de remisiones previas; un consumo de alcohol y de drogas sintéticas ocasionalmente; y un deterioro del estado nutricional e higiénico importante. **Resultados:** Tras proceder al ingreso en la sala de agudos de psiquiatría del hospital referido, se contactó con servicios sociales para filiar y legalizar la situación de la paciente, así como para contactar con la familia. Desde el punto de vista terapéutico, se ensayaron diferentes antipsicóticos atípicos, con pobre resultado clínico, para finalmente instaurar un antipsicótico típico que consiguió controlar la sintomatología psicótica productiva, así como contener la impulsividad de la paciente sin efectos adversos. Además se realizó psicoeducación y terapia cognitivo-conductual. Tras la estabilización clínica, se remitió a servicios sociales que se encargaron de seguir asistiéndola y acompañándola a las posteriores visitas con el psiquiatra (a las dos, cuatro, ocho y doce semanas), donde se constató un buen ajuste psicosocial y persistencia de la estabilidad clínica. **Conclusión:** Es importante señalar la necesidad de ajustar y personalizar la intervención practicada, así como la importancia de la coordinación interdisciplinar para abordar con éxito la problemática multifocal de muchos enfermos mentales.

Palabras clave: Antipsicóticos, drogas, exclusión, psicótico, terapia.

PSYCHOTIC DISORDER, TOXICS CONSUMPTION AND SOCIAL EXCLUSION. APROPOS OF A CASE

Abstract

Background: There is a huge bibliography about the concurrence among people with psychotic disorders, drug consumption and the social exclusion from which these people frequently suffer. This poses a bigger therapeutic challenge at the care provider level, since this approach by mental health units along with social and legal services has to be integral and coordinated. **Method:** The case is about a forty-year-old single woman from Castilla, who was brought by social services to the Emergency Room of the Hospital Clinico of Valencia, after being implicated in a street's quarrel. During the examination, it had been established that she was suffering from active delusional symptoms, even if we could not determine the origin or the existence of previous remissions; an occasional alcohol and synthetic drug consumption; and a deterioration of the hygienic and nutritional state. **Outcomes:** After we admitted her into the acute admission unit of psychiatry of said hospital, Social Services were contacted to file and certify the patient's situation, as well as get in touch with the family. From a therapeutic perspective, several atypical antipsychotics have been tried with poor clinical results. So eventually we implemented a typical antipsychotic which succeeded in controlling the productive psychotic symptoms and contain the patient's psychotic impulsiveness without causing side effects. Furthermore, psychoeducation and cognitive behavioral therapy have been carried out. After she was clinically stabilized, she was entrusted to Social Services who saw to her needs and who accompanied her for future visits to the psychiatrist (every two or four weeks), where a good psychosocial adaptation and a persistent clinical stability were noted. **Conclusion:** It is important to point out the need to adjust and personalize the intervention, as well as the importance of interdisciplinary coordination in order to successfully deal with the multisided problems of many mentally ill people.

Keywords: Antipsychotic, drugs, exclusion, psychotic, therapy.

Introducción

Los pacientes con trastorno psicótico a menudo presentan trastornos por uso y abuso de sustancias (Casas y Guardia, 2002). Además de ello, en otros muchos casos, sufren una marginación y aislamiento social que los relega a la mendicidad. El consumo de sustancias junto con su patología de base, sumado a la situación de marginación social, dificulta el curso, el pronóstico y el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.

Con este trabajo pretendemos analizar el caso de una paciente que presenta una clínica delirante, consumo ocasional de tóxicos y que se encuentra en una situación de mendicidad y exclusión social y como un abordaje biopsicosocial y coordinado entre diferentes dispositivos sociosanitarios puede lograr, como en este caso, una recuperación de la salud y funcionalidad inter e intrapersonal así como la reintegración en el marco social.

Método

Participantes

La participante es una paciente mujer, de 40 años que acudió a las urgencias de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia en febrero de 2014 y que posteriormente fue ingresada en la Sala de Agudos de psiquiatría de dicho hospital.

Materiales

Los materiales utilizados han sido por un lado pruebas médicas como el TAC (Tomografía Axial Computarizada) y análisis sanguíneos y hormonales, así como la entrevista clínica diagnóstica y terapéutica realizada con la paciente.

Para la formulación del problema se empleó fundamentalmente la entrevista clínica, mediante diferentes entrevistadores (médicos adjuntos y residentes de psiquiatría y psicología).

Para la realización del diagnóstico se han tenido en consideración los criterios de las clasificaciones actuales del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2003) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

Procedimiento

El procedimiento realizado para este trabajo, ha sido la valoración y realización de una historia clínica dividida en 4 sesiones de una hora cada una mientras la paciente estuvo ingresada en la Sala de Agudos de Psiquiatría. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y una formulación integral desde una aproximación multidisciplinar considerando la problemática, psicológica, biológica y social.

Posteriormente se ha hecho un revaloraciones de entre 30-60 minutos diarios en entrevistas clínicas, así como se ha contactado y realizado entrevistas con familiares (madre) tanto de manera presencial como por vía telefónica y se ha llevado a cabo una estrecha colaboración con los servicios sociales del hospital, para abordar la problemática social.

Diseño

Se trata de un estudio experimental intrasujeto, sin cegar, con N=1 donde se ensayaron diferentes intervenciones farmacológicas manteniendo la misma intervención terapéutica de corte cognitivo-conductual si bien la intervención en los momentos agudos predominaba el polo conductual y conforme se produjo la remisión sintomática, se otorgó mayor importancia al polo cognitivo. Es importante señalar también, que se obtuvo el consentimiento informado de manera verbal por parte de la paciente, tras serle explicada la finalidad de la información recogida y como sería empleada además de para mejorar su asistencia clínica para realizar el presente trabajo

Resultados

Se van a describir algunos datos de interés de su biografía e historia clínica que nos aportarán claridad y nos servirán para comprender el caso.

La paciente acude a Urgencias de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia, traída por los servicios sociales tras protagonizar un altercado en la vía pública. Las conductas y síntomas que manifestaba en urgencias así como en los primeros momentos del inicio de su hospitalización en Sala de Agudos de Psiquiatría eran: actitud irritable y poco colaboradora; discurso ininteligible y con tintes paranoides; alucinaciones auditivas en segunda y tercera personas, de perjuicio, control de la voluntad y los sentimientos; falsas identificaciones delirantes que incluían delirio

de Fregoli y Capgras e intermetamorfosis (Sims, 2008); y síntomas físicos de desnutrición y desaseo que coincidían con su situación de vivir en la indigencia que refería la propia paciente. Además, ésta refirió haber consumido de forma ocasional y cuando se la proporcionaban otros indigentes, una sustancia psicoactiva ilegal conocida como "segador" junto con alcohol. Negaba el consumo de otros tóxicos.

Por otro lado, algunos datos significativos de su biografía son que era natural de Castilla (Palencia), la tercera en una fratría de cuatro hijos/as, comenzó a estudiar grados formativos en la adolescencia, sin llegar a finalizaros y es en este momento donde empezó a manifestar comportamientos socialmente inadecuados (beber en exceso siendo menor de edad, conductas exhibicionistas de caracteres sexuales...) por lo que fue expulsada del domicilio familiar por sus padres. Desde entonces cambió de domicilio frecuentemente a lo largo de la geografía española y llegó a contactar con centros de desintoxicación sin mucho éxito en las terapias. Finalmente se estableció en Valencia desde hace dos años hasta el momento presente. Destaca también, que tres años antes del ingreso que se describe, había dado a luz a una hija, producto de una relación esporádica, y que dado su situación socioeconómica, ésta le fue retirada a los tres meses de edad por los servicios sociales habiéndole sido otorgada la custodia a la madre de la paciente que reside en Palencia.

Tras realizar la evaluación correspondiente, se considera que la paciente padece un Trastorno Psicótico de inicio en la juventud patobiografía es desconocida, pero que persiste hasta la actualidad, probablemente éste asienta sobre unos rasgos disfuncionales de personalidad marcados por la suspicacia y la desconfianza e independiente del consumo de sustancias, ya que tras largo período de abstinencia continúan las ideas delirantes y las alucinaciones. Por tanto el diagnóstico sería: Esquizofrenia paranoide crónica; diagnóstico aplazado en el eje II; situación de exclusión social y marginalidad; y desnutrición.

Durante el ingreso la evolución fue tórpida durante las primeras semanas, aunque finalmente se produjo la mejoría clínica. La paciente tenía una trama delirante construida tras años de evolución de su enfermedad, en la que había incluido a otros indigentes que convivían en su misma zona urbana, a sus familiares de Palencia, al padre de su hija, a servicios sociales, a la policía, etc. Por suerte, no se encontraba incluido el colectivo sanitario dentro de la trama delirante.

A nivel farmacológico, se ensayaron varias medicaciones antipsicóticas de última generación, siendo la respuesta insuficiente a pesar de emplear politerapia de potenciación y dosis altas de dichos fármacos. Finalmente se optó por el empleo de un neuroléptico más antiguo, considerado "típico" con vía de administración inyectable, la flufenazina, administrada a dosis de 100mg/inyección cada cuatro semanas, lo que consiguió una espectacular mejoría de la paciente, cuando la previsión de recuperación funcional disminuía progresivamente así como las esperanzas del equipo asistencial, con cada día que permanecía ingresada.

En cuanto a la terapia psicológica, aunque siempre se mantuvo un enfoque de corte cognitivo-conductual, en la situación aguda predominó el polo conductual, estableciendo contingencias con la paciente y aplicando consecuentemente los refuerzos oportunos. Posteriormente una vez comenzó a mejorar la clínica psicótica, predominó más el polo cognitivo, por lo que se realizaron varias sesiones de psicoterapia psicoeducativa y de reestructuración cognitiva de pensamientos y creencias distorsionadas, lo que favoreció enormemente la intervención social con la paciente.

Por lo que respecta a la intervención de servicios sociales, se realizaron varios intentos de pacto entre éstos y la paciente, siendo frustrados todos mientras permanecía activa la clínica delirante. Una vez mejoró ésta, y tras la terapia psicológica, se produjeron varios encuentros entre las dos partes, que resultaron muy beneficiosos para la paciente, ya que le proveyeron de asilo al alta hospitalaria e iniciaron los trámites para proveerla de documentación y legalizar su situación a fin de conseguir su reinserción social.

Tras las intervenciones practicadas durante las seis semanas que duró el ingreso, se firmó el alta de la paciente, con seguimiento en Consultas Externas de Salud Mental y por parte de Servicios Sociales.

Finalmente tras contactar en varias ocasiones, con la paciente y el psiquiatra de consultas externas que la sigue, se confirma la remisión clínica y la mejoría funcional que sigue presente hasta el momento actual, transcurridos ocho meses de la intervención anteriormente descrita. La paciente está en trámites de una pensión por minusvalía y de trasladarse a Palencia a vivir con su madre y su hija de cuatro años.

Conclusiones

Se pueden extraer varias conclusiones del caso expuesto.

Por un lado el fracaso de neurolépticos de última generación y la buena respuesta de la paciente a uno más antiguo considerado de los "típicos", nos lleva a afirmar que: no siempre "lo nuevo" es sinónimo de "mejor", por ello es necesario individualizar el tratamiento en cada paciente.

Por otro lado, el saber adaptar el tipo de intervención psicológica a la situación clínica en que se encuentra la paciente, permite que se maximice el beneficio de dicha intervención y que se logren los objetivos terapéuticos deseables, a pesar de la gravedad de la sintomatología clínica que pueda presentar el sujeto.

El punto más importante a señalar cómo un abordaje integral y conjunto desde una perspectiva biopsicosocial, puede lograr que una paciente con múltiples problemas en diferentes esferas, llegue a conseguir una remisión clínica y funcionalidad social mayor de la que en un primer momento parecía poder esperarse y que finalmente revirtió en un aumento notable en la calidad de vida de la paciente.

A pesar de lo referido, todavía quedan muchas incógnitas sin resolver, como por qué respondió a una medicación y no a otra y como se podría predecir la respuesta antes de tratar a los pacientes o cuando iniciar la terapia psicológica y personalizarla según el perfil y las necesidades del paciente, así como también el poder desarrollar estrategias preventivas para evitar las situaciones de marginalidad y exclusión social.

Por ello las líneas de investigación futuras debería ir encaminadas a los puntos reseñados, ya que aunque se ha seguido un enfoque eminentemente empírico, cuyo resultado ha sido satisfactorio, el caso plantea más incógnitas que respuestas arroja.

Agradecimientos

En primer lugar a la paciente protagonista del caso, fue muy instructivo y enriquecedor el que accediera a compartir su historia personal y me permitiese utilizarla para que su caso pudiera servir para instruirme e instruir a otros profesionales sanitarios.

A mis compañeros de la sala de agudos de psiquiatría del hospital, en especial al personal auxiliar de enfermería y a enfermería por facilitarme los espacios para trabajar cómodamente con la paciente.

También agradecerle a mis compañeros médicos y en especial a mi tutor por el asesoramiento farmacológico, arrojar luz y supervisar el trabajo realizado, habiendo realizado correcciones y aportando opiniones, sin duda, de gran valor instructivo.

Y por supuesto agradecer a servicios sociales la paciencia y buena disposición mostrada todo el tiempo que estuvimos trabajando con la paciente, sin duda fue un arduo trabajo. También por proporcionarme estadísticas propias que ellos mismos recopilaban sobre su trabajo, aquellos números reflejaban una realidad dramática en la que se hayan sumidos una parte de la población, pero también el trabajo y la labor humanitaria que intenta paliar dicha situación. Todo lo conseguido no hubiera podido mantenerse si no hubiera sido por su inestimable colaboración e interés.

Finalmente al psiquiatra que realiza el seguimiento de la paciente desde consultas externas, por su colaboración e información sobre la evolución de la paciente.

Referencias

American Psychiatric Association. (2003). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Texto revisado). Barcelona: Masson.

Casas, M. y Guardia, J (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones, 14*, 195-220.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del comportamiento. CIE 10.* Madrid: Panamericana.

Sims A. (2008). Delirios y otras ideas erróneas. En *Síntomas Mentales* (pp. 135-167). Madrid: Editorial Triacastela.

EL SUEÑO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS; UNA ASIGNATURA PENDIENTE

María Teresa-Rodríguez-González-Moro, Juana Inés-Gallego-Gómez, Tomás Vera-Catalán, Gina Ramos-Simonelli y Agustín Javier Simonelli-Muñoz

Universidad Católica de Murcia (UCAM)

Resumen

Introducción: El sueño es un fenómeno complejo resultante de la interacción entre el funcionamiento del sistema neuroendocrino, los relojes biológicos y procesos bioquímicos, con aspectos ambientales, sociales y culturales que adoptan gran relevancia en la etapa vital de la adolescencia y la juventud. **Objetivos:** el objetivo de nuestro estudio fue conocer la calidad del sueño y la somnolencia diurna en los alumnos del Grado de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia (UCAM) **Metodología:** Para dar respuesta a los objetivos propuestos en nuestro trabajo, se ha utilizado metodología cuantitativa, diseñando un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, de secuencia transversal. **Discusión:** En este estudio se pone de manifiesto un deterioro en el patrón de sueño de los alumnos estudiados, entendido éste como la presencia de alteraciones en la cantidad y/o calidad del sueño. Solemos asociar la falta de sueño con situaciones concretas, como los periodos de exámenes. Sin embargo, los estudiantes deben ser conscientes de la repercusión que una inadecuada cobertura de esta necesidad tiene sobre su propia salud así como sobre el óptimo desempeño de sus tareas académicas. **Conclusiones:** La Escala de Somnolencia y el Índice de Calidad del Sueño, describen a los estudiantes universitarios de la Facultad de Enfermería como malos dormidores, con una alta prevalencia de somnolencia diurna, una latencia de sueño prolongada (>30 minutos), un sueño poco reparador y un importante déficit de sueño. Este estudio pone de manifiesto el aumento de la prevalencia de la mala calidad del sueño y de somnolencia diurna con respecto a trabajos anteriores y la necesidad de desarrollar iniciativas preventivas para disminuirla.

Palabras clave: Calidad del sueño, somnolencia enfermería, hábitos de sueño, rendimiento académico.

SLEEP IN UNIVERSITY STUDENTS: A PENDING SUBJECT

Abstract

Introduction: Sleep is a complex phenomenon created from the interaction between the functioning of the neuroendocrine system, biological clocks and biochemical processes with environmental, social and cultural aspects that take great importance in the vital period of adolescence and youth. **Objectives:** The aim of our study was to determine the prevalence of impaired sleep patterns in students of the Nursing degree in the Catholic University of Murcia (UCAM). **Methodology:** To meet the objectives proposed in our work, we have designed an observational, descriptive, prospective and cross-sectional study. **Discussion:** This study shows a disruption in the sleep pattern of the studied students, understood as the alteration in the quantity and/or quality of sleep. We are accustomed to associate lack of sleep with university studies especially within specific situations such as exam periods. However, students should be aware of the impact of a not-adequate coverage of this need has over their own health as well as the optimal performance of their academic tasks. **Conclusions:** Sleepiness Scale and Sleep Quality Index describe college students of the Faculty of Nursing as poor sleepers, with a high prevalence of daytime sleepiness, prolonged sleep latency (> 30 minutes), a low-repairing sleep and a significant lack of sleep. This study highlights the increasing prevalence of poor sleep quality compared to previous works.

Keywords: Sleep quality, drowsiness, sleep habits, academic achievement.

Introducción

El sueño es una parte esencial de la vida (Hoey, Fulbrook y Douglas, 2014), además de ser un excelente indicador del estado de la salud de los seres humanos, siendo uno de los factores que más influyen en la consecución de un estado de bienestar (Miró, Cano y Buela-Casal, 2005).

Los problemas causados por la falta de sueño pueden ser psicológicos, como por ejemplo ansiedad y estado anímico deprimido (Fernández-Castillo, 2013; Miró, Martínez y Arriaza, 2006), cardiovasculares (Hoevenaar-Blom, Spijkerman, Kromhout, Van den Berg y Verschuren, 2011; Luyster, Strollo, Zee y Walsh, 2012), causa de

accidentes de tráfico (Stutts, Wilkins, Osberg y Vaughn, 2013), etc., suponiendo un coste sanitario enorme para la sociedad (Luyster et al., 2012).

La cantidad necesaria de sueño en el hombre se ve afectada por diferentes factores que dependen del organismo, del ambiente y de la conducta (Miró et al., 2005). La calidad del sueño constituye un aspecto clínico de gran relevancia, siendo importante destacar que cuando hablamos de calidad, ésta no comprende únicamente dormir bien, sino que también incluye un correcto funcionamiento diario (Fernández-Castillo, 2013; Sierra, Jiménez y Martin,2002). El concepto de somnolencia diurna se concibe como una respuesta subjetiva, caracterizada por un deseo de dormir en circunstancias inapropiadas o no deseadas (Marín y Vinaccia, 2005).

Según Hershner y Chervin (2014) diversas causas pueden conducir a la somnolencia diurna en el estudiante universitario, la más común es la falta de sueño nocturno, que a su vez puede ser debido a los cambios de horarios (García-Jiménez et al., 2004). Es fundamental estudiar la higiene del sueño, que comprende factores como el consumo de alcohol (Vinson et al., 2010), cafeína, bebidas energéticas y uso de teléfonos móviles antes de ir a dormir. Otro hábito a destacar es el tabaquismo, estudios como el de Liu et al. (2013) han demostrado que fumar puede afectar a la calidad del sueño negativamente.

Todos estos factores pueden estar presentes en los alumnos de Ciencias de la Salud y concretamente del Grado de Enfermería, en los que los problemas de calidad del sueño y somnolencia diurna se hacen aún más patentes, ya que al realizar los periodos de prácticas en los Centros clínicos suelen llevar turnos rotatorios.

Debido a la importancia que esto plantea, el presente estudio tiene como objetivo analizar la calidad del sueño y la presencia de somnolencia diurna en los alumnos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia (UCAM), estos datos nos sirven para establecer predictores y factores de riesgo de los trastornos del sueño en esta población.

Método

Diseño

Estudio cuantitativo, descriptivo-observacional y transversal.

Participantes

La muestra resultó de 270 estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia (UCAM) en el curso 2013/2014. Se ha utilizado una técnica de muestreo no probabilístico, realizando el cuestionario a los alumnos y que manifestaron conformidad para participar, se consideró como criterio de exclusión el padecer algún trastorno de sueño, o bien estar en tratamiento con fármacos psicotrópicos. El cálculo del tamaño de la muestra se ha realizado en base a otro estudio desarrollado por Gallego (2010) en el que se obtuvo una somnolencia diurna del 68%. Con una precisión de ± 5,0%, un error α de 5% y para una población finita compuesta por 950 alumnos, resultó necesaria una muestra de 248 sujetos.

Materiales/instrumentos

Se aplicaron y analizaron los siguientes instrumentos:

- Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh. Proporciona una puntuación global de su calidad con un rango entre 0 (ninguna dificultad) y 21 puntos (dificultades en todas las áreas), y puntuaciones parciales en siete componentes distintos (calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia habitual, alteraciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna) que oscilan entre 0 (no existe dificultad) y 3 puntos (grave dificultad). Un resultado mayor a 5 indica mala calidad del sueño. Muestra una consistencia interna (medida con el coeficiente α de Cronbach) de 0,83, una sensibilidad del 89,6% y una especificidad del 86,5% (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupper, 1989)
- Escala de Somnolencia de Epworth. Examina la tendencia a quedarse dormido en ocho situaciones distintas de la vida. La puntuación global tiene un rango de 0 a 24. Puntuaciones mayores de 10 indican padecimiento de somnolencia diurna. La escala muestra un alto nivel de coherencia interna entre sus ocho elementos, medido por la α de Cronbach, que va desde 0,73 hasta 0,88 (Johns, 1991).

Procedimiento

Se obtuvieron los consentimientos institucionales necesarios y se informó a los participantes de la confidencialidad y el anonimato de los datos obtenidos. El trabajo de campo se llevó a cabo durante el primer semestre del curso 2013-2014.

Se analizaron los datos con descriptivos básicos, tablas de frecuencias, con un intervalo de confianza (IC) al 95%. Para el contraste de hipótesis, análisis bivariable, se utilizó la *t* de Student para muestras independientes.

Con la finalidad de conocer la probabilidad de sufrir somnolencia diurna, se realizó un análisis de regresión logística, partiendo de un modelo donde fueron introducidas como variables independientes todas las variables, que en el análisis bivariado resultaron estadísticamente significativas con la variable dependiente, utilizando el método enter para la obtención de los modelos de regresión. En los diferentes contrastes de hipótesis se aceptó como significativos los resultados obtenidos para un valor de $p<0,05$.

Resultados

La edad media global obtenida fue de 22,2 ± 5,1 años (intervalo de confianza (IC) 95% 21.6-22.9), con un rango de valores comprendidos entre 18 y 49 años, con un predominio del sexo femenino con un total 199 (73,3%). Del total de la muestra, 169 padecían excesiva somnolencia durante el día, con una representación del 62,60% (IC 95% 56,9-68,3%). En un 53.7% de los casos de afectación presentaron ligera somnolencia, frente al 8.9% cuyo grado de padecimiento era de moderado a grave.

El Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh tuvo una puntuación media de 6,4 ± 0,1 puntos (IC 95% 6,04 – 6,7), el rango de valores estaba comprendido entre 0 y 19 puntos, siendo el valor del percentil 50 de 6 puntos, el valor del percentil 25 de 4 puntos y el valor de 8 puntos para el percentil 75. De los 270 sujetos estudiados 195 (72,2%), (IC al 95%, 74,9% - 69,5%), presentaron mala calidad de sueño.

Para analizar el grado excesivo de somnolencia en función de la edad, se clasificó la variable en dos categorías, el valor referencia fue de 20 años, coincidiendo con la mediana. Los resultados arrojan un valor medio mayor 8,2 ± 4 puntos en los de menor edad, siendo el valor medio de los mayores de 20 años de 7,7 ± 3,4 puntos, $p = 0,27$.

Al analizar los valores medios de Epworth en función del género, se observó una puntuación media mayor en mujeres, 8,1 ± 3,9, frente al 7,5 ± 3,2 obtenida en hombres, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos, $p = 0,21$.

Los alumnos donde se detectó mala calidad de sueño presentaban mayor puntuación de la escala de somnolencia de Epworth, 8,4 ± 3,6 puntos, resultando unas diferencia estadísticamente significativas, $p = 0,002$.

Analizando la Escala de Pittsburgh en función del género, los resultados no muestran diferencias en los valores medios de la escala. En el género masculino encontramos una media de 6,1 ± 2,5 puntos, y en el femenino observamos una media mayor con un valor medio de 6,4 ± 3,2 puntos, $p = 0,47$.Con respecto a la edad en el grupo de sujetos mayores de 20 años, el valor medio era de 6,43 ± 3,2 puntos, y en el de los sujetos menores de 20 años la media fue de 6,40 ± 2,9 puntos, con una $p = 0,91$. Media prácticamente iguales.

Para realizar una valoración conjunta de todas las variables utilizadas en nuestro estudio hemos realizado un análisis multivariante de regresión logística, tomando como variable dependiente a la que define la existencia o no de somnolencia diurna.

Para conseguir el modelo de regresión logística hemos recurrido al método "enter", todas las variables permanecen en el modelo sean o no significativas, con el fin de analizar la asociación ajustada de cada una de ellas con la variable dependiente. Los resultados muestran que el riesgo de presentar somnolencia diurna es de más del doble en los sujetos con mala calidad de sueño con relación a los que presentan buena calidad, odds ratio (OR) ajustada de 2,13 (IC 95% 1,23-3,67), $p = 0,006$ (Tabla 1).

Tabla 1. Resumen del análisis multivariante utilizado para predecir la somnolencia diurna de los estudiantes universitarios.

		β	p	Odds ratio ajustada	Intervalo de confianza (95%)
Sexo					
	Mujer				
	Hombre	0,162	0,583	1,175	0,660-2,093
Edad					
	>20 años				
	≤20 años	0,071	0,781	1,074	0,651-1,772
Calidad del sueño (Pittsburghh)					
	Buena calidad				
	Mala calidad	0,757	0,006	2,132	1,237-3,675

Discusión y conclusiones

Un 72,2% de la muestra sería definida como de malos dormidores, presentando una mala calidad del sueño. En los resultados obtenidos de otros estudios parecidos, el porcentaje de malos dormidores ha sido menor, comenzando por Vera, Maldonado y Navarro (1999) donde el resultado fue de 48.2% malos dormidores, continuando con un estudio de Sierra et al. (2002) con un 60.33% y más tarde, aproximándose al resultado de nuestra investigación, Borquez (2011), que obtuvo un 66% de malos dormidores en la investigación en la que analizó la calidad del sueño en un grupo de 103 estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Colombia.

La calidad del sueño y la somnolencia diurna en estudiantes universitarios ha ido empeorando drásticamente, demostrando que la problemática del sueño en esta población, lejos de solventarse, sigue en aumento. En el estudio de Granados et al. (2013) un 86,4% de estudiantes de Enfermería poseían una mala calidad del sueño, en otra investigación más actual se ha mostrado el sorprendente resultado de una prevalencia de mala calidad del sueño del 95,3%. (Moura et al., 2014).

Los estudios sobre somnolencia diurna en estudiantes universitarios arrojan resultados muy variables. En nuestro estudio se observó que la mitad de la muestra

obtenía una puntuación mayor o igual a 8 en la escala de Epworth. Concretamente, del total de la muestra un 62,60% sufrían excesiva somnolencia diurna, una representación mayor a la encontrada por Escobar et al. (2011) en la que la sufrían 60,24%. La somnolencia puede afectar negativamente al rendimiento académico (Lombardo-Aburto et al., 2011; Quevedo-Blasco y Quevedo-Blasco, 2011 p.61), en este último se pone de manifiesto un "claro y significativo el efecto positivo sobre los resultados académicos que tienen los sujetos sin somnolencia en comparación con los que tienen somnolencia moderada".

Es importante fomentar en España más trabajos que investiguen la causa de dicho problema, tal como afirman Hershner y Chervin (2014) los años de Universidad son un paso crítico de la adolescencia a la adultez, esta transición puede estar asociada a un sueño inadecuado y somnolencia diurna.

Referencias

Borquez, P. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercibida en estudiantes universitarios. *Eureka (Asunción) en Línea*, *8*(1), 80-90.

Buysse, D.J., Reynolds,C,F. Monk, T.H., Berman, S.R, y Kupper, D.J. (1989).The Pittsburghh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*(2), 193-213.

Escobar-Córdoba, F., Benavides-Gélvez, R.E., Montenegro-Duarte, H.G. y Eslava-Schmalbach, J.H. (2011).Somnolencia diurna excesiva en estudiantes de noveno semestre de medicina de la Universidad Nacional de Colombia. *Revista Facultad Medicina, 59*(3), 191-200.

Fernández-Castillo, A. (2013). Horas de sueño, ansiedad de los exámenes y agresividad en estudiantes universitarios. *Ansiedad y estrés*, *19*(1), 71-82.

Gallego, J.I. (2010). *Calidad del sueño y somnolencia diurna en estudiantes de Enfermería: Estudio de prevalencia*. Tesis Fin de Máster, Universidad Católica de Murcia.

García-Jiménez, M. A., Salcedo-Aguilar, F., Rodríguez-Almonacid, F. M., Redondo-Martinez, M. P., Monterde-Aznar, M. L., Marcos-Navarro, A. I. y Torrijos-Martínez, M. (2004). Prevalencia de los trastornos del sueño en adolescentes de Cuenca, España. *Revista Neurología*, *39*, 18-24.

Granados, Z., Bartra, A., Bendezú,D., Huamanchumo,J., Hurtado,E., Jimenez,J., León,F y Chang,D. (2013). Calidad del sueño en una facultad de medicina de Lambayeque. *Anales Facultad Medicina*, *74*(4), 311-314.

Hershner, S. D. y Chervin, R. D. (2014). Causes and consequences of sleepiness among college students. *Nature and science of sleep*, *23*(6), 73-84.

Hoevenaar-Blom, M. P., Spijkerman, A. M., Kromhout, D., van den Berg, J. F. y Verschuren, W. M. (2011). Sleep duration and sleep quality in relation to 12-year cardiovascular disease incidence: the MORGEN study. *Sleep*, *34*(11), 1487-1492.

Hoey, M.H., Fulbrook, P y Douglas, J.A. (2014). Sleep assesment of hospitalised patientes: a literature review. *International journal of Nursing Studies*, *51*,1281-1288.

Johns, M.W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, *14*, 540-545.

Liu, J. T., Lee, I. H., Wang, C. H., Chen, K. C., Lee, C. I., y Yang, Y. K. (2013). Cigarette smoking might impair memory and sleep quality. *Journal of the Formosan Medical Association*, *112*(5), 287-290.

Lombardo-Aburto, E., Velázquez-Moctezuma, J., Flores-Rojas, B. G., Casillas-Vaillard, G. A., Galván-López, A., García-Valdés, P. y Rodríguez-López, L. (2011). Relación entre trastornos del sueño, rendimiento académico y obesidad en estudiantes de preparatoria. *Acta Pediátrica de México*, *32*(3), 163-168.

Luyster, F. S., Strollo, J., Zee, P. C. y Walsh, J. K. (2012). Sleep: a health imperative. *Sleep*, *35*(6), 727–734.

Marín, H.A y Vinaccia, S (2005). Contribuciones desde la medicina comportamental del sueño al manejo de la somnolencia excesiva diurna. *Psicología desde el Caribe*, *14*, 95-116.

Miró, E., Cano, M. C. y Buela-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*, *14*, 11-27.

Miró, E., Martínez, P. y Arriaza, R. (2006). Influencia de la cantidad y la calidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. *Salud Mental*, *29*(2), 30-37.

Moura, M. F., Soares, A. C., Moura, T., Saraiva, V., Zanetti, M. L. y Coelho, M. M. (2014). Association of sociodemographic factors and sleep quality in brazilian university students. *Enfermagem*, *23*(1), 176-184.

Quevedo-Blasco, V. J. Q. y Quevedo Blasco, R. Q. (2011). Influencia del grado de somnolencia, cantidad y calidad de sueño sobre el rendimiento académico en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *11*(1), 49-65.

Sierra, J. C., Jiménez-Navarro, C. y Martín-Ortiz, J. D. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, *25*, 35-43.

Stutts, J.C., Wilkins, J.W., Osberg, J.S. y Vaughn, B.V. (2013) Driver risk factors for sleep-related crashes. *Accident, Analysis & Prevention*, *35*, 321–31.

Vera, F., Maldonado, E. y Navarro, J. F. (1999). Evaluación de la calidad de sueño en estudiantes universitarios mediante el cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*, *11*, 31-32.

Vinson, D. C., Manning, B. K., Galliher, J. M., Dickinson, L. M., Pace, W. D. y Turner, B. J. (2010). Alcohol and sleep problems in primary care patients: a report from the AAFP National Research Network. *The Annals of Family Medicine, 8*(6), 484-492.

INFANT MASSAGE AND BENEFITS FOR THE MOTHER-CHILD RELATIONSHIP

Alessio Porreca, Susanna Freato, Giusy Bozza, Alessandra Simonelli, Elena Olivo, and Alice Marzadro

Department of Developmental and Social Psychology, University of Padua, Italy

Abstract

Background: Many studies revealed the importance, during the first years of life of the baby, of the relationship with the mother. All forms of caregiving, including taking in arm, stroking, touching and being touched contribute to this relationship. The technique of infant massage is often used to prevent somatic problems and other difficulties that might arise during the first months after delivery. Often it is used to enhance the discovering, the understanding, the improvement and the strengthening of the relationship between the mother and the newborn. It is also useful to prevent the forms of psychopathology that can potentially affect both the mother and the child during the postpartum period. In the present work, we consider the possibility of a qualitative improvement of the relationship between mother and child through the technique of infant massage. **Method:** The project was carried in different sanitary districts in the territory of Padua and Rovereto, Italy. It involved 25 mother-child couples, with children aged between two and ten months, that participated to an infant massage course. The objective was to assess the quality of mother-child interactions at the beginning of the course and the potential changes related to it through the use of the EAS. Measurements were carried during two stages: at the beginning of the course and during a follow up organized one month after the end of the course. Each lesson lasted about an hour and a half. **Results:** The results showed significant differences within couples, between the first and the last intervention, highlighting improvements in the way the mother and the child related with each other. **Conclusions:** The massage technique can be considered as a useful method to support the delicate period that dyads experience after delivery.

Keywords: mother-child interaction; infant massage; early relationships, emotional exchanges.

Introduction

The psychological growth of the child, quality of early interactions and the emotional environment where they occur have become increasingly important in recent years. Child development is largely influenced by early relationships with the caregivers. Such experiences are essential to promote mental and physical growth, the development of symbolic thought and the separation-differentiation processes necessary to define personal identity. Nurturance and support are essential to experience a sense of continuity in the child's being.

In accordance with Bowlby's theory, attachment is understood as a process rather than an event and is about mutual interaction; attachment is supported by eye contact, tears, voice, smell, touch, and warmth. Ainsworth and colleagues (1978) showed individual differences in the quality of attachment, attributable to experiences lived with parental figures. The expectations of the individual depend on the availability and responsiveness of caregivers, on their ability to provide protection and to meet care needs. The growing understanding of the importance, for infant development, of warm, sensitive, attentive interactions (Tronick, 2007),'midrange' responsiveness of primary caregivers rather than heightened or lowered responsiveness (Beebe et al., 2010) and body-based interactions (Shai & Belsky, 2011) , has resulted in an increased interest in the possible role of infant massage to support early sensitive parent-infant relationships, particularly where the mother may be experiencing difficulties such as postnatal depression (Kersten-Alvarez, Hosman, Riksen-Walraven, Van Doesum & Hoefnagels, 2011)

Babies have perceptual, motor and behavioral skills and a remarkable ability to respond to their caregivers in order to contribute to interactions' co-regulation. Studies on the early imitative processes (Meltzoff & Moore, 1977; Meltzoff & Prinz, 2002) show that the child is able to imitate maternal facial expressions: this experience has important emotional resonance for the development of interaction and is the basis of the earliest forms of intersubjectivity (Cena, Imbasciati & Baldoni , 2010) .

Applying the Transactional Model of Sameroff and Emde (1989) to infant

massage, we can see the mutual influence that the mother and the child have on each other. On one hand the courses of infant massage can have an effect on maternal features, promoting a better understanding of the child's features and needs, improving her ability to feel competent with her child; on the other hand characteristics of the child might be better modulate thanks to a more satisfying contact with his mother.

Infant massage was introduce in Western culture in the 1970s, by those who observed this particular mother-child interaction and its benefits in other cultures. There are many practices of infant massage, all based on the belief that touch, loving and multisensorial stimulation have good effects both on child development and on the construction of adult-child relationship.

The sense of touch is the first sense that develops in uterus, between the sixth and ninth week. Thanks to the sense of touch and its benefits the human-being survives, grows and develops (Montagu, 1981). The belief that a loving and nurturing touch is the best practice for health and psychophysical, as well as relational, wellness is the foundation of the teaching and practicing of infant massage. The technique that is usually taught to participants does not necessarily foresee right or wrong movements: it consists of a set of movements organized in a linear sequence involving the stimulation of the whole baby's body in a sort of sensory "path" aiming at the general wellness of the child.

The main benefits can be grouped into four categories :

- Interaction: when mother massages her baby she devotes fully to the child. Through massage she can better understand the signs and needs of the child.
- Stimulation: massage involves all the systems of the child and the touch stimulates body perception, sensorial integration and the construction of bodily identity.
- Relaxation: massage has positive effects on sleep patterns and on the regulation of mechanisms of behavioral states. It reduces stress hormones, increases self-regulation's abilities and relaxes muscle tone. The massage is relaxing not only for children but also for mothers: it is a pleasant break from daily tasks' routine.
- Relief: massage promotes pain relief from gas or intestinal colic, facilitates peristalsis and discharge, helps when children have a cold and relieves muscle tension and all those pains related to growth.

The practice of infant massage makes the parents feel more skilled with their children, increasing their ability to understand and respect them.

The most important thing is the message of love that touch communicates to the child: hand contact signals if their mothers are devoting to them or they are distracted and nervous, if they are safe or in danger, loved or not. The practice must take place with loving "speech" and be founded on a communication that involves voice, eye contact, nurturing touch and loving hands.Therefore, infant massage becomes a real language that allows mothers to communicate with their children, expressing that they are unique. Proper tactile stimulation enhances positive psychosocial development. Moreover the massage improves mother-child attachment and early, giving confidence during breastfeeding (Ransjö-Arvidson et al., 2001).

Mothers who massage their children spend more time with them and thus they succeed in attuning, growing interactions that become more harmonious and loving. Furthermore, social support and interactions with other parents during meetings ease the exchange of information and fears about parenting.

Several studies show that parents who participate in a course of infant massage gain parental skills in the day-to-day care of the child. Thanks to the course of infant massage parents learn to devote their time completely to interaction with their children and, because of the presence of other parents, they can comfort themselves by being with other people who are experiencing the same difficulties. Infant massage courses the participants to express themselves and seek mutual support. The experience of infant massage is also a time to reflect and learn by sharing personal experience. The same parents report how they have perceived the improvements and benefits in the relationship with their children after a series of clinic of infant massage.

Method

Participants

The research was held in the province of Padua and Rovereto and involved twenty-five mother-child pairs with children aged between two and ten months. The mothers were recruited during pregnancy, while attending antenatal class. In this

occasion they were suggested the possibility to participate to the research and to attend the massage course.

Instruments

The assessment of m-c interactions during the massage course was carried through the *Emotional Availability Scales* (EAS-Biringen, 2008), a dyadic instrument aimed at evaluating the quality of adult-child interactions. It is composed of six scales which measure maternal sensitivity, structuring, nonintrusiveness and nonhostility towards the child and child responsiveness and involvement of the adult. The score range spans from 1 to 7 for each scale, where higher scores stand for better interactive features. Scores of 4 and below indicate difficulties in the relationship. The scales are flexible with respect to age of the child, kind of relationship and setting. Although they were developed in the US, they have been employed successfully in different nations, among which Italy (Biringen, Damon, et al., 2005; Biringen, Fidler, Barrett, & Kubiceck, 2005; Bornstein et al., 2008; Oyen, Landy, & Hillburn-Cobb, 2000; Sagi, Koren-Karie, Gini, Ziv & Joels, 2002; Venuti, Giusti, Gini, & Bornstein, 2008; Ziv, Aviezer, Gini, Sagi, & Koren-Karie, 2000). The EAS showed acceptable psychometric properties including validity, reliability/stability and continuity (Biringen, Derscheid, Vliegen, Closson & Easterbrooks, 2014; Bornstein, Joan, Suwalsky, & Breakstone, 2008).

Procedure

Massage therapy sessions were conducted by volunteer licensed massage therapists trained on massage protocol. The project was divided in four weekly meetings that lasted an hour; during these meetings the therapists explained the different ways to massage a baby, focusing each time on different parts of the body. There were provided information about the benefits of massage, inviting mothers to pay attention to what they felt and to the babies' feelings. One last fifth meeting took place a month later, and was used as follow up. The lessons were structured as it follows: the first focused on legs and abdomen, the second on chest and arms, the third on face and back, the fourth on exercises and sequence for colics and finally, the fifth reviewed the complete sequence. In order to investigate potential benefits for mother-child relationship offered

by the massage course, the first and the last lesson were videotaped and evaluated. Scores where then compared with Wilcoxon Signed Ranks *t*-tests.

Design

Our research can be considered a short-term quasi-experimental observational study. The subjects, in fact, were not assigned randomly to different treatments but they all underwent the same condition (i.e. the infant massage course). Moreover the subjects were followed during a month to assess the potential changes in m-c relationship enhanced by the experimental condition.

Results

Table 1, shows mean scores of the scales in the two periods compared. Descriptive analysis showed in each scale mean scores above 4. This indicates that globally these dyads experienced positive moments together, both before and after the course. Moreover the results obtained with Wilcoxon Signed Ranks *t*-tests also showed significant differences within couples, between the first and the last intervention, in all of the six scales, highlighting improvements in the way the mother and the child related with each other. Specifically, when assessed during the last intervention the mothers showed to be more sensitive (Z= -4.19, p=.000), more structuring (Z=-4.00, p=.000), less intrusive (Z=-4.13, p=.000) and less hostile (Z=-3.36, p=.000) with respect to the first lessons. On the other side, during the last intervention the children appeared to be more responsive toward the adult (Z=-3.73, p=.000) and showed more involving behaviors (Z=-3.95, p=.000).

Table 1. Quality of m-c interactions measured with the Emotional Availability Scales (EAS) during the first (T1) and the last (T2) lesson.

	T1	T2	T1 vs T2	
	M (SD)	M (SD)	Z	*p*
Sensitivity	4.97 (1.12)	6.62 (.72)	- 4.19	.000
Structuring	4.78(1.17)	6.57 (.74)	- 4.00	.000
Nonintrusiveness	4.64 (.90)	6.93 (.72)	- 4.13	.000
Nonhostility	5.79 (1.17)	6.80 (.50)	- 3.36	.000
Ch. Responsiveness	4.58 (1.10)	6.20 (.86)	-3.73	.000
Ch. Involvement	4.12 (.98)	5.74 (1.03)	- 3.95	.000

Discussion

With this study we aimed to assess quality of mother-child interactions in a group of mothers following an infant massage course. Globally, mean scores indicated a good quality of m-c interactions in both periods. Moreover this quality definitely improved during the two periods considered, suggesting that the massage course could have intervened as an enhancing factor for the mother-child relationship. Massage lessons constitute a very intimate moment for these dyads, which since from birth have to face the challenge to know and adapt to each other, and to reach a shared balance. Probably, the presence of an expert that gives advice and invites to pay more attention on feelings and on infant signaling, enhances the understanding of infant bids and favors adequate responses. Moreover, the presence of established routines and expected moments during the lessons (for example: arriving, greeting the baby, inviting him/her to interact, offering the smell of oils, naming actions and body parts) allows to create a structured environment that contains the dyad and to take pause from everyday life matters: the participation of only mother and child to the lessons makes these moments exclusive. On the other side, it is possible that these moments of quietness allow children to express at their best their early interactive competencies. Thus, these results seem to tell us that the massage technique could be useful to support the delicate period that dyads experience after delivery.

A first limitation of the study concerns the lack of a comparison group, that would have allowed to better discriminate influences due to the actual effect of the massage course from developmental changes. It would be interesting in future to compare emotional availability under different conditions. We could also add a second follow-up to verify stability/changes in the improvement of adult-child interactions. Another limitation concerns the absence of more standardized questionnaires in association with observational measures, that could have allowed a comparison between observed and perceived change/stability, for example questionnaires concerning maternal depression, conjugal relationship, child development. Finally, it is important to consider that this study only considered mothers and did not involve fathers. Future works could address to fathers too. Thus we could analyze paternal emotional availability, investigating the presence or absence of differences between parents and the type of responses to the child. This would also mean offering help and support to these figures during the postnatal period, promoting a better understanding of the babies, different strategies to respond to their needs and to interact with them.

References

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Lorraine, B., Andrews, H., & Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother-infant Interaction. *Attachment & Human Development*, *12*(1-2), 3–141.

Biringen, Z. (2008). *Emotional Availability (EA) Scales manual, IV edition, Infancy/early childhood version (child age: 0-5 years*), Unpublished manual.

Biringen, Z., Damon, J., Grigg, W., Mone, J., Pipp-Siegel, S., Skiller, S., & Stratton, J. (2005), Emotional Availability: differential predictions to infant attachment and kindergarten adjustment based on observation time and context. *Infant Mental Health Journal*, *26*, 295-308.

Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N.,Closson, L. & Easterbrooks, A. (2014). Emotional availability (EA): theoretical background, empirical research using the EA scales, and clinical applications. *Developmental review*, *34*(2), 114-167.

Biringen, Z., Fidler, D. J., Barrett, C., & Kubicek· L. (2005). Applying the Emotional Availability Scales to children with disabilities. *Infant Mental Health Journal*, *26*(4), 369–391.

Bornstein, M., Joan, T. D., Suwalsky J. T. D., & Breakstone, D. A. (2008). Emotional Relationships between Mothers* and Infants: Knowns, Unknowns, and Unknown Unknowns. *Developmental Psychopathology*, *24*(1), 113–123.

Bornstein, M.H., Putnick, D.L., Heslington, M., Gini, M., Suwalsky, J.T.D., Venuti, P., de Falco, S., Giusti, Z., & Zingman de Galperin, C.(2008). Mother-child emotional availability in ecological perspective: three countries, two regions, two genders. *Developmental Psychology*, *44*, 666-680.

Cena L., Imbasciati A., & Baldoni F.(2010).*La relazione genitori/bambino: Dalla psicoanalisi infantile a nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*. Milano: Springer Science &Businnes Media.

Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M., Riksen-Walraven, J. M., Van Doesum, K., & Hoefnagels, C. (2011). Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, *32*(3), 362-376.

Meltzoff A. N., & Prinz, W. (Eds.) (2002). *The imitative mind, development and evolution of Brain bases* (Vol. 6). Cambridge University Press.

Meltzoff A.N.D., & Moore M.K., (1977). Imitation of facial and manual Gestures by Human Neonates. *Scienze*, *198*(4312), 75-78.

Montagu, A., (1981). *Il linguaggio della pelle: il senso del tatto nello sviluppo fisico e comportamentale del bambino.*Reggio Emilia: Verdechiaro Edizioni.

Oyen, A.S., Landy, S. & Hillburn-Cobb, C. (2000). Maternal attachment and sensitivity in an at-risk sample. *Attachment & Human Development*, *2*, 203-217.

Ransjö-Arvidson**,** A**.**B., Matthiesen**,** A**.**S., Lilja**,** G., Nissen**,** E., Widström, A.M., & Uvnäs-Moberg, K. (2001). Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth*, *28*(1), 13-19.

Sagi, A., Koren-Karie, N., Gini, M., Ziv, Y., & Joels, S. (2002). Shedding further light on the effects of various types and quality of early child care on infant-mother attachment relationship: the Haifa Study of Early Child Care. *Child Development, 73*(4), 1166-1186.

Sameroff, A.J., & Emde, R.N. (1989). *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Tr. It. Torino: Boringhieri, 1991.

Shai, D., & Belsky, J. (2011). When words just won't do: Introducing parental embodied mentalising. *Child Development Perspectives, 5*(3), 173-180.

Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and social-emotionaldevelopment of infants and children*. New York: Norton.

Venuti, P., Giusti, Z., Gini, M., & Bornstein, M.H. (2008). La disponibilità emotiva madre-gemelli in bambini italiani nel secondo anno di vita. *Psicologia Clinica dello Sviluppo, 12,* 41-67.

Ziv, Y., Aviezer, O., Gini, M., Sagi, A., & Koren-Karie, N. (2000). Emotional availability in mother-infant dyad as related to the quality of infant-mother attachment relationship. *Attachment and Human Development, 2*, 149-169.

ALEXITHYMIA AND PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN ADOLESCENCE: A CASE CONTROL STUDY

Michela Gatta*, Marta Sisti*, Lorenza Svanellini*, Laura Sudati*, Valentina Calloni*, Manuela Stucchi*, Andrea Spoto and Pier Antonio Battistella***

**Children and Adolescent Neuropsychiatric Unit, ULSS 16 - University of Padua, Italy*

***Department of General Psychology, University of Padua, Italy*

Abstract

Background: The term alexithymia represents a difficulty in identifying and communicating emotions and feelings and, despite its importance, it is only in recent years that several studies have begun to focus on the construction of alexithymia in developmental age. The literature emphasizes the link between alexithymia and psychopathology. Although further work is needed for children and adolescents, these studies have emphasized how alexithymia is linked with several mental problems such us eating, anxious, depressive, conduct and post-trauma stress disorders. For this reason, the aim of the present work was to contribute to research on the relationship between alexithymia and psycho-behavioral disorders in adolescence by means of a case-control study on a group of patients taken into care at the Neuropsychiatry Unit for Children and Adolescents in Padua, Italy. **Method:** The clinical group consisted of 41 individuals, 22 males (54%) and 19 females (46%), with a mean age of 16.05 years (SD: 1.987). The control group consisted of 41 students matched pairwise for age and gender with the 41 patients. The following tools were administered: the Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) to identify alexithymia and the Youth Self Report 11-18 (YSR) to detect any psycho-behavioral problems. **Results:** Concerning the results, alexithymia was identified more often in adolescents with psychological issues than in controls, and it correlates with emotive and behavioral problems. **Conclusion:** Data suggests that the adolescents' psychopathologies may influence the normal developmental transitions that take place in young people's capacity to process emotions as they grow older. Then, it would be very important to pay careful attention to this aspect when designing therapeutic efforts.

Keywords: Alexithymia, adolescence, developmental psychopathology, recognize emotions.

Introduction

The term alexithymia indicates a difficulty in identifying and expressing one's own emotions. In recent years alexithymia has seen as a transnosographic clinical dimension extending in a continuum from normality to psychopathology, depending on the severity of the individual's difficulty in understanding and communicating emotional experiences (Taylor, 2004). For this reason alexithymia is currently considered a risk factor for a whole array of somatic and mental psychopathological conditions. There is an abundance of both scientific and empirical evidences of this personality trait negatively affecting an individual's health (Scarpazza, Di Pellegrino & Làdavas, 2014; Van der Velde et al., 2014). It is only in recent years that several studies have begun to focus on the construction of alexithymia in childhood and adolescence and many authors support the hypothesis that alexithymia has its own particular significance in developmental age (Di Trani et al., 2009; Rieffe, et al., 2010). Regarding the relationship between alexithymia and psychopathology, although further work is needed for children and adolescents, studies have emphasized how alexithymia is linked with eating, anxious, depressive, conduct and post-trauma stress disorders (Loas, Speranza, Pham-Scottez,Perez-Diaz, & Corcos, 2012). For this reason, the aim of the present work is to contribute to research on the relationship between alexithymia and psycho-behavioral disorders in adolescence by means of a case-control study on a group of patients taken into care at the Neuropsychiatry Unit for Children and Adolescents in Padua, Italy. Two hypotheses were planned: 1) the prevalence of alexithymia would be higher in the clinical group than in the control group; 2) the prevalence of psychopathologies would be higher in the clinical group and an association would emerge between alexithymia and psychopathological problems.

Methods

Participants

Concerning the sample, the clinical group was recruited at the outpatient service for adolescents with psychopathologies run by the Neuropsychiatric Unit for Children and Adolescents in Padua, Italy. This sample consisted of 41 individuals, 22 males (54%) and 19 females (46%), with a mean age of 16.05 years (SD: 1.987). The control group consisted of 41 individuals matched pairwise for age and gender with the 41 clinical cases, drawn in similar proportions from among the students attending four secondary schools in and around Padua. The control group has 22 males (54%) and 19 females (46%) with a mean age of 15.71 years (SD: 1.401). The two groups were therefore comparable in terms of gender [X^2 (g.l=1; N=82)=.00; p<.05] and age [X^2 (gl=8; N=82)= 6.959; p<.05].

Instruments

Concerning the instruments, the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Youth Self Report (YSR 11-18) were administered. The TAS-20 is a self-report questionnaire that measures the three defining factors of alexithymia: "difficulty in identifying feelings", "difficulty in communicating feelings to others", and "externally oriented thinking". Respondents are classified as non-alexithymic (scores <51), borderline (scores 51-60), or alexithymic (scores >61). The TAS-20 for developmental age was used for our study (Rieffe et al. 2006, Italian translated and validated version). The YSR 11-18 (Achenbach & Rescorla, 2001) is one of the most commonly-used scales for rating juvenile behavior in both the clinical and the research setting. The questionnaire yields two profiles: one for competences (activities, social functioning, school performance), the other for behavior and emotions, which can be qualified as "normal", "borderline" or "clinical" on 8 specific syndrome scales: anxiety/depression, withdrawal, somatization, social problems, thought-related problems, attention problems, aggressive and rule-breaking behavior. Findings are grouped into: internalizing; externalizing; and other problems. The YSR 11-18 has been translated and validated in its Italian version by Frigerio et al. (2006).

Procedure

The families had been referred to the Neuropsychiatry Unit for Children and Adolescents at the ULSS 16 for a psychodiagnostic assessment between January and June 2013.

Design

The present study is a case-control study on a group of patients taken into care in Neuropsychiatry Unit.

Results

Concerning the first hypothesis, an exploratory analysis was conducted to compare the levels of alexithymia and psychopathology between clinical and control groups. It emerged that alexithymia was detected in a larger percentage of individuals in the clinical group (61%, n=25) than in the control group (12%, n=5). Analyzing the contingency table relating to the association between the two variables, group (clinical versus control) and alexithymia (alexithymic, borderline and non-alexithymic) revealed a statistically significant association [X^2 (gl=2; N=82)=21.467; p<.001] supporting the claim that the prevalence of alexithymia is higher in the clinical group than in the control group. In Table 1 it's possible to observe the analysis of the means and standard deviations relating to the TAS 20 scores and to the tool's three internal factors in the two groups.

A t-test on independent samples was run to compare the means obtained for the TAS-20 total score and its three factors (independent variables) in each group (dependent variable). The total score reached higher mean values in the clinical group than in the control group [t(71,820)=3,598; p=.001], and the same was true of factor 1 - Difficulty in identifying feelings [t(80)=3,640; p=.001], and factor 2 - Difficulty in communicating feelings [t(70,139)=2,766; p<.01].

As for the age variable, using the t-test on independent samples (Table 2) we checked for any differences in the two groups between the mean values for the total and factor-specific scores in the TAS-20. Given that the mean age of the sample was 16 years, we considered two age brackets (under 16 versus 16 or more).

Table 1. Descriptive statistics of Toronto Alexithymia Scale (TAS) in the clinical group (ClG, n=41) and control group (CoG, n=41).

	Group	Means	SD	Error
Difficulty in identifying feelings (Factor 1)	ClG	19.63	7.648	1.194
	CoG	14.32	5.383	.841
Difficulty in communicate feeling (Factor 2)	ClG	16.00	5.244	.819
	CoG	13.27	3.536	.552
Externally oriented thinking (Factor 3)	ClG	24.02	5.057	.790
	CoG	23.07	3.850	.601
TAS- Total	ClG	59.61	12.482	1.949
	CoG	50.41	10.585	1.653

Table 2. Toronto Alexithymia Scale (TAS) descriptive statistics by age (group >=16 n= 25; group <16 n = 16) in Clinical Group (ClG).

	Age	Means	SD	Error
Difficulty in identifying feelings (Factor 1)	>= 16	19.84	7.414	1.483
	< 16	19.31	8.236	2.059
Difficulty in communicating feelings (Factor 2)	>= 16	16.44	5.363	1.073
	< 16	15.31	5.147	1.287
Externally oriented thinking (Factor 3)	>= 16	23.48	4.341	.868
	< 16	24.88	6.065	1,516
TAS- Total	>= 16	59.68	13,542	2.708
	< 16	59.50	11.045	2.761

Concerning the second hypothesis, a t-test for independent samples (Table 3) was run to compare the means obtained on the various scales of the YSR and CBCL (independent variables) in each group (dependent variable).

Table 3. Descriptive statistics Youth Self Report in the clinical group (ClG) and control group (CoG).

	Group	N	Average	SD	Error
Activities	ClG	40	36.93	10.154	1.605
	CoG	40	41.33	10.351	1.637
Social Competence	ClG	41	43.00	9.479	1.480
	CoG	41	44.85	7.686	1.200
Total Competence	ClG	34	36.88	9.822	1,684
	CoG	40	41.13	9.258	1.464
Internalizing	ClG	41	59.12	12.278	1.918
	CoG	41	56.61	11.597	1.811
Externalizing	ClG	41	54.85	10.446	1.631
	CoG	41	58.98	11.137	1.739
Total Problems	ClG	41	57.68	11.633	1.817
	CoG	41	58.10	9.589	1.497
Anxiety/Depression	ClG	41	61.51	10.474	1.636
	CoG	41	58.90	8.902	1.390
Whithdrawal/Depression	ClG	41	60.22	11.017	1.721
	CoG	41	57.76	9.080	1.418
Somatic Complain	ClG	41	58.05	8.264	1.291
	CoG	41	57.83	8.814	1.377
Social Problems	ClG	41	58.61	9.711	1.517
	CoG	41	54.73	6.427	1.004
Thought problems	ClG	41	58.12	9.122	1.425
	CoG	41	57.17	6.674	1.042
Attention Problems	ClG	41	61.68	11.577	1.808
	CoG	41	58.34	9.150	1.429
Rule Breaking	ClG	41	55.85	6.167	.963
	CoG	41	60.44	10.220	1.596
Aggressive Behaviour	ClG	41	57.78	7,647	1.194
	CoG	41	59.63	8.111	1.267

Pearson's r coefficient was used to test for any associations between psychopathological problems (YSR 11-8) and alexithymia (TAS-20) in either of the groups (Tables 4 and 5).

Table 4. Pearson correlation in the clinical group (ClG n = 41).

		TAS-20 Factor 1	TAS-20 Factor 2	TAS-20 Factor 3	TAS-20 Total Score
Internalizing	R	.589	.362	.049	.530
	p	.000***	.020*	.761	.000***
Total Problems	R	.606	.334	.037	.525
	p	.000***	.033*	.818	.000***
Anxiety/Depression	R	.598	.360	-.109	.470
	p	.000***	.021*	.498	.002**
Whithdrawal/Depression	R	.466	.310	.062	.438
	p	.002**	.048*	.701	.004**
Somatic Complain	R	.368	.172	.109	.345
	p	.018*	.283	.496	.027*
Social Problems	R	.489	.367	-.016	.448
	p	.001***	.018*	.920	.003**
Thought Problems	R	.487	.282	-.004	.415
	p	.001***	.074	.978	.007**
Attention Problems	R	.533	.306	.037	.470
	p	.000***	.052	.817	.002**
Aggressive Behaviour	R	.276	.164	.170	.311
	p	.080	.306	.289	.048*

Note. TAS = Toronto Alexithymia Scale; Factor 1 = Difficulty in identifying feelings; Factor 2 = Difficulty in communicating feelings; Factor 3 = Externally oriented thinking.

*p < .05. **p < .01. *** p< .001.

In the clinical group the scores on the Externalizing problems scale did not correlate significantly with any of the TAS-20 scales' scores.

Table 5. Pearson correlation in the control group (CoG n = 41).

		TAS-20 Factor1	TAS-20 Factor2	TAS-20 Factor 3	TAS-20 Total Score
Internalizing	R	.500	.465	.456	.562
	p	.001***	.002**	.003**	.000***
Total Problems	R	.304	.291	.444	.419
	p	.053	.065	.004**	.006**
Anxiety/Depression	R	.515	.381	.458	.537
	p	.001***	.014*	.003**	.000***
Whithadrawal/Depression	R	.480	.452	.364	.527
	p	.001***	.003**	.019*	.000***
Somatic Complain	R	.357	.289	.459	.448
	p	.022*	.066	.003**	.003**
Social Problems	R	.268	.308	.327	.372
	p	.090	.050*	.037*	.017*
Thought Problems	R	.282	.304	.442	.428
	p	.074	.053	.004**	.005**
Attention Problems	R	.387	.286	.504	.487
	p	.012*	.070	.001***	.001***
Affective Problems	R	.326	.309	.496	.460
	p	.037*	.049*	.001***	.002**
Anxiety/Drepression	R	.484	.386	.480	.515
	p	.001***	.013*	.001***	.001***
Somatic Complain	R	.315	.275	.379	.383
	p	.045*	.082	.014*	.013*
Hyperactivity Problems	R	.196	.184	.383	.312
	p	.219	.250	.013*	.047*

Note. TAS = Toronto Alexithymia Scale; Factor 1 = Difficulty in identifying feelings; Factor 2 = Difficulty in communicating feelings; Factor 3 = Externally oriented thinking.

*p < .05. **p < .01. *** p< .001.

Discussion

The statistical analyses conducted support our hypothesis of higher prevalence of alexithymia among adolescents with psychological issues than in controls. These

results are consistent with published reports of prevalence in normal adolescent population (Sakkinen, Kaltiala-Heino, Ranta, Haataja, & Joukamaa, 2007) and of high scores for alexithymia among individuals with various somatic and psycho-behavioral disorders (Gatta et al., 2012; Gatta, Facca, Colombo, Svanellini, & Schiff, 2014; Guénolé, Mallet, & Baleyte, 2012; Venta, Hart & Sharp, 2013). When we looked for differences between the two groups' alexithymia traits by age, no statistically significant difference emerged between the two age brackets considered in the clinical group, whereas higher alexithymia scores were obtained for the younger age bracket in the control group. With increasing age, the levels of alexithymia might be expected to decline as adolescents develop the cognitive and emotional capabilities they need to mentalize, recognize and consequently communicate their emotions (Sakkinen et al., 2007). It may be that the clinical group's failure to achieve this lower rate of alexithymia with increasing age was due to their psychopathologies, which could interfere with the normal development of their capacity to process emotions, and alexithymia may per se correlate with psychopathological states. When our two groups were tested for psychopathological conditions using the YSR, our results indicated that the clinical group was less competent than the control group. This result is consistent with the finding that the clinical group obtained significantly higher scores on the Social problems scale. For the other syndrome scales on the YSR, the situation appears to be more complex. On the scales concerning internalizing problems, the clinical group obtained higher mean scores than the controls, but the scores on the externalizing problem scales suggested that the control group had significantly more issues than the clinical group, although their scores did not come within the clinical range. The adolescents in the clinical group thus saw themselves as having greater difficulty in the internalizing sphere, while the controls had more trouble with the externalizing sphere. None of their scores were clinically pathological, however, so this last finding in the control group can probably be considered physiological, since a tendency to transgress is natural in adolescents and part of a separate personality forming process specific to this age group. Correlating alexithymia with psychopathologies the scores obtained revealed a positive correlation in both groups. This is consistent with findings reported in the literature that generally support a relationship between alexithymia and a psychopathological vulnerability, especially of internalizing type, both in adults

(Ozsahin,Uzun, Cansever, & Gulcat, 2003; Saarijarvi, Salminen, & Toikka, 2006;) and in adolescents (Honkalampi et al., 2009; Gatta et al., 2014). In addition, the association between both internalizing and externalizing psychopathological problems and higher levels of alexithymia - encountered in both our groups - supports Taylor's view (2004) of alexithymia as having a "transnosographic" dimension in relation to both somatic and psychiatric disorders and sharing the same affective deregulation, so it would be very important to pay careful attention to this aspect when designing therapeutic efforts.

References

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles.* Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Di Trani, M., Tommasetti, N., Bonadies, M., Capozzi F., De Gennaro, L., Presaghi, F. & Solano, L. (2009). Un questionario italiano per l'alessitimia in età evolutiva: Struttura Fattoriale e attendibilità. *Psicologia della Salute, 2*, 131-143.

Frigerio, A., Vanzin, L., Pastore, V., Nobile, M., Giorda, R., Marino, C., Molteni, M., Rucci, P.,Ammanniti, M., Lucarelli, L., Lenti, C., Wolder, M., Martinucci, A., Carnet, O., Muratori, F., Milone, A., Zussas, A., Cavolina, P., Rullini, A., Morosini, P., Polidoro, G., & De Girolamo, G.(2006). The Italian preadolescent mental health project (PrISMA): rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 15*(1), 22-35.

Gatta, M., Facca, I., Colombo, E., Svanellini, L., & Schiff, S. (2014). Alexithymia psychopathology and alcohol misuse in adolescence: A population-based study on 3556 teenagers. *Neuroscience & Medicine, 5*, 60-71.

Gatta, M., Impollino, N., Del Col, L., Testa, P. C., Svanellini, L., & Battistella, P. A. (2012). Alessitimia e Psicopatologia in adolescenza: studio caso-controllo. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 79*, 546-566.

Guénolé, F., Mallet, J.F., & Baleyte, J.M. (2012). Alexithymia in severe idiopathic scoliosis: Findings from a cross-sectional study of adolescents who have or have not had operations. *Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(3), 274.

Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M.L., Kyma, J., & Laukkanen, E. (2009). The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-

Report problem scales among Finnish adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 50,* 263-268.

Loas, G., Speranza, M., Pham-Scottez, A., Perez-Diaz, F., & Corcos, M. (2012). Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Psycosomatic Research, 72*(2), 147-52.

Ozsahin, A., Uzun, O., Cansever, A., & Gulcat, Z. (2003). The effect of alexithymic features on response to antidepressant medication in patients with major depression. *Depression and Anxiety, 18,* 62-68.

Rieffe, C., Oosterveld, P., Terwogt, M. M., Novin, S., Nasiri, H., & Latifian, M. (2010). Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Personality and Individual Differences, 48,* 425- 430.

Saarijarvi, S., Salmine, J.K. & Toikka, T.B. (2006). Temporal stability of alexithymia over a five- year period in outpatients with major depression. *Psychotherapy Psychosomatic, 75,* 107-112.

Sakkinen, P., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., Haataja, R., & Joukamaa, M. (2007). Psychometric properties of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in a Finnish adolescent population. *Psychosomatics, 48,* 154-161.

Scarpazza, C., Di Pellegrino, G., & Làdavas, E. (2014). Emotional modulation of touch in alexithymia. *Emotion, 14,* 602-610.

Taylor, G.J. (2004). Alexithymia: 25 years of theory and research. In: I. Nyklicek, L. Temoshok, & A. Vingerhoets (Eds.), *Emotional Expression and Health* (137-153). Brunner- Routledge, Hove-New York,

Van der Velde, J., Gromann, P., Swart, M., Wiersma, D., de Haan, L., Bruggeman, R., Krabbendam, L., & Aleman, A. (2014). Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. *Social Cognitive & Affective Neuroscience, 10,* 285-293.

Venta, A., Hart, J., & Sharp, C. (2013). The relation between experiential avoidance, alexithymia and emotion regulation in inpatient adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 18*(3), 398- 410.

CLÍNICA INFANTO-JUVENIL: IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN A NIVEL FAMILIAR: ESTUDIO DE 12 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Mª Victoria Sánchez-López*, Mª Teresa Rosique-Sanz, Ángel Fernández-Sánchez*, Cristina Polo-Usaola***, Mª Luisa López-Gironés ***, Marisa Alfaya-Tomé***, Francisco González-Urrutia*** y Víctor Ortega-Parra***

* Grupo Laberinto Salud y Psicología

***Hospital Dr. Rodríguez Lafora, Madrid, España*

****Centro de Salud Mental Hortaleza, Madrid, España*

Resumen

Antecedentes: Estudios recientes señalan que la prevalencia de problemas de salud mental en población infanto-juvenil se encuentra entre el 17 y el 26%. En población Infanto-juvenil resulta especialmente recomendable un abordaje familiar (Minuchin, 1985). El objetivo de este trabajo es analizar el tipo de intervención familiar llevado a cabo en el dispositivo Infanto-Juvenil de un Centro de Salud Mental público. **Método:** Muestra: 91 menores con edades comprendidas entre los 2 y los 18 años. Se diseña *ad hoc* un protocolo que incluye las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico del menor y tratamiento elegido. Se trata de un diseño longitudinal retrospectivo, los datos se recogen a partir de las historias clínicas y las transcripciones de las entrevistas. **Resultados:** Media de edad: 12 años, 53,8% varones, 46,2% mujeres. Datos sobre el diagnóstico: rendimiento escolar (36,6%), trastorno adaptativo (26,4%), Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH (17,6%), ansiedad (8,8%), depresión/distimia (4,4%), personalidad (4,4%), psicóticos (2,2%). Respecto al tratamiento elegido de reparte así: individual+familiar (49,7%), familiar (26,1%), individual+familiar+farmacológico (19,8%), familiar+farmacológico (4,4%). **Conclusiones:** La media de edad de los menores atendidos y los principales diagnósticos subrayan la importancia de la detección precoz y la coordinación con los centros educativos para un mejor abordaje multidisciplinar. Respecto a los menores atendidos desde un enfoque familiar, el formato más frecuente es la combinación con sesiones individuales, seguido del formato exclusivamente familiar, en último lugar

queda la combinación con el tratamiento farmacológico. Así, vemos que en un porcentaje alto de casos los menores necesitan un espacio individual terapéutico junto al trabajo familiar, lo que puede relacionarse con la complejidad de los sistemas familiares.

Palabras clave: Clínica infanto-juvenil**,** terapia familiar, centro de salud mental, tratamiento no farmacológico.

CHILD AND YOUTH CLINICAL TREATMENT: THE IMPORTANCE OF THE INTERVENTION AT A FAMILY LEVEL: A TWELVE YEAR DATA MINING IN A MENTAL HEALTH CENTER

Abstract

Background: Recent studies show that the prevalence of mental health problems in child population is between 17 and 26%. In a child and youth population is specially advisable in this population a family treatment approach (Minuchin, 1985). The objective of this work is to analyze how the family intervention is carried on in a child and youth unit in a public mental health center. **Method:** 91 underage between 2 and 18 years form the sample of this investigation. An ad hoc protocol was designed including this variables: sex, age, underage diagnosis and chosen treatment. A longitudinal retrospective design was used and data was collected from medical records and interview transcriptions. **Results:** Average age is 12 years, 53,8% male, 46,2% female. Diagnostic data: school performance (36,6%), Adjustment Disorder (26,4%), ADHD (17,6%), anxiety (8,8%), depression/dysthymia (4,4%), personality disorders (4,4%), psychotic disorders (2,2%). The chosen treatment distribution is: individual – family (49,7%), family (26,1%), individual+family+pharmachologic (19,8%), family+pharmachologic (4,4%). **Conclusions:** The results in average age of the treated children and the more frequent diagnosis, emphasize the importance of early detection and coordination with schools for better multidisciplinary approach. Regarding the underage individuals treated under a family approach, the most frequent format is the one that combined with individual sessions, followed by the format of only family treatment. In last place remains the combination with pharmacology treatment. Thus, we

have found in a high percentage of the cases that underage need a therapeutic individual space next to the family treatment. This can be explained by the complexity of family systems.

Keywords: **C**hild and youth clinic, family therapy, mental health center, nonpharmacologic treatment.

Introducción

Los principios de la psicopatología infanto-juvenil se encuentran en el S. XVII, cuando se produce un cambio en la concepción de la infancia y la adolescencia, anteriormente ignoradas. Según los estudios más recientes, la prevalencia infanto-juvenil se encuentra entre el 17 y el 26%, dándose en un 10% una afectación significativa de funcionamiento. En general, afecta más a niños que a niñas, no dándose este dato en trastornos emocionales o de la ansiedad, que afectan más a niñas. La intervención terapéutica con niños y adolescentes presenta particularidades que vienen determinadas por la singularidad de los cambios del desarrollo bio-psico-social que se experimentan en este periodo. Por lo general los niños no suelen pedir ayuda, por lo que son los padres, profesores o profesionales sanitarios quienes detectan la conducta entendida como problemática y solicitan una intervención. Hay que considerar la edad y el grado de desarrollo alcanzado por el niño o la niña a la hora de realizar un diagnóstico y de elegir un tratamiento, ya que una misma conducta puede requerir una intervención diferente dependiendo de la edad de inicio del problema. El sexo también es una variable relevante ya que por lo general se espera que los niños sean más agresivos, dominantes y activos, mientras que las niñas se espera que sean más dependientes, pasivas y sensibles. Además las chicas muestran un exceso de conductas encubiertas con sentimientos disfóricos y de soledad, en cambio los chicos muestran más conductas verbales y agresivas (Sánchez y Rivero, 2011).

El terapeuta debe conocer, respetar y aplicar las consideraciones sociales, éticas y legales que recoge, tanto la legislación vigente como su Código Deontológico.

La intervención con niños y adolescentes tiene unas características específicas, destacando la importancia del contexto evolutivo, la colaboración con padres y otros profesionales (profesores, pediatras, etc.), y la importancia de variables ambientales.

Puede incluir tratamiento individual, grupal, familiar o farmacológico. En el tratamiento psicológico de menores hay varios factores importantes a tener en cuenta, como el nivel de estrés familiar o coexistencia de trastornos en los padres. Así, en población Infanto-juvenil, la estrategia de intervención en el ámbito de la salud mental puede ser variada, si bien en esta población resulta especialmente recomendable un abordaje familiar. Sabiendo que es importante hacer participar a los padres en la terapia, en muchas ocasiones, desde el modelo de salud público no es posible por ausencia de una infraestructura adecuada. Se necesita en primer lugar profesionales con formación en Terapia Familiar, y en segundo lugar, una organización del tiempo que permita dedicar el tiempo necesario para las entrevistas necesarias. En una consulta en la que tienen que atenderse menores cada 20 minutos no es posible dar una atención de calidad de forma individual, y mucho menos a nivel familiar.

Este trabajo cuenta con varios aspectos destacables. En primer lugar que los datos se han recogido, dentro de un Centro de Salud Mental Público con un Programa Específico de Terapia Familiar, siendo una característica muy específica que pocos Centros de Salud Mental tienen. Este Programa dispone de una sala para hacer las sesiones familiares que cuenta con espejo unidireccional y sistema de grabación de las sesiones; por otro lado, todas las sesiones son recogidas de forma escrita por el equipo reflexivo de profesionales que se encuentra en la sala al otro lado del espejo.

Otro aspecto muy destacable es el gran periodo que abarca la recogida de datos: disponemos de información del Programa de Terapia Familiar que abarca 12 años.

El objetivo de este trabajo es analizar el tipo de intervención familiar llevado a cabo en un Centro de Salud Mental público.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 91 menores con edades comprendidas entre los 2 y los 18 años que son derivados al Programa de Terapia Familiar del Centro de Salud Mental de Hortaleza desde los servicios de Atención Primaria.

Materiales

La información que se analiza corresponde a la transcripción de las sesiones de Terapia Familiar recogidas por el equipo reflexivo en cada sesión.

Procedimiento y diseño

Se diseña *ad hoc* un protocolo que incluye las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico del menor y tratamiento elegido. Se trata de un diseño longitudinal retrospectivo, los datos se recogen a partir de las historias clínicas y las transcripciones de las entrevistas.

Resultados

Respecto a la edad de los menores derivados la media es de 12 años. En cuanto al género encontramos un 53,8% varones y un 46,2% de mujeres.

Respecto a los datos sobre los diagnósticos son los siguientes:

- Un 36,6% presenta alteraciones en el rendimiento escolar.
- Un 26,4% presenta trastornos adaptativos.
- en un 17,6% nos encontramos un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- Un 8,8% presenta cuadros clínicos de ansiedad.
- Un 4,4% presenta sintomatología depresiva (depresión/distimia).
- Un 4,4% presenta dificultades en relación a la personalidad.
- Un 2,2% presenta trastornos psicóticos.

Como puede observarse, el porcentaje más alto no se refiere a un cuadro clínico como tal sino a dificultades en un área específica del menor. Un porcentaje considerable se refiere a cuadros adaptativos, donde el componente de ansiedad es elevado. El resto de cuadros clínicos incluye TDAH, cuadros de ansiedad, cuadros depresivos, dificultades de personalidad y cuadros psicóticos.

De este grupo de menores, el tratamiento elegido se distribuye así:

- Individual+familiar (49,7%),
- Familiar (26,1%),
- Individual+familiar+farmacológico (19,8%),
- Familiar+farmacológico (4,4%).

Como puede observarse, el tratamiento más elegido para los menores es la combinación de tratamiento individual junto a sesiones familiares, en último lugar queda el tratamiento farmacológico combinado con las sesiones familiares.

Discusión y conclusiones

Respecto a la problemática que encontramos en los menores derivados vemos que el mayor porcentaje de menores no presenta un cuadro clínico como tal, sino problemas en el rendimiento escolar. Podemos entender que los problemas escolares son el resultado de otros procesos internos o dificultades del menor, que se manifiestan de esta forma. Por ejemplo, puede relacionarse con dificultades de aprendizaje o dificultades emocionales que interfieren en el rendimiento académico. Dado que este diagnóstico está presente en el grupo de menores que son derivados al Programa de Terapia Familiar, entendemos que se valora que las características del sistema familiar influyen en la génesis y/o mantenimiento de las dificultades escolares del menor. Un aspecto importante en estos casos, será la coordinación con los centros educativos, Esto es importante para no llegar a situaciones de abandono escolar

Más de una cuarta parte de los menores presenta trastornos adaptativos, caracterizados por la aparición previa de un factor estresante y síntomas emocionales y/o comportamentales, junto a malestar y deterioro en la actividad académica. El agente estresor puede ser de distinta naturaleza: simples, factores múltiples, recurrentes, continuos, afectar a un individuo o a varios, acontecimientos relacionados con el desarrollo, etc. Se puede presentar también sintomatología ansiosa, depresiva, comportamental o mixta. La persistencia del trastorno o su evolución a otros trastornos mentales es más probable en niños y adolescentes que en adultos (es más probable que se asocie a una manifestación prodrómica subclínica de un trastorno mental más grave en estos casos). En niños y adolescentes, a mayor sintomatología conductual y mayor duración, peor pronóstico (American Psychiatric Association, 2002). En estos casos, la Terapia Familiar está indicada, bien porque el factor estresante se encuentra dentro de la propia familia, bien porque la familia puede ayudar a gestionar las emociones del menor, siendo una fuente de apoyo. Hay que recordar que los intentos autolíticos son frecuentes en este trastorno.

Si nos centramos en el TDAH, el tercer cuadro clínico más prevalente de la muestra del estudio, tenemos que tener en cuenta que es frecuente que personas con este trastorno tengan también retraso en la escolarización, problemas de conducta, baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, ansiedad, labilidad emocional, disforia y baja autoestima. Dentro de los modelos etiológicos, el modelo psicosocial entiende que los principales factores psicosociales se centran en la familia: altos niveles de estrés, funcionamiento disfuncional, psicopatología en alguno de los progenitores, normas familiares muy desestructuradas o por el contrario con muchas responsabilidades, etc. En cualquier caso, la Terapia Familiar estará indicada dentro de un tratamiento multicomponente.

Con un porcentaje menor, encontramos una parte de los menores con cuadros de ansiedad, que provoca síntomas que interfieren en el funcionamiento cotidiano del niño afectando negativamente en el contexto escolar, familiar y social (American Psychiatric Association, 2002). Se conoce que la etiología es multicausal. Como factores de vulnerabilidad se barajan a nivel familiar: estilo educativo sobreprotector de los padres, relación insegura con el cuidado y problemas psicopatológicos de los padres. La intervención desde un Programa de Terapia Familiar permitirá avanzar en estas variables.

Respecto a los cuadros depresivos, entre los factores asociados se encuentran variables personales y sociofamiliares. dentro de estos últimos encontramos: acontecimientos vitales negativos, percepción de bajo apoyo social o familiar, condiciones familiares adversas como problemas en la relación entre padres e hijos o entre hermanos, o entre los padres como problemas en la pareja, ruptura o separación de los padres, antecedentes de trastornos en los padres, familias con un estilo educativo rígido y poco afectivo. Todos estos aspectos pueden trabajarse desde un enfoque terapéutico familiar.

En cuanto a los trastornos de personalidad hay controversia sobre la posibilidad de hacer el diagnóstico en menores. En cualquier caso sabemos que se inician al final de la adolescencia o principio de la vida adulta., y que el trastorno antisocial puede partir de un Trastorno Disocial en la infancia (American Psychiatric Association, 2002). Dentro de las variables asociadas encontramos algunas que se refieren al ámbito familiar: antecedentes de salud mental, estrés postraumático (abusos físicos y sexuales

en la infancia), padres inestables o erráticos, disciplina inconsistente, trastorno de somatización y abuso de sustancias, conflicto hostil y pérdida precoz de padres o separación de padres, rechazo parental e inconsistencia en el castigo. las sesiones de Terapia Familiar permitirán trabajar estos aspectos, más allá del tratamiento individual que puede ser necesario en función de la gravedad del trastorno.

Respecto a los cuadros psicóticos en niños y adolescentes, los síntomas más característicos son los síntomas positivos aunque en este caso suelen ser de menor elaboración y estructuración. Pueden ser más habituales las alucinaciones visuales. Esto, junto a la desorganización del habla y del comportamiento (American Psychiatric Association, 2002), va a requerir necesariamente de una intervención que pueda contener al menor. Si bien se establece que en población general el porcentaje es poco significativo, en esta muestra se encuentra como uno de los cuadros presentes. El tratamiento farmacológico con mayor eficacia en estos casos es la clozapina. En general su uso en niños y adolescentes debe ser cauteloso, ya que los antipsicóticos son menos eficaces en estos casos y crean importantes síntomas secundarios. El tratamiento de elección además de la intervención psicofarmacológica consiste en la psicoterapia familiar y la rehabilitación psicosocial. Se insiste en la enseñanza de habilidades escolares y evolutivas, y en el entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas para el niño y su familia (Wynne, Ryckoff, Day y Hirsch, 1958).

Respecto al tratamiento elegido para los menores en casi un tercio de los casos se centra exclusivamente en la Terapia Familiar, con lo que entendemos que en una gran cantidad de casos el trabajo desde el punto de vista sistémico es necesario y suficiente para conseguir una mejoría clínica. Respecto a los tratamientos combinados, se elige en primer lugar con mucha diferencia la psicoterapia individual y en segundo lugar la psicoterapia individual junto al tratamiento farmacológico. Puede entenderse que la gravedad de los casos requiere de la disposición de un espacio individual junto al trabajo con el sistema familiar. Queda en último lugar el tratamiento farmacológico, con lo que parece que en los menores donde hay variables familiares importantes implicadas en el origen/mantenimiento de su situación, los aspectos farmacológicos pasan a un segundo plano.

Valoramos varios aspectos importantes dentro de este estudio, en primer lugar haber contado con la posibilidad de recoger los datos de un Programa de Terapia

Familiar dentro de un Centro de Salud Mental Público, sabiendo que muy pocos centros cuentan con este recurso. En segundo lugar el gran periodo temporal que abarca la recogida de datos: 12 años.

Para futuros trabajos se recomienda incluir una valoración se la dinámica y estructura familiar pre y postratamiento, para definir de forma más clara en qué aspectos tiene influencia la Terapia Familiar, y cómo correlaciona con el estado clínico de los menores.

Agradecimientos

Nos gustaría dar las gracias, en primer lugar, a todas las familias que durante 12 años han participado en el programa de Terapia Familiar, que nos ha permitido hacer un análisis dentro del área de la salud mental infanto-juvenil. También a los profesionales que forman parte del Equipo de Terapia Familiar del Centro de Salud Mental de Hortaleza y a los profesionales que han formado parte del equipo reflexivo.

Referencias

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-IV-TR. Texto revisado. Barcelona. Ediciones Masson.

Minuchin P. (1985). Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development, 56*(2), 89-302.

Sánchez, M.V. y Rivero, R. (2011). *Psicopatología y Clínica Infantil.* Murcia: Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual.

Wynne, L.C., Ryckoff, I.M., Day, J. y Hirsch, S.I. (1958). Pseudo-mutality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry, 21*(2), 205-20.

INTERVENCIÓN FAMILIAR A UN NIÑO CON GRAVES DÉFICITS DE DESARROLLO

Nikolett Eisenbeck, Juan C. López, Adrián Barbero-Rubio y Luis Jorge Ruíz-Sánchez

Universidad de Almería

Resumen

Antecedentes: El presente estudio de caso trata de un niño (C) de 13 años que muestra retraso grave en su desarrollo, en comportamientos de autosuficiencia, autocuidado y rendimiento cognitivo, así como ausencia de pre-requisitas para establecer dicho repertorio, para lo cual se ha descartado cualquier patología médica. **Método:** El análisis del caso, que se realizó desde una perspectiva funcional-contextual, permitió diseñar una intervención basada en el análisis de conducta tradicional (como el manejo directo de contingencias), con la contribución de la comprensión analítico-funcional del lenguaje y la cognición humana que aporta la Teoría de los Marcos Relacionales. Durante las sesiones con C se fortalecieron los repertorios conductuales prerrequisitos (como incrementar su nivel atencional, seguimiento de instrucciones y reducir disruptivas) como paso previo al entrenamiento en relacionar estímulos bajo control contextual arbitrario, a fin de establecer como operante generalizada el comportamiento relacional derivado. Por otra parte, se trabajó con C. en fortalecer la discriminación del propio compartimiento para generar flexibilidad psicológica en su modo de regular su propia conducta. Las sesiones con los padres de C fueron orientadas a entrenarles en el manejo de contingencias directas respecto al niño y al trabajo personal con ellos en relación a posibles barreras que pudieran entorpecer el desarrollo de la intervención. **Resultados:** Tras las sesiones de tratamiento y seguimiento se han conseguido algunos cambios importantes en la vida del cliente, sobre todo la reducción en la tasa de conductas disruptivas. **Conclusiones:** Se discute la aplicación de numerosos herramientas y ejercicios adaptados a la problemática. Los resultados, se suman a los obtenidos en estudios previos y avalan la idoneidad de este abordaje terapéutico en casos con déficit de desarrollo.

Palabras clave: Déficits de desarrollo, terapia conductual, manejo de contingencias directas, análisis funcional, evaluación.

FAMILY INTERVENTION FOR A CHILD WITH SEVERE DEVELOPMENTAL DEFICITS

Abstract

Background: The subject of the present case study is a 13-year-old child (C) who shows severe developmental deficits in behaviors of self-sufficiency, self-care and cognitive performance and demonstrates the absence of prerequisites to establish said repertoire. **Method:** Analysis of the case was realized from a functional-contextual perspective, based on the traditional behavior analysis (direct contingency management) with the contribution of the functional analytic understanding of the human language and cognition that provides the Relational Frame Theory. During our sessions with C, prerequisites of learning were trained (to increase his attention span, to learn how to follow instructions and to reduce disruptive behavior) as a previous step of the training to relate stimuli under arbitrary contextual control, so an operant of derived relational behavior would be established. Moreover, we worked with C in strengthening the discrimination of his own behavior to generate psychological flexibility in a way he could regulate his own behavior. The sessions with the parents of C were designed to train them in direct contingency management and to explore personal barriers that may hinder the intervention. **Results:** After the treatment sessions and the follow-up, important changes were observed in the client's life, especially the reduction of the rate of disruptive behaviors. **Conclusions:** The implementation of numerous tools and exercises tailored to the problem is discussed. The results, in addition to those obtained in previous studies support the suitability of this therapeutic approach in cases with developmental deficit.

Key words: Developmental deficits, behavioral therapy, direct contingencies, functional analysis, evaluation.

Introducción

Evaluaciones e intervenciones tradicionales del análisis de la conducta se han visto potenciados por investigaciones modernas del comportamiento relacional derivado, condensada en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Rehfeldt y Barnes-Holmes, 2009). La RFT ha dado lugar a desarrollar nuevos procedimientos de evaluación y tratamiento en el marco las intervenciones conductuales que pueden ser muy útiles incluso con niños con problemas de desarrollo (e.g., Barnes-Holmes, Barnes-Holmes y Smeets, 2004; Cassidy, Roche y Hayes, 2011; Luciano et al., 2009; Ruiz, Suárez y López, 2012; Vizcaíno, Luciano y Ruiz, 2010). Dichas intervenciones están basadas tanto en procesos básicos de aprendizaje (p.ej., manejo de contingencias) como en las aproximaciones modernas de la cognición.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo fue utilizar los procedimientos señalados en el tratamiento de un niño con características autistas y retraso en el desarrollo a través de una breve intervención con posibilidad de ser continuada.

Datos del paciente

Los padres de C., un niño de 13 años de edad, acudieron a consulta en busca de un tratamiento individualizado para su hijo. C. presentaba un grave deterioro del desarrollo en diversas áreas, por lo cual había sido diagnosticado con Retraso Generalizado en el Desarrollo a una edad temprana. Previamente, C. recibió tratamiento farmacológico y terapia por parte de una logopeda y un psicólogo. Los problemas principales de C., según informe de los padres, fueron: (1) C. mostraba conductas agresivas y desafiantes y (2) no realizaba tareas de higiene personal de forma autónoma. La principal demanda de los padres fue que C. pudiera mejorar sus habilidades en dichas áreas y que aprendiese a adaptarse a situaciones novedosas y a comportarse en diferentes contextos.

Contexto de la intervención

La recepción del caso se llevó a cabo por los primeros tres autores. Dadas las características del caso, se eligió como metodología de intervención la modificación de conducta a través del manejo de contingencias directas, que llevaron a cabo a su vez los

padres en base a las instrucciones proporcionadas por los terapeutas. Además, se consideró que el trabajo fuese realizado por más de un terapeuta en sesión para facilitar la generalización, para mostrar modelos y facilitar el trabajo en toma de perspectiva. La intervención fue registrada atendiendo a estrictos criterios de confidencialidad.

Procedimiento

La intervención constó de seis sesiones, de las cuales tres fueron de evaluación, dos de tratamiento y una de seguimiento (mes y medio). Las sesiones tuvieron una hora y media de duración y una periodicidad semanal.

La evaluación se realizó mediante una observación repetida y sistemática de las interacciones conductuales de interés, un análisis de las consecuencias potencialmente reforzantes en los distintos episodios de conducta, obtención de información general sobre el repertorio del niño (repertorio disponible en el contexto de las exigencias y actividades diarias en su ambiente familiar) y el análisis de los déficits y/o excesos conductuales para elaborar un currículum individualizado. Las tres sesiones de evaluación se basaron de la evaluación directa de C. en sesión y del informe obtenido por los padres. Las dos sesiones de tratamiento tuvieron el objetivo central de potenciar habilidades básicas de C. y la sesión de seguimiento consistió en una entrevista con la madre. Para ver secuencialmente el contenido de cada sesión véase la Figura 1.

Cabe señalar que de esta breve intervención, los resultados esperados se limitan a conductas específicas incluidas en el tratamiento, y sería necesario continuar la intervención para poder obtener resultados de mayor relevancia y que supongan un cambio significativo a nivel de criterios normativos para el desarrollo de C.

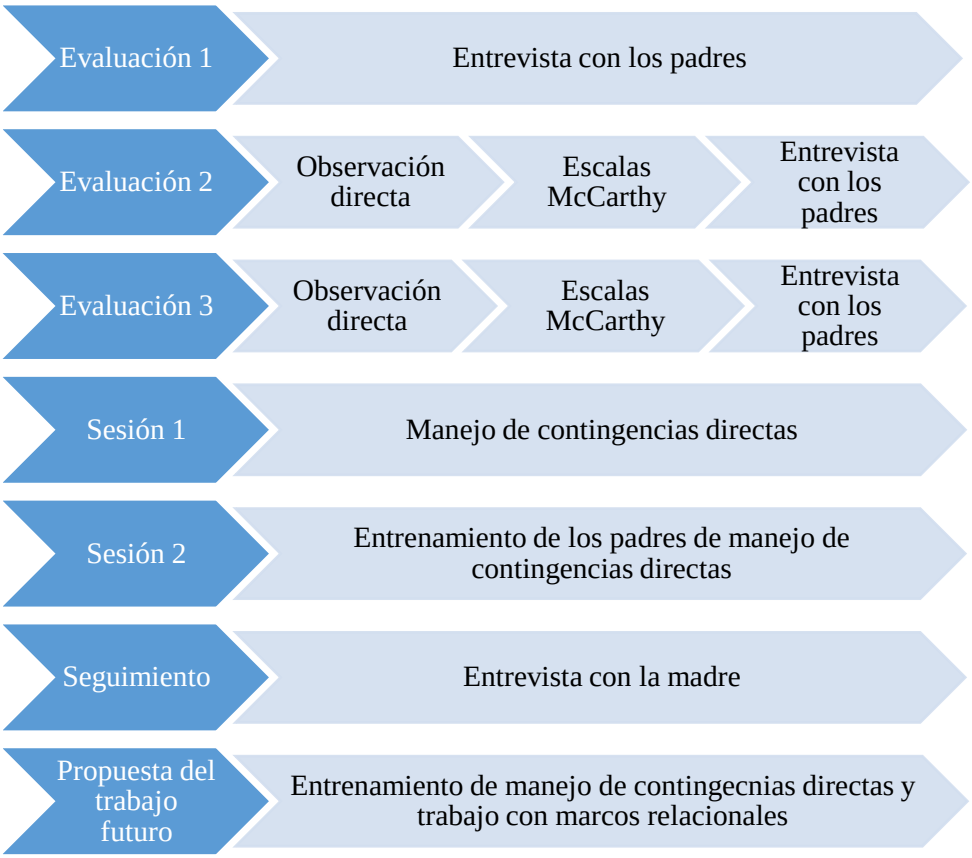


Figura 1. Secuencia de la intervención.

Evaluación

El propósito de esta evaluación fue identificar las fortalezas y debilidades en todo el repertorio conductual teniendo presente las curvas de desarrollo normal. Con tal fin, se realizaron tres sesiones de evaluación. La primera consistió en una entrevista con los padres de C., la segunda y la tercera estuvieron formadas por tres componentes: (1) evaluación de la conducta de C. a través de observación directa, (2) aplicación de las Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños (McCarthy, 1988), y (3) entrevista con los padres. Los objetivos de la evaluación fueron analizar la conducta de C. e identificar las barreras de aprendizaje y generar un plan de intervención.

Resultados derivados de la entrevista de los padres. Según la entrevista con los padres, las áreas de rendimiento cognitivo afectadas fueron principalmente las siguientes: C. no sabe leer ni escribir, no realiza fórmulas matemáticas de cálculos simples y entiende únicamente juegos de reglas sencillas. Las áreas de autocuidado que informaron afectadas se centraron en: "*no se ducha solo, no se viste solo y no come solo*". Finalmente, las áreas de autosuficiencia revelaron una dependencia general en todas las actividades cotidianas.

Resultados derivados de la evaluación directa y de las Escalas de McCarthy. Cabe señalar que las escalas McCarthy (McCarthy, 1988) no se aplicaron en su totalidad, ni siguiendo criterios estrictos de aplicación, por no inducir demasiado fracaso y por ello no se reportarán las puntuaciones obtenidas. Los datos recogidos mediante estas escalas y la observación directas e interpretan dentro de los siguientes apartados: (1) pre-requisitas para el aprendizaje, (2) repertorio verbal, (3) otras áreas de interés.

1. Pre-requisitas. Los resultados de la evaluación mostraron que C. muestra graves déficits en las conductas pre-requisitas para el aprendizaje (atención, imitación y seguimiento de instrucciones). Durante la evaluación se han observado problemas atencionales graves, no pudiéndose mantener la atención por más de dos-tres segundos ante estímulos poco reforzantes. Mostró niveles bajos de contacto ocular en interacciones de comunicación. Se pudo observar imitación generalizada a nivel motor grueso (Ej. movimiento de las extremidades), con o sin objetos, cuando es requerida ("haz como yo"). Aunque el repertorio de imitación estaba generalizado, no realizó secuencias de más de dos conductas ni imitó eficazmente conductas motoras finas (Ej. juntar las manos cruzando los dedos para, a continuación, girar los pulgares entre sí mismos). C. imitó espontáneamente conductas de otros en un contexto natural, lo que indica que la conducta de otros es discriminativa para ser imitada u observada. Y por último, C. siguió instrucciones simples que contenían dos o tres elementos, teniendo problemas con instrucciones complejas (más de tres elementos).
2. Repertorio Verbal. Respecto a la conducta verbal de oyente, la conducta comprensiva era aceptable. Fue capaz de seleccionar el objeto correcto entre un

conjunto de 4 objetos colocados de manera desordenada en la mesa o buscar el objeto requerido en la sala. Presentó generalización de respuesta ante diferentes versiones de un mismo objeto (imagen -2D-, como objetos reales -3D-) a nivel comprensivo. Respondió a su propio nombre en ambientes naturales. Además, C. presentó comportamientos de imitación verbal que no superó las dos palabras. Asimismo, mostró una adecuada imitación del tono, duración e intensidad de las palabras. En cuanto al repertorio verbal de hablante, fue capaz de denominar la mayoría de los objetos cotidianos (tactos). No obstante, apenas mencionó las características y/o funciones de diferentes objetos, presentando además un limitado repertorio de adverbios, preposiciones y adjetivos en la descripción de imágenes o acciones. Se produjeron tactos espontáneos pero en menor frecuencia que los requeridos. Además, presentó una frecuencia baja de mandos (peticiones verbales o demandas) espontáneos elaborados. Del mismo modo, no respondió a preguntas sencillas como "¿Cómo se llama tu padre?" "¿Dónde vives?" etc. (intraverbales). C. mostró un vocabulario básico a nivel de hablante y un repertorio de expresiones limitado. No se observó una adecuada flexión verbal, es decir, el uso correcto de morfemas gramaticales que indican tiempo, modo, número o persona.

3. Otras áreas de interés. En relación a las demás actividades se observó que:
   - Presentó problemas para iniciar encuentros sociales.
   - No realizó juego simbólico (Ej. seguir una historia o utilizar un objeto de forma creativa o novedosa). El juego independiente quedó limitado a escuchar música a través de una plataforma electrónica (Ej. móvil, pc). No manipuló ni exploró elementos nuevos del entorno de manera independiente.
   - Mostró graves dificultades en el contado y dependía de ayudas para cifrar los primeros diez números.
   - No mostró la toma de perspectiva necesaria para superar el test de Sally-Ann, pero logró transformar en perspectiva a través de la mentira (se remite aquí a lo dictado sobre la atención, como condición pre-requisita para alcanzar niveles complejos verbales de toma de perspectiva).

- En relación al seguimiento de secuencias, C. mostró rigidez para superar los primeros eslabones (fuesen reforzados o no) teniendo problemas para continuar con la secuencia o cambiar de conducta.
- No mostró un uso flexible de marcos relacionales.
- C. mostró además algunos problemas de conducta menores que se reflejaron con mayor frecuencia ante la restricción de reforzadores o demandas que le resultaban poco atractivas. Estas consistían en conductas ligeramente agresivas como no querer entrar en la habitación, o insultar. No obstante el tiempo para que entrara se redujo entre las sesiones 2 y 3.
- C. mostró ciertas conductas de autoestimulación (p. ej., cogerse la camiseta).
- En el trabajo en mesa, permaneció sentado, pero sin prestar atención, realizando respuestas al azar que anteriormente fueron reforzadas (scrolling).
- Varias conductas de C. requirieron de ayuda para ser emitidas, de forma que si no se proporcionaba la ayuda, la respuesta no ocurría. Puede entenderse que se ha llevado a cabo un inadecuado desvanecimiento de las ayudas que ha generado una dependencia a las mismas.
- Resultaron reforzantes los sonidos muy altos, el chocolate, el móvil y los movimientos rápidos como bailar y jugar con pelotas. El reforzamiento social, los elogios o el contacto físico funcionaron como reforzadores.

Sesiones de tratamiento

Los objetivos de las sesiones de tratamiento fueron empezar a establecer pre-requisitas del aprendizaje (repertorios de atención, imitación y seguimiento de instrucciones), reducir la frecuencia de los problemas de conducta (berrinches ante eventos poco reforzantes) y realizar acciones de forma más autónoma (ducharse). Estos objetivos se intentaron alcanzar a través del manejo de contingencias directas y el entrenamiento de los padres en dichas técnicas. Además se inició de manera previa un entrenamiento de relacionar estímulos bajo control contextual arbitrario.

Las pautas ofrecidas a los padres estuvieron encaminadas a entrenarles en el manejo de contingencias directas, incidiendo en el uso de ayudas y el proceso de desvanecimiento

de las mismas, el uso de reforzadores y cómo sustituirlos por reforzadores más naturales (provistos por la propia conducta), y en reforzar con efusividad la emisión espontánea de conductas objetivo y acompañar los reforzadores de una descripción de la conducta reforzada, etc. Estas pautas estuvieron al servicio de los siguientes objetivos: (1) aumentar niveles de la atención sostenida, (2) aumentar la frecuencia de miradas espontáneas y ante su nombre, (3) aumentar la frecuencia y la complejidad de mandos espontáneos y de tactos correctos, (4) aumentar el seguimiento de instrucciones y (5) método de encadenamiento para aprender conductas complejas, como ducharse sólo. Los padres trasladaron el trabajo iniciado en sesión a casa durante el verano, siguiendo las pautas proporcionadas por los terapeutas.

Seguimiento

Al final del verano se realizó una sesión de seguimiento con la madre de C. para evaluar los cambios conductuales que ocurrieron durante dicho periodo.

Resultados

Tras las sesiones de tratamiento y seguimiento se han conseguido algunos cambios importantes en la vida del cliente. Al final del verano, C. no muestra conductas agresivas y se ducha solo. Los padres decidieron, ante dicho escenario, no continuar la intervención, pues estaban satisfechos por haber cumplido sus demandas.

Discusión

Como resumen, la evaluación ha podido señalar los puntos más problemáticos del desarrollo del niño, con un énfasis en la falta de pre-requisitas. Adicionalmente, se ha podido generar una intervención corta y dar ciertas pautas a los padres para reducir la tasa de conductas agresivas del niño y se asentaron las bases de cara a una posterior intervención. El estudio muestra que una evaluación e intervención breve puede tener un impacto medible en el comportamiento. Este tipo de resultados son acordes a intervenciones similares previas (p.ej., Luciano et al., 2009; Ruiz et al., 2012; Vizcaíno et

al., 2010) y se deben a un enfoque del análisis de conducta incorporando la investigación del comportamiento relacional derivado (p.ej., Hayes et al., 2001).

Como limitación, pudiera haber sido necesario realizar un trabajo personal con los padres para que manejasen sus barreras por el alto costo que supone cambiar ciertos hábitos instaurados en su rutina diaria al trasladar el trabajo de sesión a casa. De cara al futuro, en intervenciones semejantes, sería necesario continuar el trabajo con más sesiones de intervención (y pautas para el entrenamiento de los padres), para replicar la adquisición de nuevo repertorio con otras conductas objetivo, facilitar la generalización a otros facetas personales y establecer como operante generalizada el comportamiento relacional derivado. No obstante, el presente trabajo ha mostrado ser eficaz y se suma a la evidencia respecto a la literatura sobre análisis de la conducta.

Referencias

Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., y Smeets, P. M. (2004). Establishing relational responding in accordance with opposite as generalized operant behaviour in young children. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 559-586.

Cassidy, S., Roche, B., y Hayes, S. C. (2011). A relational frame training intervention to raise Intelligence Quotients: A pilot study. *The Psychological Record, 61*, 173-198.

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.

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.), D*erived Relational Responding. Applications for learners with autism and other developmental disabilities* (pp. 149-170). Oakland, CA: New Harbinger.

McCarthy, D. (1988). *Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños* (3ª ed.). Madrid: TEA.

Rehfeldt, R. A. y Barnes-Holmes, Y. (Eds.) (2009). *Derived Relational Responding. Applications for learners with autism and other developmental disabilities*. Oakland, CA: New Harbinger.

Ruiz, F. J., Suárez, J. J. y López, J. C. (2012). Tratamiento de un caso de autismo a través del entrenamiento en comportamiento relacional derivado. En R. Quevedo-Blasco y V. J. Quevedo-Blasco (Eds), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 609-612). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual. ISBN: 978-84-695-3599-8

Vizcaíno, R. M., Luciano, C. y Ruiz, F. J. (2010, abril). *Mejora del desarrollo cognitivo a través de métodos basados en la RFT*. Comunicación oral presentada en el Congreso Internacional sobre Avances en Tratamientos Psicológicos, Granada, España.

RESIDENTIAL TREATMENT FOR YOUNG DRUG-ADDICTS. NEUROPSYCHOLOGICAL FUNCTIONING AND EMOTIONAL DISTRESS IN THE FIRST SIX MONTHS OF COMMUNITY PROGRAM

Micol Parolin*, Daniela Mapelli, Patrizia Cristofalo*** and Marta Botturi***

**Department of Developmental Psychology and Socialization, University of Padova*

***Department of General Psychology, University of Padova*

****Therapeutic Community "Villa Renata", Venice*

Abstract

Background: Substance abuse disorders affect an increasing number of young people; empirical evidence attests that they exert detrimental effects on the neuropsychological functioning and present associations with emotional difficulties, maladaptive coping, high levels of psychological distress, placing severe challenges for treatment. **Objectives:** The main purposes of this study are to examine the cognitive and emotional functioning in young drug-addicts undergoing a psycho-dynamically oriented community program and to identify possible relations among these clinical domains. The research also aims to investigate the changes occurring in the first six months of residential treatment. **Method:** 27 drug-addicted inpatients (mean age:21 years) were assessed at admission and after six months of program through both self-report and observational measures, addressing: psychological distress (Symptom Check-list-90-Revised), general functioning (Global Assessment of Functioning), neuropsychological profile (Esame neuropsicologico Breve-2), coping strategies (Coping Orientation to Problem Experienced –Nuova Versione Italiana), emotional intelligence (Emotional Quotient - Inventory), sensation seeking (Sensation Seeking Scale-VI) and alexithymia (Toronto Alexithymia Scale-20 item; Observer Alexithymia Scale). **Results and conclusion:** Participants revealed cognitive impairments, a compromised general functioning, remarkable anxiety and depression symptoms and emotional difficulties, in particular alexithymia and sensation seeking. Moreover, subjects relied on inadequate strategies to cope with stress and they seemed scarcely self-aware of their emotional difficulties. The neuropsychological functioning turned out to play a central role in this clinical condition. At the second assessment, only marginal improvements emerged and

the role of neuropsychological abilities was confirmed, highlighting the need for more specific and new treatment approaches to effectively address drug-addiction in young people.

Keywords: Drug addiction, youth, treatment, cognitive deficits, emotional dysregulation.

Introduction

Substance Use Disorders (SUDs) constitute a major public health problem that affects an increasing number of young people (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008).

It is well recognized that important neuro-developmental changes occur in adolescence, exposing adolescents to impulsive and risky behaviors and make them more vulnerable to the use of drugs and to their effects (Wong, Ford, Pagels, McCutcheon, & Marinelli, 2013). Consistent empirical evidence attests that the neurotoxic effects of drugs can cause severe neuro-psychological impairments, especially at the expense of attention, memory and executive functions and this is also the case of young drug abusers (Lisdahl, Gilbart, Wright, & Shollenbarger, 2013).

Even in young age, SUDs constitute a clinical condition with high rates of comorbidity, primarily regarding anxiety and depression (Fergusson, & Horwood, 2001); not surprisingly, the individual global functioning is heavily compromised in the socio-occupational domains (Martino, Grilo, & Fehon, 2000). High levels of distress and a poor capacity to cope with it play an important role in the onset and maintenance of drug related problems, and studies report a prevalence of maladaptive coping strategies in young drug-addicts, who rely mainly on avoidance (Eftekhari, Turner, & Larimer, 2004).

Difficulties in the regulation of emotions are another hallmark of SUDs; alexithymia is recognized as a severe risk factor (Taylor, Bagby, & Parker, 1999) and obstacle to treatment (Cleland, Magura, Foote, Rosenblum, & Kosanke, 2005); 41-43% of young substance abusers show clinical alexithymic traits (Dorard et al., 2008). The development of addictive behaviors is favored by the elevated rates of sensation-seeking (Zuckerman, 1994), a personality trait that is common among drug addicts in teen and

young age (Romer & Hennessy, 2007). Eventually, the early onset of substance abuse is associated to scarce emotional intelligence (Kun & Demetrovics, 2010; Peterson, Malouff, & Thorsteinsson, 2011).

As regards treatment, a limited number of control studies is available for substance dependent youths (Tanner-Smith, Wilson, & Lipsey, 2013), especially for residential and psycho-dynamically oriented programs, requiring further research.

On the basis of the above-mentioned considerations, the present study aims to:

a) Evaluate the psychological profile of drug-dependent inpatients aged 18-24, with a special focus on emotional and neuropsychological functions; to identify the clinical characteristics that play a major and central role in substance use disorders in young age;
b) Explore the possible changes occurred after 6 months of treatment in a psycho-dynamically oriented therapeutic community;
c) Identify possible clinical features evaluated at admission that can serve as indexes associated with treatment retentions and inpatients' psychological profile after 6 months of treatment.

Methods

Participants

27 residential patients were recruited (M=59,3%, F=40,7%) in the therapeutic community "Villa Renata" in Venice; the average age is 21 years. Most of participants (66,7%) are low educated (about 10 years of school attendance) and 70,4% of dropped out from school; currently, 74,1% are unemployed. The onset of drug use occurred early, on average at 14 year. Almost all are poly users (81,5%), with heroin as the primary drug (66,7%), but taking also synthetic drugs in the 74% of cases.

Design

The study was conducted as a within-subject design and no conditions were manipulated, applying naturalistic observations.

Procedure

A psychological assessment protocol with the following characteristics was applied: age-appropriate, multi-focus, multi-informant (involving in the evaluation patients' personal social workers and psychotherapists), multi-method and longitudinal. The protocol was administered to participants in the first month after the admission (T1) and repeated after 6 months (T2).

Instruments

- *Esame Neuropsicologico Breve [tr. Lit. Short Neuropsychological Examination-2]* (ENB-2; Mondini, Mapelli, Vestri, Arcara & Bisiacchi, 2011). A comprehensive neuropsychological battery that includes 16 tests on different cognitive abilities and shows good psychometric characteristics, as regards differential validity and test-retest reliability.
- *Toronto Alexithymia Scale -20 item* (TAS-20; Bressi et al., 1996). It is a self-report scale made of 20 items, with a three-factor solution: Difficulty in identifying feelings (F1), Difficulty in describing feelings (F2) and Concrete thinking (F3). Psychometric properties were verified also in a sample of substance abusers, resulting in a reliable and valid measure (Thorberg et al., 2010).
- *Observer Alexithymia Scale* (OAS; Haviland, Warren, & Riggs, 2000). It is a 33-item observational measure, administrated to participants by the individual psychotherapists. OAS items address 5 alexithymic features (distant, uninsightful, somatizing, humorless, rigid); good validity and reliability were tested in a sample of drug users (Thorberg et al., 2010).
- *Emotional Intelligence Inventory* (EQ-i; Franco, & Tappatà, 2009). EQ-i is a self-report tool made of 15 subscales and 5 composite scales (intrapersonal, interpersonal, adaptability, stress management, general mood), with 133 items rated on a 5-point scale; it also provides an overall total score of emotional intelligence. It was demonstrated that EQ-i has good structural properties (Dawda & Hart, 2000).
- *Sensation Seeking Scale – form VI* (SSS-VI; Galeazzi, D'Incerti, & Franceschina, 2003). Self-report questionnaire composed of 4 different scales to

evaluate independently actual and desired experiences of Disinhibition experiences and Thrill and Adventure experiences. The scale resulted to be a valid and reliable method.

- *Symptoms Check-List-90-Revised* (SCL-90-R; Sarno, Preti, Prunas, & Madeddu, 2011). Self-report questionnaire made of 90 items that addresses 9 dimensions of symptoms; it provides three global scores (Global Severity Index, Positive Symptom Index and Positive Symptom Distress Index). The instruments present good psychometric properties.
- *Global Assessment of Functioning* (GAF; American Psychiatry Association, 1994). It consists of a numeric scale (1 through 100) used to rate the social, occupational and psychological functioning.
- *Coping Orientation to Problem Experienced- Nuova Versione Italiana* (COPE-NVI; Sica et al., 2008). A questionnaire, valid and reliable, made of 60 items rated on a 4-point scale that measures the following coping strategies: social support, avoidance, positive attitude, orientation to problems, transcendent orientation. It was administered both as a self-report and as an observational scale.

Results

All the assessment measures revealed from acceptable to very good levels of internal consistency (Cronbach's α= from .591 to .979).

a) The psychological profile of young drug-addicts, according to SCL-90-R, presented levels of symptom distress (PSDI) significantly above the normative data for the majority of subjects (79.40%) [x^2(1;n=27)=4.481 p.034]. Participants (77.8%) showed a compromised individual functioning [x^2(1;n=27)=8,333 p.004], with a mean score of 60,3 (±9,1). The neuropsychological assessment attested that 63% of subjects had an impaired cognitive profile, with deficits in memory (37%), attention (66.7%) and cognitive estimation (44.4%). Regarding the emotional functioning, elevated rates of alexithymia characterized almost the totality of subjects (85.2%) [x^2(1;n=27)=13.37p.000] according to the observational scale, which identified problems of uninsightfulness and distant attitude, respectively in 74.1% [x^2(1;n=27)=6.259 p.012] and 77.8% [x^2(1;n=27)=8.333 p.004] of patients.

On the contrary, the self-report measure of alexithymia revealed an alexithymic disorders only for 37% of subjects; the comparison of the self- and hetero-assessment run by the McNemar test [p.001] highlighted a significant difference, suggesting subjects' low levels of self-awareness in respect to one's own difficulties. The SSS-VI reported rates of disinhibition experiences above average for 81.5% subjects [x^2(1;n=27)=10.704 p.001], whereas the majority (74.1%) denied the intention of engaging again in this type of experiences [x^2(1;n=27)=6.259 p.012] and in adventurous ones as well (70.4%) [x^2(1;n=27)=4.481 p.034]. Thirdly, the emotional intelligence abilities resulted to be particularly low in the domain of stress management for 70.4% participants [x^2(1;n=27)=4.481 p.034]. Eventually, the self-report questionnaire reported at least one maladaptive coping behavior in almost all subjects (92.6%) [x^2(1;n=27)=19.59 p.000], while the observational evaluation referred problems in at least two domains for the majority of them 77.8% [x^2(1;n=27)=8.333 p.004]; also in this case, participants were characterized by low levels of awareness about their own difficulties. In particular, young patients described themselves as avoidant (74.1%) [x^2(1;n=27)=6.259 p.012], while the most impaired competences according to social workers are positive attitude, inadequate for 63% of individuals [x^2(1;n=27)=6.259 p.012], and orientation to problems, for 74.1% of subjects [x^2(1;n=27)=6.259 p.012].

Correlational analysis, run with Spearman's Rho, identified some associations between the cognitive domain with other psychological aspects (namely sensation seeking, psychological distress, alexithymia and coping strategies) and with psychosocial variables (gender, aversive childhood experiences); overall, the presence of cognitive impairments correlates with a more dysfunctional coping style and greater emotional problems (Table 1).

Table 1. Correlations among psychological domains.

Cognitive Function		Psychosocial Factors
Global cognitive profile	.407*	Female gender
Memory interference 30 sec.	-.546*	Addicted parent(s)
Memory interference 30 sec.	-.468*	In utero drug exposure
		Alexithymia
Digit span	-.402*	Total TAS-20
Overlapping figures	-.423*	Total OAS
		Sensation Seeking
Clock drawing	-.440*	Adventure Experience
Clock drawing	-.419*	Disinhibition Experiece
		Coping Skill
Cognitive estimation	-.413*	N° impaired domains – self report
Cognitive estimation	-.436*	N° impaired domains – observed

Note. TAS = Toronto Alexithymia Scale -20 item; OAS = Observer Alexithymia Scale.

*Correlation is significant at the .05 level.

b) As regards the investigation of changes occurred after the first 6 months of treatment, statistically significant lower levels of distress and dysfunctional traits emerged in the following domains according to Wilcoxon's test: somatization [z=-2,805 p.005] and symptom distress (PSDI) at the SCL-90-R [z=-1,361 p.050], self-report alexithymia [z=-2,228 p.026], self-report avoidance [-2,668 p.008] and sensation-seeking referred to intentions of adventure experiences [z=-2,934 p.003]. Furthermore, positive changes were attested for: global functioning [z=-2.040 p.041]; coping strategy "positive attitude" [z=-2.609 p.009], as evaluated by the social workers; social support [z=-2.492 p.013] and problem orientation [z=-2,540 p.011] according to the self-report evaluation of coping behaviors; total emotional quotient at the EQ-i [z=-2.295 p.022]. Comparing the self-report and the observation measures, no difference was detected as regards overall coping inadequacies [McNemar, p.031] and alexithymia [McNemar, p.031], with the persistence of very low levels of self-awareness.

c) The comparison of patients who early dropped out (before the second assessment) with those who continued treatment, run with Mann Whitney's test, highlights the presence of a poorer capacity of abstract reasoning in the first group [z=-2,119 p.044]. The clinical features evaluated at admission that might serve as indexes associated with inpatients' psychological profile after 6 months of treatment were: coping strategies and cognitive abilities as identified by Spearman's Rho correlational analysis (Table 2).

Table 2. Initial characteristics as indexes of later functioning.

Cognitive Function T1		Sensation Seeking T2
TmtB (attentive deficits)	.607*	Intention of adventure
Abstract reasoning	-.635*	Intention of adventure
		Coping skills T2
TmtA (attentive deficits)	.615*	Avoidance
Cognitive estimation	-.686*	Avoidance
Drawing copy	-.679*	Avoidance
Coping skills T1		Alexithymia T2
Orientation to problems	-.662*	Total OAS
Orientation to problems	-.725*	Total TAS
		Psychological Distress T2
Avoidance	.715*	Somatization
Avoidance	.666*	Obsessive- Compulsive
Avoidance	.834*	Hostility

Note. OAS = Observer Alexithymia Scale; TAS = Toronto Alexithymia Scale -20 item.
*Correlation is significant at the .05 level.

Discussion

The present results highlight that young drug-addicts referred to a residential treatment program present a severe and multi-determined clinical condition. In line with the literature on the topic, drug dependent youths are characterized by cognitive impairments (Lisdahl et al., 2013), emotional problems (Dorard et al., 2008), high

psychological distress and the lack of adequate strategies to cope with it (Eftekhari et al., 2004). Neuropsychological deficits are identified as the domain that plays the major role in characterizing young drug addicts' clinical condition compared to other dysfunctional traits, emerging as a core and underlying feature of the disorder. As regards treatment effectiveness, after 6 months of residential program only marginal improvements occurred, mostly regarding self-perception; according to the observational evaluation only global functioning and limited coping skills showed positive changes. Thus, patients did not enhance their capacity to handle emotions, with stable levels of observed alexithymia and low self-awareness.

Initial cognitive abilities and coping skills appear to be the most important indexes regarding inpatients' psychological functioning after 6 months of treatment, emerging as potential elective domains of treatment.

It can be assumed that traditional psycho-dynamically oriented treatments for young drug-addicts can highly beneficiate from the integration of traditional psychoeducational and psychotherapeutic interventions with neuropsychological rehabilitation sessions, taking advantages of the still ongoing neuroplasticity processes that characterize youth.

The small sample size and the lack of a control group constitute the limitations and the future perspectives of the present study.

References

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision* (4th ed. rev.). Washington, DC: Autor.

Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Bongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., & Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research, 41*(6), 551-559.

Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A., & Kosanke, N. (2005). Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(3), 299-306.

Dawda, D., & Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: Reliability and

validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, *28*(4), 797-812.

Dorard, G., Berthoz, S., Haviland, M. G., Phan, O., Corcos, M., & Bungener, C. (2008). Multimethod alexithymia assessment in adolescents and young adults with a cannabis use disorder. *Comprehensive psychiatry*, *49*(6), 585-592.

Eftekhari, A., Turner, A. P., & Larimer, M. E. (2004). Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders. *Addictive Behaviors*, *29*(5), 1001-1008.

Ersche, K. D., & Sahakian, B. J. (2007). The neuropsychology of amphetamine and opiate dependence: implications for treatment. *Neuropsychology review*, *17*(3), 317-336.

Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2001). The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. Australian and New Zealand *Journal of Psychiatry*, *35*(3), 287-296.

Franco, M., & Tappatà, L.T. (2009*). BarOn EQ-i: validazione e taratura italiana*. Firenze: Giunti Editore.

Galeazzi, A., D'Incerti, L., & Franceschina, E. (2003). Sensation seeking scale VI: Italian standardization for young people from 14 to 20 years old. *Testing-Psicometria-Metodologia, 10*(4), 131–140.

Haviland, M. G., Warren, L.W., & Riggs, M. L. (2000). An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics*, *41*(5), 385-392.

Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Substance use & misuse*, *45*(7-8), 1131-1160.

Lisdahl, K. M., Gilbart, E. R., Wright, N. E., & Shollenbarger, S. (2013). Dare to delay? The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure, and function. *Frontiers in Psychology*, *4*(53), 1-19.

Martino, S., Grilo, C. M., & Fehon, D. C. (2000). Development of the drug abuse screening test for adolescents (DAST-A). *Addictive Behaviors*, *25*(1), 57-70.

Mondini, S., Mapelli, D., Vestri, A., Arcara, A., & Bisiacchi., P. S. (2011). *Esame neuropsicologico breve 2 (ENB-2)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Peterson, K., Malouff, J., & Thorsteinsson, E. B. (2011). A meta-analytic investigation of emotional intelligence and alcohol involvement. *Substance use & misuse*, *46*(14), 1726-1733.

Romer, D., & Hennessy, M. (2007). A biosocial-affect model of adolescent sensation seeking: The role of affect evaluation and peer-group influence in adolescent drug use. *Prevention Science, 8(*2), 89-101.

Sarno, I., Preti, E., Prunas, A., & Madeddu, F. (2011*). SCL-90-R, Symptom Checklist-90-R Adattamento italiano*. Firenze: Giunti Editore.

Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoè, G., Sighinolfi, C., Chiri, L.R., & Franceschini, S. (2008). Coping Orientation to Problems Experienced - Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, *14*(1), 27-53.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2008). *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Rockville: MD.

Tanner-Smith, E. E., Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment*, *44*(2), 145-158.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University.

Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., Lyvers, M., Connor, J. P., & Feeney, G. F. (2010). A psychometric comparison of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Observer Alexithymia Scale (OAS) in an alcohol-dependent sample. *Personality and Individual Differences*, *49*(2), 119-123.

Wong, W. C., Ford, K. A., Pagels, N. E., McCutcheon, J. E., & Marinelli, M. (2013). Adolescents are more vulnerable to cocaine addiction: behavioral and electrophysiological evidence. *The Journal of Neuroscience*, *33*(11), 4913-492.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expression and biosocial bases of sensation seeking.* New York: Cambridge Press.

EL JUEGO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

Helena Sanz*, Beatriz Ayala, Gema Castro**, Bárbara Morer**, Raquel Alonso** y Anna Navarro****

**Psicóloga Especialista en Psicología Clínica*

***Psicólogo Interno Residente del Sistema Aragonés de Salud*

Resumen

Antecedentes: El juego supone una actividad lúdica y placentera que se inicia en los primeros meses de vida del niño y perdura a lo largo de la existencia. Es el juego también uno de los medios de expresión del niño, a través del cual puede exteriorizar y elaborar aquellas vivencias traumáticas a las que se enfrentan. Son muchos los autores que defienden el uso del juego como herramienta diagnóstica en la clínica con niños. En el presente trabajo se analizan y comparan dos sesiones de juego, enfatizando el valor que éste puede tener como herramienta diagnóstica al aportar información relevante para la comprensión del caso y de la problemática que el niño trae a consulta. **Método:** Se seleccionó a dos niños varones con edades de 7 y 8 años que fueron derivados por su médico pediatra a un centro de intervención psicosocial. Ambos presentan en apariencia la misma problemática y reciben tratamiento farmacológico junto con psicoterapia. **Resultados:** A la luz del análisis de la sesión de juego de cada uno de los niños se observan importantes diferencias en las variables evolutivas y emocionales estudiadas. Esta información junto con la obtenida a través de otros instrumentos de evaluación puede orientar en el diagnóstico clínico. **Conclusiones:** La hora de juego puede suponer una herramienta diagnóstica esencial en el tratamiento de niños. No obstante, no es suficiente por sí misma, sino que requiere complementar la información extraída con la aportada a través de otros instrumentos de evaluación, como puede ser la entrevista a los padres y la anamnesis.

Plabras clave: Juego, infancia, psicodiagnóstico, evaluación clínica.

PLAY AS A DIAGNOSTIC TOOL

Abstract

Antecedents: Playing is a fun and enjoyable activity that begins in the first months of children´s life and persists throughout their existence. Playing is also one of the means of expression for children, through which they can externalize and develop those traumatic experiences they have to face. Many authors suggest using playing activities as a diagnostic tool for the clinical practice with children. In this pages, two playing sessions are analyzed and compared, emphasizing the value they may have as a diagnostic tool to provide relevant information to understand the problems children bring to the consulting room. **Method:**Two boys, at the ages of 7 and 8, who had been referred to a psychosocial intervention center by their pediatrician, were selected. Both, apparently, had similar problems, and received pharmacotherapy and psychotherapy treatments. **Results:** According to the analysis of the playing sessions, important differences in evolutive and emotional variables studied, were observed. This information, together with the information obtained through other assessment tools may guide the clinical diagnosis. **Conclusions:** Playing time may be an essential diagnostic tool for children´s psychological treatment. However, this information it's not enough itself: it requires complementary information provided by other assessment tools, such as interviews with parents and anamnesis.

Keywords: Play, childhood, psychodiagnostic, clinical evaluation.

Introducción

El interés por el estudio del juego del niño y el uso del mismo como técnica diagnóstica tuvo sus raíces en el psicoanálisis. Es por esto que al hablar de juego y clínica con la infancia parece ineludible hacer mención a Melanie Klein y su obra *Psicoanálisis de niños* (1932), así como a Donald Winnicott, y su obra *Realidad y juego* (1971). No obstante, la conceptualización del juego como medio de conocer y potenciar aspectos importantes de la vida del niño había sido ya explicada, y lo ha seguido estando, por diversas teorías, siendo algunas de las más significativas la teoría del

desarrollo de la inteligencia de Piaget (1945) o la teoría sociocognitiva de Vigotsky (1933).

La experiencia clínica infantil demuestra que en la actividad lúdica el niño pone en funcionamiento y desarrolla aspectos madurativos de diversa índole: cognitivos, motóricos, lingüísitcos y relacionales. La hora de juego o sesiones de juego diagnósticas constituyen un recurso técnico dentro del proceso diagnóstico, con el fin de conocer aspectos de la realidad del niño que traen a consulta (Efron, Faingerg, Kreiner, Sigal y Woscoboinik, 1974).

La Hora de Juego diagnóstica, constituye un recurso o un instrumento técnico, que utiliza el psicólogo dentro del proceso psicodiagnóstico de niños; técnica que se complementa con la entrevista inicial con padres, la historia clínica del niño y otras técnicas proyectivas y/o psicométricas.

Desde el campo de la evaluación psicológica, Efron et al. (1974) propusieron un modelo de análisis de la hora de juego diagnóstica a fin de que se pudieran sistematizar las numerosas y complejas variables que se presentaban en esta técnica, por naturaleza poco estructurada. Estos autores sistematizaron ocho indicadores: Elección de juguetes y juegos; Modalidad de juego; Personificación; Motricidad; Creatividad; Capacidad simbólica; Tolerancia a la frustración; y Adecuación a la realidad.

Por otro lado, resulta interesante la propuesta de Maganto y Cruz (1996), quienes intentan integrar la perspectiva psicoanalítica con la evolutiva para establecer un protocolo de registro de la hora de juego que oriente en el diagnóstico clínico de población infantil. Así, se toman en cuenta tanto los aspectos proyectivos e intrapersonales, como los aspectos evolutivos, sin olvidar que el juego es una actividad singular de cada sujeto, con sus rasgos propios e individuales.

Con el presente trabajo se pretende mostrar a través de dos casos cómo el análisis de una sesión de juego puede aportar información muy valiosa para orientar en el diagnóstico clínico de población infantil, a la vez que se enfatiza el valor del juego como herramienta diagnóstica.

Método

Participantes

Se seleccionan dos niños del mismo sexo (varones), con edades similares (7 y 8 años), que son derivados por su médico pediatra a un centro de intervención psicosocial que ofrece servicios concertados con el gobierno autonómico. Presentan un diagnóstico de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y ambos reciben tratamiento farmacológico junto con psicoterapia. En el momento en el que se recoge la sesión de juego ambos llevan un número similar de sesiones de psicoterapia y las condiciones ambientales se mantienen constantes para ambos, estando presentes los mismos objetos en la sala. En los dos casos se elige el mismo juguete, un caballo con forma de armadura.

Instrumentos

- Sala de consulta que permita determinada libertad de movimiento.
- Juguetes estructurados e inestructurados: hoja de papel, lápices de colores, tijeras de punta redonda, plastilina, goma de borrar, sacapuntas, goma de pegar, muñecos, familia de animales salvajes y domésticos, coches, juego de reglas, juego de comiditas, pelota.
- Hoja de registro, según Efron et al.(1974).

Procedimiento

Tras la entrevista inicial con los padres y la información recogida en la anamnesis se propone una hora de juego diagnóstico con el niño para poder realizar un análisis cualitativo de dicho juego que nos oriente en el diagnóstico y tratamiento a recibir. Una vez con el niño se le indica una consigna atendiendo a su edad y características personales. En dicha consigna deben quedar establecidos los roles de los participantes, el objetivo de esa sesión, material a utilizar e indicaciones de tiempo y espacio. El rol del examinador es de observador activo lo que implica registrar la sesión de juego con la mayor exactitud y detalle posible, pero sin quedarse exclusivamente en una actividad taquigráfica, sino con una actitud abierta y receptiva a lo que el niño expresa a través de su juego.

Diseño

Estudio de casos.

Resultados

Siguiendo la propuesta ideada por Efron et al. (1974) como guía en el análisis de la hora de juego, se presenta el material obtenido a través de los dos niños seleccionados para el estudio. Dicho análisis se establece en torno a los ocho indicadores establecidos por los autores: Elección de juguetes y juegos; Modalidad de juego; Personificación; Motricidad; Creatividad; Capacidad simbólica; Tolerancia a la frustración; y Adecuación a la realidad. Para enriquecer el análisis se tiene en cuenta algunas consideraciones extraídas del trabajo de Maganto y Cruz (1996).

Caso L

Varón de 8 años. Hijo único. Diagnosticado de TDAH por Neuropediatría. Tratamiento farmacológico: metilfenidato. Motivo de consulta: según la madre presenta dificultades a nivel escolar que consisten en una fluctuación en su rendimiento que no mejora con tratamiento farmacológico.

Sesión de Juego: Al juguete del caballo añade animales domésticos y salvajes. Elabora una escena en donde el oso persigue atacar al resto de animales quienes van ideando estrategias que les sirven para estar a salvo. Construye una historia con una secuencia temporal lógica. Acompaña a su acción de verbalizaciones que le otorgan un significado: "El toro se las puede apañar solito. Sin que se dé cuenta, el mono escaló y le metió un puñetazo al oso". Establece reglas: "Todos pueden subir menos el oso" y un orden que separa los animales acuáticos de los terrestres. Busca soluciones "puso un muro y así no le pasó nada" o "hay un cristal que hace que no pueda salir". Existe un desenlace: "Al final la orca lo muerde y lo guarda en una jaula". Responde a las preguntas de la terapeuta y hace alguna demanda si necesita su presencia.

1. Elección de juguetes y de juegos
   a) Modalidad de aproximación: el niño se muestra inhibido, a la espera de que la terapeuta le anime a iniciar el juego. Observa los juguetes de la sala y pregunta a la terapeuta antes de elegir uno. Se percibe cierta paralización por sentirse

observado y muestra un juego introspectivo. Se sitúa en la mesa junto a la terapeuta. Se puede decir que su aproximación es algo dependiente en relación a la terapeuta.

b) Primer juguete elegido: Observa varios que desestima por considerar que "son de pequeños" y termina eligiendo el caballo con forma de armadura junto con la caja de animales domésticos y salvajes.

c) Secuencia temporal: construye una secuencia temporal lógica. Aparece inicio, desarrollo y fin. Importante destacar la dificultad para concluir el juego, algo que ya se observó en relación a las tareas escolares. Parece que siempre existe un matiz o algo que falta y tiene que decirse/hacerse. Cuando lo consigue, recoge el material de forma ordenada.

2. Modalidad de juego (plasticidad, rigidez, estereotipia/perseveración): el juego de L presenta plasticidad, pudiendo idear, fantasear, ser creativo, modificando el juego con fluidez y espontaneidad haciendo que la trama avance de una manera lógica y ajustada a la realidad.
3. Personificación: existe una asignación de roles encontrando al personaje bueno, al personaje malo, los amigos que ayudan, los hijos y las mamás.
4. Creatividad: entendida como la capacidad para agrupar elementos y constituir un elemento nuevo. En esta sesión sí se observa creatividad, construyendo a partir de unos elementos otros distintos como la casa, el mar, la jaula…
5. Capacidad simbólica: el niño manifiesta capacidad de simbolización, puesto que puede utilizar símbolos y a través de ellos construir algo que exprese su conflicto. Se puede apreciar cómo L se encuentra elaborando la rivalidad, constituyendo defensas que le permitan hacer frente a las demandas del entorno y poder responder a éstas (demandas maternas, demandas de los compañeros). Existe riqueza expresiva, puesto que el niño selecciona aquellos animales que le ayudan a expresar su problemática. A su vez, manifiesta un manejo de la realidad acorde a su edad evolutiva.
6. Motricidad: adecuada coordinación motora y control del cuerpo. Se mantiene en la tarea, sin un exceso de movimiento. Ajustado a su nivel por edad.

7. Tolerancia a la frustración. Existe una aceptación de la consigna, aunque se observan dificultades para poner fin al juego. Busca soluciones cuando existe algún problema durante el juego que le permita continuar con la trama.
8. Adecuación a la realidad: el niño acepta y se orienta por parámetros espacio-temporales establecidos socialmente.

Caso T

Varón de 7 años. Adoptado a los 5 meses de edad. Hermano mayor de una fatria de dos. Diagnosticado de TDAH por Neuropediatría. Tratamiento farmacológico: neurolépticos. Motivo de consulta: problemas escolares consistentes en dificultades en la asimilación de conceptos abstractos, así como múltiples miedos y estereotipias.

Sesión de Juego: Ante un juego con aros pide que le ayude a encajarlos todos en sus dedos y desde ahí, los va metiendo dentro de un juguete con forma de caballo. Durante la sesión emite frases sin dirigirlas ni interactuar con la terapeuta: "es mi castillo y de nadie más", "maldita puerta", "tú, ¿dónde vas?", al ser preguntado por el sentido de esas frases no puede dar respuesta. Se mantiene en la actividad sin introducir a la terapeuta, pero sí le dirige miradas con desconfianza. No existe una elaboración simbólica, ni un relato de la acción. La tarea consiste en el llenado del castillo, sin que haya una alternancia ni secuencia con el vaciado, índice éste de una importante fragilidad simbólica.

1. Elección de juguetes y de juegos
   a) Modalidad de aproximación: el niño aporta juguetes suyos que no incluye en la sesión. Ante la consigna se queda sentado, mirando con desconfianza a la terapeuta y se mantiene manipulando sus objetos durante algo más de 5 minutos. Después se levanta de la silla y deambula por la sala. Se acerca a lo que encuentra. Toma un juego con anillos y se los mete en sus dedos. Incluye el caballo con forma de armadura.
   b) Primer juguete elegido: podría considerarse que el juego elegido primero, el de los aros, se sitúa en un nivel adecuado a su edad. Lo que parece menos adecuado es lo que el niño realiza con el juego. En principio el juego consistiría en poner el mismo número de aros que lo que marca un pictograma, pero el niño lo utiliza para introducirlos en sus dedos, conducta más adecuada

en otros niveles evolutivos. Completa la acción de meter-sacar, introduciéndolos dentro del caballo. Por tanto, parece observarse cierta construcción en torno a la acción meter-sacar, llenar-vaciar, más propio de estadios evolutivos ya superados.

c) Secuencia temporal: no se observa un claro inicio, desarrollo y fin dentro de la sesión de juego. No parece existir una estructuración u organización de la trama con el fin de construir algo, sino más bien son retazos aislados. Son llamativas las verbalización que emite, como palabras sueltas, aisladas, tomadas de su cabeza sin responder a algo que esté aconteciendo en ese momento.

2. Modalidad de juego (plasticidad, rigidez, estereotipia/perseveración): no supone un juego creativo, ni plástico, sino que el niño se relaciona con la realidad del objeto, mostrando excesiva rigidez.
3. Personificación: no existe una asignación de roles.
4. Creatividad: existe creatividad, aportando nuevos significados a los objetos, siendo éstos significados excesivamente idiosincráticos.
5. Capacidad simbólica: se encuentra muy alterada, con grandes dificultades para expresar y elaborar conflictos. Se observa también en el uso del lenguaje, siendo éste muy rígido y particular.
6. Motricidad: existen posturas corporales extrañas que advierten sobre posibles dificultades en la construcción de una imagen corporal estable.
7. Tolerancia a la frustración. El niño parece tener dificultades para entender la consigna y pide constantes aclaraciones sobre el sentido de lo que la terapeuta dice. Hay dificultades para tolerar el límite.
8. Adecuación a la realidad: el niño tiene dificultades en el uso de parámetros espacio-temporales establecidos socialmente.

Tras el registro y evaluación del desarrollo de una sesión de juego de cada niño se observan diferencias cualitativas que pueden orientar en el diagnóstico. Se perciben diferencias a nivel de riqueza expresiva, plasticidad cognitiva, uso funcional de los objetos, establecimiento de secuencias lógicas y ordenadas, así como en la expresión de fantasías. Teniendo en cuenta los datos recogidos en la anamnesis, el diagnóstico de L podría orientarse hacia un cuadro neurótico y en T, hacia la psicosis.

Conclusiones

Múltiples autores han señalado la importancia del juego como instrumento de expresión y evaluación en la clínica infantil. En 1920 ya Freud abordó este tema en su texto "Más allá del Principio del Placer" (Freud, 1984) y posteriormente han sido numerosos los estudios realizados en torno al mismo. Reynoso en 1980 enfatiza el valor del juego y los juguetes como medio de expresión simbólica primordial en el infante, destacando así su valor no sólo terapéutico, sino también de diagnóstico.

El análisis cualitativo del juego desarrollado en sesión por el niño puede considerarse como una estrategia de evaluación diagnóstica en el ámbito de la clínica infantil.

La sesión de juego diagnóstica expresa sólo un repertorio de conductas del niño, por lo que es necesario recurrir a otros instrumentos de evaluación que lo complementen. Por este motivo es fundamental apoyarse en datos clínicos recogidos en la historia del paciente para poder establecer un diagnóstico.

Por último, parece necesario desarrollar estudios de investigación más estructurados y actuales en torno al juego del niño y su uso en la clínica tanto a nivel diagnóstico como terapéutico.

Referencias

Efron, A.M., Faingerg, E., Kreiner, Y., Sigal, A.M. y Woscoboinik, P. (1974). La hora de juego diagnóstica. En M.L. Ocampo., M.E. García y E. Grassano (Ed.), *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico.* Tomo I. Buenos Aires: Nueva Visión.

Freud, S. (1984). Más allá del principio del placer. En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 2-62). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1920).

Klein, M. (1932). *Psicoanálisis de niños. Obras completas. TII*. Buenos Aires: Paidós.

Maganto, C. y Cruz, S. (1996). La técnica de juego en el psicodiagnóstico infantil. En A. Ávila (Dir.), *Evaluación en psicología clínica* (Vol. 2, pp. 161-215). Salamanca: Amarú Ediciones.

Piaget, J. (1945). *La formación del símbolo en el niño*. México: Fondo de Cultura Económica.

Reynoso, R. (1980). *Psicopatología y clínica infanto-juvenil*. Buenos Aires: Belgrano.

Vygotski, L.S. (1933). El juego y su función en el desarrollo psíquico del niño. *Cuadernos de pedagogía, 85*, 39-49.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS TRAS EVENTOS TRAUMÁTICOS: UNA REVISIÓN

David Moreno-Sandoval, Montserrat Fonoll-Alonso, Hiurma Gil-Santiago, Yraya Rodríguez-Santana y José María Martín-Jiménez

Servicio Canario de Salud

Resumen

Antecedentes: Los eventos traumáticos están relacionados con una alta prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, entre los que destaca la sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático. No obstante, la investigación hasta la fecha ha arrojado datos contradictorios acerca de la epidemiología de este trastorno, su evolución y tratamiento tras un evento traumático único. En la actualidad no está claro que las intervenciones psicológicas tempranas puedan reducir el desajuste psicológico posterior. En el presente trabajo se pretende determinar las características y la eficacia de las intervenciones psicológicas en niños y adolescentes, con edades comprendidas entre 7 y 18 años, después de un acontecimiento único y potencialmente traumático. **Método:** Para confeccionar este artículo se ha recurrido a la lectura de revisiones bibliográficas sistemáticas y metaanálisis, extraídos electrónicamente a través del buscador PubMed, la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (BDCRS) y el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados, todas ellas publicadas entre 2001 y 2014. **Resultados:** Un total de 6 estudios cumplieron los criterios de inclusión. Los hallazgos encontrados sugieren que las intervenciones tempranas probablemente deberían incluir psicoeducación adecuada a la edad y una provisión de habilidades de afrontamiento individuales basadas en técnicas cognitivo-conductuales. De forma complementaria, las estrategias de corte narrativo, el fomento del apoyo social y la inclusión de los padres en la terapia resultarían también favorables. **Conclusiones:** Aunque la investigación en esta área es escasa, la revisión realizada sugiere que las intervenciones psicológicas de tipo cognitivo-conductual pueden ser útiles en la reducción de síntomas asociados al trauma, aunque no demuestran una clara efectividad a la hora de reducir los síntomas de estrés postraumático. A la vista de los datos, resulta esencial un cribado de los niños y

adolescentes en función del riesgo de morbilidad a largo plazo y así diseñar intervenciones realmente útiles para ellos.

Palabras clave: Revisión sistemática, TEPT, intervención en crisis, trastornos de estrés, niños.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS AFTER TRAUMATIC EVENTS: A REVIEW

Abstract

Background: Traumatic events are associated with a high prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents, being the Posttraumatic Stress symptoms the most common disorder. However, research to date has yielded contradictory data about the epidemiology of the disorder, its evolution and treatment after a single traumatic event. At present it is not clear that early psychological interventions reduce further psychological maladjustment. The aim of this study is to determine the characteristics and efficacy of psychological interventions in children and adolescents between 7 and 18 years after a potentially traumatic single event. **Method:** This article is based on a combined literature search including systematic reviews and meta-analysis from PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) and the Cochrane Central Register of Controlled Trials, all published between 2001 and 2014. **Results:** A total of six studies met the inclusion criteria. The findings suggest that early interventions should probably include age-specific psychoeducation and development of individual coping skills based on cognitive behavioural techniques. Complementary to this, narrative strategies, promotion of social support and the inclusion of parents in the therapy would also be favourable. **Conclusions:** Although research in this area is limited, our review suggests that cognitive-behavioural psychological interventions may be useful in reducing symptoms associated with trauma, even though results do not demonstrate a clear effectiveness in reducing post-traumatic disorder symptoms. Considering this data, a screening of children and adolescents in terms of risk of long-term morbidity is essential to design useful interventions.

Keywords: Systematic review, PTSD, crisis intervention, Stress Disorders, Children.

Introducción

Los niños y adolescentes están sujetos a tasas extremadamente altas de maltrato, de victimización, daño físico intencional y no intencional, así como la exposición a otros eventos potencialmente traumáticos (Berkowitz, Stover y Marans, 2011). Aproximadamente entre el 40 y el 60 % de los niños y adolescentes en dos estudios estadounidenses y entre el 15 y el 22,5 % en dos muestras europeas ya habían experimentado al menos un evento potencialmente traumático en su vida (Kramer y Landolt, 2011).

Los estudios han mostrado elevadas tasas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en niños/as expuestos a experiencias potencialmente traumáticas. Aunque las cifras epidemiológicas son variables, el meta-análisis realizado por Fletcher (Fletcher, 2000) acerca de su prevalencia en dichos niños concluyó que, como promedio, un 36% cumplía con los criterios para TEPT según aparecen descritos en la cuarta edición revisada del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000).

El aterrizaje reciente de la nueva edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) ha supuesto ciertos cambios en la conceptualización del TEPT. Entre otros aspectos, esta edición asume que aunque el cuadro tiene similitudes básicas en sus manifestaciones en la niñez y adultez, se reconoce a su vez la existencia de algunas características diferenciales, incluyéndose criterios diferenciales para menores de 6 años. No obstante, esta clasificación categorial a la hora de utilizar el diagnóstico de TEPT puede no ser útil para detectar la variabilidad individual en la presentación del cuadro.

Una idea interesante cada vez más apoyada por la investigación es la de la existencia de diferentes trayectorias tras eventos traumáticos (Bonanno, 2005; Layne et al, 2009). El modelo de Bonanno describe cuatro posibles recorridos: (a) una trayectoria resiliente con síntomas leves, (b) una trayectoria de recuperación con altos niveles iniciales de síntomas agudos, pero con una vuelta a la normalidad relativamente rápida, (c) una trayectoria de inicio retardado con bajos niveles de síntomas agudos que aumentan

gradualmente con el tiempo, y (d) una trayectoria crónica con altos niveles de síntomas agudos y continuos (Bonanno, 2005).

Para evitar este tipo de trayectorias crónicas, parecen necesarias las intervenciones psicológicas tempranas. Sin embargo hasta la fecha, en lo que al estudio de las intervenciones se refiere, existe muy poca evidencia que indique cuál es la mejor manera de intervenir en aquellos niños que han sufrido un único evento traumático. La evidencia sobre la eficacia de las primeras intervenciones para niños y adolescentes es, si cabe, aún menos clara y más escasa que en la población adulta (Kramer y Landolt, 2011).

El objetivo de este trabajo es conocer cuáles son las características y la eficacia diferencial de las intervenciones psicológicas propuestas en la literatura para el abordaje del TEPT y otros síntomas disfuncionales en niños y adolescentes, de entre 7 y 18 años, después de haber sufrido un acontecimiento único y potencialmente traumático.

Método

Participantes

El presente trabajo incluyó siete estudios controlados aleatoriamente sobre intervenciones psicológicas.

De entre los estudios encontrados se seleccionaron aquellos cuya totalidad de los participantes eran menores de 18 años que sólo habían sufrido una experiencia traumática. Se utilizó como criterios de exclusión la no utilización de al menos una medida estandarizada de síntomas de estrés postraumático, la no descripción de la intervención realizada y la ausencia de grupo control.

De todos los estudios hallados, tan sólo un artículo de revisión cumplió con nuestros criterios propuestos. Se pasó a analizar cualitativa y cuantitativamente siete estudios allí comparados, de los cuales se descartó uno por razones temporales y metodológicas.

Instrumentos

Los seis estudios utilizaron medidas fiables y válidas del cambio con buenas propiedades psicométricas. Sólo tres estudios controlaron los posibles factores de confusión. Los grupos de control variaron en gran medida en su calidad. La mayoría de

los estudios utilizaron un grupo de comparación que no recibió intervención alguna. La Tabla 1 ofrece datos cuantitativos y cualitativos acerca de la calidad de los estudios.

Tabla 1. Calidad Metodológica de los estudios.

Estudios	Calidad del estudio	Doble ciego	Asignación aleatoria
Berkowitz et al., 2011	81%	No	Sí
Cox et al., 2010	82%	No	Sí
Kenardy et al., 2008	61%	No	No
Poijula et al., 2001	33%	No	No
Stallard et al., 2006	88%	Sí	Sí
Zehnder et al., 2010	90%	Sí	Sí

Procedimiento

Para confeccionar este trabajo se ha recurrido a la lectura de artículos de revista, revisiones bibliográficas sistemáticas y meta-análisis, extraídos electrónicamente a través del buscador PubMed, la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (BDCRS) y el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados, todas ellas publicadas entre 2001 y septiembre de 2014, publicadas en castellano o inglés.

Se utilizaron los términos clave “systematic review”, “PTSD”, “post-traumatic stress”,“crisis intervention”,“Stress Disorders” y “Children”. No se utilizaron términos MeSH (*Medical Subjects Headings*).

Diseño

El tipo de estudio llevado a cabo en este trabajo fue una revisión sistemática. Las variables dependientes operativizadas y cuantificadas en los estudios seleccionados fueron los síntomas de estrés postraumático, las intrusiones, el grado de evitación, la activación, así como los niveles de disociación, depresión y ansiedad.

Resultados

El origen de los estudios, su tamaño muestral y la edad de los participantes de los seis estudios quedan recogidos en la Tabla 2. Los tipos de acontecimientos traumáticos abordados fueron muy heterogéneos. Cuatro estudios incluyeron sólo un tipo de trauma, como el suicidio de un compañero de clase o un accidente de tráfico. Por el contrario, los otros tres examinaron muestras heterogéneas, incluyéndose en ellas la agresión física y sexual, así como diversas lesiones accidentales.

Tabla 2. Características de la muestra estudiada.

Estudios	Origen del estudio	Tamaño muestral	Edad participantes
Berkowitz et al., 2011	USA	106	7-17
Cox et al., 2010	Australia	56	7-16
Kenardy et al., 2008	Australia	103	7-15
Poijula et al., 2001	Finlandia	89	13-17
Stallard et al., 2006	G. Bretaña	158	7-18
Zehnder et al., 2010	R. Checa	99	7-16

Tal y como se aprecia en la Tabla 3, existen diferencias significativas en cuanto al número de sesiones llevadas a cabo, la latencia de la intervención tras el evento traumático y el seguimiento posterior realizado. Como marco teórico, la mayoría de las intervenciones se basaron en elementos de la terapia cognitivo conductual. Dos estudios utilizaron el llamado "debriefing" como la intervención seleccionada. No obstante, en más de la mitad de las intervenciones se optó por la integración entre técnicas cognitivo-conductuales y enfoques provenientes de la teoría de resolución de problemas, la teoría de la resiliencia, la terapia narrativa y el enfoque psicoeducativo.

Tabla 3. Características de las intervenciones.

Estudios	Latencia de la Intervención tras el trauma	Nº Sesiones	Seguimientos
Berkowitz et al., 2011	< 30 días	4	4 semanas
Cox et al., 2010	2-3 semanas	3	4 semanas y 6 meses
Kenardy et al., 2008	3 días	1	1 y 6 meses
Poijula et al., 2001	< 1 semana	1	6 meses
Stallard et al., 2006	28 días	1	8 meses
Zehnder et al., 2010	10 días	1	2 y 6 meses

El grado de participación de los miembros de la familia en las sesiones varió significativamente entre los estudios. La mitad de los mismos incluyeron a los padres de manera activa durante las sesiones, mientras que el resto tendieron a centrarse en los menores traumatizados. Aquellas intervenciones que incluyeron en su tratamiento tanto al menor como al cuidador obtuvieron mejores resultados en las variables dependientes. En la Tabla 4 quedan reflejados los elementos principales de las intervenciones estudiadas.

En cuanto a la efectividad de las intervenciones, cabe destacar que ninguna de las mismas supuso efectos globales perjudiciales. Como muestra el Gráfico 1, la gran mayoría de los intervalos de confianza fueron negativos, lo que indica una tendencia hacia un efecto beneficioso. Tal y como se observa a la hora de comparar las diferencias entre los grupos de control (Tabla 5), 5 de los 6 estudios analizados demostraron beneficios del tratamiento para al menos una variable dependiente. La disociación y la ansiedad exhibieron los mayores efectos globales, demostrando sólo la primera variable diferencias significativas respecto al grupo control.

Tabla 4. Elementos de las intervenciones.

Estudios	Psico-educación	Normalización de las reacciones de estrés agudo	Terapias Narrativas	Habilidades de Afrontamiento	Apoyo Social
Berkowitz et al., 2011	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Cox et al., 2010	Sí	Sí	Padres-hijos	Sí	Sí
Kenardy et al., 2008	Sí	Sí	Padres-hijos	Sí	Sí
Poijula et al., 2001	Probable	Probable	Probable	Sí	No
Stallard et al., 2006	Sí	Sí	Reconstrucción Detallada	Sí	No
Zehnder et al., 2010	Si	Sí	Reconstrucción detallada	Sí	Sí

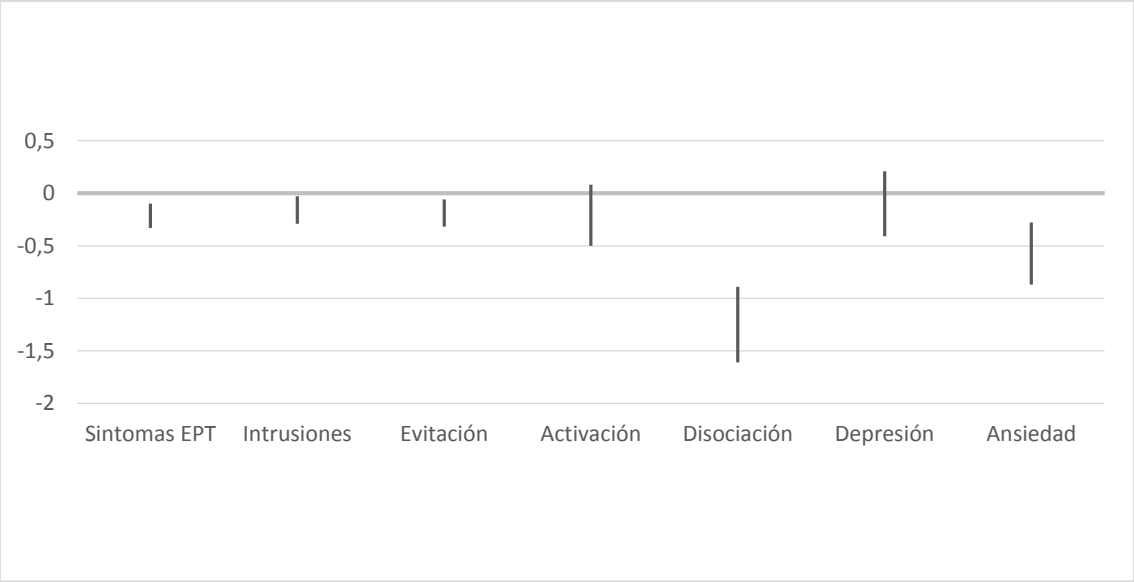


Gráfico 1. Efectividad media de las intervenciones: Intervalos de confianza. Síntomas EPT = Síntomas de Estrés Postraumático.

Tabla 5. Diferencias entre las medias estandarizas (Grupo tratamiento vs Control).

Estudios	EPT	Intrus	Evitac	Activ	Disoc	Depr	Ans
Berkowitz et al., 2011	-0,72**	-0,64**	-0,47*	-0,35	-2,22**		-1,59**
Cox et al., 2010	-0,13				-0,19	-0,15	-0,21
Kenardy et al., 2008	0,87**	0,65*	0,81**				0,03
Poijula et al., 2001	0,00						
Stallard et al., 2006	-0,08	-0,05	0,01	-0,05		-0,16	-0,06
Zehnder et al., 2010	0,22	0,33	-0,09	0,15		0,26	
Total	-0,13	-0,13	-0,04	-0,10	-1,26**	0,16	-0,40

Nota. EPT = Estrés Postraumático; Intrus = Intrusiones; Evitac = Evitación; Activ = Activación; Disoc = Disociación; Depr = Depresión; Ans = Ansiedad.

* p<0,05. ** p<0,01.

Discusión

Actualmente, la investigación sobre la eficacia de las intervenciones tempranas en los niños después de un evento potencialmente traumático sigue siendo escasa. Los estudios revisados en este trabajo presentan grandes diferencias entre sí en cuanto a la composición de la muestra, los elementos y las características de la intervención, así como su calidad metodológica, a lo que se une la pobreza de la descripción teórica de las intervenciones realizadas. Es por ello por lo que resulta difícil llegar a conclusiones globales acerca de la efectividad y eficacia de las mismas.

A pesar de dichas limitaciones, nuestra revisión sugiere que las intervenciones psicológicas tempranas de tipo cognitivo-conductual podrían ser útiles. Los efectos beneficiosos en al menos una variable dependiente, así como la ausencia de efectos adversos, constituyen una prueba prometedora acerca de los efectos positivos que suponen dichas intervenciones en la salud mental de estos niños y adolescentes. Los hallazgos encontrados sugieren que estas intervenciones probablemente deberían incluir

una psicoeducación adecuada a la edad y una provisión de habilidades de afrontamiento individuales basadas en técnicas cognitivo-conductuales. De forma complementaria, las estrategias de corte narrativo, el fomento del apoyo social y la inclusión de los padres en la terapia resultarían también productivas.

No obstante, debido a los tímidos efectos que estos estudios demostraron sobre los síntomas de TEPT, no podemos afirmar que las intervenciones psicológicas estudiadas hasta la fecha sean efectivas a la hora de reducir dichos síntomas. Sin embargo, nos parece interesante resaltar que el estudio que identificó las mayores reducciones de las variables clínicas utilizó un procedimiento escalonado para la selección de participantes. Este hallazgo es consistente con la investigación desarrollada hasta la fecha, que señala que la mayoría de los niños se recupera sin ayuda profesional tras un evento traumático y que existen diferentes cursos de evolución de la sintomatología TEPT en función de la presencia de ciertos factores de riesgo en estos niños (Le Brocque, Hendrikz y Kenardy, 2010). Por ello, aunque eficaces, estos procedimientos han de ser revisados, siendo esencial un conocimiento más profundo de los factores de riesgo que deben estar presentes en el niño expuesto a un trauma para así poder realizar un cribado y evaluación de aquellos que están en riesgo de morbilidad a largo plazo.

De cara a investigaciones futuras, nos parece importante señalar la necesidad de ampliar la muestra de estudio, ya que existe un vacío en la literatura acerca de las intervenciones psicológicas dirigidas a los menores de 7 años que han sufrido un evento traumático. A su vez, sería conveniente explorar la eficacia específica de los diferentes elementos de las intervenciones para mejorar la eficiencia de las mismas.

Referencias

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and stadistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: Autor.

Berkowitz, S. J., Stover, C. S. y Marans, S. R. (2011). The Child and Family Traumatic Stress Intervention: secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(6), 676-685.

Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*(3), 135-138.

Cox, C. M., Kenardy, J. A. y Hendrikz, J. K. (2010). A randomized controlled trial of a web-based early intervention for children and their parents following unintentional injury. *Journal of Pediatric Psychology, 35*(6), 581-592.

Fletcher, K. E. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: A Comprehensive Text. *Psychiatric Services, 51*(3), 400-401.

Kenardy, J., Thompson, K., Le Brocque, R. y Olsson, K. (2008). Information-provision intervention for children and their parents following pediatric accidental injury. *European Child and Adolescent Psychiatry, 17*(5), 316-325.

Kramer, D. N.y Landolt, M. A. (2011). Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 2*, 1-24.

Layne, C. M., Beck, C. J., Rimmasch, H., Southwick, J. S., Moreno, M. A. y Hobfoll, S. E. (2009). Promoting "resilient" posttraumatic adjustment in childhood and beyond: "unpacking" life events, adjustment trajectories, resources, and interventions. En D. Brom, R. Pat-Horenczyk y J. D. Ford (Eds.), *Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery* (pp. 13-47). New York, NY, US: Routledge/Taylor y Francis Group.

Le Brocque, R. M., Hendrikz, J.y Kenardy, J. A. (2010). The course of posttraumatic stress in children: examination of recovery trajectories following traumatic injury. *Journal of Pediatric Psychology, 35*(6), 637-645.

Poijula, S., Dyregrov, A., Wahlberg, K. E.y Jokelainen, J. (2001). Reactions to adolescent suicide and crisis intervention in three secondary schools. *International Journal of Emergency Mental Health, 3*(2), 97-106.

Stallard, P., Velleman, R., Salter, E., Howse, I., Yule, W.y Taylor, G. (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(2), 127-134.

Zehnder, D., Meuli, M.y Landolt, M. A. (2010). Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: a randomised controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health, 4*, 7.

TRATAMIENTO INTENSIVO EN HOSPITAL DE DÍA Y PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

Patricia Navarro-Gómez*, Mª Pilar Arnal-Val*, Belén Gago-Velasco*, Pedro Rosique-Díaz y Luis Valenciano-Martínez****

**Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia*

***Hospital de Día Francisco Román, Murcia*

Resumen

Introducción: El hospital de día (HD) está destinado a pacientes en los que no se justifica un ingreso y a su vez un tratamiento por consultas externas resulta insuficiente, resultando idóneo para trabajar, entre otros, los trastornos de personalidad. En este trabajo exponemos un caso clínico de un paciente diagnosticado de trastorno esquizotípico de personalidad (TEP) que mejora de manera muy importante tras el tratamiento intensivo y multidisciplinar llevado a cabo en HD, destacando la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT), que está mostrando resultados muy esperanzadores en el tratamiento del trastorno de personalidad. **Objetivos:** Ilustrar un caso clínico de un paciente diagnosticado de TEP tratado en HD. Exponer el tratamiento intensivo y mutidisciplinar desarrollado en este dispositivo y su efectividad. Mostrar la efectividad de la PFT, como psicoterapia individual desarrollada en este paciente. **Método:** Varón, 32 años, presenta una historia biográfica psiquiátrica de larga evolución. Acude a Centro de Salud Mental, en primera visita en 1996.

En el último año ha efectuado varios intentos autolíticos con necesidad de atención de urgencia y hospitalización. Diagnosticado de TEP. Se decide derivar a HD para estabilización y mejoría clínica. Evaluación mediante entrevista diagnóstico estructural de Kernberg y psicométrica al inicio del tratamiento. Evaluación mediante entrevista clínica al finalizar. **Resultado:** La evolución ha sido satisfactoria. Destacando que ya no existe ideación autolítica, hace crítica de sus ideas autorreferenciales y de su posicionamiento paranoide frente a la sociedad, el estado de ánimo tiende a la eutimia y se consigue la reinserción laboral. **Conclusiones:** Nuestro trabajo es interesante ya que

muestra un caso clínico en el que se produce una gran mejoría clínica en un paciente con un diagnóstico complicado de tratar como es el TEP. Intentamos arrojar luz acerca de la eficacia de los tratamientos intensivos para trastornos de personalidad en HD y sobre la PFT.

Palabras clave: Psicoterapia focalizada en la trasferencia, trastorno esquizotípico de la personalidad, tratamiento, hospital de día.

INTENSIVE DAY HOSPITAL TREATMENT AND TRANSFERENCE FOCUSED PSYCHOTHERAPY IN A CASE OF SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER

Abstract

Introduction: The day hospital is intended for patients whom an internment is not required. It is mainly suitable to treat, among others, personality disorders. In this paper we present a case report of a patient diagnosed with schizotypal personality disorder who experiences a significant improve after an intensive multidisciplinary treatment conducted in day hospital, highlighting the Transference Focused Psychotherapy, which is showing very promising results in personality disorder treatment. **Objectives:** To illustrate a case of a patient diagnosed with schizotypal personality disorder treated in day hospital. Exhibit multidisciplinar intensive treatment developed in this unit and its effectiveness. Show the effectiveness of the Transference Focused Psychotherapy, as individual psychotherapy developed in this patient. **Method:** Male, 32, has a long phychiatric biography. He attends the health center. His first visit is in 1996. In the last year he has made several suicide attempts requiring emergency care and hospitalization. Diagnosed with schizotypal personality disorder. It was decided to refer him to the day hospital for stabilization and clinical improvement. Evaluated using structural diagnostic interview (Kernberg) and psychometric evaluation at baseline. Evaluation by clinical interview to finish. **Result:** The course was satisfactory. Highlighting that there are no longer suicidal ideas. He makes criticism of his self-referential ideas and his paranoid positioning to society. The mood tends to euthymia, the reintegration is achieved. **Conclusions:** Our work is interesting because it shows a clinical

improvement in a case with a hard to treat diagnosis as is schizotypal personality disorder.

Keywords: Transference focused psychotherapy, schizotypal personality disorder, treatment, day hospital.

Introducción

En este trabajo intentaremos arrojar luz sobre los tratamientos que resultan eficaces en el tratamiento de los trastornos graves de la personalidad.

Por un lado, el hospital de día (HD) es un dispositivo asistencial que permite un trabajo intensivo y multidisciplinar. Está destinado a pacientes en los que no se justifica un ingreso y a su vez un tratamiento por consultas externas resulta insuficiente. Por tanto, el HD resulta idóneo para trabajar, entre otros, los trastornos de personalidad.

Por otro lado, basado en la teoría de las relaciones objetales de la psicología del Yo, Kernberg (1979, 1984), diseñó y desarrolló un método de tratamiento que denominó psicoterapia focalizada en la transferencia. Kernberg y su equipo en el Personality Disorder Institute del departamento de psiquiatría, weill cornell Medical College en Nueva York, desarrollan una psicoterapia psicoanalítica teorizada, basada en la interpretación sistemática de la trasferencia en las sesiones y la provisión de tanto apoyo externo como fuese necesario para permitir el desarrollo adecuado del tratamiento **(**Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006; Koenigsberg et al., 2000; Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2002).

En estudios de investigación controlados **(**Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007; Levy et al., 2006; López-Garza, 2004), la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) ha demostrado su utilidad en este tipo de pacientes, demostrando promover cambios significativos en los trastornos de personalidad graves.

Otto Kernberg (1967) desarrolla, desde el punto de vista dinámico, la conceptualización del síndrome que denominó organización límite de la personalidad, caracterizado por tres elementos: la difusión de identidad, el predominio de mecanismos de defensa primitivos y una prueba de realidad conservada aunque con ciertos aspectos finos reducidos, en particular, en situaciones de estrés. Los dos primeros aspectos distinguen este tipo de organización de la estructura neurótica de la personalidad y la

prueba de realidad conservada la diferencia de la organización de tipo psicótico.

Esta conceptualización ha resultado clínicamente útil, ya que describe un rango de funcionamiento psicológico que abarca varios de los trastornos de la personalidad descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª versión, (American Psychiatic Association, 2013) como diagnósticos independientes: dependiente, narcisista, histriónico, antisocial, paranoide, esquizoide, esquizotípico y límite.

A continuación exponemos un caso clínico de un paciente diagnosticado, de trastorno esquizotípico de personalidad (TEP) que mejora de manera muy importante tras el tratamiento intensivo y multidisciplinar llevado a cabo en HD, destacando la PFT, que está mostrando resultados muy esperanzadores en el tratamiento del trastorno de personalidad.

Identificación del paciente y motivo de consulta

Varón, 33 años.

Menor de 3 hermanos.

Parado, convive con sus padres.

Estudios primarios.

Informe de derivación:

Historia biográfica psiquiátrica de larga evolución. Primera visita: Centro de Salud Mental (CSM) con 15 años.

Ha recibido tratamiento y seguimiento por psicólogo clínico y psiquiatra, en ámbito privado y publico. Desde 2011, seguimiento y tratamiento en CSM, de forma exclusiva.

Presenta psicopatología de humor depresivo, apatía, anhedonia, evitación de actividades sociales, aislamiento, desconfianza, suspicacia, inseguridad, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, inestabilidad emocional e ideación autolítica.

Desde el año 2010 el paciente planea su suicidio, en los últimos 2 años ha llevado a cabo 4 intentos autolíticos (IAL).

Diagnostico: TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD

Tras la valoración conjunta de Servicio Psicología Clínica, Trabajo social y

Servicio de Psiquiatría, se considera importante su derivación a HD, para estabilidad y mejoría clínica.

Estrategias de Evaluación

- Entrevista diagnóstico-estructural de Kernberg (1984).
- Escalas psicométricas (se pueden consultar datos de validez y fiabilidad en sus respectivas referencias bibliográficas):
- Examen Internacional de Trastornos de Personalidad (Organización Mundial de la Salud, 1996). Valores elevados en: esquizotípico, límite y evitativo.
- Escala de riesgo suicida de Plutchik (Rubio et al., 1998a), Escala de violencia de Plutchik (Rubio et al., 1998c), Escala de impulsividad de Plutchik (Rubio et al., 1998b), resultados: riesgo de suicidio e impulsividad alta.
- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1982): elevada ansiedad rasgo (percentil 97)
- Inventario de Depresión Beck (Beck, Steer, y Brown, 2006): depresión grave (puntuación 28).
- Test de Inteligencia No Verbal (Brown, Sherbenou, y Johnsen, 1995): inteligencia media-alta, coeficiente intelectual de 110.
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989). Valores significativos: desmoralización, escasez de emociones positivas, conducta antisocial, ideas persecutorias, emociones negativas disfuncionales, malestar general, quejas cognitivas, ideación suicida, indefensión/desesperación, inseguridad, ineficacia, estrés/preocupaciones, problemas de conducta juveniles, evitación social e introversión.

Formulación del caso

Historia personal

- Embarazo y parto complicados.
- Lactancia materna.
- Desarrollo psicomotor adecuado.

Infancia

- Episodios de acoso escolar, cambios de contexto que no resuelven el problema.
- Fracaso escolar.
- Marcado rasgo de introversión.
- Sobreprotección materna.
- Escasas relaciones sociales.

Adolescencia

- Retraimiento social.
- Fracaso escolar.
- Relaciones con gente marginal. Agresividad.
- 1º IAL. 1º ingreso. 1º contacto con CSM: 14/15 años.

Actividad social

- Ninguna.

Antecedentes laborales

- Repartidor/mensajería: 2 años, abandona su trabajo por angustia psíquica.

Antecedentes familiares psiquiátricos

- Tía paterna: depresión.

Tratamientos y elección del tratamiento

En el HD existen 2 tratamientos grupales, uno diseñado para el tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos y otro para el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad.

Respecto al tratamiento individual, existen 4 terapeutas con distintos enfoques de terapia.

Tras la entrevista diagnóstico-estructural y una reunión de los profesionales del HD se decide que el tratamiento más adecuado para este paciente es su inclusión en el grupo de trastornos de personalidad y la psicoterapia individual basada en PFT.

Los familiares acuden al grupo de familiares de pacientes con trastornos de personalidad.

Establecimiento de metas del tratamiento

- Desaparición de conductas autolíticas.
- Mayor estabilidad emocional.
- Reinserción social y laboral.

Objetivos terapéuticos

- Aumento del control de impulsos.
- Aumento del control emocional.
- Aumento del estado de ánimo.
- Metas vitales a corto plazo.

Tratamiento grupal

- Grupo abierto de 15 pacientes.
- Actividades: técnicas de terapia dialectico-comportamental, psicodrama, psicoeducación desde el modelo de las relaciones objetales, expresión artística, taller de salud, psicoterapia grupal dinámica, expresión corporal, musicoterapia, técnicas de control de impulsos, socioterapia, taller lúdico, terapia ocupacional y planificación del fin de semana.

Tratamiento individual

Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.

A continuación exponemos las bases de la teoría explicada por (Clarkin et al., 2006).

La teoría psicoanalítica en la que se basan para la comprensión de la patología limítrofe y la PFT es la teoría de las relaciones de objeto, según esta teoría todos los afectos son siempre experimentados en relación a otro (objeto).

Estas relaciones afectivas con otros significativos son internalizadas desde muy temprano, de modo que se van organizando e integrando para formar las estructuras psíquicas que luego sirven como organizadoras de la motivación y conducta.

En el desarrollo normal de la personalidad la imagen de si mismo y de otros significativos se integran, percibiendo a uno mismo y los demás de forma realista, compleja, profunda y estable en el tiempo, esto es una identidad del yo integrada.

En el desarrollo de la personalidad patológica, las experiencias tempranas de frustración serían excesivas y en un intento de proteger "lo bueno" las imágenes de si mismo y los demás quedarían escindidas produciéndose la difusión de identidad. Como estas estructuras son las que van a organizar la percepción, motivación y conducta, estos pacientes se relacionan con el mundo de un modo que, en un momento dado, solo son capaces de percibir o bien los aspectos positivos o bien los aspectos negativos de la persona y de la situación, despertando afectos concomitantes de satisfacción o frustración. Estos afectos tienen un carácter totalizante y los llevan a responder y actuar como si la situación fuese ideal o terrible, alternando de un estado a otro según la relación de objeto que se ha activado.

La PFT apunta a una reorganización de las estructuras psíquicas, por lo que el abordaje terapéutico va a actuar justamente a nivel de las relaciones de objeto internalizadas.

Mecanismos de cambio:

- Activación de relaciones objetales en contexto seguro.
- Traducción de conducta y afecto en términos de relaciones objetales subyacentes.

Tratamiento médico

- Paroxetina: 30mg. 1-0-0.
- Quetiapina: 25mg. 0-1-2.

Grupos de familiares

Psicoeducación y ventilación emocional.

Aplicación del tratamiento

- A diario realiza sesiones grupales.
- Psicoterapia individual una vez por semana, horario de 12:00 a 14:00 horas.
- Grupos de familiares quincenalmente, viernes, horario de 12:00 a 14:00 horas.

- Tiempo de estancia aproximado: 8 meses, retirada paulatina.

Todo el tratamiento se realiza previo compromiso y firma de un contrato terapéutico, el incumplimiento del contrato conlleva el alta del HD, se pacta lo siguiente:

- Intentos autolíticos.
- Autolesiones.
- Agresividad.
- Honestidad.
- Actividad fuera del centro.
- Asistencia.
- Confidencialidad.

Factores relacionados con el terapeuta

Terapeuta formado en PFT por el Dr. Frank Yeomans.

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 del paciente.

Efectividad y eficiencia de la intervención

Se administra medida pre-test cuyos resultados se exponen en la evaluación.

La medida post-test se realiza mediante entrevista clínica semiestructurada, al finalizar el tratamiento en el HD.

Evolución

- Sin ideación autolítica.
- Estado de ánimo, tiende a la eutimia.
- Mayor estabilidad emocional y control de impulsos.
- Hace crítica sobre su posicionamiento paranoide, sobre la hostilidad de la sociedad, también de sus ideas autorreferenciales.
- Planes de futuro ajustados.
- No aislamiento, retoma relaciones sociales anteriores.

- Reinserción laboral. Intervención de la trabajadora social: discapacidad parcial, percepción de pensión, reincorporación a su trabajo anterior con jornada parcial.
- Asistirá al CSM.

Seguimiento

Entrevista clínica al año de finalizar el tratamiento. Mantenimiento de logros.

Discusión

Nuestro trabajo es interesante por varias razones, la primera es que muestra un caso clínico en el que se produce una gran mejoría clínica en un paciente con un diagnóstico complicado de tratar como es el TEP. La segunda de las razones, es por el tratamiento que recibe, muestra como el tratamiento intensivo y multidisciplinar resulta eficaz para un trastorno grave de la personalidad. La psicoterapia individual, como hemos descrito, es la PFT, que está obteniendo resultados satisfactorios y esperanzadores en el tratamiento eficaz de los trastornos graves de la personalidad. Estos trastornos, hasta ahora, están siendo infradiagnosticados y tratados en muchas ocasiones con psicofármacos cuyo eficacia en este tipo de trastornos está bastante cuestionada.

Podemos observar que la evolución de nuestro paciente ha sido satisfactoria. Destacando que ya no existe ideación autolítica, hace crítica de sus ideas autorreferenciales y de su posicionamiento paranoide frente a la sociedad, el estado de ánimo tiende a la eutimia y se consigue la reinserción laboral.

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 el paciente se deban a la PFT, al tratamiento grupal, al tratamiento administrado de forma intensiva y multidisciplicar, variables individuales, etc. No podemos medir el peso de cada variable en la mejoría del paciente.

Los trastornos de personalidad son trastornos que pueden llegar a ser muy graves y causan mucho sufrimiento en pacientes y familiares. En muchos casos, se produce frustración en los profesionales que los atienden, un gran consumo de recursos sin obtener buenos resultados debido a que no son los medios adecuados para su tratamiento, nos referimos a recursos de urgencia, psicofarmacología y psicoterapias

que resultan poco eficaces por no estar basadas en la evidencia o por no administrarse de manera suficientemente intensiva.

Con este caso clínico, intentamos arrojar luz acerca de la eficacia de los tratamientos intensivos para trastornos de personalidad en HD y sobre la PFT. Consideramos que es necesaria más investigación para el tratamiento adecuado y eficaz de los trastornos de personalidad.

Referencias

American Psychiatic Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5a ed.). Arlington VA: Autor.

Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.

Brown, L., Sherbenou, R.J. y Johnsen, S.K. (1995). *Test de Inteligencia No Verbal TONI-2*. Madrid: TEA.

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.

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F. y Kernberg, O.F. (2007). Evaluating Three Treatments for borderline Personality Disorder: a Multiwave Study. *American Journal Psyquiatric, 164*, 922-928.

Clarkin, J.F., Yeomans, F. y Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on Object Relations.* Washington: American Psychiatric Publishing.

Kernberg, O.F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15*, 641-685.

Kernberg, O.F. (1979). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico.* México: Paidós.

Kernberg, O.F. (1984). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias terapéuticas.* México: Manual Moderno.

Koenigsberg, H., Kernberg, O.F., Stone, M., Appelbaum, A., Yeomans, F. y Diamond, D. (2000). *Borderline Patients: Extending the limits of treatability.* New York: Basic Books.

Levy, K., Meehan, K., Kelly, K., Reynoso, J., Weber, M., Clarkin J, y Kernberg O.F. (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1027-1040.

López-Garza, D. (2004). *Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes.* México: Editores de textos mexicanos.

Organización Mundial de la Salud. (1996). *International Personality Disorder Examination (IPDE)- ICD-1O module.* Madrid: Meditor.

Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Martínez, M.L., Álvarez, S., Marín, J.J. y Santo-Domingo, J. (1998a). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología, 61*, 143-152.

Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Martínez, M.L., Álvarez, S., Marín, J.J. y Santo-Domingo, J. (1998b). Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología, 61*, 223-232.

Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Martínez, M.L., Álvarez, S., Marín, J.J. y Santo-Domingo, J. (1998c). Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología, 61*, 307-316.

Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA.

Yeomans, F.E., Clarkin, F.C. y Kernberg, O.F. (2002). *A primer for Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. New York: Jason Aronson Northvale.

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Hiurma Gil-Santiago, Juana Teresa Rodríguez-Sosa, Adrián Neyra-Del Rosario y Miguel Ángel García-Bello

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Gran Canaria, Doctor Negrín

Resumen

Antecedentes: el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una enfermedad mental cuya prevalencia en la población general es de 2%. Las personas con TOC presentan una significativa afectación en el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida, lo cual guarda relación con la gravedad del trastorno. **Método:** muestra representativa (N=77) de pacientes diagnosticados de TOC. Evaluación mediante entrevista semiestructurada, cuestionario ad-hoc y la versión española de Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Hamilton Anxiety Scale, Hamilton Depression Rating Scale e International Personality Disorder Examination, cuestionario autoaplicado. Análisis estadístico mediante SPSS 15.0. **Resultados:** la gravedad del TOC se asoció significativamente al nivel de depresión y ansiedad. Los pacientes con depresión y rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos presentaron mayor gravedad en todos los síntomas TOC. Los pacientes con rasgos de personalidad esquizoide o límite, mayor gravedad en síntomas obsesivos y aquellos con mal ajuste premórbido o mayor duración de la clínica TOC presentaron mayor gravedad en los síntomas compulsivos. El inicio temprano del trastorno, los antecedentes familiares (AF) y la demora en iniciar tratamiento no resultaron significativos para la gravedad del TOC. **Conclusiones:** evaluar y tratar los síntomas de depresión y ansiedad, frecuentemente asociados al TOC, puede mejorar la evolución del trastorno. Conocer el ajuste premórbido y la personalidad del paciente resulta importante para diseñar el tratamiento. Se requiere mayor investigación.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, gravedad, comorbilidad, calidad de vida, funcionamiento psicosocial.

CLINICAL FACTORS ASSOCIATED WITH THE SEVERITY OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Abstract

Background: obsessive-compulsive disorder (OCD) is a mental disease whose prevalence in the general population is 2%. People with OCD exhibit significant impairment in psychosocial functioning and quality of life, which is related to the severity of the disorder. **Method:** A representative sample (N = 77) of patients diagnosed with OCD in the last ten years in the area of Dr. Negrin Hospital. Evaluation using ad-hoc semistructured interview and questionnaire and the Spanish version of Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Hamilton Anxiety Scale, Hamilton Depression Rating Scale and International Personality Disorder Examination, self-administered questionnaire. Statistical analysis using SPSS 15.0. **Results:** the severity of OCD was significantly associated with the level of depression and anxiety. Patients with depression and obsessive-compulsive traits of personality showed more severe OCD symptoms; Patients with schizoid or borderline personality traits showed greater severity in obsessive symptoms. Those with poor premorbid adjustment or longer duration of clinical OCD showed greater severity in compulsive symptoms. The early onset of the disorder, the family history of OCD and the delay in starting treatment were not significant in the severity of OCD. **Conclusions:** assess and treat symptoms of depression and anxiety, often associated with OCD, can improve the course of the disorder. Knowing premorbid adjustment and personality of the patient is important to design treatment. Further research is needed.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, severity, comorbidity, quality of life, psychosocial functioning.

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por obsesiones de carácter recurrente egodistónicas e intrusivas con o sin existencia de compulsiones. Su curso es crónico, de carácter fluctuante y se presenta con una prevalencia aproximadamente de un 2% en la población general (Sasson et al., 1997). El inicio del

cuadro suele comenzar al inicio de la edad adulta afectando negativamente al funcionamiento global (Hollander, 1998). Numerosos estudios confirman que la calidad de vida de pacientes con TOC es inferior a la de la población general (Koran, Thienemann y Davenport, 1996). Se ha señalado la correlación positiva entre la gravedad clínica del trastorno y el impacto social (Koran et al., 1996), describiéndose una relación inversa entre la gravedad de las obsesiones y la calidad de vida de los pacientes (Masellis, Rector y Richter, 2003). Resulta necesario ampliar nuestro conocimiento sobre los factores que influyen en la gravedad de los síntomas del trastorno.

Los objetivos del estudio son: describir el perfil sociodemográfico, clínico y asistencial de pacientes adultos diagnosticados de TOC, comparar la clínica de aquellos que han requerido ingresos en Psiquiatría con los que nunca han ingresado e identificar variables clínicas y sociodemográficas relacionadas con la gravedad del trastorno.

Método

Participantes

Se obtuvo una muestra representativa formada por 77 pacientes adultos, diagnosticados de TOC en los últimos diez años por el Servicio Canario de Salud, área de gerencia del Hospital Dr. Negrín, en tratamiento ambulatorio, de los que 15 pertenecían al grupo con historia de ingresos en Psiquiatría y 62 al grupo sin ingresos. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico principal de TOC y ser mayor de edad. Los criterios de exclusión fueron: deterioro cognitivo y/o diagnóstico actual que explicara mejor la clínica. Todos aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

Materiales/Instrumentos

Se diseñaron una entrevista semiestructurada y cuestionario ad-hoc para recoger datos clínicos y sociodemográficos. Se administraron estos instrumentos validados en español con adecuada fiabilidad y validez:

- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS), para evaluar la severidad de la clínica obsesivo-compulsiva: Fiabilidad interjueces alta (r>0,86); correlaciones significativas con el Inventario Obsesivo-Compulsivo de

Maudsley y con la opinión del médico; α de Cronbach de 0,88 a 0,95 (Goodman et al., 1989; Sal y Rosas et al., 2002).

- Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), para evaluar la intensidad de la ansiedad: Validez convergente con State Trait Anxiety Inventory significativa; α de Cronbach = 0,98; estabilidad temporal test-retest y fiabilidad entre evaluadores (coeficiente de correlación interclase [CCI] = 0,92 ambas); sensibilidad al cambio (tamaño del efecto = 1,36), (Hamilton, 1959; Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Ré, Badia y Baró, 2002).
- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos: α de Cronbach ≥ 0,7; estabilidad temporal y fiabilidad entre evaluadores (CCI: HDRS ≥ 0,9 ambas); sensibilidad al cambio (tamaño del efecto ≥ 1,5), (Hamilton, 1960; Ramos-Brieva, Cordero-Villafáfila, 1986). Se han considerado los puntos de corte propuestos por Bech (Bech, 1996).
- International Personality Disorder Examination (IPDE), cuestionario autoaplicado, para detectar rasgos de personalidad predominantes: la concordancia y estabilidad temporal del instrumento han sido estudiadas en 716 pacientes en 14 centros clínicos de 11 países de los distintos continentes. Publicado por la Organización Mundial de la Salud (López-Ibor, Pérez y Rubio, 1996), es considerado un método útil y válido para evaluar trastornos de personalidad con fines de investigación, con propiedades psicométricas similares a las de otros instrumentos diagnósticos (Loranger et al., 1994).
- Programa SPSS versión 15.0 para el análisis estadístico.

Diseño y procedimiento

Es un estudio transversal en el que se realizó un muestreo probabilístico estratificado del total de 199 pacientes adultos diagnosticados de TOC en los últimos diez años por el Servicio Canario de Salud (31 con ingresos en Psiquiatría y 168 sin ingresos), obteniendo una muestra representativa de 77 pacientes.

La evaluación fue realizada por clínicos con experiencia, en una única sesión individual, en la que se administraron los instrumentos validados, y, mediante entrevista semiestructurada y revisión de historia clínica, se cumplimentó el cuestionario ad-hoc.

Se realizó el análisis estadístico estudiando correlaciones, diferencia de medias y cálculos de regresión lineal.

Resultados

La muestra estuvo formada por un 58% de hombres y un 42% de mujeres, con una edad media de 40,7±14,8. El 52% convivía en pareja. El 20% tenía estudios superiores, mientras la mayoría presentaba estudios primarios o secundarios. El 30% no trabajaba debido a enfermedad mental. El 40% percibía ingresos menores al salario mínimo interprofesional.

El 49% de los pacientes presentó un inicio temprano del trastorno, con una duración de 22 meses de media y una demora en consultar de 3,5 años. El 23,9% tenía antecedentes familiares de TOC. Los niveles de depresión y ansiedad del total de pacientes fueron de media 11,7±6,5 y 13,3±8,7, respectivamente. En cuanto a la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos, el 17% presentó estado subclínico (entre 0 y 7 puntos en YBOCS), el 24% clínica leve (8-15), el 29% moderada (16-23), el 26% grave (24-31) y el 4% muy grave (32-40). El tipo de tratamiento predominante a lo largo del curso del TOC fue el psicofarmacológico (48%), seguido de tratamiento combinado (32%) y, por último, el psicoterapéutico (20%).

En comparación con los pacientes sin ingresos en Psiquiatría, aquellos con historia de ingresos presentaron, en mayor medida: patrones de personalidad patológicos (6,5±1,5 frente a 5,3±2,0, $p = 0,03$), conducta suicida (el 81% frente al 26,4%, $p < 0,001$) y asistencia al Servicio de Urgencias (el 100% frente al 41%, $p < 0,001$), sin otras diferencias significativas.

Se analizaron las variables relacionadas con la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos. Los niveles de depresión y ansiedad se asociaron significativamente a la severidad de todos los síntomas del TOC (correlaciones Spearman 0,62 y 0,51, respectivamente, $p <0,001$) y la duración de la clínica a la gravedad de las compulsiones (coeficiente de correlación 0,29, $p = 0,03$). En la Tabla 1 se señala la diferencia de medias en los síntomas obsesivos y compulsivos del trastorno en función de las variables clínicas estudiadas.

Tabla 1. Diferencias en la gravedad del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en función de variables clínicas.

	SOB-YB	*p*	SCO-YB	*p*	EOC-YB	*p*
Con buen ajuste premórbido, n=16	10,0±5,1	0,10	7,0±5,1	0,02	15,9±9,1	0,02
Sin buen ajuste premórbido, n=54	8,6±5,2		10,9±4,5		22,6±7,7	
Con inicio temprano, n=34	8,9±5,1	0,22	8,1±5,4	0,52	18,3±9,5	0,33
Sin inicio temprano, n=32	11,2±4,9		7,2±5,2		15,9±9,4	
AF de TOC, n=17	9,7±6,2	0,61	7,0±6,5	0,62	16,6±11,14	0,82
Sin AF de TOC, n=56	9,4±4,9		8,0±4,7		17,4±8,7	
Depresión (≥ 18 HDRS), n=17	13,1±5,1	<0,01	10,3±5,2	0,01	23,6±7,8	<0,01
Sin depresión (<18 HDRS), n=59	8,5±4,9		7,0±5,0		15,5±8,9	
>3 subescala obsesivo-compulsiva IPDE, n=17	10,2±4,9	0,03	8,7±5,4	0,00	18,9±9,1	<0,01
<3 subescala obsesivo-compulsiva IPDE, n=59	7,2±5,5		3,7±4,4		10,9±7,6	
>3 subescala esquizoide IPDE, n= 56	10,4±4,9	0,01	8,1±5,3	0,14	18,7±8,9	0,02
<3 subescala esquizoide IPDE, n= 19	6,8±4,9		6,4±4,8		13,2±9,3	
>3 subescala límite IPDE, n= 58	10,2±5,1	0,02	8,1±5,7	0,16	18,5±9,2	0,05
<3 subescala límite IPDE, n= 17	7,1±4,4		6,2±4,5		13,1±8,6	
>3 subescala narcicista IPDE, n= 34	8,6±4,7	0,04	7,9±5,0	0,81	16,6±8,8	0,26
<3 subescala narcicista IPDE, n= 41	10,2±5,4		7,5±5,4		17,7±0,7	

Nota. Se han omitido las diferencias de medias de los patrones de personalidad que no resultaron significativos. *p* = Valor de *p* en la prueba no paramétrica Mann-Whitney; SOB-YB = Subescala obsesividad en Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; SCO-YB = Subescala compulsividad en Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; YBOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Total); AF = antecedentes familiares; HDRS = Hamilton Depression Rating Scale; IPDE = International Personality Disorder Examination.

Para conocer qué variables predicen parsimoniosamente la gravedad del TOC se realizaron cálculos de regresión lineal. Como indica la Tabla 2, la depresión (HDRS) y el ajuste premórbido fueron las variables predictoras de la gravedad del TOC, siguiendo una regresión por pasos hacia adelante, alcanzando este modelo un R^2 corregido de 0,43.

Tabla 2. Regresión lineal para la gravedad del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Modelo resultante de regresión por pasos.

	B	β	t	p	IC 95%	
Constante	12,21		4,36	<0,001	6,56	17,87
HDRS	0,91	0,60	5,22	<0,001	0,55	1,25
Ajuste premórbido	-5,47	-0,28	-2,41	0,02	-10,05	-0,91

Nota. Variable dependiente: gravedad total del TOC (YBOCS). Variables predictoras: (Constante), HDRS = Hamilton Depression Rating Scale y Ajuste premórbido; B = recta de regresión en puntuaciones directas; β = pendiente de la recta en típicas; t = valores de la prueba t de Student; p = probabilidad de obtener el valor de t si la hipótesis nula fuera cierta. IC = Intervalo de confianza; Variables de partida: HDRS, HARS = Hamilton Anxiety Rating Scale, IPDE = International Personality Disorder Examination >3 en subescalas límite, esquizoide y obsesivo-compulsivo, ajuste premórbido, edad de inicio, latencia del tratamiento en meses y clínica hasta actualidad.

Discusión/Conclusiones

Un porcentaje considerable de los pacientes del estudio presentaron niveles significativos de depresión y ansiedad, hallazgos ya objetivados en muestras poblacionales y clínicas (Karno, Golding, Sorenson, Burnam, 1988), siendo la depresión la patología comórbida más frecuente e incidente (LaSalle et al., 2004).

En consonancia con otros trabajos (Wetterneck et al., 2011), los pacientes con depresión y rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos presentaron mayor gravedad en todos los síntomas del TOC. La duración del trastorno se asoció a la gravedad de los síntomas compulsivos, en la línea de autores que la consideran predictor negativo del curso (Dell´Osso et al., 2013).

Los resultados de este estudio apuntan a que para reducir la severidad de la clínica obsesivo-compulsiva resulta fundamental la evaluación y tratamiento de los síntomas de depresión y ansiedad, frecuentemente asociados. Así mismo, señala la importancia de considerar el ajuste premórbido y la personalidad del paciente en el tratamiento, en consonancia con otros trabajos (Huh et al., 2013). La investigación dirigida a reducir la clínica del TOC y mejorar el funcionamiento psicosocial y calidad de vida de las personas que lo padecen debe continuar.

Referencias

Bech, P. (1996). *The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: Screening and listening* (2ª ed.). Berlin: Springer.

Dell´Osso, B., Benatti, B., Buoli, M., Altamura, A.C., Marazziti, D., Hollander, E., Fineberg, N., Stein, D.J., Pallanti, S., Nicolini, H., Van Ameringen, M., Lochner, C., Hranov, G., Karamustafalioglu, O., Hranov, L., Menchon, J.M. y Zohar, J. (2013). The influence of age at onset and duration of illness on long-term outcome in patients with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders. *European neuropsychopharmacology*, *23*, 865-871.

Goodman, W.K., Price, L.H., Ramussen, S.A., Mazure, C., Delgado F., Heninger, G.R., y Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (II): Validity. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1012-1016.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology, 32*, 50-55.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23*, 56-62.

Hollander, E. (1998). Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *The British Journal of Psychiatry, 173*, 3-6.

Huh, M.J., Shim, G., Byun, M.S., Kim, S.N., Kim, E., Jang, J.H., Shin, M.S y Kwon, J.S. (2013). The impact of personality traits on ratings of obsessive-compulsive symptoms. *Psychiatry Investigation, 10*, 259-265.

Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry, 45*, 1094-1099.

Koran, L.M., Thienemann, M.L. y Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 153*, 783-788.

LaSalle, V.H., Cromer, K.R., Nelson, K.N., Kazuba, D., Justement, L. y Murphy, D.L. (2004). Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety, 19*, 163-173.

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X. y Baró, E. Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica, 118*, 493–499.

López-Ibor, J.J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Módulo DSM-IV y CIE-10*. Madrid: Meditor.

Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahal, A., Diekstra, R.F., Ferguson, B., Jacobsberg, L.B., Mombour, W., Pul, C., Ono, Y., Regier, D.A. (1994). The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration lnternational Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry, 51*, 215-224.

Masellis, M., Rector, N.A. y Richter, M.A. (2003). Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 72-77.

Ramos-Brieva, J.A. y Cordero-Villafáfila, A. (1986). Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 14*, 335-338.

Sal y Rosas, H.J., Vega-Dienstmaier, J.M., Mazzotti, G., Vidal, H., Guimas, B., Adrianzén, C. y Vivar, R. (2002). Validación de una versión en español de la Escala Yale-Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo. *Actas Españolas de Psiquiatría, 30*, 30-35.

Sasson, Y., Zohar, J. Chopra, M., Lusting, M., Iancu, I. y Hendler, T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A worl view. *The Journal of Clinical Psychiatry, 58*, 7-10.

Wetterneck, C.T., Little, T.E., Chasson, G.S., Smith, A.H., Hart, J.M., Stanley, M.A. y Björgvinsson, T. (2011). Obsessive-compulsive personality traits: How are they related to OCD severity? *Journal of Anxiety Disorder, 8*, 1024-1031.

MENTAL HEALTH IN TEACHER TRAINING AND EDUCATIONAL IMPLICATIONS

María Dolores Muñoz, Laura Jiménez and Juana Segarra

Department of Psychology, School of Education, UCLM

Abstract

Background: The objective is aimed on the evaluation of in-future Early Childhood and Elementary School teachers' inflexible patterns regarding personality models and behavior, the quantity and the quality of social relationships. Focusing on normal personality, teachers obviously require not only the ability to teach lessons, but also an understanding of the rules and routines of the school culture, the ability to collaborate with other education professionals, and an awareness of the communities where someone teaches. The fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) lists ten personality disorders, grouped into three clusters. Cluster A (Odd disorders), Cluster B (dramatic, emotional o erratic disorders) and Cluster C (anxious or fearful disorders). **Method:** Participants were 60 students of last year of the Master Degree in Early Childhood and/or Elementary Teacher Education (Castilla-La Mancha University). The evaluation was performed by using the Spanish version of International Personality Disorder Examination (IPDE questionnaire by Loranger et al., 1994). The questionnaire is used for the clinical assessment of some symptoms associated to the personality disorders. **Results:** Results showed that 47.8% of participants scored positive for the disorders of Cluster C (i.e., fearful and anxious disorders). Secondly, focusing specifically on the disorders of Cluster C, we can highlight the presence of a possible avoidant personality disorder (51.7%) and an obsessive-compulsive personality disorder (58.3%). **Conclusion and discussion:** In conclusion, there is no guarantee that in-future teachers reached a healthy development of their personality that ensures no negative interference in the personality development of their students, or developing their own standard teaching.

Keywords: Mental health, personality disorders, early childhood and elementary school teacher, teacher-training.

Introduction

What are the personality characteristics of helpful teachers? Bransford, Darling-Hammond, and Lepage (2005) offer a framework for conducting research on teacher preparation that points out a critical need for research on "how teachers learn to engage in practices that successfully support student development and learning" (p. 23). Focusing on normal personality, teachers obviously require not only the ability to teach lessons, but also an understanding of the rules and routines of the school culture, the ability to collaborate with other education professionals, and an awareness of the communities where someone teaches (e.g., Sikula, Buttery, & Guyton, 1996). People are highly variable in the degree to which they can meet these multi-level demands. Personality characteristics are likely to be important predictors of this ability.

The previous research on personalities of teachers is not recent (see e.g., Feshbach, 1969; Getzels & Jackson, 1963; Victor, 1976). Personality research has experienced a shift since these earlier studies have been conducted. The greatest change has been the acceptance of the Big Five factor personality model(e.g., Costa & McCrae, 1992; John & Srivastava, 1999) which places personality traits into five basic factor of personality, namely: Neuroticism (anxious, self-conscious), Extraversion (talkative, social), Openness to Experience (independent, curious), Agreeableness (altruistic, sympathetic), and Conscientiousness (determined, reliable).

The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), published by the American Psychiatric Association, offers a common language and standard criteria for the mental disorder classification. The fifth edition it has currently been published.

Although there are many categories of mental disorders classification, we will only describe the personality disorders (American Psychiatric Association, 2014).

Personality disorders are those mental disorders that have been characterized by enduring maladaptive patterns of behavior, cognition, and inner experience, exhibited across many contexts and deviating markedly from those accepted by the individual's culture. These patterns are inflexible and they are associated with significant distress or disability. They cannot be due to substances use or another medical condition. Those diagnosed with a personality disorder may experience difficulties in cognition, emotiveness, interpersonal functioning, or control of impulses (Saß, 2001, Skodol et al.,

2011). A person is classified as having a personality disorder if their behavior abnormalities avoid their social or occupational functioning. This behavior can result in maladaptive coping skills, which may lead to personal problems that could induce extreme anxiety, distress, or depression (Kernberg, 1984). Nevertheless, the patterns are consistent with the individual ego integrity, so they are perceived by them as appropriated.

The DSM-5 grouped PDs into three clusters (three diagnoses for personality patterns): Clusters A, B and C that fall within 10 distinct types of personality disorders. They are described as following (see e.g., American Psychiatric Association, 2014, pp. 645-683):

a) Cluster A (Odd disorders) which is mainly characterized by odd or eccentric behaviors. Individuals usually present social isolation.
   - Paranoid PD: Characterized by a pattern of irrational suspicion and mistrust of others, interpreting motivations as malevolent.
   - Schizoid PD: Lack of interest and detachment from social relationships, apathy, and restricted emotional expression.
   - Schizotypal PD: A pattern of extreme discomfort interacting socially, and distorted cognitions and perceptions.

b) Cluster B (dramatic, emotional o erratic disorders) which is mainly characterized by extremely dramatic, emotional and erratic behaviors. Individuals are often difficult to treat and they show quite a lack of empathy.
   - Antisocial PD: A pervasive pattern of disregard for and violation of the rights of others, lack of empathy, bloated self-image, manipulative and impulsive behavior.
   - Borderline PD: Pervasive pattern of instability in relationships, self-image, identity, behavior and affects often leading to self-harm and impulsivity.
   - Histrionic PD: Pervasive pattern of attention-seeking behavior and excessive emotions.
   - Narcissistic PD: a pervasive pattern of grandiosity, need for admiration, and a lack of empathy.

c) Cluster C (anxious or fearful disorders) which is characterized by individuals feeling fear and anxiety.

- Avoidant PD: pervasive feelings of social inhibition and inadequacy, extreme sensitivity to negative evaluation.
- Dependent PD: pervasive psychological need to be cared for by other people.
- Obsessive-compulsive PD: characterized by rigid conformity to rules, perfectionism, and control to the point of satisfaction and exclusion of leisurely activities and friendships.

The DSM-5 also includes other personality disorders:

- Personality change due to another medical condition – a personality disturbance due to the direct effects of a medical condition.
- Other specified personality disorder – symptoms characteristic of a personality disorder but fails to meet the criteria for a specific disorder, with the reason given.
- Personality disorder not otherwise specified.

This paper represents a first step in examining personality disorders in childhood and elementary school preservice teachers. There are not statistic no indicate the number of classroom teachers who suffer from clinically diagnosed personality disorder (Lebelle, 2000, cited in McEwan, 2005). Teachers with personality disorders display a constellation of difficult-to-handle symptoms: unreliability, emotional instability, failure to take personal responsibilities, poor judgment, and irrational anger. What is predictable for teachers with PD is that whenever their lives outside to the school are difficult and stressful, together with the demands of the activity of teaching, they revert in the so-called “rigid, habitual, inappropriate and non-constructive emotional response (McEwan, 2005).

The objectives of the present study were twofold:

- To evaluate in-future Early Childhood and Elementary school teachers' the above-mention inflexible patterns regarding personality models and disorders.
- To discuss of some possible educational implications of results. Findings have implications for the consideration of such attributes in teacher education programs.

Method

Participants

Participants were 60 students of last year of the Degree in Early Childhood and Elementary School Education.

Materials

The evaluation was performed by using the Spanish version of International Personality Disorder Examination (IPDE questionnaire; Loranger et al., 1994). The questionnaire provides a uniform approach for assessing personality disorders for Clusters A, B and C. The interrater agreement and temporal stability of the IPDE were studied at 14 clinical facilities in 11 countries in North America, Europe, Africa, and Asia. The field trial employed 58 psychiatrists and clinical psychologists as interviewers and observers of 716 patients. The reliability and stability of the IPDE were roughly similar to what has been reported with instruments used to diagnose the psychoses, mood, anxiety, and substance use disorders.

The clinician can quickly score the questionnaire and identify those patients whose scores suggest the presence of a personality disorder: namely, 3-point score (or more) can be considered as positive symptom of the assessment, therefore (s)he should be interviewed to confirm the disorder.

Procedure

The IPDE Screening Questionnaire is a self-administered carbonless form. Participant must respond either True or False to each 77 written items. The IPDE was completed by participants in around 15 minutes or less in the classroom.

Design

Our study is a cross-sectional study of in-future Early Childhood and Elementary School teachers' inflexible patterns regarding personality models and behavior.

Results

Firstly, we will show the percentages of teacher-students that scored 3 (or more) points (see Figure 1) in the assessment of personality disorders (clusters A, B and/or C). We must remember that these percentages must be taken as an indication for symptoms of a possible personality disorder in each cluster, but not as a definitive diagnosis of a personality disorder.

Results clearly showed a large difference in the percentage of teacher-students with positive symptoms to diagnose a disorder of Cluster C, fearful and anxious disorders, (47.8%) compared to Cluster A (19.5%) or Cluster B (18.7%). The incidence of the Cluster C disorders is particularly high, namely 47.8% of participants scored positive for any of the disorders of Cluster C.

A high comorbidity is observed in this sample.

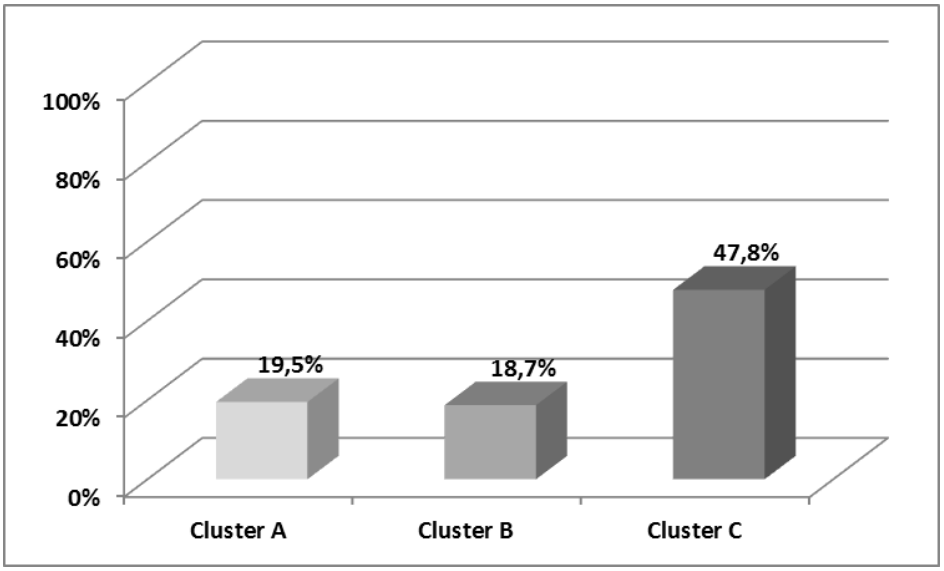


Figure 1. Assessment of Personality Disorders.

Secondly, Table 1 gives the distribution of the percentages of teacher-students that meet the diagnosis criteria for one of the ten personality disorder.

Table 1. Distribution of the percentages of teacher-students that meet IPDE diagnosis criteria.

	Personality disorder	Percentages
Cluster A	Paranoid	20.3
	Schizoid	16.7%
	Schizotypal	10%
Cluster B	Histrionic	11.7%
	Antisocial	0%
	Narcissistic	10%
	Borderline	30%
Cluster C	Obsessive- Compulsive	58.3%
	Dependent	33.3%
	Avoidant	51.7%

Note. IPDE = International Personality Disorder Examination.

Specifically, focusing now on the percentage of teacher-students that meet one (or more) of the diagnosis criteria for Cluster C disorders(anxious or fearful disorders), we found a high percentage of them meeting 3 (or more) symptoms that could lead to Avoidance or Obsessive-compulsive personality disorders (see Figure 2).

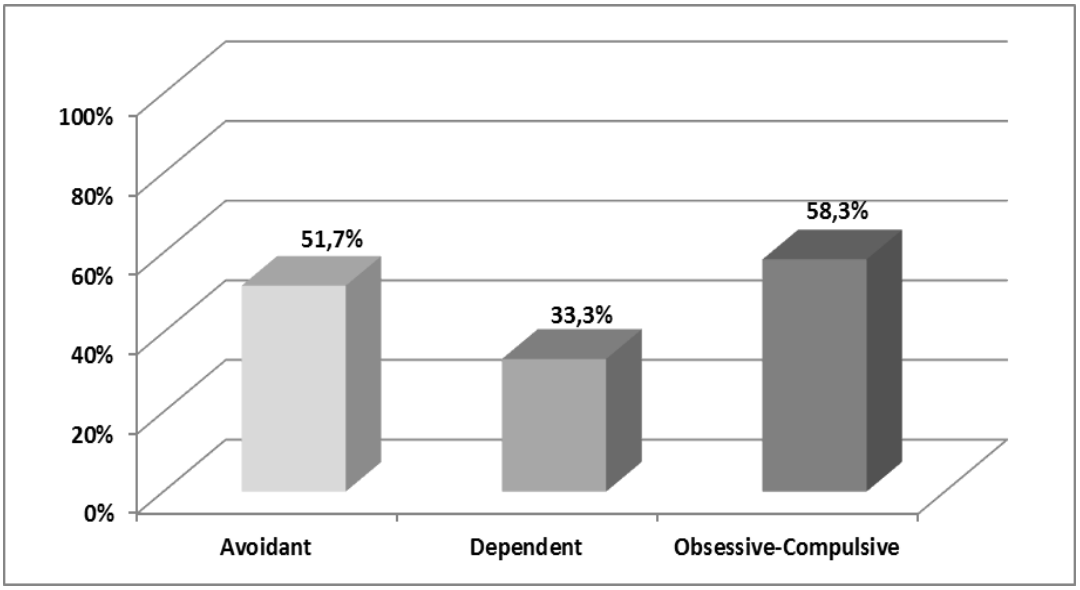


Figure 2. Assessment of Personality Disorders: Cluster C.

Discussion and conclusions

Not forgetting that previous data should be taken as indicators, we consider previous results as a starting point to reflect on the difficulties that they may occur in the classroom. In this section, we will discuss the implications of the results for the in-future teachers.

First, 51% of students meet the diagnostic criteria for an Avoidant personality disorder. According to Milton (1995), these individuals use to be hesitant, self-conscious, embarrassed, anxious, tense in social situations due to fear of rejection and they used to feel themselves as social inept, inferior, or unappealing. They could show a tendency to flee from work activities that involve significant interpersonal contact because of fear of criticism, disapproval or rejection, etc. They see themselves as socially inept, unattractive personal or inferior to others. This will cause an avoidance of situations that are to be evaluated such as competitions, quizzes, exams for promotion, etc. They possibly could develop behaviors of dependence of the few friends or colleagues who may have (see American Psychiatric Association, 2014, p. 672).

Obviously, the above-described personal profile is not ideal at all for a professional who will engage in teaching and safeguarding the personal and academic development of their own students. On the contrary, they would need to be open and willing to use all the available resources and means and participate in innovation and progress plans for the future. Obviously, they will tend to inhibition, to stay in their anonymous routines, to reject projects and new experiences in which students can be involve (i.e., creative experiences, experiments, exhibitions, competitions, festivals, etc.). In short, they could cut opportunities for new experiences and progress of their future students, compared with other peer groups, without forgetting the difficult treatment with the school, families and students (see American Psychiatric Association, 2014, p. 672).

Second, 58.3% of students positive scored in obsessive compulsive personality disorder. These in-future teachers would tend to be excessively worried about the order and perfectionism, interfering with the tasks and neglecting the primary educational goals. They may show excessive devotion to work and productivity that would depart from leisure activities. They will be reluctant to delegate tasks to anyone, unless other people strictly obey their orders. They will also poorly organize the time, because they

will have some difficulties in distinguishing the most important tasks. They will use to be irritated if other people propose alternatives to theirs, so they will not be attentive to other people's views. They will not compromise. They will feel uncomfortable with emotional displays and exchange of affections of others. It will strange to them to make compliments. They will feel discomfort with new activities (American Psychiatric Association, 2014, p. 678).

We can assume that individuals in risk to develop this type of personality, if they engage in teaching, they could have problems in relations with the students, families, school, and the general planning objectives and common scholar activities. It can be predicted some stiffness and lack of adaptation to the opinions of other professionals, lack of coherence between planning and execution of tasks, difficulties in prioritizing goals and possibly a submission to a series of inflexible and unchanging personal standards. Unfortunately they may be more concerned about the means that the teaching goals. They may also pay more attention to their work and their "principles" rather than people. It will work so greedy hoarding materials without them, justifying it as future prospects. It will tend to occupy checkpoints, for not sharing equal responsibilities equipment. It will be difficult to talk with them about their mental rigidity. If they lose control of the situation, they become anxious, angry and potential rages (see American Psychiatric Association, 2014, p. 678).

In conclusion, there is no guarantee that in-future teachers reached a healthy development of their personality that ensures no negative interference in the personality development of their students, or developing their own standard teaching. Even, there is evidence that many students showed symptoms of two (or more) personality disorders.

Results of this study yield alarming data on the mental health of teachers in training. The state of the question points out the need to stronger control mechanisms in the teaching selection process, before entering the regular education system, under the supervision of systems of guarantee of internal quality in university teaching.

It will be similarly desirable to offer some psychological care to teacher-students in training to be devoted to teaching under the supervision of systems of guarantee of internal quality in university teaching.

Finally, it must be acknowledged the type of personality of a teacher is an important feature to be considered in programs for improving the quality of education in

general, and, if we are specifically focused on the mechanisms of learning by modeling, we must reinforce the idea of the need of more efficient aid mechanism to become a better teacher in the Spanish school system, at least in Early Childhood Education and Elementary Education wherein the children's personality is fully development and they are very vulnerable to external influences and, particularly, to the personality pattern that it be can transmitted by their own teachers (Muñoz, 2011).

References

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Panamericana.

Bransford, J., Darling-Hammond, L., & LePage, P. (2005). Introduction. In L. Darling-Hammond y J. Bransford (Eds.), *Preparing teachers for a changing world* (pp. 1-39). SanFrancisco: Jossey-Bass.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Feshbach, N. D. (1969). Student teacher preferences for elementary school pupils varying in personality characteristics. *Journal of Educational Psychology, 60*, 126-132.

Getzels, J. W., & Jackson, P. W. (1963). The teacher's personality and characteristics. In N. L. Gage (Ed.), *Handbook of research on teaching* (pp.506-582). Chicago: Rand McNally.

John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. Pervin y O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed. pp. 102-138). New York: Guildford Press.

Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders*. New Haven, CT: Yale University Press.

Loranger, A., Sartorius, N., Andreoli, A, Berger, P., Buchheim, S., & Regier, D. (1994). *International Personality Disorder Examination. Archives of General Psychiatry, 51*, 215-224.

McEwan, E. K. (2005). *How to Deal with Teachers Who Are Angry, Troubled, Exhausted, or Just Plain Confused Thousand Oaks*. California: Corwin Press.

Milton, T. (2005). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. Oxford, England: John Wiley & Sons.

Muñoz, M. D. (2011). Personalidad, trastornos y hábitos saludables. In J. J. Ricarte (Coord), *Psicología de la salud infantil* (pp. 375-421). Pamplona: Eunate.

Saß, H. (2001). Personality Disorders. En N. J. Smelser & P. B. Baltes, (Eds.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (pp. 11301-11308). Amsterdam: Elsevier.

Sikula, J., Buttery, T., & Guyton, E. (1996). *Handbook of research on teacher education*. New York: Macmillan.

Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L.A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D., Krueger, R. F., Verheul, R., Bell, C. C., & Siever, L.J. (2011). Personality Disorder Types Proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders, 25*(2), 136-169.

Victor, J. B. (1976). Relation between teacher belief and teacher personality in four samples of teacher trainees. *Journal of Experimental Education, 45*, 4-9.

EXPOSICIÓN CORPORAL PURA VS GUIADA: EXAMINANDO EL CAMBIO DE CONDUCTAS, SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS ASOCIADOS AL PROPIO CUERPO EN MUJERES CON ALTA INSATISFACCIÓN CORPORAL

Sandra Díaz-Ferrer, Blanca Ortega-Roldán, José Luis Mata-Martín, Sonia Rodríguez-Ruiz y M. Carmen Fernández-Santaella

Universidad de Granada

Resumen

Antecedentes: La exposición al propio cuerpo, sola o en combinación con otras modalidades terapéuticas, ha demostrado ser efectiva para reducir la insatisfacción corporal en mujeres con trastornos alimentarios. Sin embargo, aún no está claro el impacto que pueden tener las distintas modalidades de exposición sobre las conductas de evitación y los sentimientos y pensamientos positivos asociados al propio cuerpo tras el tratamiento. El objetivo del presente estudio fue comparar dos técnicas de exposición para reducir las conductas de evitación y los pensamientos negativos, e incrementar la satisfacción y los pensamientos positivos asociados al propio cuerpo en mujeres con alta insatisfacción corporal. **Método:** Treinta-cinco mujeres universitarias con alta insatisfacción corporal fueron asignadas aleatoriamente a uno de los dos grupos: Exposición Pura (n = 17) y Exposición Guiada (n = 18). Todas las participantes recibieron 6 sesiones de 45 min de duración, a razón de 2 sesiones/semana. Se examinaron los cambios producidos en las conductas de evitación, los pensamientos positivos y negativos asociados a la propia imagen y la satisfacción con el cuerpo en tres momentos temporales: a) antes del tratamiento, b) tras el tratamiento y c) un mes después del tratamiento. **Resultados:** Los datos revelaron un descenso progresivo y significativo de los pensamientos negativos y las conductas de evitación asociadas al propio cuerpo, así como un incremento de los pensamientos positivos en ambos grupos tras el tratamiento y en el seguimiento. Sin embargo, sólo el grupo de Exposición Pura manifestó un incremento significativo de la satisfacción corporal después del tratamiento y en el seguimiento. **Conclusiones:** Estos resultados sugieren que ambas técnicas son efectivas para reducir los pensamientos negativos y conductas de evitación asociadas al propio cuerpo, así como para incrementar los pensamientos positivos. No

obstante, la exposición pura podría tener un mayor impacto en la satisfacción corporal que la exposición guiada.

Palabras clave: Insatisfacción corporal, exposición al propio cuerpo, emociones, cognición, conductas.

PURE VS GUIDED BODY EXPOSURE: EXAMINING THE CHANGE OF BEHAVIORS, EMOTIONS AND THOUGHTS ASSOCIATED WITH ONE´S OWN BODY IN WOMEN WITH HIGH BODY DISSATISFACTION

Abstract

Background: Body exposure, combined with other interventions or alone, has been demonstrated to be an effective technique for reducing body dissatisfaction in women with high body dissatisfaction. However, the impact of the different body exposure techniques on the avoidance behaviors, positive emotions and cognitions related to one's own body image remains unclear. The aim of this study was to evaluate the efficacy of two body exposure techniques to reduce avoidance behaviors and negative thoughts, and increase body satisfaction and positive thoughts related to one's own body image in women with high body dissatisfaction. **Method:** Thirty-five university women with high body dissatisfaction were randomly allocated to one of two exposure conditions: Pure exposure (n = 17) and Guided exposure (n = 18). All participants received six 50-minutes exposures sessions distributed twice a week. Avoidance behaviors, thoughts (positive/negative) and body satisfactions were evaluated before and after treatment, and one month later treatment (follow-up). **Results:** The results showed in the both groups a progressive and significant decrease of negative thoughts and avoidance behaviors, as well as an increase in positive thoughts after and follow-up. However, the pure exposure group showed a greater increase in body dissatisfaction after treatment and follow-up. **Conclusions:** These results suggest that both techniques are effective in reducing negative thoughts and avoidance behaviors related to one's own body and to increase positive thoughts. Nonetheless, pure exposure technique may have a greater impact on body satisfaction in comparison to the guided exposure technique.

Keywords: Body dissatisfaction, mirror exposure, emotions, cognitions, behaviors.

Introducción

La exposición al propio cuerpo ha demostrado ser una técnica eficaz para mejorar los problemas de imagen corporal, así como otros aspectos relacionados con la psicopatología general y específica de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Hilbert y Tuschen-Caffier, 2004).

Hilbert, Tuschen-Caffier y Vögele (2002) utilizaron una técnica de exposición al propio cuerpo combinada con descripción neutral del mismo, en mujeres con trastorno por atracón. Estos autores observaron que tras el tratamiento, aumentaba la autoestima y disminuía el estado de ánimo negativo y la frecuencia de cogniciones negativas. Asimismo, Hilbert y Tuschen-Caffier (2004) compararon los efectos de la terapia cognitivo-conductual con un componente de exposición al propio cuerpo y con un componente cognitivo, en mujeres con trastorno por atracón. Encontraron que ambas modalidades fueron eficaces para reducir la insatisfacción corporal, la preocupación por el peso y la figura tras el tratamiento y el seguimiento. Sin embargo, los pensamientos negativos sólo se redujeron de forma significativa en el seguimiento.

Recientemente, Trentowska, Svaldi y Tuschen-Caffier (2014) han evaluado el impacto de la exposición al propio cuerpo sobre la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso y la figura, en mujeres con trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCNE) y bulimia nerviosa (BN). En el grupo de TCNE se utilizó la técnica de exposición más descripción neutral y en el grupo de BN se combinó esta técnica con la exposición en video. El grupo de TCNE redujo tras la intervención la insatisfacción corporal y preocupación por el peso y la figura, mientras que el grupo de BN sólo mejoró la insatisfacción corporal.

La mayoría de estudios han comparado los efectos de la exposición al propio cuerpo en TCA para reducir los factores responsables de la aparición e inicio de los mismos. Sin embargo, la insatisfacción corporal y otros factores de riesgo para TCA cada vez están más presentes en la población general.

Así, Moreno-Domínguez, Rodríguez-Ruiz, Fernández-Santaella, Jansen y Tuschen-Caffier (2012) evaluaron los efectos de la exposición pura y exposición más descripción neutral (Tuschen-Caffier, Pook y Frank, 2001) en una muestra de mujeres

con alta insatisfacción corporal sin TCA. Estos autores observaron que ambas modalidades de exposición redujeron la insatisfacción corporal, los pensamientos negativos y sentimientos de fealdad al finalizar el tratamiento y seguimiento.

Dado que se han utilizado diversas modalidades de exposición y la mayoría de los estudios se han focalizado en población clínica, aún no está claro qué impacto tiene la exposición pura sobre los distintos componentes de la imagen corporal. Así, el objetivo del presente estudio fue comparar dos técnicas de exposición (pura vs guiada) para reducir las conductas de evitación y los pensamientos negativos, e incrementar la satisfacción y pensamientos positivos en mujeres con alta insatisfacción corporal.

Método

Participantes

En el estudio participaron 35 mujeres universitarias con alta insatisfacción corporal con edades comprendidas entre los 18 y 30 (M = 19,85 DT = 1,94), seleccionadas según sus puntuaciones en el *Eating Attitude Test* (EAT; Castro, Toro, Salamero y Guimerà, 1991) y en el *Body Shape Questionnaire* (BSQ; Raich et al., 1996), completados de forma voluntaria en distintas facultades tras una sesión informativa del estudio. Las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión (BSQ > 105 y EAT < 40) fueron asignadas de forma aleatoria a cada grupo: Exposición Pura (EXP) (n = 17) y Exposición Guiada (EXP-G) (n = 18).

Materiales

- *Eating Attitude Test* (EAT; Castro et al., 1991). Consta de 40 ítems y evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, el peso y el ejercicio físico, a través de una escala tipo Likert de 6 puntos que va desde "S*iempre*" hasta *"Nunca"*. Este cuestionario presenta una consistencia interna de 0,93 y, en cuanto a la validez predictiva, discrimina entre población clínica y no clínica.
- *Body Shape Questionnaire* (BSQ; Raich et al., 1996).Consta de 34 ítems que evalúan la presencia de preocupación e insatisfacción con la imagen corporal, a través de una escala tipo Likert de 6 puntos que va desde "*Siempre*" (6) hasta

"*Nunca*" (1). Este cuestionario presenta buena consistencia interna (0,95 y 0,97) y discrimina entre TCA y población general.

- *Body Image Automatic Thoughts Questionnaire* (BIATQ; Perpiñá 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). Tiene una consistencia interna de 0,91, una fiabilidad test-restest de 0,91 y, en cuanto a la validez predictiva, discrimina entre pacientes y no pacientes y entre población general, subclínica y clínica.
- *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ; Rosen, Srebrik y Saltzberg, 1990).Consta de 19 ítems que evalúan la frecuencia con la que se practican ciertas conductas que denotan preocupación por la apariencia física y conductas de evitación. Comprende cuatro subescalas: BIAQ-ropa; BIAQ-situaciones; BIAQ-restricción alimentaria; BIAQ-pesarse/acicalarse o comportamiento de pesarse, mirarse en el espejo o arreglarse. En el presente estudio se utilizó la escala BIAQ pesarse-acicalarse. Tiene una consistencia interna de 0,89 y una fiabilidad test-retest de 0,87, y discrimina bien entre pacientes con TCA y personas sin TCA.
- *Escala de satisfacción con partes del cuerpo.* Consta de 32 ítems que evalúan el grado de satisfacción con cada una de las partes del cuerpo y el cuerpo en general, a través de una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde "Muy satisfecha" (5) hasta "Muy insatisfecha" (1). Las partes del cuerpo (31 ítems) se agrupan en tres zonas corporales: cabeza, tronco, extremidades (superiores/inferiores). Este instrumento fue elaborado en este estudio para conocer el nivel de satisfacción con las partes del cuerpo detalladas en el manual de descripción de la figura de Tuschen-Caffier y Florin (2002) utilizado durante el tratamiento. En el presente estudio se utilizó la puntuación del ítem de satisfacción con "el aspecto global" que refleja la satisfacción tomando el cuerpo en su conjunto.

Procedimiento

Antes de comenzar el tratamiento, se llevó a cabo una sesión informativa y de selección. Las 35 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar, fueron citadas para realizar la sesión de pre-tratamiento donde firmaban el consentimiento informado y rellenaban los siguientes cuestionarios: i) BIATQ (pensamientos negativos/positivos), ii) BIAQ (conductas de evitación) y iii) escala de satisfacción con partes del cuerpo. Las participantes completaron estos mismos cuestionarios en otros dos momentos temporales: al finalizar el tratamiento y un mes después de la intervención (seguimiento).

Todas las participantes recibieron seis sesiones de tratamiento de 45 minutos, dos por semana. Las participantes del grupo EXP debían permanecer observando su cuerpo en un espejo y, al mismo tiempo, verbalizar los pensamientos y sentimientos que experimentaban. Las participantes del grupo EXP-G debían permanecer observando su cuerpo en un espejo y, al mismo tiempo, describirlo de la forma más neutral y objetiva posible, de acuerdo con el manual de Tuschen-Caffier y Florin (2002). Ambos grupos vestían una camiseta y short color beige.

Diseño

Se utilizó un diseño factorial mixto 2 x (3) con un primer factor entre grupos /Tratamiento/ con 2 niveles (EXP y EXP-G) y un segundo factor de medidas repetidas /Tiempo/ con 3 niveles (Pretratamiento, Postratamiento y Seguimiento).

Resultados

Los resultados del ANOVA para los pensamientos negativos mostraron diferencias significativas en el factor Tiempo ($F(2, 66)= 7{,}47$, $p < 0{,}002$, $\eta p^2= 0{,}18$). El factor Grupo no resultó significativo ($p > 0{,}05$). Ambos grupos disminuyeron la frecuencia de sus pensamientos negativos, siendo sólo el grupo de EXP quien los redujo de forma significativa desde el pretratamiento hasta el postratamiento y el seguimiento (Tabla 1).

Los resultados del ANOVA para los pensamientos positivos mostraron diferencias significativas en el factor Tiempo ($F(2, 66)= 7{,}21$, $p < 0{,}005$, $\eta p^2= 0{,}17$). El factor Grupo no resultó significativo ($p > 0{,}05$). En general, ambos grupos

incrementaron sus pensamientos positivos, siendo sólo el grupo de EXP el que los redujo de forma significativa desde el pretratamiento al seguimiento (Tabla 1).

En relación a los sentimientos de satisfacción, los resultados del ANOVA mostraron diferencias significativas en el factor Tiempo ($F(2, 66)= 13,11$, $p <0,0001$, $\eta p^2= 0,28$) y en la interacción Tiempo x Grupo ($F(2, 66)= 5,43$, $p <0,008$, $\eta p^2= 0,14$). El factor grupo no resultó significativo ($p > 0,05$). En general, los sentimientos de satisfacción se incrementaron progresivamente en ambos grupos, pero sólo se incrementaron de forma significativa del pretratamiento al postratamientoy seguimiento en el grupo de EXP (Tabla 1).

Por último, los resultados del ANOVA para los cambios en la práctica de conductas de evitación que denotan preocupación por la apariencia física mostraron diferencias significativas en el factor Tiempo ($F(2, 66)= 9,01$, $p < 0,001$, $\eta p^2= 0,21$). El factor Grupo no resultó significativo ($p > 0,05$). Así, ambos grupos redujeron de forma progresiva las conductas de evitación, pero sólo el grupo de EXP-G disminuyó de forma significativa dichas conductas del pretratamiento al postratamiento y al seguimiento (Tabla 1).

Discusión/Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que las técnicas de exposición al propio cuerpo son efectivas para incrementar los pensamientos y los sentimientos positivos asociados al propio cuerpo, así como para reducir las conductas de evitación (p. ej. pesarse, mirarse en el espejo) que se ponen en marcha para manejar las emociones y los pensamientos negativos en torno al cuerpo.

En relación a los pensamientos negativos observamos que sólo el grupo de EXP logra reducirlos de forma significativa tras la intervención, al mismo tiempo que va incrementando los pensamientos positivos y sentimientos de satisfacción. Esto podría indicar que técnicas como la EXP, que permiten que las pacientes se expongan realmente a lo que sienten y piensan sobre su cuerpo, favorecerían el afrontamiento de dichas emociones negativas y juicios críticos y el cambio de éstas por otras más saludables que finalmente conduzcan a la aceptación del propio cuerpo. Estos resultados corroboran los encontrados por Moreno-Domínguez et al. (2012).

Tabla 1. Medias (*M*) y desviaciones típicas (*DT*) de las medidas en cada grupo de intervención.

Medidas		Exposición Pura (n = 17) *M (DT)*		Exposición Guiada (n = 18) *M (DT)*	
BIATQ-NEG	Pre	71,35 (19,02)	*	64,83 (28,61)	
	Post	54,70 (23,97)		59,94 (31,60)	*
	Seguimiento	54,58 (21,10)		58,61 (30,29)	
BIATQ-POS	Pre	19,17 (7,56)		21,88 (10,20)	
	Post	23,82 (8,95)	*	21,94 (12,79)	
	Seguimiento	26,70 (8,31)		25,16 (11,53)	
SATISFACCIÓN	Pre	2,23 (0,43)	**	2,61 (0,77)	**
	Post	3,11 (0,69)		2,72 (0,82)	
	Seguimiento	3,17 (0,72)		2,88 (0,75)	
BIAQ	Pre	10,88 (2,49)		10,77 (2,60)	*
	Post	10,00 (3,31)		9,55 (2,61)	
	Seguimiento	10,23 (3,01)		9,38 (2,61)	*

Nota. BIATQ-NEG= Pensamientos negativos; BIATQ-POS= Pensamientos positivos; BIAQ= Conductas de evitación.

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

En cuanto a las conductas de evitación (peso, mirarse en el espejo, arreglarse), que normalmente las personas con problemas de imagen corporal suelen poner en marcha para controlar las emociones negativas provocadas por su propio cuerpo, fueron reducidas más efectivamente por la técnica de EXP-G que por la EXP. Este resultado podría indicar que la focalización de la atención de forma guiada a través de la descripción objetiva del cuerpo (Tuschen-Caffier y Florin, 2002), ayudaría a que todas las partes del cuerpo sean exploradas, permitiendo que la atención de las pacientes no se quede enganchada sólo en las partes que no les gustan (Luethcke, McDaniel y Beker, 2011). En cambio la EXP al no ser dirigida podría suponer un mayor impacto emocional, lo que hace que mejoren más las emociones y las cogniciones, pero quizás

no facilita ese desenganche atencional de las partes que menos les gustan a las pacientes, contribuyendo a la menor disminución de tales conductas.

En conclusión, ambas técnicas mejoran los pensamientos, las emociones y las conductas características de los problemas de imagen corporal en mujeres sin TCA, pero en riesgo de padecerlos. Asimismo, los resultados encontrados apuntan a que cada técnica podría incidir de forma distinta sobre los diferentes componentes de la imagen corporal, planteando la necesidad de conocer los mecanismos que están a la base de este tipo de técnicas.

Agradecimientos

Investigación financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad a través de los proyectos PSI2012-31395 y PSI2009-08417 y el Ministerio de Educación (Beca FPU a SDF Ref AP2009-3078).

Referencias

Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerà, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish Version. *Psychological Assessment, 7*, 175-190.

Hilbert, A. y Tuschen-Caffier, B. (2004). "Body image interventions in cognitive behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis". *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1325-1339.

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.

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., Jansen, 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. (noviembre, 2003). *Psychometric properties of the Body Image Automatic Thoughts*

Questionnaire (BIATQ) in a Spanish population. Póster presentado en el 37th Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy (AABT), Boston, MA.

Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.

Rosen, J.C., Srebrik, D. y Salzberg, E. (1990). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 32-37.

Trentowska, M., Svaldi, J. y Tuschen-Caffier, B. (2014). Efficacy of body exposure as treatment component for patients with eating disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*, 178-185.

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.

ATTACKS ON BODY IN THE VIRTUAL ERA. AN ANALYSIS OF THE PHENOMENA OF BLOGS PRO-ANOREXIA AND PRO-SELF-INJURY

Giorgia Margherita and Anna Gargiulo

Department of Humanities, University of Naples Federico II (Italy)

Abstract

Introduction: Although *Anorexia* and *Nonsuicidal Self-injury* are different clinical diseases, there is a strong correlation among them, moreover both are bodily self-harming behaviours, found particularly among adolescents, above all girls. Nowadays for both these psychopathologies an increasing phenomenon appears: the birth of a widespread number of sites, blogs, as virtual communities. **Objectives:** This research wants to analyze Pro-Anorexia and Pro-Self-injury Italian Blogs in order to describe data, to reflect on the phenomenon starting from a psychodynamic framework on the possible function that such virtual groups begin to assume in some adolescent psychopathologies. **Methods:** We selected 20 websites, 10 Blogs Pro-Ana and 10 Blogs Pro-Self-injury, still operative in 2014.The texts from the Blogs were joined in two unique and different corpus Pro-Ana Blogs and Pro-SI Blogs. The texts were analyzed with T-Lab (Lancia, 2004), a quali-quantitative software for texts analysis, in order to find the emerging themes. **Results:** The cluster analysis carried out four thematic clusters for Pro-Ana, labelled *Thin & Perfect*, *The Belief*, *Mirror mirror*, *I write therefore I am*, and four thematic clusters for Pro-SI, labelled *Cuts & Blades*, *Dear Diary*, *The Fake Self*, *True emotions.* Pro-Ana Blogs promote a strong Belief (on Goodness Anorexia), a life style providing thin inspiration, tips and tricks suggesting extreme diets, ignoring disease, whereas Pro-SI Blogs bring into the foreground the disease and offer support. Both Blogs express a denial of the body and a fragile Self in different configurations. **Discussion:** We consider both Blogs as primitive forms of narration of the Self where the symptoms allow a mirroring which fills the narcissistic lack of identity. We reflect also on the necessity for clinical psychologists to widen their knowledge on this phenomenon, to understand better the new forms of request of help from their patients and to project preventive interventions.

Keywords: Anorexia, nonsuicidal self-injury, pro-ana blogs, pro-self-injury blogs, virtual communities.

Introduction

Although Anorexia and Nonsuicidal Self-injury are different clinical diseases[1], there is a strong correlation among them. In fact, many studies consider individuals with eating disorders at high risk to fall in Self-harm behaviours (Paul, Schroeter, Dahme, & Nutzinger, 2002) and the presence of symptoms of Self-injury increase the clinical picture of the eating disease (Claes & Muehlenkamp, 2014). Both the diseases share similar risk factors, such as dissociative experiences and trauma, sexual abuse (Swannell et al., 2010), difficulty in impulse control and emotion dys-regulation (Muehlenkamp, Peat, Claes, & Smits, 2012), low Self-esteem, body dissatisfaction, a negative body image (Nelson & Muehlenkamp, 2012).

In psychodynamic terms the correlation between eating disorders and nonsuicidal Self-injury is also evident in the use of archaic defense mechanisms, such as the dissociation (Sarno, Madeddu & Gratz, 2010), splitting and denial, as well as tenacious resistance to treatment (Farber, Jackson, Tabin, & Bachar, 2007). Both diseases are particularly widespread among female, above all in adolescence, with a report of 10:1 for anorexia according to the DSM-5 (American Psychological Association, 2013), and also nonsuicidal Self-injury is particularly linked to gender (Gargiulo & Margherita, 2014) in non clinical samples (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013), in clinical sample (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007), while some studies show that there are no gender differences (Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003).

With the proliferation of *on-line social movements* (Conrad & Stults, 2010), in the last years we have witnessed the transformation of the way of living, communicate

1 Nonsuicidal Self-injury (NSSI) is the deliberate destruction of one's body tissue without suicidal intent; NSSI and Suicidal Behavior Disorder (SBD) have been included in the Section III of DSM-5 as conditions for further studies, considered as independent diagnosis and not recognized as clinical entities yet (Gargiulo et al., 2014; Kapusta, 2012).

and represent the disease and psychopathology above all for anorexia and for nonsuicidal Self-injury.

The Pro-anorexia phenomenon (Pro-Ana) promotes an exaltation of the anorexic lifestyle, exalting the cult of the Goddess Ana, challenges the society and denies the disease promoting a collective identity based on the symptom (Margherita, 2013). This phenomenon has been the focus of attention of psychologists (Harshbarger, Carolyn, Ahlers-Schmidt, Mayans, & Hawkins, 2009), and the researches have been carried on the contents (Borzekowski, Schenk, Wilson, & Peebles, 2010), on the structure (Lipczynska, 2007), on the semantic aspect (Bates, 2014; Figueras, 2014), on the interactions among members into websites (Smith, Wickes, & Underwood, 2013). Although there is no linear relation between the exposure to the websites and the onset and the diffusion of the disorder, there is a possible risk of reinforcement which acts on predisposing factors (Codie, Rouleau, & von Ranson, 2011; Giles, 2006).

Regarding the Pro-Self-Injury phenomenon, it seems to organize itself in different websites where the members can find a place to share experiences, to seek help, with the risk of considering normal those extreme practices on how to hide the scars or take care of them (Boyd, Ryan, & Leavitt, 2011; Whitlock, Powers, & Eckenrode, 2006). Recently the risk of exposure to websites that encourage Self-harm and suicide has been showed (Mitchell, Wells, Priebe, & Ybarra, 2014).

Method

Design

Adopting a descriptive design of research trough a qualitative approach, our work is aimed to analysis Pro-Anorexia and Pro-Self-injury Italian Blogs in order to describe emerging themes, reflect on the phenomena and suggest some psychodynamic interpretation on the psychopathology developing into virtual groups.

Participants

We selected 20 websites, 10 Blogs Pro-Ana and 10 Blogs Pro-SI, still operative in 2014. In our view Blogs can be considered as a *narrative* (Bruner, 1990; Margherita, Gargiulo & Martino, 2015; Margherita, Martino, Recano & Camera, 2014; Margherita,

2009) that brings together emotional aspects, feelings and images that speak on various levels about *Self, relationships* and *context.*

Procedure

Blogs have been selected through principal search engines with the following keywords: Blog anorexia, Ana, Pro-Ana, Blog Self-injury, Pro-SI. Subsequently we selected for analysis only the most popular Blogs with more text.

Materials/Instruments

The texts from the Blogs were joined in two unique and different corpus (Pro-Ana Blogs and Pro-SI Blogs) and analyzed separately with T-Lab (Lancia, 2004), a quali-quantitative software for texts analysis, in order to find the dimensions of meaning and themes present in a text under analysis. We carry on a thematic analysis (Cluster Analysis). Each cluster is described through lexical units (lemmas or keywords) and can be considered as contextual fields of meanings, lexical worlds. The clusters group the lemmas that co-occur in the same elementary contexts. These lemmas are ranked according to the decreasing value of $\chi 2$. This allows us to reflect and to interpret on the meaning of individual words by reference to a number of e.c.u. analyzing it in the context in which they are used. The meaning of a word is known only through its relations with the contexts, that is, through its distribution within portion of text.

Results

We show the thematic clusters carried out by the cluster analysis starting with those that were more statistically significant (threshold level p= .05). We labelled each cluster and for each one noted the most significant lemmas based on the χ^2 values. The Cluster analysis of Blogs Pro-Ana produced four thematic clusters (see Figure 1):

- Cluster 3 (34,95%) *Thin & Perfect* (Lemma: *to become, food, to search, to change, thin, perfect, way, exit, house, stomach, body*) seems to organize an area of idealization, there is an ideal, a perfection to reach;

  "*…in and out of the kitchen this give you the idea that you eat leaves food scraps or dirty dishes around preparing something and throw it away, people will think you've eaten"*

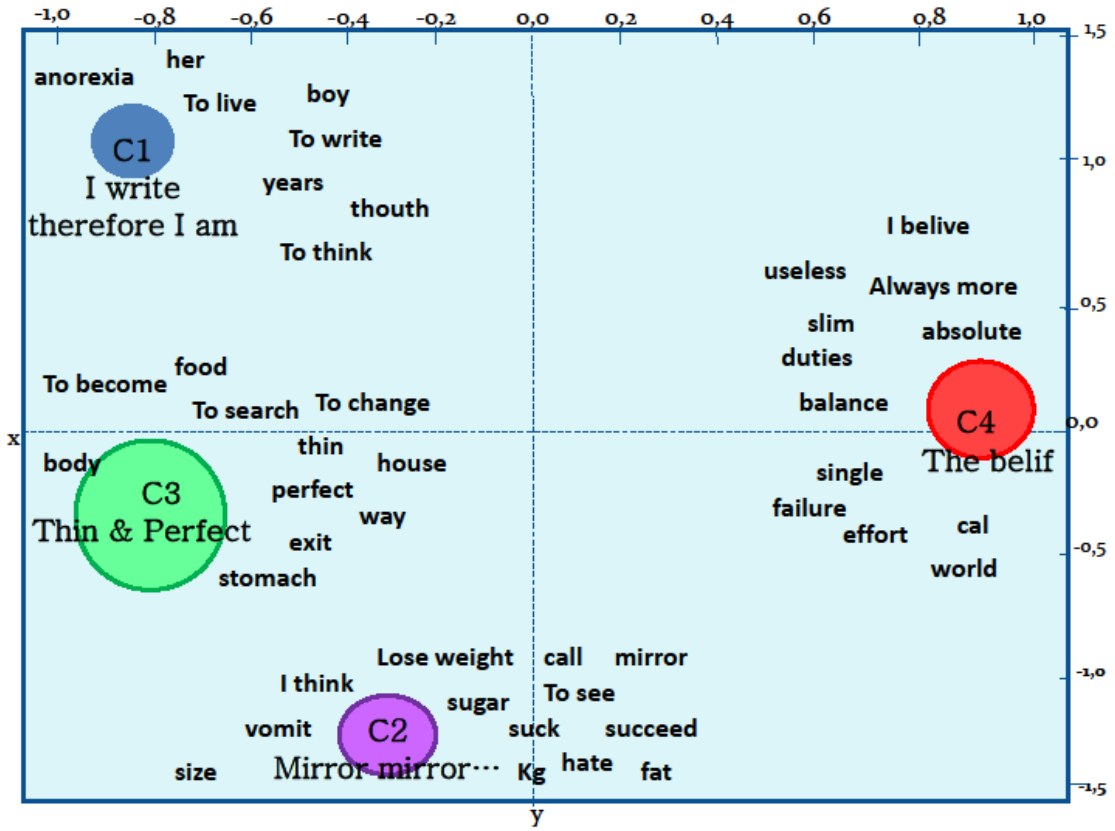


Figure 1. Map of clusters Pro-Anorexia Blogs.

- Cluster 4 (31,07%) *The Belief* (Lemma: *I believe, absolute, always more, slim, single, balance, effort, world, Kl*) shares a belief, a prescription.

  "..I must come out invoking the help of perfection ANA, please help me, Ana is the only thing that gives me stability"

- Cluster 2 (18,45%) *Mirror mirror…* (Lemma: *vomit, I, think, lose weight, sugar, suck, size, mirror, Kg, fat, family, call, beautiful, screaming, to see, succeed, stomach, hate)* organizes an area of perception; the mental representation is absent then prevails the level of the concrete (measure of Self and one's body, interest for body image and kg);

  "*I hate when I binge and I lose control, when I can 't vomit, , I hate myself when I look at me in the mirror I hate myself when the scale says 69 kg*".

- Cluster 1 (15,53%) *I write therefore I am* (Lemma: *her, to live, boy, years, to write, though, anorexia, to think*) is the cluster with more contradictions, but one that expresses the idea of the narration as an opportunity to talk about themselves and talk to the other; words like *years* (idea of temporality) or *her*

and *boy* (the other) seem to present the complexity of the problem;

"*I Found a blog where I can say what I think, I have a place to scream my pain, luckily I can write here all that I think or I 'd go out of my mind".*

The Cluster analysis of Blogs Pro-SI produced four thematic clusters (see Figure 2):

- Cluster 2 (27,67%) *Cuts & Blades* (Lemma: *to die, to live, life, fail, lose weight, wrong, cut, disgusting, pain, handsome, January, fear, life, killed, crap, Self-harm, useless*) seems to organize an area of symptoms where depressive feelings and self-injury behaviors prevail, as well as the time that marks the history of suffering;

  "*For the next show I'll need a character who dies, specifically I need a character that dies a slow and painful death. Let's do one thing: tell me of your death"*
- Cluster 1 (27,07%) *Dear Diary..* (Lemma: *home, take, school, start, father, mother, day, door, friend, school, time, teacher, kid, bed year, working, class, room, companion*) represents the area of the narrative of the Self in everyday life with references to family, school, friends;

  "August 16, 2013 Just got home from a great day at the lake along with the relatives, all was well, just arrived home my mother shouted at me because I had not thrown the garbage.."
- Cluster 3 (24,01%) *The Fake Self* (Lemma: *smiling, eye, look, see, laugh, lips, tear, sad, need, mirror, face, hide, empty, happy, fake, false, cry*) collects the area of the *false Self,* adaptive, complacent in the relationship with the other forced to hide the suffering behind smiles and laughter;

  "One day, on April 15, I was on a bench next to me there was a lady who was watching the people go, I was with the phone in hand, I was looking at a picture of a guy. I smiled and my eyes were shining. The lady looked at me and smiled 'I know that smile ... the smile of a person in love ..".
- Cluster 4 (21,24%) *True emotions* (Lemma: *you, I, to love, to forget, to change, forgiving embrace, destroy, kiss, cry, worry, wish, traumatize, feelings, delusion, hate, pride*) includes the area of the ambivalence of emotions experienced as intense and engaging;

  "Welcome to you who feel alone even if you're not, (you) had promised not to fall back again".

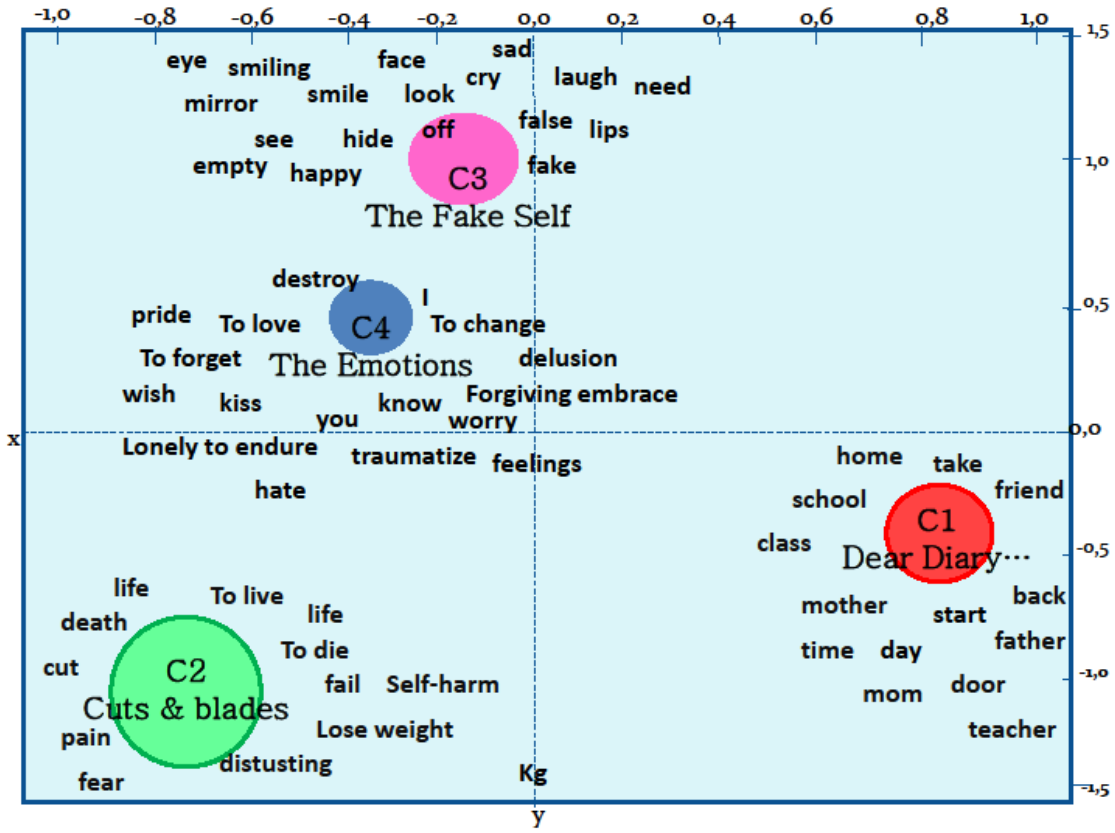


Figure 2. Map of clusters Pro-Self-Injury Blogs.

Discussion/Conclusions

Our work allows to reflect on elements of psychopathologies (quality of interpersonal relationships, organization of defences) pointing out new modalities of representation of Self and relationships into virtual space.

Both Blogs produce a body denial. In Pro-Ana Blogs there is a splitting between hated body and idealized body, concrete body expressed in kilos, grams and holy body, whereas in Pro-SI Blogs the only representation of the corporal Self is that of a damaged and fragmented body.

Both Blogs represent a primitive forms of narrative, fragments of the Self and the symptom expressed into virtual world represents a shared solution for a lack of identity. In Pro-Ana Blogs the fragile identity turns into the Ideal of Goodness Ana, that supports and holds trough sacrifice and devotion to unreachable perfectionism, while in Pro-SI Blogs needs to create a fake Self.

Regarding the relationship, in Pro-Ana Blogs the interactions are with those who are similar, the *other* if not identical is refused, whereas in Pro-SI Blogs there is a

supportive dimension and the possibility to share emotions and help is sought.

Comparing our results with other studies, we noticed that the analysis of Blogs Pro-Ana and Pro-SI is an increasing field of interdisciplinary research. We consider a point of strengths of our work the idea of join the analysis of both Blogs, considering links, analogies and differences, interpreting them in a psychodynamic framework.

The limit of this kind of study is linked to the difficulty of monitoring websites that often are closed or censured day by day. We have conducted separately descriptive analysis of the emergent themes, for further research we are working on a crossed analysis of Blogs. It should have been interesting also to carry on an analysis of interactions of virtual communities (e.g. Social Network Analysis) in order to highlight relational aspects emerging from the text.

We consider important for clinical psychologists to deep the phenomenon linked with new forms of request of help from patients to better therapeutic coursers and to single out psychosocial risk factors of psychopathology in virtual contexts.

References

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Bates, C.F. (2014). "I am a waste of breath, of space, of time": Metaphors of Self in a Pro-Anorexia Group. *Qualitative Health Research, 25*(2), 189-204.

Borzekowski, D.L., Schenk, S., Wilson, J.L., & Peebles, R. (2010). e-Ana and e-Mia: A Content Analysis of Pro-Eating Disorder Web Sites. *American Journal of Public Health, 100*(8), 1526-1534.

Boyd, D., Ryan, J., & Leavitt, A. (2011). Pro-self-harm and the visibility of youth-generated problematic content. *I/S: A Journal of Law and Policy for the Information Society, 7*(1), 1-31.

Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Claes, L., & Muehlenkamp, J.J. (2014). *Non-suicidal Self-Injury in Eating Disorders.* Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences, 42*(4), 611-621.

Conrad, P., & Stults, C. (2010). The Internet and the Experience of Illness. In C.E. Bird, P. Conrad, A. M. Frement & S. Timmermans (Eds.), *Handbook of Medical Sociology* (pp. 179-191). Nashville: Vanderbilt University Press.

Farber, S.K., Jackson, C.C., Tabin, J.K., & Bachar, E. (2007). Death and annihilation anxienties in anorexia nervosa, bulimia and self-mutilation. *Psychoanalytic Psychology*, *24*(2), 289-305.

Gargiulo, A., & Margherita, G. (2014). Nonsuicidal self-injury and gender: theoretical review and psychodynamic reflections. *Infanzia e Adolescenza*, *13*(2), 119-128.

Gargiulo, A., Plener, P.L., Baus, N., Margherita, G., Brunner, R., Kaess, M., & Kapusta, N. D. (2014). Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal behavior disorder (SBD) in DSM-5. *Minerva Psichiatrica, 55*(2), 83-90.

Giles, D. (2006). Constructing identities in cyberspace: The case of eating disorders. *British Journal of Social Psychology*, *45*(3), 463-477.

Harshbarger, J.L., Ahlers-Schmidt, C.R., Mayans, L., Mayans, D., & Hawkins, J.H. (2009). Pro-anorexia websites: What a clinician should know. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(4), 367-370.

Kapusta, N.D. (2012). Non-suicidal self-injury and suicide risk assessment, quo vadis DSM-V. *Suicidology Online*, *2*, 1-3.

Klonsky, E.D., Oltmanns, T.F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1501-1508.

Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi [Tools for Text Analysis].* Roma: Franco Angeli.

Lipczynska, S. (2007). Discovering the cult of ana and mia: A review of pro-anorexia websites. *Journal of Mental Health*, *16*(4), 545-548.

Margherita, G. (2013). *Anoressie contemporanee. Dal digiuno ascetico al blog Pro-Ana*. Milano: Franco Angeli.

Margherita, G. (2009). *Narrazione e rappresentazione nella psicodinamica di gruppo.* Milano: Franco Angeli.

Margherita, G., Gargiulo, A., & Martino, M.L. (2015). Dream narration in healthy and at-risk pregnancy. *Dreaming*, *25*, 88-102.

Margherita, G., Martino, M.L., Recano, F., & Camera, F. (2014). Invented fairy tales in groups with onco-haematological children. *Child: care, health and development*, *40*(3), 426-434.

Mitchell, K.J., Wells, M., Priebe, G., & Ybarra, M.L. (2014). Exposure to websites that encourage self-harm and suicide: prevalence rates and association with actual thoughts of self-harm and thoughts of suicide in the United States. *Journal of Adolescence*, *37*(8), 1335-1344.

Muehlenkamp, J.J., Peat, C. M., Claes, L., & Smits, D. (2012). Self-injury and disordered eating: expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *42*(4), 416-425.

Nelson, A., & Muehlenkamp, J.J. (2012). Body attitudes and objectification in non-suicidal self-injury: comparing males and females. *Archives of Suicide Research*, *16*(1), 1-12.

Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger D.O. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *159*(3), 408-411.

Rouleau, C.R., & von Ranson, K.M. (2011). Potential risks of pro-eating disorder websites. *Clinical Psychology Review, 31*(4), 525-531.

Sarno, I., Madeddu, F., & Gratz, K.L. (2010). Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample. *European Psychiatry*, *25*(3), 136-145.

Smith, N., Wickes, R., & Underwood, M. (2013). Managing a marginalised identity in pro-anorexia and fat acceptance cybercommunities. *Journal of Sociology*, 1-18.

Swannell, S., Oam, G. M., Krysinska, K., Hay, T., Olsson, K., & Win, A. (2010). Cutting online: self-injury and the Internet. *Advances in Mental Health*, *9*, 177-189.

Whitlock, J.L., Powers, J.L., & Eckenrode, J. (2006). The Virtual Cutting Edge: The Internet and Adolescent Self-Injury. *Developmental Psychology*, *42*(3), 407-417.

Zetterqvist, M., Lundh, L.G., Dahlström, O., & Svedin, C.G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*(5), 759-773.

ADAPTACIÓN PERSONAL, ESCOLAR Y SOCIAL Y SATISFACCIÓN FAMILIAR DE UNA POBLACION INFANTO JUVENIL AFECTADA POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Isabel Avilés-Carvajal, María Dolores Lanzarote-Fernández y Montserrat Gómez de Terreros-Guardiola

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla

Resumen

Antecedentes: Debido a la multitud de dificultades sociales y psicopatológicas presentes en la población infanto-juvenil con VIH, derivadas tanto de la enfermedad como del estigma asociado a ésta, se hace necesario conocer los posibles problemas de adaptación presentes en los menores afectados por el VIH de nuestra población. **Método:** Participaron 60 menores de entre 8 y 16 años divididos en dos grupos: un grupo muestral de 20 menores afectados por el VIH y atendidos en la unidad de infectología pediátrica del Hospital Universitario Virgen del Rocío y un grupo de comparación de 40 menores sanos pareados en sexo y edad con los participantes del grupo empírico (dos iguales sin VIH ni otras enfermedades crónicas por cada menor afectado por el VIH). Se solicitó el consentimiento informado a los padres y tutores de los menores de ambos grupos muestrales y posteriormente éstos cumplimentaron el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI). **Resultados:** Se observan diferencias significativas entre grupos para las escalas de inadaptación general, personal y escolar ($p < 0,01$) y las escalas de insatisfacción con el ambiente familiar, insatisfacción con los hermanos y educación adecuada de la madre ($p < 0,05$). Si bien las puntuaciones medias no alcanzan en ningún caso valores clínicos, se observan puntuaciones mayores en todas las variables de inadaptación e insatisfacción para el grupo muestral con VIH (exceptuando la variable de insatisfacción con los hermanos), e inferiores en las escalas de educación adecuada del padre y de la madre. **Conclusiones:** Si bien no se perciben grandes dificultades clínicas a nivel de adaptación e insatisfacción familiar, los menores con VIH presentan puntuaciones más cercanas al rango clínico que sus iguales sanos. Es por ello que puede considerarse esta población

como un grupo de riesgo para los problemas de inadaptación, debiendo evaluarse en profundidad estas cuestiones en futuros estudios.

Palabras clave: VIH, niños, adolescentes, adaptación.

PERSONAL, SCHOLAR AND SOCIAL ADAPTATION AND FAMILIAR SATISFACTION OF A CHILD AND ADOLESCENT POPULATION AFFECTED BY THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV)

Abstract

Background: Due to the all of social and psychopathological difficulties present in children and adolescents with HIV because of both the disease and the stigma associated with this population, it is necessary to know the possible adjustment problems in the minors affected by HIV in our population. **Methods:** A total of 60 children from 8 to 16 years old divided into two groups: a sample group of 20 children and adolescents affected by HIV and a comparison group of 40 healthy children matched for age and gender with the participants of the empirical group (two healthy children for each child affected by HIV). Parents or caregivers and children or adolescents of both sample groups signed the informed consented and after that, they completed the self reported multifactor test of adaptation (*Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*, TAMAI). **Results:** There were significant differences between groups in the scales of general maladjustment, personal and school ($p < .01$) and in the scales of dissatisfaction with family, dissatisfaction with brothers and sisters and proper education of the mother ($p < .05$). **Conclusions:** Although there were not perceived clinical difficulties in adaptation and family dissatisfaction, the minors with HIV have scores closest to the clinical range than their healthy peers. That is why this population can be considered as a risk group for the problems of maladjustment. These issues should be researched in future studies.

Keywords: HIV, children, adolescents, adaptation.

Introducción

El VIH/SIDA pediátrico es una enfermedad crónica en la que los aspectos sociales y psicológicos juegan un papel fundamental (Pavía-Ruz, Tovar y Muñoz, 2003) y, al igual que cualquier enfermedad crónica durante la infancia, tiene un gran impacto en la integridad familiar (Fortuny, González y Polo, 2008; Goicochea, 1998). Concretamente, el VIH es una de las enfermedades que puede originar más alteraciones en el sistema familiar (Pedreira, 2002). Asimismo, existen otras circunstancias que influyen directamente como los efectos secundarios de la medicación antirretroviral y la discriminación a los que suelen verse sometidos (Fortuny et al., 2008; Soler-Palacín, Ciria y Polo, 2009).

Por ello, es muy frecuente la sensación de estigma social y aislamiento, la sintomatología depresiva, la ira, los problemas escolares, la confusión y los problemas relacionados con la revelación del diagnóstico (Fortuny et al., 2008).

Con respecto a la adaptación escolar, hay que tener en cuenta que el menor con VIH debe integrar en su vida la realización de procedimientos clínicos, las hospitalizaciones y las consultas, aumentando en ocasiones el absentismo escolar (Fortuny et al., 2008). Esta situación, unida a las dificultades cognitivas frecuentes en esta población (Haase, Nicolau, Viana, Barreto y Pinto, 2014; Hoare et al., 2014; Kandawasvika et al., 2014; Llorente et al., 2014; Lowick, Sawry y Meyers, 2012), hace que los resultados académicos se vean muy disminuidos. En la línea con estos datos, Ji, Li, Lin y Sun, (2007) encuentran un bajo desempeño escolar en menores afectados por el virus.

Es difícil determinar una prevalencia específica de trastornos psicológicos en la población infanto-juvenil española afectada por el VIH debido a que la mayoría de los estudios son americanos. Allí predomina la transmisión horizontal por conductas de riesgo adolescentes y las condiciones socioeconómicas son muy diferentes a las de otras poblaciones, por lo que es complicado establecer una comparación. No obstante, la mayoría de estos estudios encuentran una importante prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva y consumo y abuso de sustancias en población pediátrica (Ramos, González y Moreno, 2008). Además existen investigaciones en diferentes contextos en las que se encuentran también dificultades en la salud mental (Castro et al., 2011; De Martino et al., 2001; Fang et al., 2009; Herrera, 2007; Idoniboye, 2008; Ji et al., 2007;

Mendoza et al., 2007; Pérez-Cuevas et al., 2009; Zeegers et al., 2010), incluyendo la población española (Ramos et al., 2008).

Debido a la multitud de dificultades sociales y psicopatológicas presentes en la población infanto-juvenil con VIH, se hace necesario conocer los posibles problemas de adaptación presentes en los menores afectados por el VIH de nuestra población.

Método

Participantes

60 menores de 8 a 16 años, divididos en dos grupos:

- Grupo empírico: 20 menores afectados por el VIH atendidos en la Unidad de Infectología Pediátrica del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- Grupo de comparación: 40 menores sanos pareados en sexo y edad (dos iguales sanos por cada menor afectado) con los participantes del grupo empírico.

Materiales

Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI; Hernández, 2009). Evalúa Inadaptación Personal, Escolar, Social y General, Insatisfacción con el Ambiente Familiar, Insatisfacción con los Hermanos, Educación Adecuada del Padre y la Madre y Discrepancia Educativa. Incluye además una escala de Pro-imagen y otra de Contradicciones. La prueba cuenta con un alto índice de fiabilidad (0,87) y los niveles de validez de la prueba son satisfactorios tanto con pruebas cerradas como abiertas.

Procedimiento

Se estableció el contacto con las familias el mismo día que los niños, niñas y adolescentes tenían que asistir a las consultas externas de la Unidad de Infectología Pediátrica. Una vez explicado el objetivo de la investigación, se hacía entrega del consentimiento informado asegurando la confidencialidad de los datos de manera verbal y escrita. Tras la firma del consentimiento, los menores cumplimentaban la prueba junto con otras pruebas. Paralelamente se fue evaluando a los menores del grupo de comparación previa firma del consentimiento informado.

Diseño

Se trata de un diseño de investigación ex post facto prospectivo, siendo la variable independiente la presencia o no del VIH. Se ha realizado un análisis descriptivo y un estudio comparativo entre grupos. Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 20.0, optando por la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para el estudio comparativo junto con el estadístico Eta para el cálculo del tamaño del efecto. Siguiendo a Cohen (1992), se toman los valores de 0,1, 0,3 y 0,5 de Eta como pequeño, mediano y grande respectivamente.

Resultados

Para realizar el análisis descriptivo y comparativo, se ha creado una escala ordinal en la que los valores numéricos corresponden a los siguientes niveles para las escalas de Inadaptación y las relacionadas con la educación de los padres: 0: muy bajo, 1: bajo, 2: casi bajo, 3: medio, 4: casi alto, 5: alto y 6: muy alto. En el caso de las subescalas de Insatisfacción con el Ambiente Familiar, Insatisfacción con los Hermanos, Discrepancia Educativa, Pro-Imagen y Contradicciones la escala es la siguiente: 0: sin constatar, 1: constatada, 2: bien constatada y 3: muy constatada.

Como puede observarse en la Figura 1, las puntuaciones medias de las escalas de Inadaptación Personal y Social no superan el valor 3 (medio) para ninguno de los dos grupos, exceptuando unas media de 3,15 en Inadaptación General y de 3,6 en Inadaptación Escolar, ambas en el grupo de menores con VIH. En las variables de Insatisfacción con el Ambiente Familiar e Insatisfacción con los Hermanos las puntuaciones medias no llegan al nivel de constatados. Sin embargo, se perciben puntuaciones mayores en todas las variables de Inadaptación e Insatisfacción para los menores con VIH, exceptuando la variable de Insatisfacción con los Hermanos en la que la puntuación media del grupo de comparación es mayor (0,65 frente a 0,19). Con respecto a la Educación Adecuada del Padre (o cuidador masculino) y de la Madre (o cuidadora femenina), en el grupo empírico las puntuaciones medias están más cercanas al intervalo bajo (2,85 y 2,76 respectivamente) y en el grupo de comparación al medio (3,41 y 3,62 respectivamente). Por otro lado, las puntuaciones son inferiores al valor 1 en los dos grupos en la subescala de Discrepancia Educativa, pero el valor es algo

mayor en el grupo empírico. En las escalas de control de Pro-imagen y Contradicciones, las puntuaciones son inferiores al valor 1 en ambos grupos.

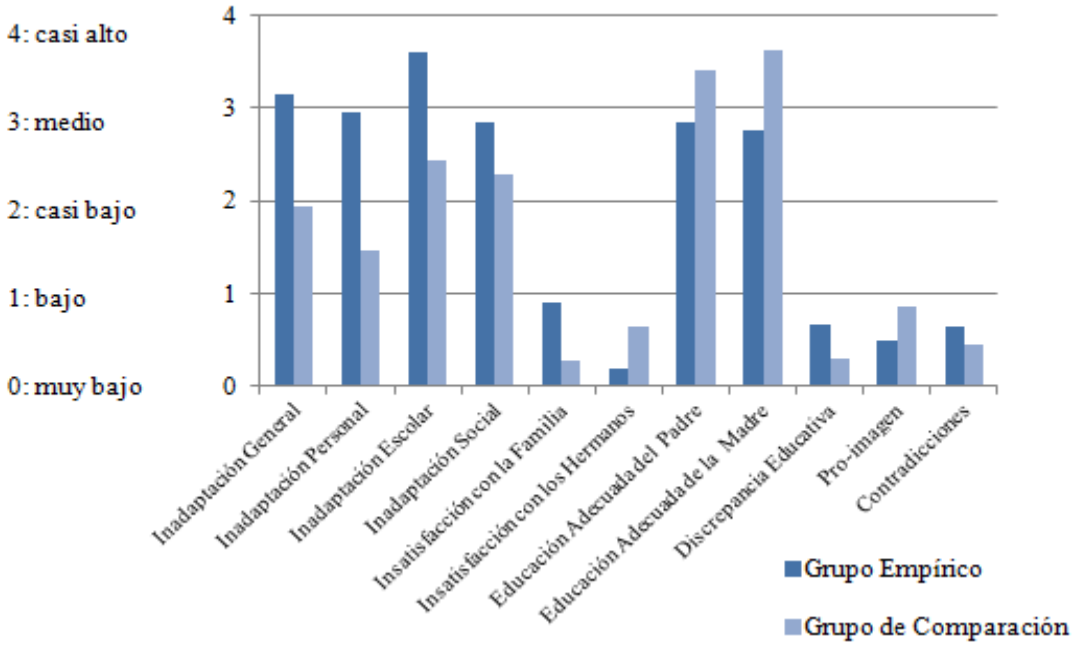


Figura 1. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (*TAMAI*). Intervalos medios.

Al realizar la comparación entre grupos de los resultados obtenidos, se observan diferencias significativas entre grupos para las escalas de Inadaptación General, Personal y Escolar ($p < 0,01$), siendo el tamaño del efecto mediano (Tabla 1). Con respecto a la insatisfacción con diversas cuestiones del ambiente familiar y la educación de los progenitores, existen diferencias estadísticamente significativas en Insatisfacción con el Ambiente Familiar, Insatisfacción con los Hermanos y Educación Adecuada de la Madre ($p < 0,05$), siendo el tamaño del efecto mediano en Insatisfacción con el Ambiente Familiar. El tamaño del efecto para las variables que no han arrojado diferencias estadísticamente significativas es pequeño o mediano, pero con valores siempre inferiores a los de Eta en el resto de variables.

Tabla 1. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (*TAMAI*). Análisis comparativo entre grupos mediante la U de Mann-Whitney y el estadístico Eta.

Subescala *TAMAI*	U de Mann-Whitney (*p*)	Eta
Inadaptación General	0,003	0,390
Inadaptación Personal	0,001	0,465
Inadaptación Escolar	0,007	0,349
Inadaptación Social	0,087	0,199
Insatisfacción con el Ambiente Familiar	0,011	0,308
Insatisfacción con los Hermanos	0,037	0,260
Educación Adecuada del Padre	0,088	0,210
Educación Adecuada de la Madre	0,023	0,278
Discrepancia Educativa	0,395	0,213
Pro-Imagen	0,092	0,219
Contradicciones	0,164	0,120

Discusión/conclusiones

Como se observa en los resultados, los niños, niñas y adolescentes con VIH, tenían una media incluida en el intervalo medio en Inadaptación General, Personal, Escolar y Social, mientras que las medias para estas subescalas, en el grupo de comparación, estaban dentro de un intervalo bajo o casi bajo. Además, existían diferencias significativas en Inadaptación General, Personal y Escolar. Esto indica la presencia de mayor desajuste y baja autoestima por el rechazo sufrido, así como a las características de la enfermedad, existiendo además desmotivación y actitud negativa hacia a la escuela. Asimismo, había diferencias en cuanto a la Insatisfacción Familiar y (superior en el grupo empírico) y la Educación Adecuada de la Madre (inferior en el grupo de VIH) lo que puede relacionarse con la acumulación de situaciones problemáticas que se han vivido en el sistema familiar. Por otra parte, la Insatisfacción con los Hermanos fue superior en el grupo de comparación, lo que puede explicarse por la posible sobreprotección familiar en torno al menor infectado por el virus, que puede estar también en presente en los hermanos y hermanas. Sería interesante realizar una

investigación en torno a cuestiones familiares para valorar las variables que pueden estar relacionadas. En cualquier caso, los resultados obtenidos concuerdan con las dificultades de adaptación escolar, familiar y personal presentes en el VIH señaladas por otros autores (Fortuny et al., 2008; Goicochea, 1998; Ji et al, 2007).

En conclusión, si bien no se perciben grandes dificultades clínicas a nivel de adaptación e insatisfacción familiar, los menores con VIH presentan puntuaciones más cercanas al rango clínico que sus iguales sanos. Es por ello que puede considerarse esta población como un grupo de riesgo para los problemas de inadaptación, debiendo evaluarse en profundidad estas cuestiones en futuros estudios.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Unidad de Infectología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario "Virgen del Rocío", a la Asociación de Madres y Padres del Centro de Educación Infantil y Primaria "Colegio Aljarafe" y al personal del Instituto de Enseñanza Secundaria "San Juan" todos de la provincia de Sevilla, por todo su apoyo y el acceso a las muestras de menores. Asimismo este trabajo se debe gracias a una ayuda del IV Plan Propio del Vicerrectorado de Investigación de la Universidad de Sevilla.

Referencias

Castro, P., Martínez, V., González, I., Velásquez, J. Castillo, G. y Sánchez, L. (2011). Neuropsychological evaluation, psychosocial factors, and psychiatric comorbidity of children with HIV infection. *Revista chilena de infectología, 28*(3), 248-254.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.

De Martino, M., Tovo, P. A., Galli, L., Gabiano, C., Chiarelli, F., Zappa, M., Gattinara, G. C., Bassetti, D., Giacomet, V., Chiappini, E., Duse, M., Garetto, S. y Caselli, D. (2001). Puberty in perinatal HIV-1 infection, a multicentre longitudinal study of 212 children. *AIDS, 15*, 1527-1534.

Fang, X., Li, X., Stanton, B., Hong, Y., Zhang, L., Zhao, G., Zhao, J., Lin, X. y Lin, D. (2009). Parental HIV/AIDS and Psychosocial Adjustment among Rural Chinese Children. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, 1053-1062.

Fortuny, C., González, R. y Polo, R. (Coord.) (2008). *Recomendaciones CEVIHP/SEIP/AEP/PNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).* Madrid: Plan Nacional de Sida. Ministerio de Sanidad.

Goicochea, B.A. (1998). Children with HIV/AIDS and their families. *Health and Social Work, 23,* 61-69.

Haase, V. G., Nicolau, N. C., Viana, V. N., Barreto, G. V. y Pinto, J.A. (2014). Executive function and processing speed in Brazilian HIV-infected children and adolescents . *Dementia & Neuropsychologia*, *8*, 32–39.

Hernández, P. (2009). *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil* (*TAMAI*). Madrid: Tea Ediciones.

Herrera, D. M. (2007). Factores de riesgo psicosociales en niños infectados y/o afectados por VIH/SIDA en Cuba en el año 2004. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 45*, 1-8.

Hoare, J., Fouche, J. P., Spottiswoode, B., Donald, K., Philipps, N., Bezuidenhout, H.,Mulligan, C., Webster, V., Oduro, C., Schrieff, L., Paul, R., Zar, H., Thomas, K. y Stein, D. (2012). A diffusion tensor imaging and neurocognitive study of HIV-positive children who are HAART-naïve "slow progressors." *Journal of NeuroVirology*, *18*, 205–212.

Idoniboye, G. (2008). A call for mental health needs assessments in HIV positive children in Africa. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 128,* 240-241.

Ji, G., Li, L., Lin, C. y Sun, S. (2007). The impact of HIV/AIDS on families and children: A study in China. *AIDS, 21*, S157-S161.

Kandawasvika, G. Q., Kuona, P., Chandiwana, P., Masanganise, M., Gumbo, F. Z., Mapingure, M. P., Nathoo, K. y Stray-Pedersen, B. (2014). The burden and predictors of cognitive impairment among 6- to 8-year-old children infected and uninfected with HIV from Harare, Zimbabwe: A cross-sectional study. *Child Neuropsychology*. Recuperado el 11 de agosto de 2014, de http://dx.doi.org/10.1080/09297049.2013.876493

Lowick, S., Sawry, S. y Meyers, T. (2012). Neurodevelopmental delay among HIV-infected preschool children receiving antiretroviral therapy and healthy

preschool children in Soweto, South Africa. *Psychology, Health and Medicine, 17,* 599–610.

Llorente, A. M., Brouwers, P., Leighty, R., Malee, K., Smith, R., Harris, L., Serchuck, L. K., Blasini, I. y Chase, C. (2014). An analysis of select emerging executive skills in perinatally HIV-1-infected children. *Applied Neuropsychology Child, 3,* 10–25.

Mendoza, R., Hernández-Reif, M., Castillo, R., Burgos, N., Zhang, G. y Shor-Posner, G. (2007). Behavioural Symtoms of Children with HIV Infection Living in the Dominican Republic. *West Indian Medical Journal, 56,* 55-59.

Pavía-Ruz, N., Tovar, P. y Muñoz, R. (2003). Trastornos psicológicos en niños y adolescentes infectados perinatalmente por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 23*, 126-132.

Pedreira, J. L. (2002). Contenidos psicosomáticos y relacionales de las afecciones crónicas en la infancia y la adolescencia. En J. L Pedreira y J. Tomas (Eds.), *Condicionantes psicosomáticos y su tratamiento en la infancia y la adolescencia. Agresividad, violencia, insomnio, medios de comunicación, SIDA* (pp. 141-150). Barcelona: Laertes.

Pérez-Cuevas, R., Pavía-Ruz, N., Pámanes-González, V., Torres-Castro, S., Castro-Ríos, A., Martínez-Ramírez, D., Lagunes-Toledo, A. y Muñoz-Hernández, O. (2009). Necesidades de atención social a la salud de los niños y adolescentes con VIH-SIDA. Perspectivas del Hospital Infantil de México Federico Gómez. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 66,* 364-372.

Ramos, J. T., González, M. I. y Moreno, D. (2008). *Infección VIH en niños y adolescentes*. Madrid: Pharma and Health Consulting.

Soler-Palacín, P., Ciria, L. y Polo, R. (Coords.) 2009). *Recomendaciones CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS para el seguimiento del paciente pediátrico infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).* Madrid: Plan Nacional de Sida. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Zeegers, I., Rabie, H., Swanevelder, S., Edson, C., Cotton, M. y Van Toorn, R. (2010). Attention Deficit Hyperactivity and Oppositional Desafiance Disorder in HIV-Infected South African Children. *Journal of Tropical Pediatrics, 56*, 97-102.

DESINTEGRACIÓN DE LAS FUNCIONES SUPERIORES MENTALES EN POBLACIÓN CLÍNICA Y POBLACIÓN GENERAL

Elena Guillén-Guillén*, Rocío Alonso-Díaz y Sandra Fuentes-Márquez***

**Psicóloga Clínica*

***Residente de Psicología Clínica en Área Juan Ramón Jiménez, Huelva, España*

Resumen:

Antecedentes: Síntomas disociativos se caracterizan por alteración en aspectos de conciencia, identidad, memoria y comportamiento motor. ¿Son más comunes estos trastornos en la población clínica, o en la población general? Los objetivos del estudio: Analizar la prevalencia de probables casos de Trastorno Disocativo entre pacientes con Trastorno Mental que acuden Salud Mental; Comparar la sintomatología disociativa del grupo de pacientes con Trastorno Mental con grupo de controles. **Método:** Dos tipos de muestras: La primera compone el grupo de caso (pacientes diagnosticados de trastorno mental procedentes de Unidad de Salud Mental ambulatoria) (seleccionada de forma incidental, abarcando un espectro amplio de trastornos mentales). La segunda, sujetos no clínicos sin antecedentes o diagnóstico de trastorno mental forman el grupo de control (incidentalmente equiparando todas las variables socio-demográficas al grupo caso). Las pruebas se administraron a todos los sujetos individualmente: Dissociative Experiences Scale (DES): 28 ítems autoaplicables con puntuación de 0-100%. Puntuación total de 25 indica el punto de corte para la investigación. Puntuación igual o mayor a 40 (la práctica clínica) predice el trastorno disociativo en todos los casos; Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20): Versión abreviada de 20 ítems que evalúa síntomas somáticos asociados con la disociación. Punto de corte indicativo de posible trastorno disociativo es de 35 puntos. **Resultados:** DES- 33.3% de los pacientes corresponden a probables casos de Trastorno disociativo. SDQ- 46,7% de los pacientes son casos probables de disociativo. En el contraste de medias con la prueba t-Student se obtienen diferencias significativas en los grupos caso y control para ambas escalas: SDQ $t(58)=5,239$, $p<0,000$; DES $t(58)=7.396$, $p<0,000$. **Conclusiones:** Los pacientes con trastorno mental presentan mayor prevalencia de Trastorno Disociativo (TD).

Hayamos que dichos pacientes presentaron una probabilidad mayor de padecer TD que los del grupo control.

Palabras clave: Trastorno disociativo, diagnóstico, salud mental, cuestionarios.

DECAY OF MENTAL FUNCTIONS OVER POPULATION IN CLINICAL AND GENERAL POPULATION

Abstract

Background: dissociative symptoms are characterized by an alteration in aspects of consciousness, identity, memory and motor behavior. Are they more common these disorders in clinical population or in the general population? The objectives of the study are To analyze the prevalence of probable cases of dissociative disorder among patients attending Mental Disorder Mental Health; Compare dissociative symptoms in the group of patients with Mental Disorder with control group. **Method:** Two types of samples: the first comprised the case group and are diagnosed mental disorder patients from outpatient Mental Health Unit (selected incidentally and covered a broad spectrum of mental disorders). The second, no subjects with no history or clinical diagnosis of mental disorder formed the control group (incidentally equating in all socio-demographic group to the event variables). The tests were administered to all subjects individually: Dissociative Experiences Scale (DES): 28 Self-administered items with a score of 0-100%. Total score of 25 indicates the cutoff point for research. Score equal to or greater than 40 (clinical practice) predicts dissociative disorder in all cases; Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20): abbreviated version of 20 items assessing somatic symptoms associated with dissociation. Point indicative of possible cut dissociative disorder is 35 points. **Results:** DES- 33.3% of patients correspond to probable cases of dissociative disorder. SDQ- 46.7% of patients are probable cases of dissociative. In contrast medium with Student t test significant differences in the case and control groups for both scales are obtained: SDQ $t(58) = 5.239$, $p < .000$; DES $t(58) = 7.396$, $p < .000$. **Conclusions:** Patients with mental disorders have a higher prevalence of Dissociative Disorder. We have that these patients had a higher chance of developing dissociative disorder than the control group.

Keywords: Dissociative disorder, diagnosis, mental health, questionnaires.

Introducción

Los trastornos disociativos son un conjunto de trastornos con alteraciones en las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la cuarta edición revisada (American Psychiatric Association, 2000) se clasifican en las siguientes categorías: amnesia disociativa, fuga disociativa, trastorno de identidad disociativo (TID), trastorno de despersonalización y trastorno disociativo no especificado.

Presentan alta comorbilidad con trastornos mentales (TM) como esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad ..., por ello es muy importante el proceso diagnóstico diferencial. Estudios recientes confirman aumento de prevalencia de trastornos disociativos (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt y Lipschitz, 2008; Latz, Kramer, Hughes, 1995; Tutkun et al., 1998). Pese a estos últimos y dada la comorbilidad con otros trastornos mentales, planteamos la posibilidad de que muchos pacientes no sean diagnosticados de sintomatología disociativa o que en muchos casos el diagnostico se realice meramente por exclusión. La disociación como trastorno o como síntoma comórbido de otros trastornos mentales es un predictor de gravedad. Los pacientes psiquiátricos con un diagnóstico asociado de trastorno disociativo tienen índices de suicidio y autolesiones más elevados (Foote et al., 2008; Kihlstrom, Glisky y Angiulo, 1994).

La disociación no siempre es patológica, cuando se trata de desconexión natural y adaptativa, quedarse absorto en actividades cotidianas o fantasear (Dell, 2002). Pero, el cuadro clínico se cumple cuando aparece fragmentación de la personalidad con alteraciones en toda su esfera, desconexión del yo con aspectos centrales de la experiencia (Cardeña, 1994).

Los estudios epidemiológicos en nuestro entorno, son escasos y existen datos contradictorios referidos a su epidemiologia. Sin embargo, los estudios de prevalencia no muestran discrepancias significativas entre países como Estados Unidos y países europeos. Así se encuentra una prevalencia en torno al 15-30% en Norteamérica, mientras que en los países europeos muestran el 4,3%-10,2% en pacientes

hospitalizados; el 12%-13,8% en pacientes psiquiátricos ambulatorios; un 39,5% en la urgencia psiquiátrica (Sar et al., 2007). Foote et al., (2008) encuentran una frecuencia de TD en pacientes psiquiátricos extrahospitalarios del 29%, de los cuales el 6% tendría un TID. Algunos estudios empiezan a incluir evaluaciones sistemáticas de sintomatología disociativa y destacan que los TD están entre los diagnósticos más prevalentes. Así Fortes, Villano y Lopes (2008) señalan que entre pacientes de atención primaria, un 56% presentaban trastornos mentales. Los más comunes eran la depresión y la ansiedad, junto con TEPT, el dolor somatoforme y los trastornos disociativos.

Los objetivos del presente trabajo han sido los siguientes: Analizar la prevalencia de probables casos de Trastorno disocativo entre pacientes con Trastorno Mental que acuden Salud Mental; Comparar la sintomatología disociativa del grupo de pacientes con Trastorno Mental con grupo de controles.

Método

Participantes

Dos tipos de muestras: sujetos clínicos (grupo caso) y sujetos no clínicos. El grupo caso se compone de pacientes diagnosticados de trastorno mental en una Unidad de Salud Mental (USM) ambulatoria. Fue seleccionada de forma incidental y abarcó un espectro amplio de trastornos mentales. Está constituida por 30 sujetos que presenta un promedio de 40,10 años de edad (DT=14,466) y se distribuye en 26,7% hombres y 73,3% mujeres; 43,3% solteros, 33,3% casados, 3,3% viudo/a, 3,3% separado/a, 13,3% divorciados y 3,3% que vive en pareja; el 40% tienen estudios primarios o secundarios y un 60% estudios de bachillerato o superiores.

Los sujetos no clínicos sin antecedentes o diagnóstico de trastorno mental forman el grupo control. Se seleccionó incidentalmente equiparando en todas las variables socio-demográficas a la del grupo de caso, siendo el promedio de edad de 36,97 años (DT=13,48); distribución de 26,7% hombres y 73,3 mujeres; porcentajes de 33,3% solteros, 50% casados, 6,7% divorciados y 10,0% que viven en pareja; y con 10% de estudios primarios o secundarios y 90% de estudios de bachillerato o superiores.

Materiales / Instrumentos

- Dissociative Experiences Scale (DES) es una escala de screening autoadministrada de 28 items; una puntuación total de 25 indica el punto de corte óptimo para la investigación con buena sensibilidad y especificidad; una puntuación igual o mayor a 40 (criterio para la práctica clínica) predice el trastorno disociativo en todos los casos (Berstein y Putnam, 1986). El objetivo de esta escala es identificar pacientes con patología disociativa, y evaluar los distintos tipos de experiencias disociativas y su frecuencia. También constituye una herramienta de investigación para cuantificar experiencias disociativas. Los 28 items son descripciones de experiencias que provienen de entrevistas profundas con pacientes afectados de disociación y expertos clínicos. Las escalas incluyen un amplio rango de experiencias como desajustes en la memoria, problemas de identidad, cognición y sensaciones de despersonalización, desrealización, absorción y experiencias imaginativas. La DES-II emplea una escala tipo Likert de 11 puntos que va desde 0% ("no me pasa nunca") al 100 % ("me pasa siempre") (Van Ijzendoor y Schuengel, 1996). Respecto a los criterios de calidad, la fiabilidad test-retest oscila entre 0,78-0,93 y la consistencia interna es 0,93. Presenta excelente validez de constructo y una elevada validez convergente con otras pruebas: 0,76 con SCID-D; 0,63 con Escala de Alteraciones Perceptuales; 0,53 con escala de Absorción de Tellegen; y 0,80 con Cuestionario de Experiencias de Disociación (Tutkun et al., 1998).
- Somatoform Dissociation Questionnare (SDQ-20) es un cuestionario autoadministrado de 20 items, con síntomas positivos, como dolor o pseudocrisis y negativos, como parálisis o anestesia, y evalúa la gravedad de la disociación somatoforme. Los apartados o items del SDQ-20 se obtuvieron de un conjunto de 75 apartados que describen respuestas disociativas somatoformes estado dependientes, que en ámbitos clínicos habían aparecido durante la reactivación de estados disociativos particulares y que no podían ser explicados médicamente. Los apartados atañen a fenómenos disociativos negativos (v.g., analgesia) y fenómenos disociativos positivos (v.g. dolor específicamente localizado). El punto de corte indicativo de posible trastorno disociativo está situado en 35 puntos (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart y

Vanderlinden, 1996). Estudios han analizado las característica psicométricas del SDQ 20 (Nijenhuis et al., 1996). Los resultados demostraron que la fiabilidad y validez del instrumento son muy satisfactorias. La consistencia interna es excelente con un Alpha de Cronbach de 0.95. No se encuentran indicadores de que las puntuaciones del SDQ-20 se vean afectadas por la edad o el género. Los resultados apoyan una fuerte validez convergente del SDQ-20, por ejemplo en el estudio de Nijenhuis et al. (1996) pueden verse las intercorrelaciones entre las puntuaciones del SDQ-20, la puntuación total del DIS-Q, así como tres de cada cuatro puntuaciones de los factores, que fueron altas (.71<,r<.76, p<.0001). La intercorrelación con la escala de absorción fue más moderada (r =.46, p <.0001). La SDQ-20 discrimina entre Trastorno Disociativo de Identidad, Trastorno Disociativo No Especificado, Trastornos Somatoformes y otras categorías diagnósticas psiquiátricas, incluyendo el Trastorno bipolar y Trastornos Afectivos (Nijenhuis et al., 1996)

Procedimiento

Los participantes han sido voluntarios, habiéndoselo informado de los objetivos del mismo y habiendo consentido en su participación, firmando el protocolo de consentimiento informado. Este estudio tiene la aceptación del comité de bioética correspondiente. Todas las pruebas han sido administradas de forma individualizada siguiendo la técnica del reequilibrado. Se ha empleado un estudio observacional transversal. Los criterios de inclusión/exclusión han sido para el grupo de caso, sujetos atendidos en USM y para el grupo de control, sujetos equivalentes a los del grupo de caso, sin antecedentes o trastorno mental. Han sido excluidos aquellos sujetos cuyas condiciones médicas no aconsejan su participación en el estudio.

Diseño

Estudio de campo. Se ha utilizado un diseño de carácter transversal y correlacional.

Se ha llevado a cabo un contrastes de medias para dos muestras independientes, tomando como variable independiente el diagnóstico (con diagnóstico de TM o sin diagnostico) y como variable dependiente las puntuaciones en las escalas SDQ y DES.

Resultados

Prevalencia de trastornos mentales y sintomatología disociativa

La prevalencia de trastornos del grupo de pacientes se muestra en la Tabla 1. Estos diagnósticos corresponden con los aportados desde la USM. Sin embargo, siguiendo los criterios de la DES un 33.3% de los pacientes corresponden a probables casos de TD. Al estimar la prevalencia con la SDQ se encuentra que un 46,7% de los pacientes son casos probables de TD.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según sus diagnósticos.

Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trastornos estado de ánimo	3	5,0	55,0
Trastornos personalidad	8	8,3	76,7
Trastornos ansiedad	8	13,3	76,7
Trastornos adaptativos	10	16,7	93,3
Otros trastornos [a]	4	6,7	100
Total	30	50,0	

[a] Incluye trastorno de control de impulsos, esquizofrenia, bulimia nerviosa y trastorno disociativo.

Comparación de medias entre los grupos de caso y control

Con respecto al segundo objetivo, en el contraste de medias con la prueba t-Student se han obtenido diferencias significativas en los grupos de caso y control para ambas escalas: SDQ $t(58)= 5,239$, $p<0,000$; DES $t(58)= 7.396$, $p<0,000$.

Discusión/Conclusiones

Estudios sobre trastornos disociativos en pacientes psiquiátricos ambulatorios en países europeos señalan frecuencia de estos cuadros de entre 12% y el 13,8% (Sar et al., 2007). En nuestro estudio los pacientes con trastorno mental que acuden al Servicio de Salud Mental en régimen ambulatorio han presentado una prevalencia mayor de la esperada en Trastorno Disociativo. Los pacientes han tenido puntuaciones superiores al criterio de corte en las dos escalas de disociación. Según la clasificación de los

pacientes en SDQ se halló un 46,7% de posibles casos de trastorno disociativo (TD) y en DES un 33,3%. A priori sólo había un caso diagnosticado TD, pero en vista de los datos obtenidos podemos pensar en la importancia del diagnóstico diferencial y positivo de la disociación. Además la prevalencia de posibles casos de TD encontrada aquí, es congruente con la documentada para muestras de pacientes en estudios realizados en países occidentales. Según clasificaciones de los dos instrumentos arriba mencionados, el 20,7% de 299 pacientes psiquiátricos ingresados en un hospital se ha comprobado que cumplían criterios diagnósticos TD, pudiendo presentar un 5,4% Trastorno de Identidad Disociativo (TID) (Ross, Anderson, Fleisher y Norton, 1991); en un 35% de 34 adolescentes valorados en una unidad de psiquiatría se encontró que podrían padecer TD, de ellos 17% podrían ser TID (Ross et al., 1991); 39% de 100 adultos con problemas de dependencia a sustancias también eran posibles TD, cumpliendo criterios para un diagnóstico TID un 14% de ellos.

A pesar de esta realidad siguen habiendo profesionales que ponen en tela de juicio los TD. Leonard, Brann y Tiller (2005) analizan la situación entre clínicos y pacientes. Sólo el 21% de los clínicos experimentados refería haber tratado más de seis casos de TD. La mitad se mostraban escépticos en la validez del diagnóstico TD. Los pacientes por su parte, referían una demora en el diagnóstico (el 57% de más de tres años y el 25% de más de 10 años). El 80% había percibido una actitud escéptica o antagonismo por parte de los clínicos, incluso hostilidad.

Cuando comparamos a los pacientes diagnosticados de TM con un grupo de controles en lo que respecta la sintomatología disociativa asociada (psicomorfa y somatoforme). Hayamos que dichos pacientes presentaron probabilidad mayor de padecer TD que los del grupo control. Los posibles casos TD aparecieron sólo en el grupo de pacientes. Por ello constatamos que los pacientes con TM que apuntan alto en sintomatología disociativa, tienen una alta probabilidad de diagnóstico TD. En este estudio no se detectó ningún posible caso TD dentro del grupo control, sin embargo existen estudios en población general sobre trastornos disociativos que demuestran lo contrario. Ross examinó una muestra de 1005 personas tomadas al azar entre la población general de Canadá. En este estudio, la prevalencia a lo largo de la vida de un TD fue de 11.2% (Ross et al., 1991). Otros estudios han estimado un índice de prevalencia del 10% de la población en general para todos los trastornos disociativos.

Referencias

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a ed. rev.). Washington, DC: Autor.

Berstein, E. M. y Putnam, F.W. (1986). Development, reability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 174*(12), 35-729.

Cardeña, E. (1994). *The domain of dissociation. Dissociation: theoretical, clinical, and research perspectives.* New York: Guilford.

Dell, P.F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(1), 5-10.

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M.E. y Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatient. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(1), 29-36.

Fortes, S., Villano, L.A. y Lopes, C.S. (2008). Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(1), 7-32.

Kihlstrom, J. F., Glisky, M. L., y Angiulo, M. J. (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 117-124.

Latz, T.T, Kramer, S.I. y Hughes, D.L. (1995). Multiple personallity disorder among female inpatients in a state hospital. *The American Journal of Psychiatry, 152*(9), 8-1343.

Leonard, D., Brann,S. y Tiller, J. (2005). Dissociative disorders: pathways to diagnosis, clinician attitudes and their impact. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 39*(10), 6-940.

Nijenhuis, E.R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. y Vanderlinden, J. (1996). The Development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnare (SDQ-20). *The Journal of Nervous and Mental Disease, 184*(11), 94-688.

Putnam, F.W. (1986). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorders*. New York: Guilford Press.

Ross, C.A, Anderson, G., Fleisher, W.P y Norton, G.R. (1991). The frequency of dissociative disorders among psychiatric inpacients. *The American Journal of Psychiatry*, *148*(12), 20-1717.

Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, E., Yargic, L.I, Kundakci, T., Yazici, A. Kuskonmaz E. y Aksüt, D. (2007) Dissociative disorders in the psychiatric emergency Ward. *General Hospital Psychiatry*, *29*(1), 45-50.

Tutkun, H., Sar, V., Yargic, L.I., Ozpulat, T., Yanik, M. y Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *The American Journal of Psychiatry, 155*(6), 5-800.

Van Ijzendoor, M., Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analityc validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, *16*, 365-382.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA SINTOMATOLOGÍA DISOCIATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL

Rocío Alonso-Díaz*, Sandra Fuentes-Márquez, Elena Guillén-Guillén* y Mónica Rosu-Stanciu*****

** Residente de Psicología Clínica, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez.*

*** Psicóloga Clínica.*

**** Psicóloga, Universidad de Huelva.*

Resumen

Antecedentes: Los trastornos disociativos son un conjunto de trastornos que se caracterizan principalmente por alteraciones en las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Estudios recientes confirman un aumento de la prevalencia de los trastornos disociativos y a una alta comorbilidad con otros trastornos mentales. El objetivo de este trabajo es estudiar la prevalencia de la sintomatología disociativa en pacientes con Trastorno Mental en relación a su sexo, su edad y su nivel de estudios. **Método:** El estudio se realiza con pacientes de la Unidad de Salud Mental de Huelva que han sido diagnosticados de algún Trastorno Mental. La muestra se compone de 30 pacientes, de los cuales 22 son mujeres y 8 hombres. La edad media es de 40 años. Se han empleado la Escala de Experiencias Disociativas (EED) y el Cuestionario de Disociación Somatoforme (CDS-20), administrados de forma individualizada y con técnica de reequilibrado. **Resultados y conclusiones:** Los resultados muestran un porcentaje de casos importantes con síntomas disociativos. No se han encontrado diferencias en aparición de sintomatología disociativa en relación al sexo. Los sujetos con edades comprendidas entre los 36 y los 55 años son los que obtienen una puntuación mayor en las escalas EED y CDS-20. En relación al nivel de estudios, han obtenido puntuaciones mayores aquellos pacientes con estudios superiores. Estudios diagnósticos específicos de la disociación pueden contribuir a un mejor conocimiento de este trastorno en nuestro entorno, así como de las variables asociadas; teniendo en cuenta comparar éstas en la población general también en próximos estudios.

Palabras clave: Disociación, salud mental, sexo, grupos de edad, escolaridad.

VARIABLES RELATED SYMPTOMS DISSOCIATIVE IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDER

Abstract

Background: Dissociative disorders are a group of disorders characterized mainly by changes in the integrative functions of consciousness, identity, memory and perception of the environment. Recent studies confirm an increased prevalence of dissociative disorders and high comorbidity with other mental disorders. The aim of this work is to study the prevalence of dissociative symptoms in patients with Mental Disorder in relation to sex, age and educational level. **Method:** The study was performed with patients in the Mental Health Unit of Huelva who have been diagnosed with a mental disorder. The sample consists of 30 patients, of whom 22 are women and 8 men. The average age is 40 years. They have used the Dissociative Experiences Scale (DES) and the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ20) administered individually and rebalancing technique. **Results and conclusions:** The results show a significant percentage of patients with dissociative symptoms. There are no differences in occurrence of dissociative symptoms in relation to sex. The subjects aged between 36 and 55 years are those who obtain higher scores on the DES and SDQ scales. Regarding the level of education obtained higher scores patients who had high studies. Specific diagnoses of dissociation studies can contribute to a better understanding of this disorder in our environment and the associated variables; considering for future studies comparing these results to the general population.

Keywords: Dissociation, mental health, sex, age groups, educational status.

Introducción

Entendemos la disociación dentro de un continuo de consciencia, memoria, identidad y percepción, donde la parcelación de las mismas, pueden llegar a ser patológicas, cuando llegan a ser objeto de atención clínica. La disociación no siempre es patológica, cuando se trata de desconexión natural y adaptativa, quedarse absorto en

actividades cotidianas o fantasear (Dell, 2002). Pero, el cuadro clínico se cumple cuando se da fragmentación de la personalidad con alteraciones en toda su esfera, desconexión del yo con aspectos centrales de la experiencia (Cardeña, 1994).

Los trastornos disociativos son un conjunto de trastornos que se caracterizan principalmente por alteraciones en las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno.

El principal criterio para ubicar un caso dentro de los trastornos disociativos (TD), será el carácter desadaptativo de los síntomas y la repercusión funcional. Las respuestas disociativas se generan como defensas ante el trauma, aunque con el tiempo se convierten en patrones de respuesta ante emociones y situaciones de diverso tipo (Kihlstrom, Glisky y Angiulo, 1994; Putnam, 1989).

El primer estudio sistemático sobre la disociación surge del trabajo de Pierre Janet (1889), le atribuimos la definición del concepto de disociación, que influirá posteriormente en Freud y Jung (1915, citado en Halberstadt y Freud, 1996) y también, la primera teoría de la disociación patológica o desagregación. Las experiencias nuevas son generalmente integradas en la memoria a través de emociones, pensamientos y conductas asociadas a esas experiencias. En periodos de estrés, algunos de ellos podrían funcionar de forma aislada e independiente de la consciencia y el control voluntario. Esto lo definió como disociación y consideró que la disociación ocurre en respuesta al estrés, pero también, que ciertas personas pueden estar constitucionalmente predispuestas a desarrollar trastornos disociativos (Janet, 1907).

A lo largo de la historia de los trastornos disociativos destacan el énfasis inicial en los estudios de Freud en la disociación. Desarrolla la teoría de la neurosis, en la cual un trauma interno en la forma de deseos infantiles y fantasías, juega un papel dominante en la estructura de la mente. Describe el concepto de represión como el modo en que los pacientes neuróticos apartan activamente el material conflictivo fuera de la consciencia,

centrando su teoría en el concepto de escisión de la consciencia. A partir de los años 70, el interés en los procesos disociativos ha ido incrementándose. Se estudian las condiciones desencadenantes de estos procesos, Hilgard (1994) enuncia la teoría de la neodisociación, donde incide sobre la distinción entre disociación y represión: lo reprimido inconsciente estaría dominado por el proceso primario del pensamiento y sería de naturaleza irrealista e ilógica.

Partiendo de los supuestos de la psicología cognitiva se ha definido la disociación, como una separación estructurada de los contenidos o procesos mentales que normalmente estarían integrados o procesados juntos (Spiegel y Cardeña, 1991). Para estos autores la disociación está estrechamente relacionada con la conciencia, con el concepto de conflicto/ trauma y con la integración de la experiencia personal (Vermetten, Bremner y Spiegel, 1998): la disociación implica una falta de conexión entre diferentes partes de la conciencia o memoria, que da lugar a un estado de conciencia diferente al normal. Spiegel (1990), basándose en William James, señala que las personas construimos nuestro sentido de continuidad personal al mantener una corriente consistente de memoria, integrando experiencias dispares bajo un sistema superior de identidad personal. Sin embargo, cuando se produce un estado de emergencia para la persona, como sucede en el caso de las experiencias traumáticas, se desencadena una reorganización defensiva en la que el self se construye separando ciertos elementos de la conciencia.

Estos trastornos presentan un alta comorbilidad con muchos trastornos mentales (TM) como esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, etc., por lo cual es muy importante el proceso diagnóstico diferencial en los mismos. Estudios recientes confirman un aumento de la prevalencia de los trastornos disociativos (Friedl y Draijer, 2000; Gast, Rodewald, Nickel y Emrich, 2001; Rifkin, Ghisalbert, Dimatou, Jin y Sethi, 1998). Pese a estos últimos y dada la comorbilidad con otros trastornos mentales, planteamos la posibilidad de que muchos pacientes no sean diagnosticados de sintomatología disociativa o que en muchos casos el diagnostico se realice meramente por exclusión. Además la disociación como trastorno o como síntoma comórbido de otros trastornos mentales es un predictor de gravedad. Los pacientes psiquiátricos que tienen un diagnóstico asociado de trastorno disociativo tienen un índice de suicidio y autolesiones más elevado (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt y Lipschitz, 2008). El panorama actual sobre la disociación se mantiene desde sus inicios en un continuo debate sobre la misma que implica a neurólogos y psicólogos.

El objetivo de este trabajo es estudiar la prevalencia de la sintomatología disociativa en pacientes con Trastorno Mental en relación a su sexo, su edad y su nivel de estudios.

Método

Participantes

Para el desarrollo del presente estudio se ha contado con una muestra de sujetos clínicos. Se trata de pacientes diagnosticados de trastorno mental procedentes de una Unidad de Salud Mental (USM) en régimen ambulatorio. Esta muestra fue seleccionada de forma incidental y abarcó un espectro amplio de trastornos mentales. Está constituida por 30 sujetos que presenta un promedio de edad de 40,10 años (DT=14,466) y se distribuye en 26,7% hombres y 73,3% mujeres; 43,3% solteros, 33,3% casados, 3,3% viudo/a, 3,3% separado/a, 13,3% divorciados y 3,3% que vive en pareja; el 40% tienen estudios primarios o secundarios y un 60% estudios de bachillerato o superiores.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados son los siguientes:

- La Escala de Experiencias Disociativas (EED) es una escala de screening autoadministrada de 28 items; una puntuación total de 25 indica el punto de corte óptimo para la investigación con buena sensibilidad y especificidad; una puntuación igual o mayor a 40 (criterio para la práctica clínica) predice el trastorno disociativo en todos los casos (Bernstein y Putnam, 1986). Fiabilidad: fiabilidad test-retest oscila entre 0,78-0,93 y la consistencia interna es de 0,93. Validez: presenta una excelente validez de constructo (altas correlaciones ítem-test) y una elevada validez convergente con otras pruebas: 0,76 con la SCID-D; 0,,63 con la Escala de Alteraciones Perceptuales (Sandres, 1986); 0,53 con la escala de Absorción de Tellegen (Tellegen y Atkinson, 1974); 0,80 con el Cuestionario de Experiencias de Disociación (Riley, 1988).
- Cuestionario de Disociación Somatoforme (CDS-20) es un cuestionario autoadministrado de 20 items, que incluye síntomas positivos, como dolor o pseudocrisis y negativos, como parálisis o anestesia. El punto de corte indicativo de posible trastorno disociativo está situado en 35 puntos (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart y Vanderlinden, 1996). Fiabilidad: la consistencia interna del instrumento fue elevada (Cronbach Q= .95) (Nijenhuis et al., 1996). Validez: En el estudio de Nijenhuis et al. (1996) pueden verse las

intercorrelaciones entre las puntuaciones del CDS-20, la puntuación total del DIS-Q, así como tres de cada cuatro puntuaciones de los factores, que fueron altas (.71<,r<.76, p<.0001). La intercorrelación con la escala de absorción fue más moderada (r =.46, p <.s001). También mostró una intercorrelación de r=.85 con la EED (Bernstein y Putnam, 1986). Los resultados apoyan una fuerte validez convergente del CDS-20.

Procedimiento

Todos los participantes de este estudio han sido voluntarios, habiéndoselo informado de los objetivos del mismo y habiendo consentido en su participación, firmando el protocolo de consentimiento informado. Este estudio tiene la aceptación del comité de bioética correspondiente. Todas las pruebas han sido administradas de forma individualizada siguiendo la técnica del reequilibrado. Se ha empleado un estudio observacional transversal. Los criterios de inclusión/exclusión han sido sujetos atendidos en USM y para el grupo de control. Han sido excluidos aquellos sujetos cuyas condiciones médicas no aconsejan su participación en el estudio.

Para el primer objetivo se han estudiado los estadísticos descriptivos de los diagnósticos de los pacientes según el sexo, la edad y el nivel de escolaridad de la muestra y se han comparado con los estadísticos descriptivos de frecuencias obtenido con las dos escalas de disociación CDS y EED.

Todos los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 20.0.

Diseño

Se trata de un diseño transversal correlacional.

Resultados

Siguiendo los criterios de la EED, de los treinta pacientes que componen la muestra, un 33.3% corresponden a probables casos de TD. Al estimar la prevalencia con la CDS se encuentra que un 46,7% de los pacientes son casos probables de TD.

Teniendo en cuenta el sexo de los pacientes, 11 mujeres y 3 hombres son casos probables de TD según criterios de la CDS; y según la EED son 7 mujeres y 3 hombres los casos probables.

Con respecto a la edad, la franja comprendida entre los 16 y 35 años son tres los pacientes que corresponderían a probables casos de TD; entre los 36 y los 55 años son ocho los casos y entre los mayores de 55 años serían dos.

En relación al nivel de estudios, entre los pacientes que han finalizado los estudios primarios y secundarios, cinco cumplen los criterios de probables TD. Entre los pacientes que han finalizado bachillerato o estudios superiores son siete los casos.

Conclusiones

Estudios sobre trastornos disociativos en pacientes psiquiátricos ambulatorios en países europeos señalan una frecuencia de estos cuadros de entre 12% y el 13,8% (Sar et al., 2007). En nuestro estudio los pacientes diagnosticados con TM que acuden al Servicio de Salud Mental en régimen ambulatorio han presentado una prevalencia mayor de la esperada en TD. Los pacientes han tenido puntuaciones superiores al criterio de corte en las dos escalas de disociación. Según la clasificación de los pacientes en CDS se halló un 46,7% de posibles casos de TD y en EED un 33,3%. A priori sólo había un caso diagnosticado con TD, pero en vista de los datos obtenidos podemos pensar en la importancia del diagnóstico diferencial y positivo de la disociación. Además la prevalencia de posibles casos de TD encontrada aquí, es congruente con la documentada para muestras de pacientes en estudios realizados en países occidentales. Según clasificaciones de los dos instrumentos arriba mencionados, el 20,7% de 299 pacientes psiquiátricos ingresados en un hospital general se ha comprobado que cumplían criterios diagnósticos de TD, pudiendo presentar un 5,4% de ellos TID (Ross, Anderson, Fleisher y Norton, 1991); en un 35% de 34 adolescentes valorados en una unidad de psiquiatría se encontró que podrían padecer un TD, de ellos un 17% podrían ser TID (Ross et al., 1991); un 39% de 100 adultos con problemas de dependencia a sustancias también eran posibles TD, cumpliendo criterios para un diagnóstico de TID un 14% de ellos. (Ross et al., 1991).

En relación a las variables sociodemográficas y sintomatología disociativa, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo de los

pacientes. Los sujetos con edades comprendidas entre los 36 y los 55 años son los que obtienen una puntuación mayor en las escalas EED y CDS. Con respecto al nivel de estudios, han obtenido puntuaciones mayores aquellos pacientes que habían estudiado bachiller o tenían estudios superiores aunque no son significativas las diferencias con respecto a los otros niveles de estudios.

Aspecto a mejorar en esta línea de estudios es la ampliación ampliar la muestra de pacientes con TD, comparar con muestra de casos control y controlar las influencias de la medicación.

Planteamos que la exploración psicopatológica en el campo de la disociación debe desarrollarse, sobre todo en nuestro entorno, y que los instrumentos específicos de la disociación pueden ser una herramienta útil en los procesos diagnósticos de los trastornos disociativos. Conseguir mejorar la funcionalidad del paciente, que tenga adecuada calidad de vida, relaciones interpersonales satisfactorias y sobre todo, mayor autonomía son en realidad los fines de toda psicoterapia y necesariamente, ha de partirse de buenos diagnósticos.

Referencias

Berstein, E. M. y Putnam, F.W. (1986). Development, reability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 174*(12), 35-729.

Cardeña, E. (1994). *The domain of dissociation. Dissociation: theoretical, clinical, and research perspectives.* New York: Guilford.

Dell, P.F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. The *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(1), 5-10.

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M.E. y Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatient. The *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(1), 29-36.

Friedl, M.C. y Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry, 157*(6), 3-1012.

Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V. y Emrich, H. M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(4), 57-249.

Halberstadt, H.C. y Freud, S. (1996). Studies on hysteria one hundred years on: a century of psycoanalisis. *The International Journal of Psychoanalysis, 77*(5), 96-983.

Hilgard, E.R. (1994). *Neodissociation theory. Dissociation: clinical, theoretical and research perspectives.* New York: Guilford.

Janet, P. (1889). *L´automatisme psychologique*. Paris: Felix Alcan.

Janet, P. (1907). *The mayor symptoms of hysteria.* New York: MacMillan.

Kihlstrom, J. F., Glisky, M. L. y Angiulo, M. J. (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 117-124.

Nijenhuis, E.R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. y Vanderlinden, J.(1996). The Development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnare (SDQ-20). *The Journal of Nervous and Mental Disease, 184*(11), 94-688.

Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personallity disorders.* New York: Guilford Press.

Rifkin, A., Ghisalbert, D., Dimatou, S., Jin, C. y Sethi, M. (1998). Dissociative identity disorder in psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry, 155*(6), 5-844.

Riley, K. C. (1988). Measurement of dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 449-450.

Ross, C.A., Anderson, G., Fleisher, W.P. y Norton, G.R. (1991). The frequency of dissociative disorders among psychiatric inpacients. *The American Journal of Psychiatry, 148*(12), 20-1717.

Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, E., Yargic, L.I., Kundakci, T., Yazici., Kuskonmaz E. y Aksüt D. A. (2007) Dissociative disorders in the psychiatric emergency Ward. *Gen Hosp Psychiatry, 29*(1), 45-50.

Spiegel, D. (1990). Hypnosis, dissociation and trauma: Hidden and overt observers. En J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation* (pp. 121-142). Chicago: University of Chicago Press.

Spiegel, D. y Cardeña, E. (1991). Desintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 366-378.

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.

Vermetten, E., Bremner, J.D. y Spiegel, D. (1998). Dissociation and hypnotizability: A conceptual and methodological perspective on two distinct concepts. En J. Douglas y C. Marmar (Eds.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp. 107-160). Washington DC: American Psychiatric Press.

ANÁLISIS DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO ADAPTATIVO TRAS UNA TERAPIA GRUPAL

Belén Gago-Velasco, Patricia Navarro-Gómez y María Pilar Arnal-Val

Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Universitario Politécnico La Fe de Valencia

Resumen

Antecedentes: El trastorno adaptativo ha aumentado su prevalencia en población clínica ambulatoria, alcanzando cifras alrededor del 20%. La creciente demanda de atención a la psicopatología leve en Medicina de Atención Primaria (MAP), ha promovido la aparición de un puente de enlace entre esta disciplina médica y la Psicología Clínica. El objetivo de este capítulo es presentar los resultados de la aplicación de un programa de terapia grupal para pacientes ambulatorios diagnosticados de trastorno adaptativo. **Método:** Se implementó un protocolo dual de derivación desde MAP y Salud Mental de los centros de salud pertenecientes al Área del Hospital La Fe, y se aplicó un programa de ocho sesiones de orientación cognitivo-conductual por parte de dos psicólogas clínicas. El perfil de paciente participante fue hombre o mujer de mediana edad, con sintomatología ansioso-depresiva, y expuesto en el último año a estresores en el ámbito económico-laboral o de la salud. **Resultados:** Los resultados mostraron mejoría significativa en los niveles de ansiedad, depresión, autoestima y adaptación social en los pacientes que habían realizado el programa. Las técnicas mejor valoradas fueron mindfulness, activación conductual y resolución de problemas, y las áreas de mayor mejoría percibida fueron las relaciones interpersonales, el nivel de actividad diario y la consecución de objetivos personales. **Conclusiones:** La demostración de eficacia y eficiencia de intervenciones psicológicas breves en pacientes con trastorno adaptativo abre la puerta a un campo de actuación del psicólogo clínico para la psicopatología leve en los equipos de Atención Primaria, y facilita la gestión óptima en la derivación a los servicios de Salud Mental.

Palabras clave: Trastorno adaptativo, terapia grupal, atención primaria y eficacia.

ANALYSIS IN A SAMPLE OF ADJUSTMENT DISORDER OUTPATIENTS AFTER GROUP THERAPY

Abstract

Precedents: Adjustment Disorders have been described as the development of mood and behavioral symptoms in response to the presence of a stressor. Their prevalence in clinical outpatients has increased recently, reaching figures around 20 per cent. The increasing demand for attention to minor psychopathology in Primary Care, has promoted a bridge which joins this medical discipline and Clinical Psychology. The present chapter aim is to present the results of a therapy group program in outpatients diagnosed of Adjustment Disorder. **Method:** The treatment provided consisted of two ways of derivation from family physicians or psychiatrists from different centers in Hospital La Fe Area. Additionally, a program intervention of eight sessions of cognitive-behavioral therapy was applied, directed by two clinical psychologists. The participant profile was a median-age man or woman, with depressed and anxiety symptoms, and exposed, in the last year, to a stressor related to economical or healthy problems. **Results:** The results showed a significant improvement in the anxiety, depression, self-esteem and social adaptation levels of patients who participated in the therapy. The best valued skills were mindfulness, behavioral activation and problem solving, and the best improved areas were interpersonal relations, level of daily activity and achievement of personal objectives. **Conclusions:** The effectiveness and efficiency that brief psychological treatment in adjustment disorder patients is showing, opens a field of action for minor psychopathology that consolidates the Clinical psychologist's implementation in Primary Care equipment and facilitates an optimum derivation's management in Mental Health Services.

Keywords: Adjustment disorder, therapy group, primary care y efficacy.

Introducción

El trastorno adaptativo es considerado un trastorno por estrés que se caracteriza por el desarrollo de síntomas emocionales y del comportamiento en respuesta a un estresor identificable reciente. Su prevalencia ha aumentado en los últimos años, situándose alrededor del 0,5% en población general, siendo más frecuente en las

mujeres con una proporción 2:1 (Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Dowrick, Lehtinen y Dalgard, 2001). Se han descrito como el motivo principal de consulta en un 5 a 20% de los pacientes ambulatorios, oscilando entre el 11 y el 18% en los servicios de atención Primaria, y entre un 10 y 35% en Salud Mental (Casey, 2009).

Especial atención ha recibido la terapia breve basada en modelos cognitivo-conductuales, que se señala como beneficiosa para pacientes ambulatorios, más eficiente y que reduce listas de espera en los sistemas de salud europeos (Hakkaart-van Roijen, Van Straten, Al, Rutten y Donker, 2006). Estos programas breves han focalizado su intervención en el entrenamiento de habilidades de solución de problemas (Mynors-Wallis, Gath, Day y Baker, 2000) y en modelos basados en etapas que ajustan la intensidad del tratamiento en función de la demanda del paciente (Bower y Gilbody, 2005).

La terapia interpersonal grupal se ha definido como tratamiento altamente rentable a nivel de costo-beneficio con pacientes ambulatorios (Levkovitz et al., 2000). Dugas et al. (2003) demostraron mayor efectividad en una terapia cognitivo-conductual grupal, respecto al tratamiento individual en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

En relación a tratamientos más actualizados destaca *Beating the Blues*, un programa interactivo y multimedia basado en una batería de técnicas cognitivo-conductuales, que mostró efectividad a seis meses de seguimiento para el tratamiento de ansiedad y depresión en pacientes ambulatorios (Proudfoot et al., 2004). Los metaanálisis realizados en intervenciones con aplicación de mindfulness (terapia cognitiva basada en mindfulness y la terapia para la reducción de estrés basada en mindfulness) señalan la eficacia de ambas técnicas para la reducción de la ansiedad y la depresión (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010).

El objetivo del presente capítulo es describir un programa de terapia grupal para pacientes ambulatorios diagnosticados de trastorno adaptativo y presentar sus resultados en la disminución de sintomatología ansioso-depresiva.

Método

Participantes

La muestra utilizada para el presente estudio estuvo formada por 51 pacientes (19 hombres y 32 mujeres) diagnosticados de Trastorno Adaptativo y derivados a Centro de Salud Mental por parte de facultativos de Medicina de Atención Primaria y Psiquiatría. Los criterios de inclusión fueron: i) paciente mayor de edad diagnosticado de trastorno adaptativo; ii) aparición de un estresor en los últimos dos años; iii) atención previa en Atención Primaria o Salud Mental. Como criterios de exclusión se delimitaron: i) estresores no normativos o traumáticos; ii) trastorno mental grave o trastorno de la personalidad; iii) presencia de riesgo auto/heterolesivo o ideación autolesiva en el momento de la derivación; iv) discapacidad mental, auditiva o visual.

Materiales/Instrumentos

La evaluación de los participantes se realizó mediante entrevista clínica semiestructurada en la que se medían variables sociodemográficas y una batería de test psicométricos, que se describen a continuación:

Adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory (STAI): evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). La última revisión de variables psicométricas para la adaptación española (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011) señalan niveles de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado.

Adaptación española del Beck Depression Inventory (BDI): instrumento utilizado para medir la severidad de la depresión (Sanz y Vázquez, 1998). Las cifras de fiabilidad del BDI se sitúan en 0,83 en términos de consistencia interna y entre 0,60 y 0,72 en las correlaciones test-retest. Los índices de validez oscilan entre 0,68 y 0,89.

Adaptación española de la Escala de Autoestima de Rosenberg: escala empleada para la medición global de la autoestima (Echeburúa, 1995). Se considera un instrumento fiable (alpha de Cronbach= 0,87) y válido para la medida de la autoestima (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004).

Adaptación española del Anxiety Sensitivity Index (ASI): consiste en un cuestionario de 16 ítems diseñado para medir la intensidad con la que los individuos

interpretan sus síntomas de ansiedad. Ha demostrado buena consistencia interna (alpha de Cronbach = 0,82; Telch, Shermans y Lucas, 1989) y buena fiabilidad test-retest (r=0,71; Maller y Reiss, 1992).

Adaptación española del International Personality Disorder Examination (IPDE): es una herramienta de diagnóstico de trastornos de personalidad de acuerdo con los criterios DSM-IV. Ha demostrado buenas propiedades psicométricas con un coeficiente alpha = 0,73 y test-retest = 0,87 (Blanchard y Brown, 1998).

Adaptación española de la Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS): escala utilizada para evaluar la conducta y el ajuste social (Bobes et al., 1999).

Escala de Sucesos Estresantes Extraordinarios (Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo 1995): evalúa cuantitativamente el nivel de estrés al que ha estado sometido el individuo en los últimos dos años. Ha demostrado adecuada fiabilidad test-retest, oscilando entre un 0,82 y un 0,85.

Procedimiento

Una vez seleccionados los pacientes participantes, se procedió a una entrevista de evaluación por parte de dos psicólogas clínicas. A continuación, los pacientes participaron en la terapia grupal, que consistió en ocho sesiones de hora y media de duración y frecuencia semanal. Los grupos estaban formados por 15 pacientes y dos terapeutas. Al finalizar la intervención los pacientes eran entrevistados de nuevo, en un plazo máximo de quince días tras la finalización del grupo, y se administraba la evaluación postest.

Diseño

El diseño de este trabajo se basa en un estudio longitudinal, con evaluación pre-post, sin grupo control.

Resultados

Variables sociodemográficas

El 63,5% de la muestra estaba formada por mujeres. La edad media de los participantes fue de 46,63 años. El 51,9% de los participantes estaba casado, seguido de

un 28,8% separados o divorciados, un 17,3% solteros y un 1,9% viudos. El mismo porcentaje de participantes estaba desempleados o de baja temporal (36,5%), activos un 21,2% y pensionistas un 5,8%.

La amplia mayoría de la muestra recibía tratamiento psicofarmacológico (90.4%), mientras que sólo un 30,8% recibía terapia psicológica individual. Entre los fármacos más prescritos se encontraron los ansiolíticos (80,8%) y antidepresivos (66,7%). El 59,6% de los pacientes no tenía antecedentes familiares de enfermedad mental; el antecedente más común fue el trastorno depresivo (21,2%).

Los estresores más comunes fueron mobbing laboral (28,8%), problema económico (17,3%), enfermedad física (13,5%), desempleo (11,5%), enfermedad de un familiar (9,6%), problema de relación interpersonal (9,6%), divorcio (5,8%) y duelo (3,8%). La media de aparición del estresor fue de 12,33 meses previos al inicio del programa.

Variables clínicas

La terapia estuvo compuesta de ocho sesiones, y la media de asistencia de los participantes fue de 7,1. El 94% de los pacientes cumplió al menos tres criterios de rasgos disfuncionales de personalidad según el inventario *IPDE*: el 72% para Cluster A, 66% para Cluster B y 80% Cluster C. No obstante, este porcentaje disminuyó al 70% para el cumplimiento de al menos cinco criterios.

En el estudio de correlaciones, no se encontró relación significativa entre los niveles de estrés percibido y los síntomas clínicos, ni entre la percepción de estrés y los rasgos disfuncionales de personalidad. En relación a las variables clínicas, cabe destacar la correlación positiva significativa entre los niveles de ansiedad y depresión previos al tratamiento, y una correlación negativa de los mismos con los niveles de autoestima y adaptación social (ver Tabla 1).

Tabla 1. Matriz de correlaciones entre variables clínicas previas a la terapia grupal.

	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	Sucesos estresantes	Adaptación	Autoestima	Sensibilidad ansiedad física	Sensibilidad ansiedad cognitiva	Sensibildad ansiedad social
Depresión	0,417**	0,605**	0,098	-0,523**	-0,701**	0,307	0,509**	0,438**
Ansiedad estado		0,468**	-0,047	-0,262	-0,244	0,078	0,257	0,440**
Ansiedad rasgo			0,067	-0,512**	-0,401**	0,414*	0,566**	0,577**

* p<0,05, ** p<0,01

Las correlaciones de variables clínicas con rasgos disfuncionales de personalidad arrojaron los siguientes resultados. En el Cluster A, los rasgos paranoides se asociaron significativamente con niveles altos de ansiedad rasgo (r= 0,331; p<0,05), y los rasgos esquizoides se asociaron a niveles altos de sensibilidad a la ansiedad física (r= 0,393; p<0,05). En el Cluster B, los rasgos límites de personalidad se asociaron a niveles altos de sensibilidad general a la ansiedad (r= 0,359; p<0,05), a la ansiedad cognitiva (r= 0,324; p<0,05) y a la social (r= 0,375; p<0,05). Asimismo, se asociaron significativamente a una baja autoestima (r= 0,304; p<0,05). Los rasgos histriónicos de personalidad se asociaron a mayor adaptación social (r= 0,312; p<0,05). En relación al Cluster C, los rasgos obsesivos de personalidad se asociaron a mayores niveles de ansiedad rasgo (r= 0,332; p<0,05) y ansiedad social (r= 0,330; p<0,05), y menor adaptación social (r= -0,305; p<0,05). Los rasgos de personalidad evitativos se asociaron significativamente a la sensibilidad a la ansiedad social (r= 0,369; p<0,05), y los rasgos dependientes a mayor ansiedad rasgo (r= 0,318; p<0,05).

En la prueba de muestras relacionadas para la evaluación previa y posterior a la terapia grupal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión (p= 0,00), ansiedad rasgo (p= 0,00) y ansiedad estado (p= 0,00). Asimismo, se encontró una mejoría significativa en los niveles de autoestima (p= 0,00), de sensibilidad general a la ansiedad (p= 0,01); de ansiedad social (p= 0,00) y de ansiedad física (p= 0,04). Sin embargo, no se hallaron diferencias en los niveles de ansiedad cognitiva (p= 0,19) y de adaptación social (p= 0,09).

Conclusiones

El programa de intervención grupal para el trastorno adaptativo descrito en el presente capítulo, demostró eficacia en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes, así como mejoras en la autoestima y la adaptación social. La buena adherencia de los pacientes al programa y su alto nivel de satisfacción y mejoría percibida apoyan la necesidad de implementar terapias grupales breves en la intervención del trastorno adaptativo.

Las ventajas de la aplicación de la intervención grupal fueron una asistencia inmediata y focalizada en el problema, la mejor gestión de los recursos sanitarios, la homogeneidad relativa en relación al perfil de los participantes y la reducción de las listas de espera en la Unidad de Salud Mental.

Cabe señalar la alta prevalencia de rasgos de personalidad disfuncionales entre los pacientes derivados al programa, lo cual podría estar relacionado con la peor ejecución en el manejo de estresores vitales por parte de pacientes con rasgos de personalidad disfuncionales, que resultaría en la aparición de síntomas emocionales. No obstante, los niveles de psicopatología inicial de los participantes no estuvieron relacionados con el nivel de estrés sufrido ni con sus rasgos de personalidad.

Entre las limitaciones de este estudio cabe destacar la muestra pequeña y la ausencia de grupo control para el contraste de los efectos del tratamiento. Futuras investigaciones podrían encaminarse al estudio de la eficiencia de programas de intervención grupales y a la consolidación de la intervención del psicólogo clínico como puente de acceso entre las unidades de Atención Primaria y Salud Mental.

Referencias

Ayuso-Mateos, J.L., Vazquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V. y Dalgard, O.S. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 308-316.

Blanchard, J.J., y Brown, S.B. (1998). Structured diagnostic interview schedules (pp. 97-130). En C.R. Reynolds (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology: Vol. 3. Assessment*. New York: Elsevier.

Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T., Cornominas, A., Adan, A. y Sánchez, J. (1999). Validation of the Spanish version of the Social Adaptation Scale in depressive patients. *Actas Españolas de Psiquiatría, 27*(2), 71–80.

Bower, P. y Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry, 186,* 11-17.

Casey, P. (2009). Adjustment disorder. *CNS drugs, 23*(11), 927-938.

Dugas, M., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M.H., Langlois, F., Provencher, M.D. y Boisvert, J.M. (2003). Group Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: treatment outcome and long-term follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 821-825.

Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social.* Barcelona: Martínez Roca.

Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State-Trait Anxiety Inventory. *Psicothema, 23*(3), 510-515.

Hakkaart-van Roijen, L., Van Straten, A., Al, M., Rutten, F. y Donker, M. (2006). Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry, 188,* 323-329.

Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A. y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169-183.

Labrador, F.J., Crespo, M., Cruzado, J.A. y Vallejo, M.A. (1995). Evaluación y tratamiento de los problemas de estrés. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.), *Psicología y Salud: control del estrés y trastornos asociados* (pp. 77-127). Madrid: Dykinson.

Levkovitz, Y., Shahar, G., Native, G., Hirsfeld, E., Treves, I., Krieger, I. y Fenning, S. (2000). Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder- pilot study. *Journal of Affective Disorders, 60*(3), 191-195.

Maller, R.G. y Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders, 6*(3), 241-247.

Mynors-Wallis, L.M., Gath, D.H., Day, A. y Baker, F. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined

treatment for major depression in primary care. *British Journal of Psychiatry, 320,* 26-30.

Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D.A., Goldberg, D., Mann, A., Tylee, A., Marks, I. y Gray, J.A. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 185*, 46-54.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema, 10*(2), 303-318.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Telch, M. J., Shermans, M. D. y Lucas, J. A. (1989). Anxiety sensitivity: Unitary personality trait or domain-specific appraisals? *Journal of Anxiety Disorders*, *3*, 25-32.

Vázquez, A., Jiménez. R. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, *22*(2), 247-256.

INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNO ADAPTATIVO

José M. Sanz, Isabel María García, Miguel Ángel Cuquerella, Jesús Blasco y Eva Carbajo

Consorcio Hospital General Universitario, Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, Valencia, España

Resumen

Antecedentes: El Trastorno Adaptativo (TA) es uno de los diagnósticos más frecuentes en las Unidades de Salud Mental (USM). En esta investigación, nuestro objetivo es estudiar la eficacia de un programa de tratamiento grupal en pacientes con dicho diagnóstico. **Método:** La muestra está compuesta con pacientes de dos USM y una de Atención Primaria (AP) en Valencia en el año 2010. Se inició el programa con 102 participantes agrupados en 14 grupos, completando el tratamiento un 72,5% de los pacientes. Los pacientes se evaluaron al inicio del programa y al finalizar este. Además se realizó un seguimiento a los 3 meses. Los instrumentos que se utilizaron fueron: *Inventario de síntomas revisado (SCL-90-R) y Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS).* El tratamiento consistió en una terapia grupal de 8 sesiones, con una frecuencia semanal y una hora de duración. Las principales estrategias trabajadas fueron: Psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, mindfulness y prevención de recaídas. **Resultados:** Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas entre las medidas previas al tratamiento y al finalizarlo en las principales dimensiones de las escalas aplicadas, manteniéndose estos resultados en los seguimientos a los 3 meses. Los resultados ponen de manifiesto la eficacia de la intervención grupal cognitivo conductual para disminuir los síntomas presentes en estos pacientes y mantener esta mejoría a corto y medio plazo. **Conclusiones:** Resulta relevante por su eficacia y eficiencia, realizar intervenciones psicológicas grupales tempranas para este tipo de trastornos, que podrían aportar un ahorro considerable en los costes económicos y humanos en la atención sanitaria.

Palabras clave: Trastorno adaptativo, terapia grupal, cognitivo-conductual, riesgo suicida.

COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION GROUP IN ADJUSTMENT DISORDER

Abstract

Precedent: The Adjustment Disorderis one of the most common diagnoses in Mental Health services. Our goal is to study the effectiveness of a group treatment program for patients with that diagnosis. **Method:** The sample is made up of patients from two Mental Health units and a Primary Care unit in Valencia in 2010. The programme was initially formed by 102 participants putting into 14 groups, concluding the treatment the 72.5% of the patients. Patients were evaluated at the beginning and end of the program. Monitoring was performed at threemoths. The resources used were: Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and Suicide Risk Scale Plutchik (RS). The treatment was a cognitive behavioral group intervention an eight-session group therapy, with a duration of one hour and a half per week. The main strategies developed were: Psychoeducation, behavioral activation, relaxation training, cognitive restructuring, problem solving training, mindfulness and relapse prevention. **Results:** The results show significant differences between preliminary measures of the treatment and those obtained at the end in the main dimensions of the scales applied, keeping these results at the 3-month follow-ups. The results demonstrate the effectiveness of cognitive behavioral group intervention to reduce symptoms in these patients and keep this improvement at a short and medium term. **Conclusions:** Therefore, we can conclude the importance of early psychological intervention groups for these disorders, which could lead to considerable savings in economic and human health care.

Key words: Adjustment Disorder, group therapy, cognitive behavioral therapy, suicide risk.

Introducción

El Trastorno Adaptativo (TA) es un diagnóstico caracterizado por el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor (American Psychological Association, 2014). A pesar de la polémica relacionada con el diagnóstico de TA, al ser considerado una etiqueta vaga y residual, los datos muestran la importancia de prestar una atención adecuada a estos pacientes (Casey, 2009).

La frecuencia de los TA encontrada en las investigaciones es muy variable, la mayoría de estudios afirman que entre el 10% y 35% de las consultas atendidas en las Unidades de Salud Mental (USM) y entre el 11% y el 18% de las atendidas en Atención Primaria (AP) corresponden a TA (Casey, 2009). En relación a la mortalidad en TA, los resultados han encontrado una tasa 12 veces mayor de suicidio que las personas sin este diagnóstico (Gradus et al., 2010).

Es destacable el coste socioeconómico que supone a la sociedad los TA. Datos de los Países Bajos afirman que el 33% de las bajas laborales se atribuyen a trastornos mentales, y de ese porcentaje, más del 50% eran problemas relacionados con el estrés como el TA (Van der Klink, Blonk, Schene y Van Dijk, 2003).

Actualmente los recursos en la sanidad pública son escasos, por ello consideramos relevante considerar métodos para aumentar la eficiencia de las intervenciones. En este sentido, las principales guías clínicas (National Institute for Health and Care Excellence, 2011) abogan por una atención escalonada, realizando una intervención grupal inicial dentro de las unidades de AP y, si este tratamiento no es suficiente, el paciente pasa al siguiente nivel dentro de una USM (Cano, 2011).

Centrándonos en la intervención psicológica, la literatura científica concluye que la terapia cognitivo conductual (TCC) es la terapia recomendada para los trastornos de ansiedad, depresión y adaptativos (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood, 2010; Ministerio Sanidad y Consumo, 2008; Roy-Byrne et al., 2010). Respecto a la intervención grupal, la mayoría de estudios encontrados se centran en una TCC para trastornos de ansiedad o depresión (Latorre et al., 2012; Segarra, Farriols, Palma, Segura y Castell, 2011;) siendo escasas las experiencias grupales para intervenir de forma específica en TA (Egea, Trigo y Bernal, 2014).

En definitiva, la saturación de los servicios de AP y USM y la escasez de tratamientos validados para TA dificultan que estos pacientes reciban una atención

adecuada, siendo tratados principalmente desde una perspectiva farmacológica (Casey, 2009). Por ello, consideramos relevante diseñar una intervención grupal desde una perspectiva cognitivo-conductual destinada a los pacientes con TA. La hipótesis de nuestro trabajo es que los pacientes tratados con TCC grupal presentarán una disminución de la psicopatología y del riesgo de suicidio, tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento a los 3 meses.

Método

Participantes

La muestra está constituida por pacientes derivados de las USM de AP de Juan Llorens ubicadas en Valencia en el año 2010. Los pacientes derivados al programa si cumplían los criterios expuestos en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión del tratamiento grupal.

Inclusión	Exclusión
Diagnóstico de trastorno adaptativo	Antecedentes psiquiátricos de enfermedad grave como psicosis o trastorno de personalidad
Buena disposición al tratamiento grupal	Antecedentes de dependencia de sustancias
	Menor de edad

De los 102 sujetos que inicial el tratamiento, abandonan 27 (16,8%) en el post-tratamiento y 34 (45,34%) en el seguimiento a los 3 meses.

Instrumentos

Se administraron las siguientes escalas psicométricas:

SCL-90-R, Sympton Check List-R (Derogatis, 1983, adaptación española de González de Rivera et al., 1989). Mide, mediante la puntuación en una escala tipo Likert, el malestar psicológico a través de nueve dimensiones de síntomas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad,

hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además, proporciona tres índices globales de malestar. La fiabilidad alcanza valores cercanos a 0,70 en los estudios de fiabilidad test-retest y en torno a 0,80 en los análisis de consistencia interna.

RS, Escala de Riesgo Suicida, (Plutchik, 1989, adaptación española de Rubio et al., 1998). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta si-no. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual y sentimientos de depresión y desesperanza. La fiabilidad en la versión española superó el 0,90 (alfa de Cronbach).

Procedimiento

La primera entrevista se realizó con aquellos sujetos que accedían voluntariamente al tratamiento y cumplían los criterios de inclusión-exclusión. En ella se les administró, previa firma del consentimiento informado, las pruebas psicométricas pre-tratamiento. Después se les citaba en una segunda entrevista para devolver los resultados de las pruebas, resolver posibles dudas y realizar el contrato terapéutico, en el que se especificaban horarios y fechas de las sesiones para aumentar la adherencia al tratamiento.

Se realizaron grupos de 6-8 sujetos de ocho sesiones con frecuencia semanal de hora y media de duración. El terapeuta llevó a cabo un papel activo de soporte y conducción del grupo, buscando generar un grupo cohesionado y participativo.

La estructura del tratamiento y sus contenidos se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2. Esquema de la organización de las sesiones.

Sesión	Contenido
1. Presentación	Dinámica de presentación. Explicitar las expectativas en relación al tratamiento y soluciones intentadas.
2. Psicoeducación	Introducción a las técnicas de control de la activación: respiración diafragmática.
3. Técnicas de control de la activación	Mindfulness. Relajación muscular progresiva.
4. Restructuración cognitiva I	Realización de ejemplos prácticos para aprender a identificar: A (situaciones), B (pensamientos) y C (conductas y estado emocional). Entrega de autorregistros.
5. Restructuración cognitiva II	Discusión de los pensamientos y sustitución por otros más positivos. Registro de las nuevas conductas y sentimientos consecuentes.
6. Exposición a situaciones temidas	Exposición en imaginación. Tareas de exposición para casa.
7. Solución de problemas	Diferenciación entre preocupación y problema. Realización de ejercicios prácticos con ejemplos propuestos por los participantes.
8. Prevención de recaídas	Repaso de los contenidos previos. Despedida.

Al final el tratamiento los pacientes volvieron a realizar las pruebas psicométricas. A los tres meses se volvió a citar a los pacientes para aplicar las mismas pruebas.

Análisis de datos

Los datos del estudio fueron analizados con el programa SPSS versión 19.0. Tras el análisis descriptivo, para explorar las diferencias en las puntuaciones obtenidas antes,

después y a los 3 meses del tratamiento, se utilizó la prueba de análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) con corrección de Bonferroni. Se consideran significativos los contrastes cuya probabilidad era menor de 0,05.

Resultados

Datos de los participantes

Inician el tratamiento un total de 102 pacientes de los que terminan 75. Sin embargo, son 62 de los que se obtienen correctamente mediciones pre y post-tratamiento y 41 de los que se consiguen pre, post y seguimiento a 3 meses.

En la Tabla 3 se resumen los datos descriptivos de la muestra en la muestra de 102 sujetos.

Tabla 3. Descripción de la muestra.

Sexo	Hombre = 42,14% Mujer = 58,86%
Edad	Media = 41,51 Desviación Típica = 10,99 Rango = 20-73
Duración síntomas antes de acudir a tratamiento	Media = 11,79 Desviación Típica = 17,8 Rango = 0-120
Tipo de estresor	Laboral = 45,09% Familiar = 26,57% Otros = 28,44%
Diagnóstico de trastorno adaptativo	Con estado de ánimo depresivo = 14,7% Con ansiedad = 6,86% Mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido = 78,43%
Toma psicofármacos	Si = 77,45% No = 22,54%
Sesiones a las que acuden	Media = 5,75 Desviación Típica = 2,73 Rango = 0-8

Puntuaciones en los cuestionarios

En la Tabla 4 se muestran las medidas de las subescalas del *SCL-90-R* y *RS* recogidos en las mediciones pre, post-intervención y seguimientos a los 3 meses.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos.

Medida	Pre		Post		3 meses	
	Media	*DT*	Media	*DT*	Media	*DT*
Escala Sympton Check List-R (SCL-90-R)						
Somatización	1,59	1,01	1,51	16,25	1,36	1,12
Obsesivo-Compulsivo	2,26	0,86	1,98	1,07	1,68	1,08
Sensitividad Interpersonal	1,66	0,82	1,39	0,95	1,26	0,94
Depresión	2,34	0,85	1,84	1,05	1,61	1,04
Ansiedad	1,82	0,85	1,54	0,88	1,34	1,07
Hostilidad	1,38	0,94	1,12	0,96	1,15	0,97
Ansiedad Fóbica	1,16	1,13	1,11	1,16	0,85	1,11
Ideación Paranoide	1,82	0,91	1,51	1,02	1,35	0,96
Psicoticismo	1,08	0,67	0,98	0,84	0,76	0,69
Índice de Severidad Global (ISG)	1,74	0,71	1,51	0,87	1,32	0,92
Escala de Riesgo Suicida (RS)						
Riesgo suicidio	7,46	2,79	6,57	3,52	6,2	3,63

En las Figuras 1 y 2 se representa la evolución de las puntuaciones en las escalas psicométricas administradas durante el pre-post tratamiento y el seguimiento a 3 meses.

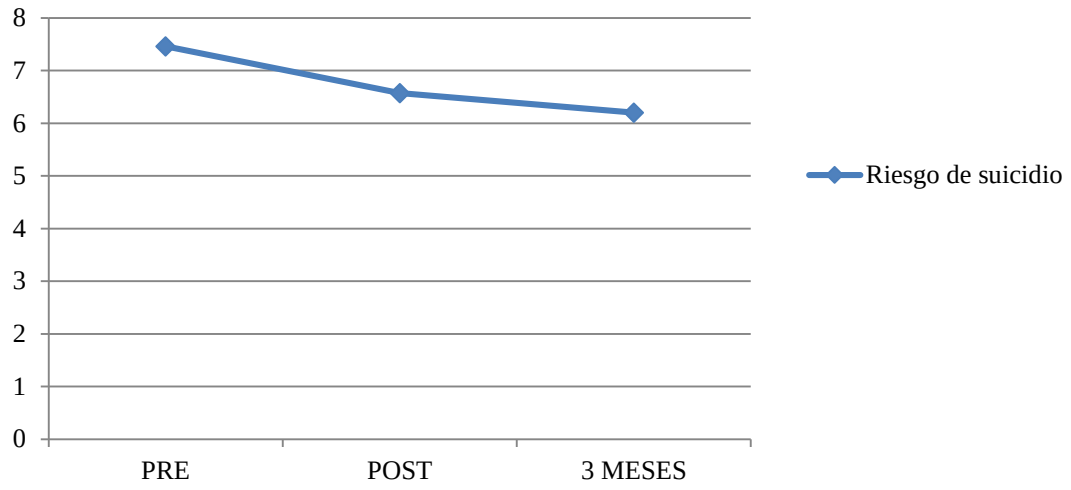


Figura 1. Evolución en las puntuaciones de la Escala de Riesgo Suicida (RS).

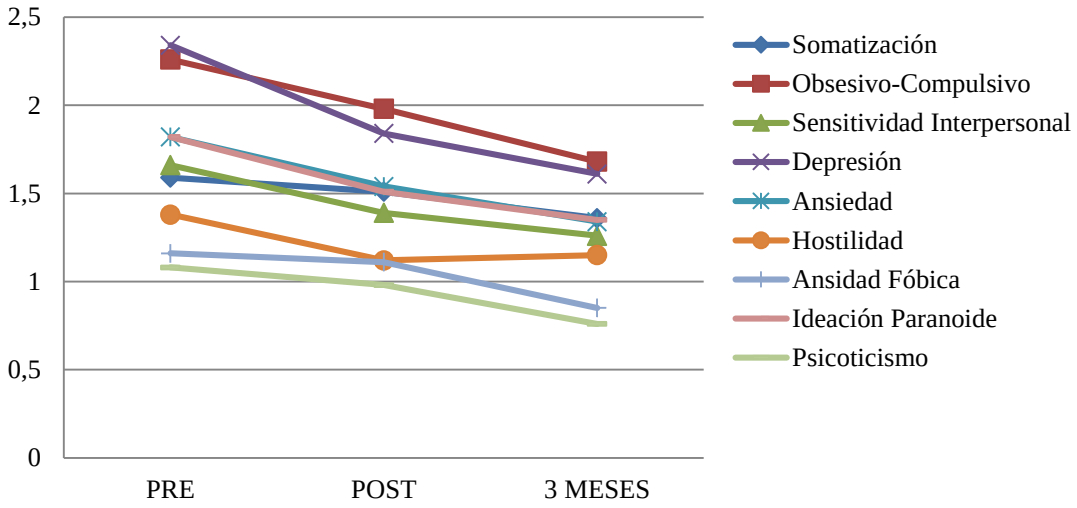


Figura 2. Evolución en las puntuaciones en las dimensiones de la escala Sympton Check List-R SCL-90.

Resultados del ANOVA

En la Tabla 5 figuran los valores observados en el ANOVA de medidas repetidas de las diferentes subescalas del test *SCL-90* y *RS*.

Tabla 5. ANOVA de medidas repetidas.

Medida	F	Eta al cuadrado parcial	Potencia observada
Escala Sympton Check List-R (SCL-90-R)			
Somatización	1,91	0,05	0,38
Obsesivo-Compulsivo	9,11**	0,21	0,97
Sensitividad Interpersonal	6,47**	0,16	0,89
Depresión	13,76**	0,28	0,99
Ansiedad	8,45**	0,19	0,95
Hostilidad	2,52	0,06	0,49
Ansiedad Fóbica	5,60**	0,14	0,84
Ideación Paranoide	6,06**	0,15	0,87
Psicoticismo	6,72**	0,16	0,90
Índice de Severidad Global (ISG)	10,16**	0,23	0,98
Escala de Riesgo Suicida (RS)			
Riesgo de suicidio	4,74*	0,12	0,774

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

Conclusiones

Los resultados muestran una disminución significativa de todas las subescalas del test *SCL-90-R* (González de Rivera et al., 1989), salvo las de *somatización* y *hostilidad*, tras el tratamiento. Esta mejoría se mantiene en el seguimiento a los 3 meses. Dada la vulnerabilidad de la población diagnosticada de TA en relación a la conducta autolítica (Gradus et al., 2010), nos parece destacable el resultado obtenido en la reducción del riesgo de suicidio post-intervención que se mantiene en el seguimiento a 3 meses.

Los resultados de este estudio van en la línea de la evidencia encontrada en las revisiones sistemáticas (Ministerio Sanidad y Consumo, 2008) que, aunque no se realizan con población diagnosticada de TA específicamente, muestran una respuesta clínica favorable después de la TCC en trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, disminuyendo significativamente los síntomas de ansiedad, preocupación y depresión

en contraposición con los grupos de lista de espera, encontrando la misma eficacia tanto en formato individual como grupal. Encontramos que los elementos de estas terapias coinciden con los de nuestra intervención: reestructuración cognitiva, entrenamiento en respiración y relajación muscular, afrontamiento y manejo del estrés y resolución de problemas.

Además, aunque tanto el formato individual como el grupal han mostrado su eficacia, habría que destacar la mayor eficiencia de la terapia grupal. Por ejemplo, en nuestra experiencia se han utilizado 8 sesiones de 90 minutos en 14 grupos diferentes, esto supone 10080 horas de trabajo asistencial frente a las 36720 horas que hubiera supuesto un trabajo individual. Sin embargo, la terapia grupal sufre más abandonos que la individual (Ministerio Sanidad y Consumo, 2008). Este número de abandonos constituye una de las limitaciones del estudio, pues los que abandonan pueden ser los que no se benefician de la intervención, sesgando así los resultados. Otra limitación es que por la presión asistencial y cuestiones éticas, no se pudo generar un grupo control. De esta manera, dada la importancia de la variable tiempo en los TA, los cambios observados tras la terapia no pueden ser atribuidos al tratamiento de forma inequívoca. Otra limitación fue la ausencia de seguimiento a largo plazo. Por tanto, sería especialmente importante para futuras investigaciones contar con un grupo de control y favorecer la realización de las evaluaciones de seguimiento a largo plazo (por ejemplo, utilizando internet y/o móvil).

Para concluir destacaríamos, a la luz de los resultados obtenidos, que el tratamiento grupal de corte cognitivo conductual como primer nivel de atención al TA es un enfoque prometedor que merece la pena más investigación, debido a la eficacia en la reducción de síntomas y a las ventajas derivadas de aprovechamiento de recursos.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Madrid: Panamericana.

Cano, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés, 17*(2-3), 157-184.

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.

Casey, P. (2009). Adjustment Disorder. *CNS Drugs, 23*(11), 927-938.

Egea, E., Trigo, A. y Bernal, M.T. (2014). *Experiencia de Grupo Terapéutico para Trastornos Adaptativos*. Comunicación presentada en el XV Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2014. Recuperado el 24 de septiembre de 2014, de http://hdl.handle.net/10401/6456

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 version of the SCL- 90-R. Normative data in the general population*. Towson: Clinical Psychometric Research.

Gradus, J.L., Qin, P., Lincoln, A.K., Miller, M., Lawler, E. y Lash, T.L. (2010). The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clinical Epidemiology, 2*, 23-28.

Latorre, J.M., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J.M., Wood, C.M. y Cano, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: Un problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 5*(1), 37-45.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria.* Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Common mental health disorders. Identification and pathways to care*. Manchester: Autor.

Roy-Byrne, P., Craske, M.G., Sullivan, G., Rose, R.D., Edlund, M.J., y Lang, A.J. (2010). Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *JAMA, 303*(19), 1921–1928.

Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M.A., y Marín, J.J. (1998).Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología, 61*(2), 143-52.

Segarra, G., Farriols, N., Palma, C., Segura, J., y Castell R. (2011). Tratamiento psicológico grupal para los trastornos de ansiedad en el ámbito de la salud pública. *Ansiedad y Estrés, 17*(2), 185-197.

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.

EXCLUSIONARY AND IMPOSING COMMUNICATION IN COUPLES: PERSONALITY AND PREDICTOR VARIABLES

Leticia Padilla-González, Enrique Armas-Vargas, Imelda Bencomo-Hernández and Isidro Pérez-Martín

Department of Clinical Psychology, Psychobiology and Methodology, Psychology Section, University of La Laguna (Spain)

Abstract

Background: Scientific work on intimate partner violence states that the way of dealing with conflict is determined by individual variables and the relational style in a couple. Numerous proposals have been made to assess communication styles in the couple. Armas-Vargas (2009) sets out the *Patterns of Communication and Conflict Resolution in the Couple Questionnaire* (PC-CR-CQ) with the aim of identifying and studying certain behavioural patterns of communication, and the intention to measure *two Styles of Communication: Positive* (*constructive-open*) and *Negative* (*destructive-closed)*. He suggests that the assessment of both partners (two-way approach) is essential. **Method:** With this research we wanted to approach the study of the predictors of intimate partner violent communication. We evaluated the relationship between Exclusionary and Imposing Communication with personality characteristics and analysed differences with respect to gender. The sample in this study consisted of 214 adults in Tenerife (106 women and 108 men). The mean age was 34.29 years (SD = 8.67) and the age range between 21 and 53 years. The data were taken from a normal population obtained by the technique of snowball sampling. **Results:** The data obtained supports the convergent validity of measurements of the Exclusionary and Imposing Communication factor with personality characteristics. We found no significant differences between men and women in the use of violent communication in the couple. The variables studied that best predicted *"Exclusionary and Imposing Communication"* in the couple were *Difficulty in Reaching Agreements* and *Absence of the Pattern of Active Listening and Taking Turns to Speak*. The *Anxiety* and *Dissocial* personality factors were also found to be among the variables that best predicted this negative style of communication in the couple. **Conclusions:** The results of this investigation confirm that in the coping with

and outcome of conflict that occurs in the couple, the *individual variables* and *relational style* are relevant.

Keywords: Styles of communication, intimate partner violence, conflict, personality characteristics.

Introduction

Straus (1979) points out that conflict is inherent in social relations. In the context of the couple, conflict may be more frequent and/or more intense due to the specific characteristics of a relationship: proximity, common goals, intensity of emotions, children, etc. Some authors define conflict as a manifestation of differences in the objectives and/or goals of the individuals or groups involved (Bartos & Wehr, 2002; Kriesberg, 1998). Feldman and Ridley (2000) note that the outcome of conflict is mediated by the type of communication that has been used.

Scientific work on intimate partner violence confirms that the way to deal with conflict is determined by the *relational style of the couple* (communication styles, exchange of support, cohesion, etc.) and the *individual variables* of its members. Schumacher, Feldbau, Smith-Slep and Heyman (2001) after reviewing numerous studies published between 1989 and 1998, indicated some of the individual factors behind this behaviour: demographics, education and child development, attitudes, psychopathology, personality, jealousy, substance abuse etc.

When we examined research into communication in the couple, we found many studies that focussed on the content of verbal exchanges between partners (sexuality, children, work, etc.) and fewer that addressed styles of communication between partners. The pioneering work in communication styles was performed in the family context, McLeod and Chaffee (1972) described two styles Family Communication that determined how a child perceives the world and establishes social relations. In the context of the couple, the first classification was proposed by Miller, Nunnally and Wackman (1976) who provided four styles defined as *speculative, sociable, controlling,* and *conventional*. Subsequently, other researchers have proposed various styles of communication in the couple: (Hawkins, Weisberg & Ray, 1980; Nina, 1991; Norton, 1978; Sanchez-Aragon & Diaz-Loving, 2003; Satir, 1986).

Armas-Vargas (2009) sets out *Patterns of Communication and Conflict Resolution in the Couple Questionnaire* (PC-CR-CQ) with the aim of identifying and studying certain behavioural patterns of communication, and the intention to measure *two Styles of Communication: Positive* (*constructive-open*) and *Negative* (*destructive-closed)*. He reasons that the study of communication contemplating the experiences of both members of the couple (bidirectional analysis) "allows us to detect control, dominating and submissive tactics, i.e. the components of intimate partner psychological violence" (Armas-Vargas, 2012).

With this research we wanted to approach the study of the predictors of intimate partner violent communication. We evaluated the relationship between Exclusionary and Imposing Communication with personality characteristics and analysed differences with respect to gender.

Method

Participants

The sample was formed of 214 adults in Tenerife (106 women and 108 men, 49.5% and 50.5%). The mean age was 34.29 years (*SD* = 8.67), with an age range of 21 to 53 years. 7% had primary level education, 23% secondary, and 42% university entry level or technical studies, and 28% had university level studies. Concerning marital status, 53% were unmarried and 47% married.

Procedure

The data were taken from a normal population obtained by the technique of snowball sampling, with the participation of students from a master course. All the participants were informed about the objectives and methodology of the study, and all participated voluntarily. The results were kept anonymous to protect the identity of the participants.

Instruments

- *Patterns of Communication and Conflict Resolution in the Couple Questionnaire* (PC-CR-CQ; Armas-Vargas, 2009, 2010, 2011). The PC-CR-CQ permits us to

evaluate the perception of intimate partner communication styles in two forms: A and B. Form A of the questionnaire evaluates the communication performance of one partner, that is, their perception of themselves in communication with the other partner. In Form B, the person evaluates their partner, in other words, how they perceive their partner´s communication with them. Each form comprises 50 items which are marked 1 to 4 on a Likert-type scale (1 = never, 2 = sometimes, 3 = often, 4 = always). One of the test´s author´s objectives is to measure two styles of communication: a *positive style* (constructive-open) and a *negative style* (destructive-closed). Each test evaluates six communication factors (A and B): *Excluding/Imposing*; *Resolving/Reasoning*; *Implicative/Integrator*; *Explicative*; *Active Listening/Taking turns to Speak*; *Ease/Difficulty Arriving at Agreements*. Total Explained Variance of the CPC-RC-Couple test (Form A) = 54%. Total Reliability of the test was α=.91.

- *International Personality Disorders Examination (IPDE).* This is a useful tool for personality assessment, compatible with the DSM-IV and ICD-10 (Loranger, 1995, 1997; Loranger et al., 1994) systems of classification. It permits the identification of traits and behaviour that are relevant to the assessment of personality disorder criteria. The Spanish version was adapted by Lopez-Ibor, Perez and Rubio (1996). We made use of the Spanish version, specifically the Detection Questionnaire (Screening) of 59 items distributed between 9 sub-scales that measured 9 personality dimensions with True/False questions. Each dimension had a certain number of items: Paranoid (7 items), Schizoid (9 items), Dissocial (7 items), Impulsive (5 items), Limiting (5 items), Histrionic (6 items), Anankastic/Perfectionist (8 items), Anxious (6 items) and Dependent (6 items). The indices of reliability were similar to those obtained by other instruments using the diagnosis of substance use disorders, anxiety, mood disorders and psychosis (Loranger et al, 1994). With respect to validity, the IPDE presented itself as a useful and valid test for the evaluation of personality disorders for research purposes (Loranger et al., 1994).
- The *Hostility Inventory BDHI* (Buss and Durkee, 1957), was factorised by Armas-Vargas and Garcia-Medina (2012). The authors included the L Scale of the MMPI-2 in order to measure the response bias in the test. The Spanish

version of the inventory already included part of the items corresponding to the L sub-scale of the MMPI (1967 version) to evaluate the degree of sincerity of the individual, with respect to social desirability (Castillo et al., 2005, p.44). Two sub-questionnaires were obtained: The first sub-questionnaire (BDHI-A) encompasses 4 factors: Hostility (distrust and resentment; 12%, α=.82), L Scale (9.5%, α=.72), Verbal Aggression (6.1%, α=.50), Containment of Verbal Aggression (5%, α=.50). Variance explained was 32.6%. The total reliability of the BDHI-A sub-questionnaire was α=.80. The second sub-questionnaire (BDHI-B): Physical Aggression (14%, α=.82), Anger (8.5%, α=.70), L Scale (8.3%, α=.72), Avoidance of Physical Aggression (6.2%, α=.58). Variance Explained was 37%. Total Reliability of the BDHI-B sub-questionnaire was de α=.78. Total Reliability of the BDHI (A-B) was α=.86.

- *Emotional Adaptation Questionnaire* (EAQ, Armas-Vargas, 2008). This is a self-report instrument designed for the evaluation of self-esteem, comprising 35 items that are scored 1 to 4 on a Likert-type scale (1= nothing/never, 2= somewhat/sometimes, 3= quite/often, 4= much/always). The person makes an evaluation of: themselves "*Self*"; what they think others think about them "*Others"*; "*Feelings of Uselessness"*; and "*Feelings of Inferiority or Negative Comparison with Others"*. Total Variance for the test was 55%. Total Reliability of the test was de α=.76. This test is offered as an alternative to other scales for the measurement of self-esteem in adults.

Design

The applied design was of correlational approach and quasi-experimental extraction. Both bivariate and multivariate differences were established. Using test methodology (pencil and paper questionnaires), the respondents lent credence to the PC-CR-CQ questionnaire as measurement system.

Results

The data that appear in Table 1 significantly support the convergent validity between the values for the "Exclusionary and Imposing Communication" factor (Form A, PC-CR-CQ) with the variables for IPDE (Personality Characteristics). In this regard,

and also in a normal population, Armas-Vargas (2013) found significant and positive relationships between this style of negative communication and certain measurements of personality variables using the ATRAMIC questionnaire. In a study carried out with female victims of intimate partner violence, it was found that women who perceived this style of negative communication (exclusionary and imposing) in their partners (the "aggressors"), associated certain personality characteristics of victims, which could predispose them to a greater emotional and cognitive imbalance (Armas-Vargas, 2012).

Table 1. Correlation of the Factors for "Exclusionary and Imposing Communication" (Form A, Patterns of Communication and Conflict Resolution in the Couple Questionnaire, PC-CR-CQ) and International Personality Disorders Examination Personality Characteristics (IPDE), (N=204).

	IPDE				
	Paranoid	*Schizoid*	*Dissocial*	*Impulsive*	*Limiting*
Exclusionary and Imposing Communication (Form A, PC-CR-CQ)	.25***	.24***	.34***	.34***	.27***

	IPDE			
	Histrionic	*Anankastic/ Perfectionist*	*Anxious*	*Dependent*
Exclusionary and Imposing Communication (Form A, PC-CR-CQ)	.22***	.11*	.31***	.27***

Nota. *$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$

Differences for men and women

The mean differences (using Student´s t test) were analysed for the *Exclusionary and Imposing Communication* factor (Form A, PC-CR-CQ) for both sexes. No significant differences were found for this pattern of violent communication. In an earlier study where we analysed gender differences in variables relating to psychological violence (controlling and jealousy tactics), no significant differences were found for men or women either, both having exercised, as well as suffered, these strategies with their partner (Padilla-Gonzalez et al., 2013). In this regard, the results of

Caceres (2009) are relevant, stating that "*violence does not appear to be the ´exclusive prerogative´ of the male*".

Neither were gender differences found in the majority of personality variables measured (IPDE), with the exception of the *Schizoid* (t=2.72; p≤ .01) and *Dissocial* (t=2.13; p≤ .05) characteristics, where men scored more highly than women.

Predictive Validity: Exclusionary and Imposing Communication (Form A, PC-CR-CQ)

In Table 2 we can see that the variables studied that best predicted *"Exclusionary and Imposing Communication"* in the couple were *Difficulty in Reaching Agreements* and *Absence of the Pattern of Active Listening and Taking Turns to Speak.* The *Anxiety* and *Dissocial* personality factors were also found to be among the variables that best predicted this negative style of communication in the couple.

Table 2. Multiple Regression for the Criterion "*Exclusionary and Imposing Communication*". (Form A, Patterns of Communication and Conflict Resolution in the Couple Questionnaire, PC-CR-CQ) (N= 214)

Multiple Regression	Determination Coeff.	Adjusted Determination Coeff.	Typical Error
.56	.31	.29	2.46

	GL	Quadratic Total	**F**
Residual Regression	4	475.42	**18.32 *** **
Variance Analysis			
	176	1063.65	

Variables included:	B	SE B	Beta	**t**
Ease in Arriving at Agreements (PC-CR-CQ)	-.22	.06	-.29	-3.82***
Anxiety (IPDE)	.32	.14	.15	2.26*
Active Listening and Taking Turns to Speak (PC-CR-CQ)	-.18	.06	-.20	-2.75**
Dissocial (IPDE)	.49	.24	.14	2.07*
(Constant)	15.28	2.59		5.89

Nota. *$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$

In multiple regression analysis, the variables of the BDHI-L scale hostility inventory and the factors of the EAQ self-esteem questionnaire were also included.

Conclusions

The results of this investigation confirm that in the coping with and outcome of conflict that occurs in the couple, the *individual variables* and *relational style* are relevant. We found a close relationship between personality characteristics and the style of violent communication in the couple. This relationship supports the convergent validity of the measurements of the "Exclusionary and Imposing Communication" factor with personality characteristics (IPDE).

With the data obtained, we can show that the variables that best predict a *negative style of communication* (destructive-closed) are the "Difficulty in Reaching Agreements" and absence of "Active Listening –Taking Turns to Speak" (PC-CR-CQ) patterns of communication, together with the Anxiety and Dissocial personality characteristics. With a normal population sample, Armas-Vargas (2013) also found that *Difficulty in Arriving at Agreements* and *Lack of Implication and Integration* in communication with the other partner in the couple were good predictors of negative communication. The author indicates other individual variables that help in the prediction of a negative style of communication (destructive-closed) in the couple. These variables are lack of empathy, fear of rejection and criticism, the use of jealousy tactics (perpetrator) and offering a socially desirable image. Meanwhile, Padilla-Gonzalez et al. (2013) also highlight the importance of individual variables in the prediction of the perpetration of dominating tactics. Another point of data to highlight is that in both investigations, response distortion appears between the individual variables that best predict the variable criterion (Exclusionary and Imposing Communication). It is necessary to incorporate scales that measure bias in responses, enabling us to get closer to a more precise and realistic evaluation of conflict and or violence in the couple.

In future research, will shall increase the sample size, the age range and the different contexts of evaluation (normal, clinical and forensic) with the aim of incorporating those variables in intervention programmes for intimate partner violence.

References

Armas-Vargas, E. (2008). Self-Esteem and Communication in Adults. *International Journal of Psychology, 43*, 484.

Armas-Vargas, E. (2009, October). Self-Esteem and Patterns of Communication and Conflict Resolution in Couples Questionnaire (PC-CR-CQ). Communication presented at the *1st International Congress for the Prevention of Violence*. La Laguna, Tenerife.

Armas-Vargas, E. (2010). Patterns of Communication and Conflict Resolution in Couples. In V. Mrowinski, M. Kyrios & N. Voudouris. (Eds.), *International Congress of Applied Psychology* (pp. 744-745). Melbourne: The Australian Psychological Society Ltd.

Armas-Vargas, E. (2011). Patterns of Communication and Conflict Resolution in the Family: Parent-Child Interaction. In P. Garcia Medina, J.M. Bethencourt-Perez, E. Sola Reche, A. R. Martin Caballero, & E. Armas Vargas (Eds), Violence and Community Psychology: *Psychosocial, Clinical and Legal Aspects*, (pp. 157-173). Granada: Comares.

Armas-Vargas, E. (2012). Communication Styles in the Couple, for Female Victims of Domestic Violence: Relationship with Personality, Depression and Self-Esteem. In P. Garcia-Medina, J.M. Bethencourt-Perez, A.R. Martin-Caballero & E. Armas-Vargas (Eds.), *Anxiety and Depression: Research and Intervention* (pp. 279-300). Granada: Comares.

Armas-Vargas, E. (2013). Predictable Variables of Violent Communication in the Couple. In R. Quevedo-Blasco & V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *6th International Congress and 11th National Clinical Psychology Congress* (pp. 248-254). Santiago de Compostela: Spanish Association for Behavioural Psychology.

Armas-Vargas, E. & Garcia-Medina, P. (2012). BDHI and L Scale Hostility Inventory: Factorial Structure. In R. Quevedo-Blasco & V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *5th International Congress and 10th National Clinical Psychology Congress* (pp. 407-411). Santander: Spanish Association for Behavioural Psychology.

Bartos, O. & Wehr, P. (2002). *Using Conflict Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.

Buss, A.H. & Durkee, A. (1957). An Inventory for Assessing Different Kinds of Hostility. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 343-349.

Caceres, J. (2009). Violence at the Centre of Intimate Relationships, Analysed by a Clinical Psychologist. *Psychological Thinking*, *13* (6), 13-26

Castillo, T., Estepa, Z., Guerrero, J., Rivera, G., Ruiz, A. & Sanchez, C. (2005). *Prison Treatment Programme Aggressors in the Family Environment. Domestic Violence Working Party*. Penitentiary Documents 2: Madrid.

Feldman, C. & Ridley, C. (2000). The Role of Conflict-Based Communication Responses and Outcomes in Male Domestic Violence Toward Female Partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, *17*(4-5), 552.

Hawkins, J., Weisberg, C. & Ray, D. (1980). Spouse Differences in Communication Style: Preference, Perception and Behavior. *Journal of Marriage and Family*, *42*(3), 585-593.

Kriesberg, L. (1998). Constructive Conflict from Escalation to Resolution (2nd. Ed.). USA: Rowman and Littlefield Publishers.

Lopez-Ibor, J. J., Perez, A. & Rubio, V. (1996). *International Personality Disorder Examination (IPDE): Module DSM-IV and CIE-10*. Madrid: Meditor.

Loranger, A. W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE).* Ginebra: World Health Organization.

Loranger, A.W. (1997). International Personality Disorder Examination (IPDE). In A.W. Loranger, A. Janca & N. Sartorius (eds.). *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders. The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University Press.

Loranger, A.W., Sartorius, N., Adreoli, A., Berger, Pl., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahal, A., Diekstra, R.F.W., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. & Regier, D. A. (1994). The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 215-224.

McLeod, J. M. & Chaffee, S.H. (1972). The Construction of Social Reality. In J.S. Tedeschi (Ed.), *The Social Influence Processes* (pp.50-99). Hawthorne, NY: Aldine.

Miller, S., Nunnally, E. & Wackman, D. (1976). A Communication Training Program for Couples. *Social Casework, 57,* 9-18.

Nina, E. R. (1991). *Marital Communication and Styles of Communication: Construction and Validation*. Unpublished doctoral thesis. Autonomous National Universidad of Mexico, Mexico.

Norton, R. W. (1978). Foundation of a Communicator Style Construct. *Human Communication Research, 4 (2),* 99-112.

Padilla-González, L., Armas-Vargas, A., Tacoronte-Toledo, D., Sanchez Remacho, T. Bencomo Hernandez, I., & Pérez-Martin, I. (2013). Controlling and Jealousy Tactics: Relationship with Personality and Response Distortion. In R. Quevedo-Blasco & V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *6th International Congress and 11th National Clinical Psychology Congress* (pp. 508-514). Santiago de Compostela: Spanish Association for Behavioural Psychology.

Sanchez-Aragon, A. R. & Diaz-Loving, R. (2003). Patterns and Styles of Communication in Couples: Design of an Inventory. *Psychology Annals*, *19* (2), 257-277.

Satir, V. (1986). *Human Relations in the Nuclear family*. Mexico: Editorial Pax Mexico.

Schumacher, J., Feldbau, S., Smith-Slep, A. M. & Heyman, E. R. (2001). Risk Factors for Male- to-Female Partner Physical Abuse. *Aggression and Violent Behaviour*, *6*, 281-352.

Straus, M. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, *41*, 75-80.

ESTUDIO DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA Y SU POSIBLE TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL

Iria Calleja-Barcia, María Luisa Mondolfi y Margarita Pino-Juste

Grupo de Investigación GIES-10, Universidad de Vigo

Resumen

Antecedentes: La legislación española contempla la prevención de la violencia de género a nivel educativo, sanitario y asistencial (Ley 1/2004 de 28 de Diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género). El II Plan Estatal Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 reconoce a hijos e hijas de víctimas de violencia sexista como víctimas directas. Los estudios indican que las niñas maltratadas directamente o que presencian violencia hacia sus madres, desarrollan mayor probabilidad de ser maltratadas por sus parejas y los niños de convertirse en maltratadores. Así mismo, los manuales de diagnóstico de patologías mentales establecen períodos sensibles como el embarazo y el puerperio para el inicio o agudización de enfermedades mentales. **Método:** El estudio se diseña desde un paradigma crítico. El número de participantes en el estudio son 7 mujeres, madres y supervivientes a violencia de pareja. Se ha realizado un estudio etnográfico por medio de historias de vida, realizando un análisis de contenido de tipo interpretativo. **Resultados:** El análisis de contenido de las entrevistas ha permitido establecer por medio de contenidos frecuentes las siguientes categorías: antecedentes de maltrato infantil y violencia doméstica, maltrato a descendientes, significación del embarazo y maternidad en la violencia, vínculo materno - filial y estereotipos sexistas. **Conclusiones:** Considerando los antecedentes de maltrato infantil y hacia la figura materna identificados por las participantes como factores predisponentes a haber padecido violencia en sus relaciones de pareja y a que sus descendientes hayan sido también maltratados; podemos concluir que la atención psicológica a mujeres con historial de maltrato y a sus hijos e hijas se hace inminente y justificada, con objeto de romper la transmisión intergeneracional de la violencia de pareja y los estereotipos de dominación mantenidos por medio de ésta.

Palabras clave: Violencia de género, maltrato infantil, estereotipos, apego.

STUDY OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND THE POSIBILITY OF ITS INTERGENERATIONAL TRANSMISSION

Abstract

Background: Spanish legislation contemplates the prevention of gender violence on the educative, sanitary and welfare spheres (Ley 1/2004 de 28 de Diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género) and public policies (II Plan Estatal Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016) recognize children of sexist violence victim women as direct victims too. The studies indicate that directly abused girls and those who have witnessed violence towards their mothers develop more probability of being abused by their partners and, in the case of boys, of growing as batterers. As well, the mental illness diagnosis manuals establish pregnancy and puberty as sensible periods for the beginning or sharpening of mental illness. **Methods:** This research has been designed from critical paradigm. The participants have been 7 women, mothers and survivors of intimate partner violence. An ethnographic study has been made from life stories, making a content analysis with interpretative approach. **Results:** From the most frequent contents in the interviews analysis, the following categories have been found: child abuse and family violence background, abuse to descendants, the significance of pregnancy and maternity in violence, mother-child bond and sexist stereotypes. **Conclusions:** From the presence of childhood and mother figure mistreatment identified by participants as underlying factors of their personal experiences of inter - partner violence and of their children's mistreatment; we could conclude that psychological care becomes imminent and justified among women who have an abuse history and their children, in order to break the intergenerational intimate partner violence and the domination stereotypes that are maintained through it.

Keywords: Gender violence, infant abuse, stereotypes, attachment.

Introducción

Estudios previos indican que niñas maltratadas directamente o que presencian violencia hacia sus madres desarrollan mayor probabilidad de establecer relaciones de pareja con maltratadores. Koss y Dinero (1989) encontraron un perfil de riesgo a ser maltratadas, dos veces más elevado, pero que sólo afectaba al 10%. El principal factor de riesgo correlacionado fue el antecedente de abuso sexual durante la infancia y las alteraciones de conducta subsecuentes.

Holt, Buckley y Whelan (2008) concluyeron tras una revisión bibliométrica que la violencia provoca rupturas en el apego infantil. Esto deviene en una pauta de niñas crónicamente oprimidas, si no se interviene, este apego podría tener consecuencias devastadoras para el desarrollo, apuntalando hacia el ciclo intergeneracional de la violencia de género.

Así mismo, Lee, Reese-Weber y Kahn (2014) señalan relación entre el maltrato padecido por hombres en la infancia y su futuro maltrato a mujeres. En el caso de las mujeres, el entablar relaciones de pareja en las que padecían malos tratos estaba mediado no solo por haber sido maltratada por su padre o madre en la infancia, sino por poseer estilo de apego inseguro y haber tenido relaciones violentas con hermanos.

En torno a la maternidad, los manuales de diagnóstico de patologías mentales (American Psychiatric Association, 2014; Organización Mundial de la Salud, 1992), establecen embarazo, parto y puerperio como períodos sensibles para inicio o agudización de enfermedades mentales.

En esta investigación nos hemos propuesto describir la violencia de pareja y su posible transmisión intergeneracional en las participantes desde dos vertientes; su estilo de apego como hijas y su vínculo materno- filial en un entorno de maltrato.

Método

Participantes

Siete mujeres entre los 26 y 59 años de edad de la Comunidad Autónoma de Galicia, con antecedentes de violencia de género. Esta variable, además de la maternidad, constituyó el criterio de selección no probabilística.

Instrumentos

Entrevistas semiestructuradas, partiendo de una pregunta inicial: ¿cuéntame un poco cómo ha sido tu vida, tu historia desde niña hasta ahora?, promoviendo el relato en línea temporal desde los primeros recuerdos infantiles, siguiendo la etapa escolar, adolescencia, juventud y adultez. Al llegar a la etapa actual, se preguntó sobre auto percepción y proyección en el futuro.

Procedimiento

Se llevó a cabo un análisis de contenido, con descripción objetiva, sistemática y, eventualmente cuantitativa de los contenidos extraídos del relato biográfico. La finalidad de este análisis es obtener datos científicos de los fenómenos sociales (Pujadas, 1992).

A partir de las historias de vida se categorizaron y clasificaron los casos analizados, reduciendo los datos a categorías analíticas abstractas que permiten describir de forma ordenada y contrastar los fenómenos analizados con los objetivos de la investigación.

Tales categorías surgen del lenguaje de jerga cotidiana tomada del discurso de las entrevistadas y gnoseología de la psicología clínica y psiquiatría. Esta multiplicidad de enfoques corresponde con lo que autores como Kvale (2011) y Ruiz (1999) denominan análisis tipo bricolaje.

Diseño

El estudio se diseña desde un paradigma crítico con una perspectiva etnográfica siguiendo un análisis de tipo interpretativo desde la conceptualización de la psicología clínica y perspectiva de género, utilizando como técnica la historia de vida.

Resultados

Descripción de la muestra

Como se aprecia en la Tabla 1 las participantes presentaban condiciones de desempleo en 5 de los casos y de subempleo en 2. Una de ellas recibía subsidio por estar desempleada y haber padecido violencia de género, las demás habían finalizado el

periodo de subsidio y eran paradas de larga duración. Dos de ellas no habían completado la educación obligatoria.

Tabla 1. Características socio - demográficas de la muestra.

Nombre Ficticio	Edad	Estado Civil	Número de hijos	Ocupación actual	Nivel de estudios
Jazmín	26	Soltera	1	Desempleada	3° de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O)
Lirio	38	Divorciada	3	Desempleada	6°de Primaria.
Tulipán	40	Casada/ proceso divorcio.	2	Desempleada, trabajo ocasional en descarga de barcos.	6° de Primaria.
Orquídea	37	Casada/ proceso divorcio.	3	Desempleada, subsidio familiar.	E.S.O
Violeta	26	Soltera	2	Desempleada	E.S.O
Amapola	58	Casada/ proceso divorcio.	5	Desempleada	3° de Primaria
Girasol	59	Divorciada	3	Desempleada, trabajos ocasionales.	E.S.O

Análisis de las categorías

Del estudio en profundidad de los casos antes descritos podemos recabar los siguientes datos que a continuación exponemos, siguiendo las categorías que han surgido del análisis de los textos.

Antecedentes de maltrato infantil

Violencia psicológica. Abandono, descalificaciones, desatención. Incluye:

- Desafecto: sensación de no haber sido querida, valorada por figuras significativas en la infancia.
- Pobreza extrema*:* crianza en condiciones que no cubrían necesidades básicas.
- Hacinamiento: crianza en vivienda que no cumplía con condiciones de espacio y sanitarias mínimas.
- Trabajo infantil y explotación: trabajo remunerado en la infancia; responsabilidades domésticas inadecuadas para edad, como para interferir con su escolaridad y esparcimiento.
- Presenciar violencia de género: testigo en la infancia de agresiones hacia mujeres en su familia por parte de hombres.

Violencia física. Castigo por medio de golpes.

Violencia y abuso sexual. Contacto sexual con adultos en la infancia.

Vivencia de trauma infantil. Conciencia de que el maltrato padecido en la infancia afectó desfavorablemente su vida.

Violencia doméstica

Violencia física. Golpes, empujones, tirones de cabello, ruptura de las prendas de vestir, apretar con fuerza las muñecas, mordiscos y objetos arrojados por el aire (modalidades descritas por participantes).

Violencia psicológica. Sometimiento a situaciones o tratos que generan malestar emocional. Incluye:

- Acoso y amenazas: persecución, vigilancia y control de las actividades, advertencias de daño si rompe la relación.
- Chantaje (económico): empleo de la dependencia económica hacia el hombre para evitar separación.
- Chantaje emocional y amenazas por medio de los hijos: obligar a mantener la relación de pareja ante el presagio de que si se separa no tendrá contacto con sus hijos o hijas.
- Desafecto: sentimiento de no ser querida o valorada por pareja, a partir de comentarios, actitudes o comportamientos de este.

- Desvalorizaciones e insultos: calificativos ofensivos, que rebajan la dignidad, buscan descalificarla y hacerle sentir con poco valor o atributos.
- Explotación económica: la mujer se ve a cargo de solventar sus gastos económicos y de su pareja que no muestra interés por generar ingresos económicos, sin causa justificada para no desempeñarse en un trabajo remunerado; tampoco se hace cargo de labores domésticas. Control y manejo del dinero que la mujer gana en gastos individuales de él sobrepuestos a necesidades familiares.
- Exposición a penurias económicas: hombres que viven por encima de sus posibilidades y llevan a sus parejas a endeudamientos o situaciones de pobreza por no mantener ellos un ingreso estable debido a comportamientos desadaptados.
- Infidelidades: mantener relaciones sexuales o afectivas de pareja con otras mujeres fuera del matrimonio, siendo una situación que desagrada y no consiente la participante.
- Manipulación y mentiras: engaños y planteamientos que generen temor, lástima o culpa para evitar el rompimiento de la relación.
- Restricción de las actividades: prohibición u obstaculización de la vida laboral, oportunidades de estudio y actividades recreativas.
- Restricción de los contactos sociales: prohibición manifiesta o por medio de descalificaciones de mantener contacto con otras personas.
- Ruptura de objetos: daño de enseres del hogar en arrebatos de rabia.

Violencia sexual. Empleo de la sexualidad como medio de agresión y sometimiento. Incluye:

- Acusaciones: ser inculpada de infidelidades y promiscuidad.
- Coacción: ser obligada con amenazas, manipulaciones o violencia física a mantener relaciones sexuales con la pareja.
- Obligada a tener relaciones con terceros: empleo de la mujer como objeto de intercambio sexual.

Vivencia de trauma vinculado a violencia de género. Daño o malestar psicológico generado por la violencia.

Maltrato a descendientes

Violencia que las parejas de las participantes ejercen contra los hijos e hijas de estas.

Psicológico. Gritos, desafecto, insultos, menosprecios, humillaciones.

Físico. Golpes, empujones.

Significación del embarazo y maternidad

Incluye:

- Incremento de la violencia tras el parto.
- Embarazo como violencia instrumental: evitación por parte del hombre del uso de anticonceptivos o prohibición de abortar.
- Incremento de la violencia ante embarazo.

Vínculo materno- filial

*Conflictos en relaciones con hijos e hijas***.** Relaciones distanciadas o conflictivas, dificultades importantes durante la crianza que llevaron a conductas inadecuadas.

Separación de hijos. Durante la infancia, quedando la crianza a cargo de otras personas sin participación de la madre.

Estereotipos sexistas

Masculinidad asociada a la competitividad. Los hombres vistos como agresivos, en lucha y rivalidad entre ellos por el poder y posesión de las mujeres.

Asimetría de poder a favor del varón. Mayor libertad y ejercicio de roles públicos y contactos sociales al hombre dentro de la relación de pareja.

Feminidad asociada a la sumisión. La mujer debe ser obediente, servicial, pasiva y dependiente.

Ideal femenino de castidad. La mujer debe ser monógama, aunque el hombre no lo sea y debe evitar la vida pública y el querer ser atractiva sexualmente.

Justificación del castigo físico. Como método de corrección en la educación infantil, que a su vez hace que el maltrato en la relación de pareja sea justificado como forma en la que el marido corrige a la mujer.

Frecuencias de las categorías e indicadores por participante

Como podemos observar en la Figura 1, las frecuencias de aparición de cada categoría son idiosincrásicas de cada una de las historias personales, si bien es cierto que determinadas categorías, como la violencia doméstica en sus distintas vertientes aparece de forma muy sustancial en el discurso de las 7 participantes analizadas.

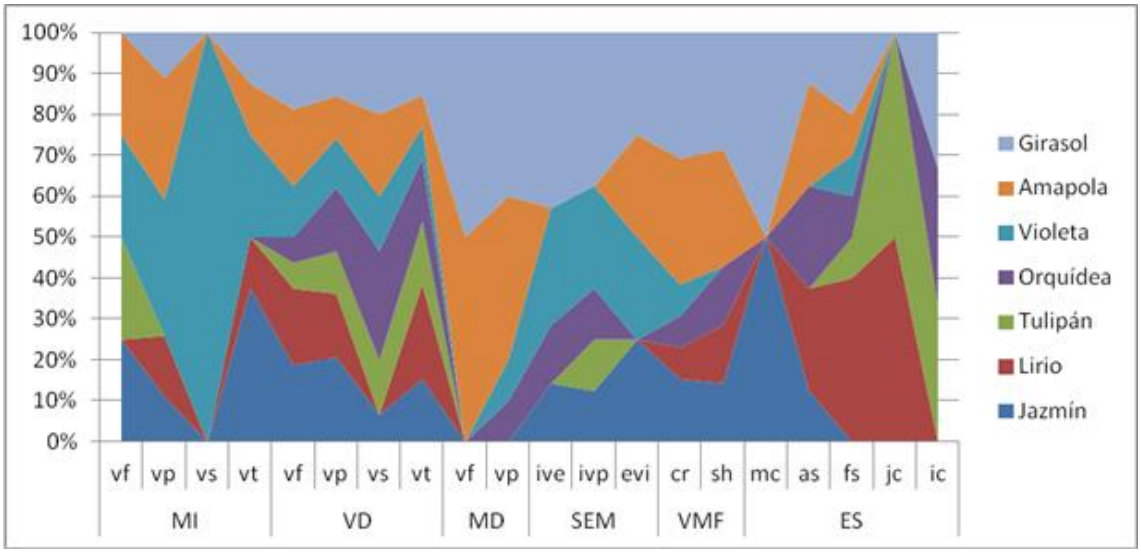


Figura 1. Grafico de área apilada de las frecuencias de aparición de las categorías: las abreviaturas se describen en el apartado análisis de categorías. MI = maltrato infantil; VD = violencia doméstica; MD = maltrato a descendientes; SEM = significación del embarazo y la maternidad; VMF = vínculo materno- filial; ES = estereotipos sexistas; vf = violencia física; vp = violencia psicológica; vs = violencia sexual; vt = vivencia de trauma ; ive = incremento de la violencia ante el embarazo; ivp = incremento de la violencia tras el parto; evi = embarazo como medio de violencia instrumental; cr = conflictos en relaciones; sh = separación de los hijos; mc = masculinidad asociada a la competitividad; as = asimetría del poder a favor del varón; fs = feminidad asociada a la sumisión; jc = justificación del castigo físico; ic = ideal femenino de castidad.

Discusión y conclusiones

Las participantes en el momento de las entrevistas presentaban condiciones de riesgo de exclusión social, lo cual coincide con estrategias de aislamiento de los agresores. Así mismo, se constatan antecedentes de maltrato infantil y acceso restringido a los estudios en varios de los casos. Incluso para algunas la vida laboral se

inició desde la infancia o las condiciones de pobreza extrema las colocaron en la exclusión desde entonces.

Los estereotipos sexistas que se manifiestan en sus discursos están fuertemente relacionados a experiencias tempranas en las que presenciaron cómo sus madres fueron maltratadas por pertenencia a género, o en las que ellas mismas fueron abusadas sexualmente por familiares hombres. Situaciones en las que la sumisión aparece como única posibilidad de sobrevivencia, con la subsecuente naturalización de la asimetría del poder a favor del género masculino.

En su adolescencia y adultez, estas 7 mujeres inician relaciones de pareja con el sexo opuesto, en las que se revive el maltrato incrementado ante hitos biológicos que socialmente reafirman la condición de mujer, como lo son el embarazo y la maternidad. Los relatos sugieren una reafirmación del sentido de propiedad de sus parejas sobre ellas, su fertilidad y sus productos; los hijos e hijas, empleados como herramientas en el chantaje y mantenimiento del sometimiento, con la amenaza permanente de romper el vínculo entre ellos con la separación, si no se somete al agresor, junto a la amenaza expresa o subjetiva de que si no se coloca como escudo ante las agresiones físicas y sexuales, pueden ser sus descendientes quienes las padezcan.

El intento de preservar el vínculo materno-filial favorece la sobrevivencia de la especie, pero vemos que a menudo el apego se realiza de modo inseguro, con relaciones conflictivas con las hijas e hijos, quienes presentan posibles trastornos de personalidad y del comportamiento que ellas atribuyen a la violencia vivida en el hogar. Tal atribución desde la empatía de las participantes como madres y desde nuestro análisis clínico, coincide con estudios anteriores sobre la relación de la violencia intrafamiliar con la presencia de comportamientos inadaptados en niños y niñas, llevados a cabo por McDonald, Jouriles, Tart y Minze (2009).

La comprensión de estos fenómenos apoya, desde la perspectiva de prevención en salud mental, la necesidad de erradicar la violencia de género recogida en las leyes y la importancia de atención psicológica tanto a las mujeres que la padecen o han padecido como a sus hijas e hijos por el riesgo de transmisión intergeneracional del fenómeno, como lo mencionan estudios previos (Holt et al., 2008; Koss y Dinero, 1989; Lee et al., 2014).

Referencias

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Barcelona: Panamericana.

Holt, S., Buckley, H. y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse & Neglect,32*, 797-810.

II Plan Estatal Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016, aprobado por acuerdo de Consejo de Ministros el 5 de abril de 2013. *Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad*. Disponible en http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/pdf/ II_PLAN_ES TRATEGICO_INFANCIA.pdf

Koss, M. y Dinero, T. (1989). Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 242-250.

Kvale, S. (2011). Las entrevistas en investigación cualitativa. Madrid: Morata.

Lee, M., Reese-Weber, M. y Kahn, J. (2014). Exposure to family violence and attachment styles as predictors of dating violence perpetration among men and women: A meditational model. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(1), 20-43.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, *2014*(313), 42166-42197.

McDonald, R., Jouriles, E., Tart, C. y Minze, L. (2009). Children´s adjustment problems in families characterized by men´s severe violence against women: Does other family violence matter? *Child Abuse & Neglect, 33*, 94-101.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE10 Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Pujadas, J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Ruiz, J. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

CONSUMO DE DROGAS E INSATISFACCIÓN PERSONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mª Pilar Arnal-Val, Belén Gago-Velasco y Patricia Navarro-Gómez

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia (España)

Resumen

Antecedentes: La insatisfacción personal es una variable que correlaciona habitualmente con el consumo de drogas. La persona recurre al consumo como manera de premiarse y obtener satisfacción, que no consigue a través de otras parcelas de su vida. Es un aspecto fundamental de las intervenciones el desarrollo de actividades reforzantes alternativas y el aprendizaje de nuevas pautas de conducta que generen gratificación. **Método:** Se realiza intervención psicológica con un varón que presenta un problema de dependencia a cocaína de años de evolución. Acude a Unidad de Conductas Adictivas con el propósito de abandonar el consumo. Consume en contexto recreativo con amigos consumidores y va precedido de ingesta abusiva de alcohol. Reconoce utilizar el consumo para evadirse del malestar psíquico y emocional. Presenta gran dificultad para tolerar la frustración. Se lleva a cabo terapia cognitivo-conductual y motivacional con sesiones individuales de periodicidad quincenal, estableciéndose como meta de la intervención la abstinencia completa. **Resultados:** Desde que empezó el tratamiento el paciente ha reducido el consumo, consiguiendo estar tres meses abstinente. Actualmente sigue presentando consumos puntuales con una periodicidad mensual. En el presente, sigue en tratamiento. **Conclusiones:** El paciente valora positivamente su evolución, se encuentra satisfecho con los logros conseguidos y verbaliza distintas consecuencias positivas que ha experimentado derivadas de la disminución del mismo. A pesar de ello, sigue presentando sentimiento de insatisfacción personal en lo referente a diversas áreas de su vida, lo que ejerce como variable mantenedora de consumos puntuales. Por ello, sigue siendo un objetivo importante en el trabajo terapéutico el desarrollo de otras vías de refuerzo positivo y el manejo de la frustración.

Palabras clave: Consumo de drogas, insatisfacción personal, malestar emocional, terapia motivacional.

DRUG ABUSE AND PERSONAL DISSATISFACTION: A REPORT OF CASE

Abstract

Antecedents: Personal dissatisfaction is a variable that usually correlates with drug abuse. People use drugs as a way to reward themselves and get the satisfaction that they do not get through other areas of their lives. A main aspect of the therapeutic intervention is the development of alternative reinforcing activities and learning new behavior patterns that generate gratification. **Method:** Psychological intervention is done with a man who has a cocaine dependence problem of years of evolution. He goes to an Addictive Behavior Unit in order to stop the consumption. He takes drugs in a recreational context with consumers friends and the use is always preceded by alcohol abuse. He admits that he takes drugs to escape from mental and emotional distress. He has got great difficulty to tolerate frustration. Cognitive behavioral and motivational therapy is done with individual sessions fortnightly, establishing as the goal of the intervention the complete abstinence of drugs. **Results:** Since the treatment started the patient has reduced the consumption of drugs, reaching three months of abstinence. At present he has occasional consumptions monthly. Today treatment continues. **Conclusions:** The patient appreciates his evolution, he is satisfied with the achievements and talks about several positive consequences he has experienced from the decrease of consumption. However, he still has feeling of personal dissatisfaction in different areas of his life, which serves as a maintainer of specific consumptions. Therefore it remains as an important goal in the therapeutic work the development of other ways of positive reinforcement and management frustration.

Key words: Drug abuse, personal dissatisfaction, emotional distress, motivational therapy.

Introducción

El consumo de drogas constituye uno de los problemas más graves de salud en el mundo occidental. Los informes del PNSD (Plan Nacional sobre Drogas, 2004) en los últimos años subrayan importantes cambios en los patrones de consumo entre los que destacan el incremento de determinadas drogas, principalmente cannabis y psicoestimulantes (cocaína y anfetaminas). La cocaína se ha convertido en la segunda droga ilegal más consumida en la población general de nuestro país después del cannabis.

El consumo de drogas, es susceptible de diversas interpretaciones epistemológicas. Se trata de un problema social complejo y multifactorial, tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones (Pons, 2008). Encontramos distintos modelos teóricos que ponen el énfasis en diferentes aspectos: variables individuales, ámbito social, biología…

La concepción psicológica de los trastornos de abuso de drogas es la que subyace en el modelo bio-psico-social o bio-conductual de Pomerleau y Pomerleau (1987) que hoy constituye el marco predominante para el análisis y tratamiento de la conducta adictiva, basado en la evidencia. De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007).

El abuso y dependencia de cocaína se asocia con frecuencia con otros trastornos psiquiátricos: abuso/dependencia de alcohol, trastornos de personalidad, depresión, ansiedad, etc.

No hay un tratamiento único que sea eficaz para todos los individuos. Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal.

Desde los enfoques actuales de la Terapia de Conducta se habla del Trastorno de Evitación Experiencial como el núcleo de muchos de los problemas psicológicos, entre ellos, las adicciones. Este trastorno implica que la persona no está dispuesta a conectar

con sus experiencias privadas: pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones…por ello, lleva a cabo acciones dirigidas al escape y a la evitación del malestar.

Numerosos estudios han corroborado que la regulación de los eventos privados focalizada en la evitación experiencial juega un papel fundamental, tanto en el desarrollo de las adicciones como en su mantenimiento (Luciano, 2010).

La Evitación Experiencial Destructiva es un tipo de regulación del comportamiento consistente en la necesidad inflexible de actuar para no entrar en contacto con el malestar o para escaparse de ello. El resultado, a largo plazo, es una gran insatisfacción personal (Luciano, 2010).

Es decir, habría una estrategia centrada en la evitación del malestar en la que la persona consume para resolver otros problemas pero, a la larga, los problemas quedan irresueltos con el añadido de un consumo que termina potenciándolos y generando otros problemas (Luciano, 2010).

Identificación del paciente y motivo de consulta

Varón de 25 años, soltero, sin hijos, vive en pareja. En activo. Es el pequeño de 3 hermanos. Su madre falleció cuando tenía 13 años. Acude a tratamiento a una Unidad de Conductas Adictivas por dependencia a cocaína de años de evolución. Inició el consumo a los 16 años. Ha consumido esporádicamente otras drogas: cannabis, anfetaminas. Consume principalmente los fines de semana, en contexto lúdico, en compañía de amigos consumidores. El consumo siempre va precedido de abuso de alcohol. En ocasiones, ha presentado episodios de juego en máquinas tragaperras tras el consumo de cocaína en los que ha gastado importantes cantidades de dinero. El último episodio de este tipo, que fue seguido de un gasto de 300€ en juego, actuó como precipitante para pedir ayuda. Ha presentado en alguna ocasión síntomas paranoides en forma de ideas autorreferenciales consecuentes al consumo. Refiere utilizar el consumo para desconectar y evadirse del malestar emocional y psíquico. Muestra sentimiento de culpa después de los consumos. Presenta una fuerte insatisfacción personal en las principales áreas de su vida: familia, pareja, trabajo. Siente que se esfuerza mucho en su vida diaria y no obtiene recompensas. No se siente comprendido ni valorado por las personas de su entorno. Mantiene escasas actividades que le proporcionan satisfacción. Refiere motivaciones personales para abandonar el consumo tales como: le afecta

negativamente a su estado de ánimo, le pone muy ansioso, se avergüenza, gasto de dinero, posibles problemas de salud mental, dado sus antecedentes familiares. Señala también motivos para seguir consumiendo: diversión, mantener contacto con amigos, evasión, le ayuda a relacionarse y demostrar a su padre que no ha sido buen padre.

No presenta antecedentes psicológicos personales. Antecedentes familiares de psicosis (madre y hermano mayor). Hermanos y primos: consumo de tóxicos.

Estrategias de evaluación

La evaluación se llevó a cabo mediante entrevistas clínicas individuales y con la pareja del paciente. Así mismo se solicitó al paciente la cumplimentación de autorregistros sobre diversos parámetros de la conducta problema.

Formulación clínica del caso

En la conducta problema del paciente encontramos diversos predisponentes: una posible vulnerabilidad biológica, el desarrollo de un estilo de apego inseguro, consecuente al fallecimiento de la madre cuando era pequeño y la figura de un padre ausente por el que nunca se ha sentido valorado ni atendido. El paciente verbaliza en alguna ocasión que al inicio del problema trataba de llamar la atención de su padre a través de las conductas de consumo. Así mismo, se constata que presenta un duelo no resuelto por la madre, con un importante sentimiento de abandono. Describe el estilo educativo de los padres como permisivo.

El factor del aprendizaje por modelado también está presente en la génesis del problema, ya que ha crecido en un contexto familiar y social de consumidores. A partir de estas experiencias, el paciente ha desarrollado unos esquemas cognitivos de ser una persona poco valiosa, que no puede cuidar de sí mismo.

En cuanto a los precipitantes del inicio de la conducta de consumo, a nivel biológico, aparece la etapa adolescente, como ciclo evolutivo de mayor vulnerabilidad y el consumo de alcohol (del que siempre van precedidos los consumos de cocaína). A nivel psicológico aparecen una baja autoestima, fuertes sentimientos de insatisfacción personal, baja tolerancia a la frustración, estados emocionales negativos (ansiedad, ira, aburrimiento), las creencias desarrolladas en torno a las expectativas derivadas del consumo y la aparición de determinadas cogniciones (“Necesito escapar”, “No puedo

afrontar esto sin consumir"). A nivel social, encontramos un entorno relacional de consumidores y el estrés derivado de problemas familiares y laborales/escolares (los consumos suelen ir precedidos de discusiones o conflictos de pareja o familiares). Por último, entre las variables que actúan como mantenedoras del consumo de drogas aparecen algunas de las ya mencionadas: consumo de alcohol, escasa tolerancia a la frustración, cogniciones en torno al consumo, estrés psicosocial, contacto con consumidores, frecuentar lugares asociados al consumo, así como otras variables, tales como: los efectos fisiológicos y psicológicos de la sustancia, la presencia de escasas actividades gratificantes en la vida del paciente y una marcada inestabilidad emocional.

Tratamiento

Elección del tratamiento

Se ha seguido un modelo lógico de elección del tratamiento, basado en las características particulares del caso, como defienden los modelos transteóricos.

Aplicación del tratamiento

Se han llevado a cabo hasta la fecha 10 sesiones individuales de orientación motivacional y cognitivo-conductual, con una periodicidad quincenal y una media de 40 min de duración. Se han realizado en una Unidad de Conductas Adictivas. Actualmente el paciente sigue en tratamiento.

La dos primeras sesiones se dedicaron a la evaluación del problema, recogiendo información acerca de la historia del mismo, patrón de consumo, identificación de desencadenantes, habilidades y recursos de los que dispone el paciente, el estadio del cambio en el que se encuentra, las motivaciones para dejar el consumo y el establecimiento de los objetivos de la intervención. Se planteó como objetivo lograr la abstinencia completa.

El paciente se encontraba en un estadio de preparación para la acción, por lo que las siguientes sesiones fueron dirigidas a diseñar el plan para conseguir el cambio. Inicialmente se le solicitó al paciente la reflexión acerca de las ventajas e inconvenientes del consumo, así como de los costes y beneficios de seguir consumiendo y de dejar de consumir. Posteriormente, se realizó psicoeducación sobre el craving y se

enseñaron estrategias para manejarlo: distracción, visualización, buscar apoyo en otra persona, recordar consecuencias negativas de consumir. Se solicitó al paciente que llevara un registro diario de craving. Se practicaron habilidades para el rechazo de los ofrecimientos de droga mediante el entrenamiento en asertividad. Se trabajó el reconocimiento de las decisiones aparentemente irrelevantes, así como la capacidad de romper la cadena antes del comienzo del consumo. Se realizó también entrenamiento en resolución de problemas, trabajo de la autoestima y el aprendizaje sobre la estructuración del tiempo, con la elaboración de un horario (incluyendo actividades placenteras). Otro de los aspectos tratados fue la anticipación de futuras situaciones de riesgo y el diseño de un plan de afrontamiento (cambiar de lugar, distracción, llamar a números de emergencia, recordar los éxitos conseguidos, cuestionar los pensamientos…).

El paciente ha realizado controles de orina de forma semanal.

Factores relacionados con el terapeuta

La intervención ha sido llevada a cabo por una terapeuta mujer (Psicólogo Interno Residente). Se ha supervisado el caso por parte de otro profesional psicólogo clínico, mujer, de mayor experiencia. La juventud de la terapeuta ha podido favorecer la creación de una mayor alianza terapéutica con el paciente.

El paciente ha acudido a la mayoría de las sesiones y ha justificado sus ausencias. 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

Desde el inicio de la intervención, el paciente ha conseguido mantener 3 meses de abstinencia completa. En los 2 últimos meses ha presentado algunos consumos puntuales. Ha desaparecido por completo la conducta de juego derivada de los consumos. Valora muy positivamente los efectos de la disminución del consumo: mejoría en su estado físico y anímico, mayor rendimiento en su trabajo, disminución de

la ansiedad, piensa con mayor claridad, ha mejorado su aspecto físico y en general se siente más feliz. Se muestra satisfecho por los logros conseguidos. El hecho de que hayan reaparecido algunos consumos en los últimos meses se relaciona entre otros factores con la mejoría del paciente, según el mismo refiere. Minimiza los efectos del consumo porque ahora se siente más "fuerte" y al mismo tiempo aparecen cogniciones relacionadas con el derecho a "premiarse" por estar haciendo bien las cosas. Se mantiene en su objetivo de lograr la abstinencia completa. Por ello, las últimas sesiones se han dirigido al trabajo de los efectos de la violación de la abstinencia y de la prevención de recaídas.

Discusión

En este caso se pone de manifiesto como la evitación del malestar emocional desempeña un papel fundamental en la génesis y mantenimiento del problema adictivo, como ponen de manifiesto los actuales modelos de Terapia de Conducta.

Sabemos que el uso de sustancias se vincula estrechamente con el reforzamiento implicado en la regulación cognitiva y emocional. Se ha encontrado que las emociones negativas son predictoras potentes de las recaídas, incluso más que la dependencia fisiológica o la historia de exposición a la sustancia (Kenford et al., 2002).

El desarrollo y aprendizaje de estrategias adaptativas para aceptar y manejar este malestar emocional constituye uno de los objetivos principales de la intervención. Observamos cómo, a medida que el paciente se fue sintiendo más seguro y capaz de afrontar las situaciones generadores de estrés, fue disminuyendo y abandonando el consumo. Así mismo, la realización de actividades de ocio placenteras no asociadas al consumo (salir a correr, pescar, leer…), fue uno de los aspectos clave que ayudó al paciente a aumentar su sensación de bienestar físico y psicológico.

El paciente ha conseguido logros importantes a lo largo del tratamiento, siendo capaz de mantenerse abstinente durante un largo periodo de tiempo. A pesar de ello, la insatisfacción vital sigue estando presente (en menor medida) y constituye un factor de mantenimiento de consumos puntuales, así como una variable de riesgo para la recaída.

Referencias

Finney, J.W., Wilbourne, P. L. y Moos, R. H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3ª ed., pp. 179-202). Nueva York: Oxford University Press.

Kenford, S.L., Smith, S.S., Wetter, D.W., Jorenby, D.E., Fiore, M.C. y Baker, T.B. (2002). Predicting relapse back to smoking: Contrasting affective and physical models of dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 216-27.

Luciano, C., Páez, M. y Valdivia S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 41-165.

Plan Nacional sobre Drogas. (2004). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno Para el Plan Nacional sobre Drogas.

Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and adiction. *Journal of Drug Issues, 17*, 111-131.

Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *POLLIS, 4*(2), *57-186.*

Secades, R., García O., Fernández, J.R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo, 28*(1), 9-40.

INFLUENCIA DEL ALCOHOLISMO SOBRE LA SALUD FAMILIAR. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Alejandro Jesús de Medina-Moragas, Marta Lima-Serrano, Isabel Domínguez-Sánchez y Joaquín Salvador Lima-Rodríguez

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla

Resumen

Antecedentes: La familia es la principal guía y fuente de cuidado de sus miembros, pero su salud se puede ver afectada por un problema crónico y progresivo como es el alcoholismo. Se planteó conocer el estado actual de conocimiento del alcoholismo como acontecimiento vital estresante para la familia y sus efectos sobre la salud familiar. **Método:** Revisión sistemática en tres bases de datos (Scopus, CINAHL, Pubmed) por dos revisores independientes. Se seleccionaron artículos de investigación relacionados con el tema de estudio y publicados en los últimos cinco años con calidad moderada o fuerte tras su evaluación metodológica. **Resultados:** Los trastornos debidos al uso de alcohol generan una carga para la familia, aumentando los conflictos en la misma, en el trabajo, y con la comunidad, y favoreciendo rupturas familiares. Aparecen dificultades financieras, y un debilitamiento de las redes sociales, incluso aislamiento. El cuidador principal, a menudo víctima de violencia doméstica, sufre con frecuencia de trastornos de ansiedad y depresión. Los hijos pueden aprender y adoptar comportamientos y modelos de vida inadecuados para su desarrollo y adaptación social, como adicciones o comportamientos antisociales. Además, podrían verse desatendidos por un deterioro del rol parental. Esto puede llevar a dificultades para afrontar el problema, adoptan estrategias de negación y de ocultación en las que no buscan apoyos externos, viéndose mermada progresivamente la salud familiar. **Conclusiones:** Esta revisión sintetiza y organiza conocimientos sobre el alcoholismo como enfermedad que trasciende el plano individual para afectar a la salud familiar en todas y cada una de sus dimensiones.

Palabras clave: Alcoholismo, salud familiar, disfunción familiar, revisión sistemática.

INFLUENCE OF ALCOHOLISM ON THE FAMILY HEALTH. A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract

Background: The family is the primary source of guidance and care of its members, but their health can be affected by a chronic and progressive problem like alcoholism. We aimed to know the current state of knowledge of alcoholism as a stressful life event for the family and its effects on family health. **Method:** Systematic review in three databases (Scopus, CINAHL, PubMed) by two independent reviewers. Research articles related to the topic and published in the last five years with a moderate or strong quality were selected. **Results:** Disorders due to alcohol create a burden for the family, increasing conflicts and promoting family breakdown. As a result, financial difficulties and a weakening of social networks appear leading them to isolation. The primary caregiver is often a victim of domestic violence and suffer from anxiety disorders and depression. Children can learn and adopt inappropriate behaviors and life models for development and social adaptation like antisocial behavior or addictions. Furthermore, they could be ignored by a deterioration of the role of the father. All this makes it difficult for them to face the problem, so adopted strategies of denial and concealment in not seeking external support, looking progressively diminished family health. **Conclusions:** This review summarizes and organizes knowledge about alcoholism as a disease that transcends the individual level to affect family health in every one of its dimensions.

Keywords: Alcoholism, family health, family dysfunction, systematic review.

Introducción

La salud familiar es la capacidad del sistema familiar de satisfacer las necesidades de sus miembros y favorecer su crecimiento y desarrollo a lo largo de su ciclo vital (Lima, Lima, Jiménez y Domínguez, 2012). En este sentido, la familia actúa como guía y principal fuente de cuidados para sus miembros, que en ella adquieren conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con la salud y los cuidados y aprenden a cuidarse y a cuidar a otros, desarrollando conductas hacia la enfermedad y la

asistencia sanitaria (Lima, Lima y Sáez, 2009). Dependiendo de si funciona o no adecuadamente, la familia puede convertirse en un factor protector o de riesgo.

A lo largo del ciclo vital familiar, las familias pueden verse afectadas por numerosos acontecimientos vitales estresantes que afectan a su funcionamiento, como el alcoholismo, una enfermedad crónica, progresiva y mortal, que no solo afecta al que la padece sino que se extiende al resto de la familia alterando la salud familiar y provocando disfunciones familiares (Valdés, Guerra, Díaz, Díaz y Rivas, 2014).

Es por ello que el alcoholismo representa un problema en las familias afectadas que debe ser conocido y abordado. El propósito de esta revisión fue conocer el estado actual de conocimiento del alcoholismo como acontecimiento vital estresante para la familia y sus efectos sobre la salud familiar.

Método

Diseño y procedimiento

Estudio de revisión sistemática en abril del 2014.La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos *Scopus*, *CINAHL* y *Pubmed* utilizando los términos de búsqueda: *alcohol, family, family health y caregiver.*La selección de artículos se realizó en dos fases. En la primera fase se seleccionaron artículos rescatados de dichas base de datos conforme a la lectura de sus resúmenes. En la segunda fase, tras la lectura del texto completo y la valoración de su calidad metodológica, se conformó la muestra final de trabajos para este estudio.

Instrumentos

Para evaluar la calidad de los estudios se utilizó la herramienta de valoración para estudios cuantitativos, *Quality assesment tool for quantitative studies* (Thomas, 2003). La búsqueda, selección, obtención y síntesis cualitativa de los datos se realizó por dos revisores independientes usando herramientas estandarizadas y siguiendo las recomendaciones de la *Declaración PRISMA* para la elaboración de un trabajo de revisión (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009).

Criterios de selección

Los estudios incluidos en el trabajo debían ser artículos observacionales, considerándose esta metodología adecuada para abordar una temática tan compleja, al permitir estudiar varios factores al mismo tiempo y caracterizar más variables. Además, estarían escritos en español, inglés, francés o portugués, publicados en los últimos cinco años, con acceso al documento completo y una valoración de la calidad moderada o fuerte.

Extracción de datos

A lo largo del proceso se utilizarían tablas de ofimática para registrar los motivos de aceptación o rechazo de cada estudio, su calidad metodológica y el consenso o discrepancia entre revisores. Los resultados de los artículos seleccionados se organizarían y dividirían según las distintas dimensiones de la salud familiar afectadas (*clima, integridad, funcionamiento, resistencia* y *afrontamiento*).

Resultados

Doce estudios fueron incluidos en esta revisión. La secuencia de selección y cribado se muestra en la Figura 1.Todos los artículos seleccionados tenían una calidad metodológica al menos moderada y metodología observacional, aunque diferían en la procedencia, tamaño de muestra utilizado y variables estudiadas. Así, las investigaciones se habían realizado en culturas diversas, como las de Norteamérica, Asia, Europa, y Sudamérica, y midiendo variables diferentes de la salud familiar con un tamaño de muestra que oscilaba entre las 48 y las 389 familias. Dada esta heterogeneidad, no procede hacer un análisis estadístico de los mismos, por lo que se presenta a continuación una síntesis cualitativa de los resultados, clasificados según las dimensiones de la salud familiar afectadas.

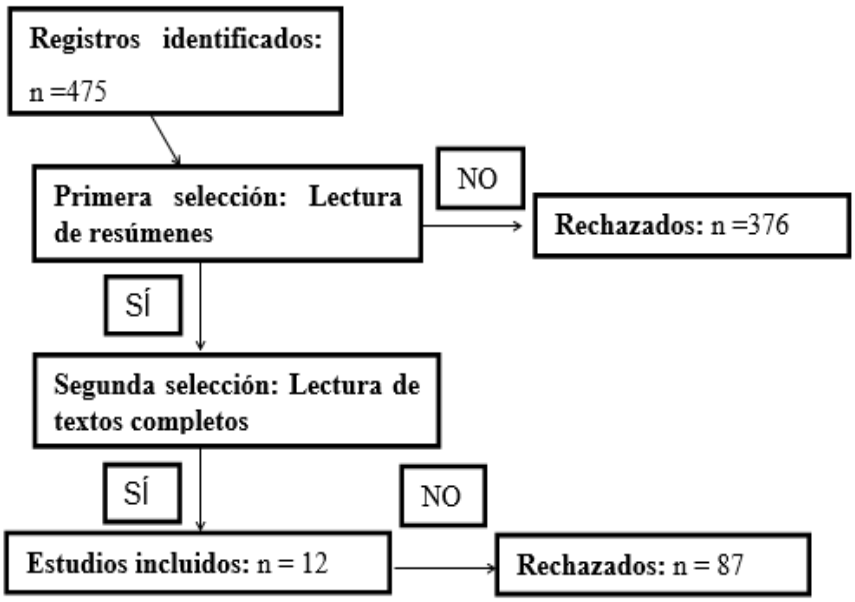


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de revisión sistemática.

El alcoholismo puede influir sobre las distintas dimensiones de la salud familiar. Respecto al *clima social familiar*, durante los episodios de consumo se producen con frecuencia en la persona alcohólica irritación y comportamiento antisocial que conducen a peleas, discusiones, y tensiones entre la persona alcohólica y el resto de familiares, especialmente la pareja. Esto se puede reflejar en malas relaciones familiares, violencia familiar, abuso de poder o inestabilidad, incompatibles con el mantenimiento de un clima familiar adecuado (Eiden, Molnar, Colder, Edwards y Leonard, 2009).

Uno de los grandes problemas del enfermo alcohólico es su dificultad para cumplir con sus responsabilidades familiares, ya que su dependencia le lleva a anteponer el consumo a la familia, dando lugar a un incumplimiento de sus obligaciones, lo que deteriora la *integridad familiar*, entendida como grado de unión de los miembros de la unidad familiar. Un ámbito que se ve deteriorado es la relación con el cónyuge, que tiene una angustia mental elevada, mayor cuanto peor sea la relación marital, causada por los problema derivados del consumo de alcohol de su pareja (Rognmo, Torvik, Røysamb y Tambs, 2013). Es frecuente que la relación de pareja esté deteriorada en estos casos, ya que el alcoholismo del cónyuge se asocia con un predominio de conductas conflictivas. Esto afecta negativamente a los hijos, ya que perciben menores niveles de sensibilidad y calidez paterna cuando la relación de sus

padres no es satisfactoria, pudiendo estos verse desatendidos si existen conflictos en la pareja (Kachadourian, Eiden y Leonard, 2009).

El *funcionamiento familiar* se puede ver afectado por la desorganización familiar crónica por falta de desempeño de roles, que se ven modificados dentro de la familia. Existe una mayor disfunción familiar cuando la persona con adicción es la mujer, que tradicionalmente se ha ocupado del cuidado de la familia y deja de cumplir este rol a causa de su problema (Cranford, Floyd, Schulenberg y Zucker, 2011). Cuando el alcoholismo llega a la familia, los roles tradicionales cambian como modo de adaptación a la nueva situación, llenando unos miembros de la familia el vacío que han dejado otros. Estos roles se vuelven rígidos e impermeables al cambio, llegando al extremo de que si un niño adopta un determinado rol en su infancia, puede intentar reproducirlo el resto de su vida. Es frecuente que los hijos de personas con problemas de alcoholismo acaben desarrollando la misma adicción en el futuro (Sugaya et al., 2011). Los problemas con el alcohol de los padres se asocian con consecuencias de salud mental para los niños que persisten en la edad adulta, con una mayor propensión a ser diagnosticados de problemas mentales (French, Balsa y Homer, 2009). Así, los conflictos por abuso de alcohol provocan en los hijos altos niveles de ansiedad (Eiden et al., 2009), y reacciones emocionales negativas a los conflictos como la ira, reacciones violentas, agresiones físicas y expectativas negativas de futuro (Keller, Gilbert, Koss, Cummings y Davies, 2011). Por otro lado, hijos de padres alcohólicos tienen puntuaciones más altas en problemas de atención y conducta, que se agravan cuanto más deteriorada está la relación de sus padres. Como consecuencia, su adaptación es más difícil, y concretamente se refleja en el ámbito escolar con menor desempeño académico (Torvik, Rognmo, Ask, Røysamb y Tambs, 2011).

Los problemas de otros miembros de la familia son a menudo delegados y se tiende a dirigir los esfuerzos únicamente al miembro alcohólico. Esto puede hacer que las necesidades individuales de otros miembros de la familia se vean ignoradas, descuidado las distintas dimensiones de salud del familiar y su desarrollo, y agravando los efectos sobre su salud psicológica. Se evidencia mayor depresión, estrés, morbilidad psiquiátrica y peor bienestar general entre los componentes de la familia con miembros con problemas de adicción (Lee et al., 2011). Así, la calidad de vida de los cuidadores se ve mermada en los dominios de funcionamiento físico, dolor y vitalidad. Las

personas encargadas del cuidado suelen ser las esposas, en las que el sufrimiento mental que produce la enfermedad les provoca síntomas depresivos que se relacionan negativamente con su calidad de vida (Marcon, Rubira, Espinosa y Barbosa, 2012).

En cuanto a la *resistencia familiar*, para que una familia sea resistente a estos acontecimientos adversos que se presentan es necesario que se dote de unas buenas defensas, comprometidas en las familias que nos ocupan por unas relaciones familiares disfuncionales, una elevada carga de cuidado, y una interrupción en las rutinas habituales de la familia. Además, es frecuente que sus recursos propios sean limitados, por la propia desestructuración de la unidad familiar y por la falta de recursos económicos, derivada del excesivo gasto en bebidas, y los problemas de empleo como el absentismo o conflictividad laboral derivados del consumo (Mattoo, Nebhinani, Kumar, Basu yKulhara, 2013). Igualmente sucede con las redes de apoyo social que tienden a debilitarse en la medida en que las familias ocultan el problema que tienen en casa, viéndose mermadas sus relaciones sociales con amigos, conocidos, y compañeros de trabajo (Lee et al., 2011).Como consecuencia, otro factor que podría mejorar las resistencias de la familia y con frecuencia está alterado es el ocio familiar. (Mattoo et al., 2013). Unas malas relaciones con familiares y conocidos están relacionadas con desempleo, falta de apoyo social, disputas familiares y sociales, abuso de drogas, y problemas psiquiátricos graves como depresión severa o problemas de ansiedad en los familiares (Sugaya et al., 2011).

La última dimensión de la salud familiar a considerar es el *afrontamiento familiar*. Afrontar un problema exige reconocerlo como tal, identificar las posibles alternativas para resolverlo, elegir la más adecuada y utilizar los recursos necesarios para llevarlas a cabo. Sin embargo vemos como las familias de alcohólicos suelen ocultar y negar la existencia del problema y, al no reconocerlo como tal, dejan de buscar ayuda y tratan de resolverlo con sus escasos recursos y conocimientos, lo que les suele llevar a adoptar soluciones inadecuadas que terminan por cronificar. Este estilo tolerante-inactivo se relaciona fuertemente con tensiones familiares, lo que dificulta la búsqueda de recursos externos para abordar la enfermedad (Leeet al., 2011).

Sin embargo, cuando dan el paso de buscar ayuda, existe una buena disposición al tratamiento o consejo profesional para desarrollar intervenciones de manejo del estrés y modificación de estilos de afrontamiento de los problemas. Ellos mismos expresan la

necesidad de recibir tratamiento, apoyo o consejo como consecuencia de su estado (Leeet al., 2011) y con el tratamiento adecuado pueden verse reducidos el gasto familiar y la carga de cuidado, aumentando la calidad de vida de estas personas (Salize, Jacke, Kief, Franz y Mann, 2013).

Discusión/Conclusiones

El objetivo de esta revisión era el de conocer los impactos del alcoholismo como acontecimiento vital estresante sobre la familia. Los resultados obtenidos se encuentran en la línea de otras investigaciones realizadas, aunque no se han encontrado revisiones que sistematicen de igual modo las dimensiones de la salud familiar. Entre las limitaciones del presente estudio están el número de bases de datos utilizadas para la búsqueda bibliográfica y la imposibilidad de hacer un análisis estadístico de los resultados. La principal fortaleza es la posibilidad de aglutinar los hallazgos en función de las dimensiones de la salud familiar afectadas, sintetizando resultados científicamente vigentes y de calidad. Conocer las dimensiones comprometidas de la salud familiar puede facilitar el abordaje de familias con algún miembro alcohólico, por lo que se considera necesario seguir profundizando en el tema por medio de estudios que constaten en nuestro contexto el impacto en la calidad de vida y salud familiar del alcoholismo, una entidad que trasciende el plano individual para afectar a otros miembros de la familia y a la familia como unidad.

Referencias

Cranford, J. A., Floyd, F. J., Schulenberg, J. E. y Zucker, R. A. (2011). Husbands' and wives' alcohol use disorders and marital interactions as longitudinal predictors of marital adjustment. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(1), 210-222.

Eiden, R. D., Molnar, D. S., Colder, C., Edwards, E. P. y Leonard, K. E. (2009). A conceptual model predicting internalizing problems in middle childhood among children of alcoholic and nonalcoholic fathers: The role of marital aggression. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*(5), 741-750.

French, M. T., Balsa, A. I. y Homer, J. F. (2009). The health effects of parental problem drinking on adult children. *Journal of Mental Health Policy and Economics, 12*(2), 55-66.

Kachadourian, L. K., Eiden, R. D. y Leonard, K. E. (2009). Paternal alcoholism, negative parenting, and the mediating role of marital satisfaction. *Addictive Behaviors, 34*(11), 918-927.

Keller, P. S., Gilbert, L. R., Koss, K. J., Cummings, E. M. y Davies, P. T. (2011). Parental problem drinking, marital aggression, and child emotional insecurity: A longitudinal investigation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*(5), 711-722.

Lee, K. M., Manning, V., Teoh, H. C., Winslow, M., Lee, A., Subramaniam, M. y Wong, K. E. (2011). Stress-coping morbidity among family members of addiction patients in Singapore. *Drug and Alcohol Review, 30*(4), 441-447.

Lima, J., Lima, M. y Sáez, Á. (2009). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enfermería Clínica, 19*, 280-283.

Lima, J., Lima, M., Jiménez, N. y Domínguez, I. (2012). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Revista Española de Salud Pública, 86*(5), 509-521.

Marcon, S. R., Rubira, E. A., Espinosa, M. M. y Barbosa, D. A. (2012). Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20*(1), 167-174.

Mattoo, S. K., Nebhinani, N., Kumar, B. A., Basu, D. y Kulhara, P. (2013). Family burden with substance dependence: a study from India. *The Indian Journal of Medical Research, 137*(4), 704.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. y Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine, 151*(4), 264-269.

Rognmo, K., Torvik, F. A., Røysamb, E. y Tambs, K. (2013). Alcohol use and spousal mental distress in a population sample: the nord-trøndelag health study. *BMC Public Health, 13*(1), 319-331.

Salize, H. J., Jacke, C., Kief, S., Franz, M. y Mann, K. (2013). Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. *Addiction, 108*(1), 62-70.

Sugaya, N., Haraguchi, A., Ogai, Y., Senoo, E., Higuchi, S., Umeno, M. y Ikeda, K. (2011). Family dysfunction differentially affects alcohol and methamphetamine

dependence: a view from the Addiction Severity Index in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 8*(10), 3922-3937.

Thomas, H. (2003). *Quality assessment tool for quantitative studies. Effective Public Health Practice Project.* McMaster University, Toronto.

Torvik, F. A., Rognmo, K., Ask, H., Røysamb, E. y Tambs, K. (2011). Parental alcohol use and adolescent school adjustment in the general population: Results from the HUNT study. *BMC Public Health, 11*(1), 706-716.

Valdés, L. M., Guerra, L. E., Díaz, M. R., Díaz, T. V. y Rivas, I. D. (2014). Caracterización del funcionamiento familiar en el paciente alcohólico. *Acta Médica del Centro, 8*(1), 22-28.

UTILIDADES DE LA HIPNOSIS EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Amador Cernuda-Lago

Universidad Rey Juan Carlos

Resumen

Antecedentes: La hipnosis es una intervención no invasiva y sin efectos secundarios cada vez más utilizada en el ámbito clínico debido a la creciente evidencia científica y a una mayor demanda por parte de la población y del personal sanitario. Su popularidad entre las mujeres con cáncer está aumentando debido a los numerosos estudios existentes. Este incremento en su utilización se debe a la búsqueda de alternativas por el aumento de costes y efectos secundarios de muchos tratamientos farmacológicos para el dolor. Numerosos estudios en los que se aplica la hipnosis en las enfermas de cáncer de mama muestran una mejoría y una disminución de los síntomas como el dolor. Mediante este estudio hemos querido comprobar esta efectividad en la población española. **Método:** Se trabajó con un grupo de 23 mujeres de una media de edad de 45 años, supervivientes de cáncer de mama. Se les aplicaron pruebas de control antes y después de las sesiones de hipnosis, y se les enseñó auto-hipnosis para garantizar su autonomía. **Resultados:** El 83% de las mujeres participantes en el estudio declararon un evidente aumento de su calidad de vida con la utilización de la hipnosis/autohipnosis. **Conclusiones:** Podemos afirmar que la hipnosis es un método psicofisiológico de intervención para ayudar a la mujer a regular y aliviar los síntomas derivados del tratamiento de cáncer de mama, reducir el dolor, los efectos adversos de la quimioterapia e incrementar la calidad de vida y los aspectos psicológicos positivos que van a optimizar el proceso de recuperación.

Palabras clave: Cáncer de mama, hipnosis, terapia cognitivo-conductual, auto-hipnosis.

USEFULNESS OF THE HYPNOSIS IN A PROGRAM OF COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION WITH PATIENTS WITH BREAST CANCER

Abstract

Background: The hypnosis is a not invasive intervention and without side effects increasingly used in clinical area due to the increasing scientific evidence and a major demand on the part of the population and of the sanitary people. His popularity between the women with cancer is increasing due to the numerous existing studies. This increase in his utilization is a consequence to the search of alternatives for the increase of costs and side effects of many pharmacological treatments for the pain. Numerous studies in which the hypnosis is applied in the patients of breast cancer show an improvement and a decrease of the symptoms as the pain. With this study we have wanted to verify this efficiency in the Spanish population. **Method:** This study was performed with a group of 23 women, average of age of 45 years, survivors of breast cancer. Tests of control were applied to them before and after the meetings hypnosis, and self-hypnosis was taught them to guarantee his autonomy. **Results:** 83% of the women participants in the study declared an evident increase in quality of life with the utilization of the hypnosis/self-hypnosis. **Conclusions:** We can affirm that the hypnosis is a psychophysiological method of intervention to help the woman to regulate and to relieve the symptoms derived from the treatment of cancer of breast, to reduce the pain, the adverse effects of the chemotherapy and to increase the quality of life and the psychological positive aspects that are going to optimize the process of recovery.

Keywords: Breast cancer, hypnosis, cognitive-behavioral therapy, self-hypnosis.

Introducción

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública por su incidencia en el mundo, así como por la repercusión que tiene en la vida de las mujeres afectadas y en los sistemas sanitarios que las atienden (Pollán et al., 2007).

En España, el cáncer de mama es el más frecuente de los tumores malignos en mujeres, representando casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino. Su incidencia es de 22.027 casos nuevos al año, siendo su diagnostico más frecuente en

edades comprendidas entre los 45 y los 65 años. La mortalidad por cáncer de mama es de 6.008 mujeres/año en España (Bouzinac., Delbos, Mazières, Rontes y Manenc, 2012; Coveney, Grieve y Kumar, 2011).

El tratamiento médico del cáncer de mama debe ser multidisciplinar con el fin de ofrecer al paciente la atención más adecuada a su situación, aumentando las posibilidades de curación y disminuyendo las secuelas y complicaciones potenciales. Aunque los tratamientos y diagnósticos del cáncer son cada vez más sofisticados, lo que se pone en evidencia en las altas tasas de supervivencia de los últimos años es que estos tratamientos también pueden causar efectos secundarios difíciles de tratar y a largo plazo pueden llegar a mermar la calidad de vida de los pacientes (Gulluoglu et al., 2006).

El dolor es el síntoma generador de mayor discapacidad y trastornos psicológicos en los pacientes con cáncer de mama. El dolor en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama puede tener distintos orígenes: puede ser debido a un efecto directo de la enfermedad (metástasis, enfermedad de Paget, cáncer inflamatorio) o como efecto secundario de las terapias convencionales, sobre todo en el caso de las intervenciones quirúrgicas y la radioterapia (Vadivelu, Schreck, López, Kodumudi y Narayan, 2008). Es posible que un paciente con cáncer sufra otro proceso que se acompañe de dolor, enfermedad coexistente con el cáncer, elevando la comorbilidad del paciente. Además, puede que su estado anímico, ansiedad o depresión, amplifique la percepción dolorosa (Bektas y Altin, 2010; Jensen et al., 2010; Wanchai, Armer y Stewart, 2010).

Existen múltiples definiciones de hipnosis de entre las que destaca la ofrecida por David Spiegel por su sencilla comprensión: “La hipnosis es, de hecho, un estado de atención altamente enfocado, con una constricción en la sensibilización periférica y una mayor capacidad de respuesta a las señales sociales” (Spiegel y Spiegel, 2004, p. 3).

Cuando se utiliza la hipnosis para reducir la intensidad del dolor, eliminarlo, cambiar la sensación percibida o aumentar la tolerancia del mismo, la técnica recibe el nombre de hipnoanalgesia o inducción hipnótica de analgesia (Gatlin y Schulmeister, 2007). Los hipnoterapeutas dan al paciente sugerencias sencillas para alterar su percepción del dolor. La autohipnosis es la utilización de técnicas hipnóticas por parte de los pacientes sin la supervisión de un hipnotista y de forma domiciliaria, de tal

manera que los pacientes puedan beneficiarse de los efectos analgésicos durante un largo periodo de tiempo.

Para preparar esta intervención realizamos una revisión sistemática de la literatura sobre la eficacia de la hipnosis en pacientes con cualquier tipo y estadio de cáncer de mama. Se realizó en las siguientes bases de datos: ACADEMIC SEARCH PREMIER, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), y MEDLINE simultáneamente a través del metabuscador EBSCOhost, y las bases de datos PsycINFO y SCOPUS de forma independiente. También se utilizó el metabuscador BRAIN (Buscador de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación). Por último, se realizaron búsquedas desde los buscadores con acceso libre desde internet: PubMed, The Cochrane Library y la Biblioteca Cochrane Plus. Un total de 8.070, de las cuales 1.630 publicaciones se encontraban entre enero 2003 y julio 2013.

Características de las intervenciones hipnóticas

Algunas de las intervenciones hipnóticas no se proporcionaron de forma aislada sino que iban acompañadas de otras intervenciones tales como la atención empática (Lang et al., 2006), psicoterapia grupal de apoyo expresivo y educación sobre la enfermedad. En el resto de estudios la hipnosis se proporcionó como una intervención de forma aislada (Nash y Tasso, 2010).

El procedimiento hipnótico difería según el objetivo del estudio. Estudios en los que se hacen sugerencias hipnóticas únicamente con el objetivo del alivio del dolor o hipnosis analgésica pura como tal, mientras que el resto de los estudios procuran atención a otros síntomas durante el guión de la intervención hipnótica como la ansiedad, fatiga o las náuseas entre otros. Además, en algunos casos se modificaron las sugerencias hipnóticas según las preferencias personales de los pacientes o sugerencias en función de los síntomas predominantes presentes, los cuales generan mayor afectación en cada paciente; sin embargo, en la mayoría de los estudios no vienen descritos ni mencionados los guiones hipnóticos utilizados.

El número de sesiones y la duración de las intervenciones dependieron del diseño del estudio y del tipo de pacientes. En la mayoría de estudios diseñados para el alivio del dolor quirúrgico los tiempos son de 15 minutos de intervención hipnótica, una hora previa a la cirugía. En dos estudios la intervención hipnótica se administró durante

la cirugía, por lo que el tiempo de la intervención varió entre los pacientes incluidos en ellos. Muchas de estas intervenciones se llevaron a cabo en una única sesión y no se llevó a cabo un seguimiento.

En el resto de los estudios se administraron varias sesiones hipnóticas. En el estudio de un caso se administró un total de 28 sesiones repartidas durante 1 año y medio, de las cuales realmente 5 estaban enfocadas a la disminución o eliminación del dolor crónico del brazo de la paciente. El tiempo de las sesiones en los estudios es de 90 minutos semanales durante un año de terapia hipnótica. Se administró al término de la sesión, en combinación con terapia grupal expresiva de apoyo y educación sobre la enfermedad previas. En otro estudio (Jensen et al., 2012), se dieron entre 4 a 5 sesiones de hipnosis para el dolor en los puntos predeterminados de seguimiento, en 5 de las 8 pacientes. Además, optaron por la posibilidad de realizar autohipnosis domiciliaria las veces que creyeran oportunas con la grabación de la primera sesión que se les entregó con ese fin. Uno de los ensayos clínicos aleatorios prestó autohipnosis domiciliaria a las pacientes asignadas al grupo de control, aportándoles material y recursos necesarios en forma de préstamos.

La duración total de los estudios fue muy variable. En general, los estudios que se sitúan en un contexto quirúrgico, no excedieron las 24 horas, hasta que el paciente es dado de alta, mientras que en el resto de estudios puede variar de 6 meses a 1 año y medio.

Un aspecto muy interesante a nivel de intervención clínica es la constatación de la disminución de los costes totales, utilización de analgésicos, tiempos de cirugía y recuperación (Montgomery et al., 2007).

La Autohipnosis

En el estudio de Jensen et al. (2012) las mujeres son instruidas para practicar autohipnosis durante los periodos de interevaluación. Al final del trabajo se evaluó la frecuencia de la práctica de autohipnosis en las 8 pacientes incluidas en su estudio y tan solo 1 de las 8 seguía practicando autohipnosis domiciliaria, aunque esta práctica no pudo relacionarse significativamente con la disminución de sus síntomas, entre los que no se encontraba el dolor.

En otro estudio (Butler et al., 2009) se ofrecía la posibilidad, a las mujeres que integraban el grupo control, de utilizar material prestado como CDs o libros para realizar autohipnosis domiciliaria con el fin de aumentar la adherencia en este grupo, lo que pudo sesgar el resultado de eficacia.

El objetivo de este estudio es comprobar, en la actualidad, los beneficios y utilidad de la hipnosis en la vida de las enfermas de cáncer de mama.

Método

Participantes

Se trabajó con un grupo de 23 mujeres de una media de edad de 45 años, supervivientes de cáncer de mama. Se les aplicaron pruebas de control antes y después de las sesiones de hipnosis, y se les enseñó auto-hipnosis para garantizar su autonomía.

Materiales

Para estudiar los cambios se utilizó el State Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1988). En un estudio realizado por Guillén-Riquelme y Buela-Casal (2011) la fiabilidad es 0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado, manteniendo que el STAI tiene unas adecuadas propiedades métricas, y el Profile of Mood States (POMS) de McNair, Lorr y Droppleman (1992). El estudio de Palacios (2011) considera que todas las escalas de la adaptación al castellano de este cuestionario tienen un índice satisfactorio de fiabilidad. El coeficiente para el total de ítems fue de 0,79.

Procedimiento y diseño

La duración de cada sesión fue aproximadamente de 1 hora. En dichas sesiones se aplicaron diferentes técnicas y temáticas (reestructuración cognitiva e inoculación al estrés).

Se realizaron dos sesiones semanales durante 4 meses.

Estudio experimental sin grupo control en el que se compara la situación basal al inicio del estudio con la respuesta al tratamiento.

Resultados

El 83% de las mujeres participantes en el estudio declararon un evidente aumento de su calidad de vida con la utilización de la hipnosis/autohipnosis. A nivel objetivo los datos que nos ofrecen los test aplicados son evidentes: el estado de humor mejora y un factor como el vigor aumenta, lo que a nivel físico significa que se alivian los síntomas y la ansiedad se reduce.

En este estudio el 69% de las participantes ha adoptado la autohipnosis como una disciplina de mejora de su vida.

Discusión/Conclusiones

Con las experiencias acumuladas recomendamos la hipnosis como método psicofisiológico de intervención para ayudar a la mujer a regular y aliviar los síntomas derivados del tratamiento de cáncer de mama, coincidiendo con los resultados de estudios realizados en otros países.

La hipnosis tiene el potencial necesario para ser considerada una herramienta de tratamiento fiable y eficaz para disminuir el dolor y otros síntomas, mejorando la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo la cantidad de efectos secundarios por el consumo de fármacos y rebajando los costes en los sistemas sanitarios. No obstante, es necesario realizar estudios con muestras más amplias de pacientes.

A pesar de la creciente literatura que apoya su uso sigue siendo un tratamiento infrautilizado y su integración en el ámbito clínico está aún muy limitada. Las razones por las que la hipnosis no parece tener el papel que se merece entre los procedimientos de tratamiento habitual del cáncer de mama son los siguientes:

- Misticismo histórico.
- Creencias populares.
- No acuerdo en definición y diferenciación de otras terapias como la relajación.
- Falta de formación profesional.
- Escasez y mal diseño de ensayos clínicos, evidencia limitada.

La mayoría de los estudios revisados para realizar este proyecto no describen un protocolo, la intervención hipnótica aparece aplicada en combinación con otras técnicas mente-cuerpo, y las características de las intervenciones son muy heterogéneas. El número de pacientes en el estudio es insuficiente. No suele existir un grupo control con

el que comparar y por lo tanto la idea de que este tratamiento proporciona un claro beneficio para los pacientes con cáncer de mama, por el momento, no están basados en la evidencia de datos fiables.

Para llevar el uso de la hipnosis a la práctica clínica estandarizada es necesario seguir contribuyendo en la caracterización y en la estandarización de la técnica junto con la investigación rigurosa para demostrar su seguridad, mecanismo de acción y su eficacia.

Referencias

Bektas, H y Altin, A. (2010). P120 Pain management in cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, *14*(Supl. 1), 61–62.

Bouzinac, A., Delbos, A., Mazières, M., Rontes, O. y Manenc, J.L. (2012). Hypnosis and ultrasound-guided paravertebral block in breast cancer surgery. *Annales françaises d'anesthesie et de reanimation*, *31*(7-8), 644-645.

Butler, L.D., Koopman, C., Neri, E., Giese-Davis, J., Palesh, O., Thorne-Yocam, K.A. y Spiegel, D. (2009). Effects of supportive-expressive group therapy on pain in women with metastatic breast cancer. *Health Psychology, 28*, 579–587.

Coveney, E., Grieve, M. y Kumar, B. (2011). Impact of therapeutic hypnosis on pain and anxiety in patients undergoing breast cancer surgery. *European Journal of Surgical Oncology*, *37*(11), 1002.

Gatlin, Ch. y Schulmeister, L. (2007). When medication is not enough: Nonpharmacologic management of pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *11*(5), 699-704.

Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema, 23*(3), 510-515.

Gulluoglu, B.M, Cingi, A., Cakir, T., Gercek, A., Barlas, A. y Eti, Z. (2006). Factors related to post-treatment chronic pain in breast cancer survivors: The interference of pain with life functions. International *Journal of Fertility and Women's Medicine, 51*(2), 75–82.

Jensen, M.P., Chang, H-Y, Lai, Y-H, Syrjala, K.L., Fann, J.R., Gralow, J.R. (2010). Pain in long-term breast cancer survivors: Frequency, severity, and impact. *Pain Medicine, 11*, 1099–1106.

Jensen, M.P., Gralow, J.R., Braden, A., Gertz, K.J., Fann, J.R. y Syrjala, K.L. (2012). Hypnosis for symptom management in women with breast cancer: a pilot study. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 60*(2), 135–59.

Lang, E.V., Berbaum, K., Faintuch, S., Hatsiopoulou, O., Halsey, N., Li, X. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain, 126*, 155–64.

McNair, D., Lorr, M. y Droppleman, L. (1992). *Manual for Profile of Mood States*. San Diego. CA: Educational and Industrial Testing Service.

Montgomery, G.H., Bovbjerg, D.H., Schnur, J.B., David, D., Goldfarb, A. y Weltz, C.R. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *Journal of the National Cancer Institute, 99*, 1304–12.

Nash, M.R. y Tasso, A. (2010). The effectiveness of hypnosis in reducing pain and suffering among women with metastatic breast cancer and among women with temporomandibular disorder. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 58*(4), 497-504.

Palacios, M. (2011). *Aspectos psicosociales aplicados a la formación en jóvenes deportistas a través de las nuevas tecnologías*. Tesis Doctoral. Universidad de El País Vasco.

Pollán, M. García-Mendizabal, M.J., Pérez-Gómez, B. Aragonés, N., Lope, R. y Pastor, V. (2007). Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. *Psicooncología, 4*(2-3), 231-248.

Spiegel H. y Spiegel D. (2004). *Trance and treatment: clinical uses of hypnosis* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1988). STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Madrid: TEA Ediciones.

Vadivelu, N., Schreck, M., Lopez, J., Kodumudi, G. y Narayan, D. (2008). Pain after Mastectomy and Breast Reconstruction. *The American Surgeon, 74*(4), 285-96.

Wanchai, A., Armer, J. y Stewart, B., (2010). Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer: A systematic review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *14*(4), 45-55.

RELACIONES ENTRE EL NEUROTICISMO Y LA ANSIEDAD COGNITIVA EN SUPERVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA

Francisco García-Torres y Francisco J. Alós

Departamento de Psicología. Universidad de Córdoba / Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) / Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (España)

Resumen

Antecedentes: el neuroticismo es la dimensión de personalidad que más se ha estudiado en los pacientes con cáncer. Estudios previos aportan datos de relaciones entre el neuroticismo y aspectos clave en la supervivencia al cáncer, como la depresión, la calidad de vida, la fatiga, la presencia de pensamientos intrusivos y la ansiedad. En relación con la ansiedad, existe poca información acerca de qué tipo de ansiedad es la que más se relaciona con el neuroticismo. **Método:** en este estudio se aplicó el cuestionario de personalidad de Eysenck revisado, versión en castellano, (EPQ-R) para recoger información sobre el neuroticismo y el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA), instrumento que evalúa la ansiedad desde un punto de vista triple: cognitiva; fisiológica y motora a un grupo de 25 mujeres supervivientes al cáncer de mama pertenecientes a una asociación contra el cáncer de la ciudad de Córdoba. **Resultados:** las supervivientes obtuvieron valores dentro de la normalidad en las medidas de neuroticismo y ansiedad. Al evaluar las relaciones entre el neuroticismo y la ansiedad, los resultados obtenidos muestran correlaciones entre el neuroticismo y la ansiedad cognitiva, pero no existen relaciones con la ansiedad de tipo fisiológico y motor. Además, el neuroticismo solamente predecía las medidas de ansiedad cognitiva, no siendo así con la ansiedad de tipo fisiológico ni motor. **Conclusiones:** los resultados confirman las relaciones entre el neuroticismo y la ansiedad en este grupo de pacientes, y además las relaciones más fuertes se observan entre el neuroticismo y la ansiedad de tipo cognitivo.

Keywords: Cáncer de mama, oncología, neuroticismo, ansiedad cognitiva, supervivientes.

RELATIONS BETWEEN NEUROTICISM AND COGNITIVE ANXIETY IN BREAST CANCER SURVIVORS

Abstract

Background: Neuroticism is the personality dimension most widely studied in cancer patients. Previous studies have provided data about relationships between neuroticism and key aspects of cancer survival such as depression, quality of life, fatigue, intrusive thoughts and anxiety. In relation with anxiety, there is few information about what type of anxiety is the most related with neuroticism. **Method:** In this study, Eysenck personality questionnaire revised spanish version (EPQ-R) was applied, to collect information about neuroticism. And the inventory of anxiety situations and responses (ISRA), instrument that assess anxiety in a triple way: cognitive; physiological and motor was applied to a group of 25 breast cancer survivors of an association against the cancer in the city of Cordoba. **Results:** Survivors shows values within normality in neuroticism and anxiety measures. When relationships between neuroticism and anxiety were tested, the results obtained shows correlations between neuroticism and cognitive anxiety, but no correlations were obtained between neuroticism and physiological and motor anxiety. Furthermore, neuroticism predicts cognitive anxiety only, not physiological and motor anxiety. **Conclusions:** The results confirm the relationships between neuroticism and anxiety in this patient group, and furthermore the strongest relations are observed between neuroticism and cognitive anxiety.

Keywords: Breast cancer, oncology, neuroticism, cognitive anxiety, survivors.

Introducción

De todas las dimensiones de personalidad, el neuroticismo es la que ha recibido más atención por los investigadores en diferentes estudios con pacientes de cáncer. Por ejemplo, Gudbergsson, Fossa y Dahl (2008) aportan datos de altos niveles de neuroticismo en las supervivientes al cáncer de mama, datos confirmados por Wang et al (2013), aunque por otro lado Fisher (1995), no observa diferencias en neuroticismo con la población general en

este grupo de pacientes. A pesar de esta disparidad de resultados, el neuroticismo es la dimensión que se ha mostrado como más relevante debido a sus asociaciones con diferentes aspectos relacionados con la supervivencia al cáncer de mama como la depresión (Den Oudsten, Van Heck, Van der Steeg, Roukema y De Vries, 2009; Golden-Kreutz y Andersen, 2004; Van Esch, Roukema, Ernst, Nieuwenjuijzen y De Vries, 2012) una peor calidad de vida (Härtl et al., 2010; Van der Steeg, De Vries y Roukema, 2010), la presencia de fatiga (Michielsen, Van der Steeg, Roukema y De Vries, 2007; Sugawara et al., 2005) y pensamientos intrusivos (Matsuoka et al., 2005). Además el neuroticismo se ha postulado como un adecuado predictor de la ansiedad y del trastorno del estrés postraumático en pacientes con cáncer (Dahl, 2010; Van Esch, et al, 2012). Sin embargo, las medidas de ansiedad utilizadas más habituales en este tipo de estudios, son las que conceptualizan la ansiedad como rasgo o como estado (De Vries y Van Heck, 2013; Van Esch et al., 2012) aunque según algunos autores la ansiedad se puede entender desde una triple aproximación cognitiva, fisiológica y motora (Lang, 1968). Además, estos sistemas de ansiedad son independientes y pueden responder de forma desincronizada entre sí, lo que se conoce como fraccionamiento de respuesta (Hughdal, 1981). Por lo tanto parece adecuado intentar establecer las relaciones entre el neuroticismo y los distintos sistemas de ansiedad y evaluar la capacidad predictiva de este rasgo de ansiedad sobre dichos sistemas, para logar una mayor comprensión de cómo se relacionan estas variables en las supervivientes al cáncer de mama.

Método

Participantes

En el presente estudio participaron 25 mujeres que habían sido diagnosticadas de cáncer de mama y cuyo tratamiento ya había finalizado. La media de edad en este grupo fue de 58,60 (*DT* = 8,01). Todas las participantes habían sido sometidas a más de un tratamiento, siendo la mastectomía con un 80% el más frecuente, seguido de la quimioterapia con un 69% y la radioterapia con un 44%. El tiempo desde la finalización del tratamiento osciló entre 1 – 20 años, con una media de 7,44 (*DT*= 5.99).

Instrumentos

Las participantes rellenaron en primer lugar un cuestionario que recogía información de tipo sociodemográfico: edad, estado civil, escolarización y estado laboral. Además de información sobre el tipo de tratamiento al que habían sido sometidas y el tiempo desde la finalización del mismo. Posteriormente, las participantes cumplimentaron la versión completa del Cuestionario de Personalidad de Eysenck versión revisada en castellano (EPQ-R) que evalúa las tres dimensiones de la Personalidad propuestas en la teoría de Eysenck: extraversión, neuroticismo y psicoticismo (Ortet, Ibáñez, Moro y Silva, 2008). La escala de neuroticismo muestra adecuados índices de fiabilidad (0,86) y las correlaciones entre las diferentes escalas no superan el 0,20 (Ibáñez, 1997). Las puntuaciones directas obtenidas se transforman en puntuaciones T y se colocan en la siguiente escala: 1-35 muy bajo; 36-45 bajo; 46-55 promedio; 56-65 alto y 66-99 muy alto. Además las participantes cumplimentaron el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Este instrumento evalúa la ansiedad en tres sistemas independientes: cognitiva (pensamientos y sentimientos de preocupación o inseguridad), fisiológica (palpitaciones, taquicardia o tensión muscular) y motora (respuestas de escapa y evitación).

El inventario tiene un formato de situación-respuesta y mide la frecuencia de las respuestas de ansiedad en cada sistema por separado. Las propiedades psicométricas del instrumento son adecuadas para su uso en población española (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999).

Procedimiento

Para llevar a cabo este estudio se contactó con una Asociación contra el cáncer de la ciudad de Córdoba (España). Después de recibir la aprobación por parte del comité ético de la Asociación para realizar el estudio, se proporcionaron los criterios de inclusión y exclusión a los profesionales de la Asociación que contactaron con las posibles participantes. Si las posibles participantes estaban interesadas en formar parte del estudio, se ponían en contacto por vía telefónica con los investigadores responsables para realizar la recogida de datos. Antes de comenzar a rellenar los cuestionarios, todas las participantes rellenaron un consentimiento informado que garantizaba la confidencialidad de los

resultados. Una vez recogidos los datos se tabularon para su análisis estadístico utilizando el programa SPSS versión 21.0

Diseño

En este estudio se aplicó un diseño ex post facto retrospectivo de grupo único (Montero y León, 2007).

Resultados

En las distintas variables de tipo sociodemográfico, las participantes obtuvieron los siguientes resultados: La media de edad fue de 58,64 (*DT* = 8,01) años. Del total, 72% estaban casadas, 16% solteras, 8% viudas y 4% separadas. En educación, una gran mayoría (76%) tenían estudios primarios, un 16% secundarios, y un 8% universitarios. En el estado laboral, una gran parte de las participantes estaba jubilada (60%), un 36% desempleada, y un 4% empleada. En la dimensión de personalidad de neuroticismo, la puntuación T obtenida fue de 47,24 (*DT* = 9,07). En las medidas de ansiedad las participantes obtuvieron los siguientes resultados: en ansiedad cognitiva la media fue de 79,93 (*DT*= 34,61), en ansiedad fisiológica la puntuación obtenida fue de 45,84 (*DT* = 36,63), y en ansiedad motora la media fue de 36,12 (*DT* = 28,09). Todas las puntaciones se encontraron dentro de los baremos normales. Posteriormente se analizaron las correlaciones entre el neuroticismo y las medidas de ansiedad. Los resultados muestran una relación significativa del neuroticismo con la ansiedad de tipo cognitivo ($r(25) = 0,40$; $p < 0,05$), relación que no se observa con los restantes sistemas de ansiedad: fisiológico ($r(25) = 0,05$; $p = 0,39$) y motor ($r(25) = 0,14$; $p = 0,49$). Además se puso a prueba la capacidad predictiva del neuroticismo sobre la ansiedad de tipo cognitivo observando que el modelo era significativo ($\beta = 0,40$; $t(24) = 2,11$; $p < 0,05$), sin embargo el neuroticismo no predecía la ansiedad fisiológica ($\beta = 0,39$; $t(24) = 2,04$; $p = 0,53$), ni la ansiedad de tipo motor ($\beta = 0,14$; $t(24) = 0,68$; $p = 0,49$).

Discusión/Conclusiones

El neuroticismo es uno de los rasgos de personalidad que más consistentemente se ha asociado a diferentes aspectos relacionados con la supervivencia al cáncer de mama,

como la depresión, la calidad de vida, la fatiga o la ansiedad (Den Oudsten et al., 2009; Golden-Kreutz y Andersen, 2004; Härtl et al., 2010; Michielsen et al., 2007; Sugawara et al., 2005; Van der Steeg et al., 2010; Van Esch et al., 2012). Sin embargo, el estudio de la ansiedad en este grupo de pacientes ha sido predominantemente como rasgo o como estado (De Vries y Van Heck, 2013; Van Esch et al., 2012), por este motivo se planteó la necesidad de evaluar las relaciones entre el neuroticismo y la ansiedad entendida desde una triple aproximación; cognitiva, fisiológica y motora. Los resultados obtenidos en un grupo de mujeres que habían padecido un cáncer de mama muestran unos niveles de neuroticismo y ansiedad dentro de la normalidad, datos que sugieren un buen ajuste psicológico en las supervivientes. Es necesario señalar, sin embargo, que estos datos pueden estar influenciados por el amplio rango de tiempo transcurrido desde el final del tratamiento en la muestra (1- 20 años) ya que habitualmente se observan mejoras en el ajuste psicológico de las supervivientes con el transcurso del tiempo (Bang et al., 2005; Geinitz et al., 2004; Iconomou, Mega, Koutras, Iconomou, y Kalofonos, 2004; Jadoulle et al., 2006). Por otro lado, se hallaron relaciones significativas entre el neuroticismo y la ansiedad de tipo cognitivo, relaciones que no se obtuvieron con los dos tipos restantes de ansiedad, la fisiológica y motora. Además, los análisis de regresión lineal realizados confirman la capacidad predictiva del neuroticismo sobre la ansiedad cognitiva, datos similares a los propuestos por autores previos (Van Esch et al., 2012), sin embargo, el neuroticismo no se relaciona linealmente con la ansiedad fisiológica ni con la motora, resultados que deben tenerse en consideración en el momento de establecer las relaciones entre el neuroticismo y la ansiedad en este grupo de pacientes. Estos resultados pueden ser útiles para lograr una mayor comprensión de los aspectos psicológicos que permanecen afectados en las supervivientes al cáncer de mama. Sin embargo, es necesario señalar algunas limitaciones de este estudio. En primer lugar, el tamaño muestral es limitado, lo que afecta a la generalización de los resultados, que deben confirmarse con una muestra de supervivientes más amplia. En segundo lugar, la variabilidad existente entre el tiempo desde la finalización del tratamiento en las supervivientes debe ser controlado, para lograr una comprensión más ajustada de las consecuencias psicológicas de la enfermedad, además el instrumento utilizado, el ISRA, debe ser validado en pacientes con cáncer, aunque

muestra una adecuada validez convergente con instrumentos ampliamente utilizados en pacientes con cáncer, como el STAI (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999), este es un aspecto a tener en cuenta en el momento de interpretar los resultados de este estudio. Finalmente, para futuros trabajos se recomienda el diseño de estudios que tengan en cuentan estas limitaciones y que amplíen el espectro de tipos de cáncer incluidos para poner a prueba las relaciones entre el neuroticismo y este tipo de ansiedad cognitiva en pacientes de varios tipos de cáncer.

Conclusiones

Los resultados que se aportan en este estudio resaltan la importancia de tener en cuenta las relaciones existentes entre el neuroticismo y la ansiedad cognitiva en las supervivientes al cáncer de mama, por delante de la ansiedad de tipo fisiológico y motor.

Referencias

Bang, S. M., Park, S. H., Kang, H. G., Jue, J. I., Cho, I. H., Yun, Y. H., Cho, E. K., Shin, D. B. y Lee, J. H. (2005). Changes in quality of life during palliative chemotherapy for solid cancer. *Supportive Care in Cancer, 13*, 515–521.

Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea, 6*, 14-21.

Dahl, A. A. (2010). Link between personality and cancer. *Future oncology, 6*, 691-707.

De Vries, J. y Van Heck, G. L. (2013). Development of a short version of the Dutch version of the Spielberg STAI trait anxiety scale in women suspected of breast cancer and breast cancer survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*, 215-226.

Den Oudsten, 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. *Psycho-Oncology, 18*, 1230-1237.

Fisher, S. M. (1995). Personality characteristics and breast cancer. *Dissertation Abstract International: Section B. The Sciences and Engineering, 55*, 2646.

Geinitz, H., Zimmermann, F. B., Thamm, R., Keller, M., Busch, R. y Molls, M. (2004). Fatigue in patients with adjuvant radiation therapy for breast cancer: long-term follow- up. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology, 130*, 327–333.

Golden-Kreutz, D. M. y Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life events. *Psycho-Oncology, 13*, 211-220.

Gudbergsson, B., Fossa, S. D. y Dahl, A. A. (2008). Is cancer survivorship associated with reduced work engagement? A NOCWO study. *Journal of Cancer Survivorship, 2*, 159-168.

Härtl, K., Engel, J., Herschbach, P., Reinecker, H., Sommer, H. y Friese, K. (2010). Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psycho-Oncology, 19*, 160-169.

Hughdal, K. (1981). The three-systems model of fear and emotion: a critical examination. *Behavior Research and Therapy, 19*, 75-85.

Ibáñez M. (1997). *Primeros datos de la versión en castellano del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R).* Recuperado el 3 de Septiembre de 2012, de http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi1/eysenck.pdf

Iconomou, G., Mega, V., Koutras,. A., Iconomou, A. V. y Kalofonos, H. P. (2004). Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. *Cancer, 101*, 404-411.

Jadoulle, V., Rokbani, L., Ogez, D., Maccioni, J., Lories, G., Bruchon-Schweitzer, M. y Constant, A. (2006). Coping and adapting to breast cancer: a six-month prospective study. *Bulletin du Cancer, 93*, 67-72.

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J. M. Shlien (Ed), *Research in psychotherapy* (vol. 3). Washington, D. C: American Psychological Association.

Matsuoka, Y., Inagaki, M., Sugawara, Y., Imoto, S., Akechi, T. y Uchitomi, Y. (2005) Biomedical and psychosocial determinants of intrusive recollections in breast cancer survivors. *Psychosomatics, 46*, 203-211.

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. *Supportive Care in Cancer, 15*, 1067-1073.

Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for name research studies in Psychology. *International Journal of Clinical Health and Psychology, 7*, 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., Matsuoka, Y., Nakano, T., Inagaki, M., Imoto, S., Fujimori, M., Hosaka, T. y Uchitomi, Y. (2005). Ocurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. *Supportive Care in Cancer, 13*, 628-636.

Van der Steeg, A. F., De Vries, J. y Roukema, J. A. (2010). Anxious personality and breast cancer: posible negative impact on quality of life after breast-conserving therapy. *World Journal of Surgery, 34*, 1453-1460.

Van Esch, L., Roukema, J. A., Ernst, M. F., Nieuwenhuijzen, G. A. y De Vries, J. (2012). Combined anxiety and depressive symptoms before diagnosis of breast cancer. *Journal of Affective Disorders, 136*, 895-901.

Wang, S. H., He, G. P., Jiang, P. L., Tang, L. L., Feng, X., Zeng, C. y Wang, G. F. (2013). Relationship between cancer-related fatigue and personality in patients with breast cancer after chemotherapy. *Psycho-Oncology, 22*, 2386-2390.

CASO CLÍNICO: NIÑO CON TEL-TEA. INTERVENCIÓN DURANTE CINCO AÑOS

Mª del Sol Fortea-Sevilla y Mª Olga Escandell-Bermúdez

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Resumen

Estudio longitudinal de caso único con intervención entre los 2 y 7 años. Inicialmente la familia informa que "evita contacto con iguales y otros comportamientos atípicos". Estos comportamientos han sido observados también en la escuela infantil. Los padres cumplimentan los Cuestionarios Evolutivo, Familiar, Evaluación de la Comunicación y el Cuestionario del Desarrollo Comunicativo y Social de la Primera Infancia (MCHAT/ES). El resultado del MCHAT/ES indica administrar Entrevista para el Diagnóstico de Autismo-Revisada (ADIR) y Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet-Lezine-Revisada (BLR) cuyos resultados informan de sintomatología autista (TEA), desarrollo promedio en las escalas postural y cognitiva, y retraso en las de lenguaje y social. Se inicia programa de atención temprana diario, orientación familiar y escolar. Se sigue el programa de Carolina del Norte para el Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y alteraciones comunicativas (TEACCH). Los resultados obtenidos son muy positivos, con adquisición del lenguaje oral e inicio de la escolarización en aula ordinaria con apoyos. Se continúa intervención centrada en las áreas de lenguaje e interacción social y evaluaciones periódicas. Con 3,4 años se administran la Escala de Observación Directa de Autismo (ADOS), el PLON-R (3 años), el Test de Vocabulario en Imágenes (PPVT-III) y las Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños, con resultados de inteligencia promedio, ausencia de sintomatología autista y sospecha de trastorno específico del lenguaje (TEL). Con 5,8 años se administra el Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA), tareas de falsa creencia, PPVT-III y PLON-R. Los resultados informan de dificultades de comprensión e interacción socioemocional. Se mantiene sintomatología de TEL. Con siete años, nueva revisión dada la inflexibilidad cognitiva y déficit socioemocional. Continua tratamiento individual y grupal centrado en la mejora de las habilidades lingüísticas y socioemocionales. Se observa claramente relación de continuidad entre síntomas de TEA y TEL.

Palabras clave: Trastorno específico del desarrollo del lenguaje, trastorno del espectro el autismo, diagnóstico, intervención.

CASE REPORT: CHILD WITH SLI-ASD. INTERVENTION FOR FIVE YEARS

Abstract

Longitudinal single case study with intervention from 26 months to 7 years. Initially the family reports that "avoids contact with their peers and other atypical behaviors". These behaviors have also been observed in children's school. Parents answer to Evolutionary and Family Questionnaires, Communication Assessment, and Communicative and Social Development of Early Childhood (MCHAT/ES). Later, Interview for Diagnosis of Autism-Revised (ADIR) and Psychomotor Development Early Childhood Scale Brunet-Lezine-Revised (BLR) is administered. Outcomes reports the autistic spectrum (ASD) and typical development in postural and cognitive scales, and delay in language and social scales. A program of early intervention with a frequency of a daily session of 45 minutes and family counseling and child is initiated. The TEACCH program is present throughout the procedure. The results are very positive. The oral language is acquired and he is enrolled in regular classrooms with support. Intervention focused on stimulating the areas of language and social interaction continues. Periodic assessments are made. At 3.4 years old, Autism Direct Observation Scale (ADOS), the PLON-R (3 years), Vocabulary Picture Test (PPVT-III) and McCarthy Scales were administered. Normal intelligence, absence of symptoms of ASD and suspicion of specific language impairment (SLI) are obtained. At 5.8 years old, the Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA) and false-belief tasks; again administered the PPVT-III and PLON-R (5 years) was administered. The results reported difficulties in understanding and social-emotional interaction. SLI symptomatology it remains. At seven years old, we proceed to further review because the child begins to show signs of cognitive inflexibility and socioemotional deficits. Treatment focused on improving language and emotional skills is continued. Individual and group treatment (two single sessions and a weekly session respectively) is continuous. Observed the continuity between symptoms of ASD and SLI.

Keywords: Specific language impairment, autism spectrum disorder, diagnosis, intervention.

Identificación del paciente

Varón de 26 meses, el mayor de dos hermanos, consulta por primera vez porque no interactuaba con sus iguales en la escuela infantil. Actualmente tiene siete años, está escolarizado en segundo de Educación Primaria, en aula ordinaria con apoyo a sus necesidades educativas especiales. Familia de clase media, padres con estudios superiores. Sus padres están separados y los hijos viven con la madre. El padre tiene régimen de visitas semanales.

Análisis del motivo de consulta

En la escuela infantil observaron dificultades atencionales, daba vueltas continuamente, escaso contacto ocular, ausencia de lenguaje, de protoimperativos y protodeclarativos, no orientación hacia personas, no relaciones con iguales, juego solitario repetitivo. Destacaban memoria excepcional para imágenes, números. Ante esta situación, los padres solicitan valoración y diagnóstico psicológico en Centro de Psicología Infantil.

Historia del problema

Embarazo normal, parto a término, sin problemas. Desarrollo primer año normal. Lactancia materna, dormía y comía bien, lloraba poco. Caminó a los 12 meses. Primeras palabras a los 12 meses sin evolución posterior. Padeció síndrome febril, herpes y otitis durante el primer año. Cuidadora principal la madre.

Análisis y descripción de las conducta problema

No se describen conductas problemáticas salvo falta de comunicación social y de respuesta a las llamadas de los adultos, ausencia del lenguaje oral. Los padres lo describen como demasiado tranquilo, parece que entiende lo que le dicen pero “se hace el sordo”. Tratamos de delimitar en qué medida entiende el lenguaje oral y cuales son las causas que impiden la expresión a través del lenguaje oral. También debemos analizar el juego.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Centradas exclusivamente en el niño para mejora de las áreas de desarrollo conductual, cognitiva, lenguaje/comunicación y socioemocional. A partir de los cinco años se hace partícipe a su hermano, 18 meses menor, para que aprendan a jugar juntos y poder practicarlo en contexto familiar.

Se enseñan estrategias a la familia para mejorar la comunicación con el niño, así como comprender la naturaleza del trastorno que presenta y la importancia de los apoyos visuales.

Cuando empieza el colegio se establece coordinación con el mismo. Proponemos programa de intervención de dos sesiones semanales, una individual y otra en grupo. Los objetivos por áreas son:

- Conducta: atender órdenes que impliquen más de una acción; mantener atención en actividad; usar la mirada en situaciones sociales; eliminar conductas disruptivas; fomentar hábitos de trabajo adecuados.
- Cognitiva: generalizar coordinación óculo-manual y juego funcional; secuenciar temporalmente; desarrollar juego simbólico por sustitución.
- Comunicación-lenguaje: generalizar conductas de señalado, integrando contacto visual y vocalización; desarrollar capacidades de referencia conjunta; hacer actos declarativos; aumentar vocabulario.
- Socioemocional: reconocer emociones básicas en otros y responder adecuadamente a los intentos de otros; desarrollar habilidades sociales y juegos de cooperación; mejorar calidad de los acercamientos sociales.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Inicialmente, los objetivos son dotarle de habilidades básicas para adquirir el lenguaje oral, adquirir pautas comunicativas y controlar conductas disruptivas.

En el momento actual, los objetivos programados son los siguientes:

- Conducta: eliminar frustración ante determinadas situaciones y lograr autocontrol conductual (en todos contextos).
- Cognitiva: secuenciar estructuras temporal y espacialmente.

- Lenguaje-comunicación: generalizar correcta expresión y fluidez verbales, adquirir pautas narrativas, mejorar comprensión de información desconocida reforzando contacto ocular espontaneo en narración y conversación.
- Socioemocional: desarrollar juegos cooperativos y generalizarlos a situaciones cotidianas.

Selección de tratamientos adecuados

La metodología empleada se encuadra dentro del marco teórico cognitivo-conductual, en sesiones de trabajo individual y grupal. Desde los inicios, el programa TEACCH (Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y discapacidades de Comunicación relacionadas; Schopler, Mesibov y Hearsey, 1995) se extiende a todos los contextos de socialización del niño, especialmente en la familia durante los primeros años, y posteriormente se intenta en la escuela, con poco éxito.

Orientación y asesoramiento continuo a la familia individual y en escuelas de familia.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados

Inicialmente se lleva a cabo una recogida sistemática de datos observacionales en contextos escolar y familiar, a través de los siguientes instrumentos: Evolutivo y Familiar (García y Magaz, 1998), Inventario para evaluación del juego (Gómez, López y López, (1999), Evaluación de la Comunicación (Dewart y Summers, 1988). En primera consulta, se realiza entrevista semiestructurada con padres y administramos las siguientes escalas e instrumentos: Cuestionario del Desarrollo Comunicativo y Social en la Infancia (MCHAT/ES, Canal et al., 2011), con una sensibilidad de 1, una especificidad de 0.98, un valor predictivo positivo de 0,35 y un valor predictivo negativo de 1; la Entrevista Diagnóstica de Autismo (ADIR, Rutter, Le Couteur y Lord, 2006), con una fiabilidad media de 0,91 y validez diagnóstica altas (Lord, Rutter y Le Couter, 1994). y Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet-Lézine-Revisado (BLR, Brunet y Lezine, 1997), con una fiabilidad interna entre 0,69-0,87 y poca validez interna entre escalas (0,24-0,67). Se llevó a cabo una reunión con el equipo educativo de la escuela infantil. El M-CHAT/ES informa de dificultades en la comunicación social (11 puntos). La ADIR informa de alteraciones en la interacción social recíproca (15 puntos), alteraciones en la comunicación (9 puntos) y patrones de

comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados (4 puntos). La BLR (administrada con 31 meses y 19 días) aporta una edad de desarrollo de 26 meses y 12 días; psicomotor, 27 meses; cognitiva, 30 meses; lenguaje y socialización, 24 meses.

A los 3 años y 4 meses: Prueba de Lenguaje Oral de Navarra (PLON-R, 3 años, Aguinaga, Armentia, Fraile y Olangua, 2005), fiabilidad de 0,81 y validez de 0,687, significativo p<0,1; Test de Vocabulario en Imágenes PEABODY (PPVT-III, de Dunn, Dunn y Arribas, 2006), fiabilidad de .95 y validez predictiva alta; las Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños (MSCA, McCarthy, 2006), fiabilidad 0,94, y validez concurrente y predictiva, de moderada-alta; y Escala de Observación Directa de Autismo (ADOS, Módulo 1, de Lord, Rutter, DiLavore y Risi, 2008), fiabilidad 0,91 y sensibilidad y especificidad diagnóstica muy elevadas (Lord et al., 2000). La ADOS descarta alteraciones cualitativas en comunicación, interacción social recíproca, juego y comportamiento. La PLON-R informa de desarrollo normal en *Contenido* y *Uso*, y falla en la *Forma*. El PPVT-III le sitúa en un rango de desarrollo del vocabulario normal.

Las MSCA, informan de Índice General Cognitivo promedio (IGC=97). En la Escala Verbal su ejecución es inferior al promedio.

Con 5 años y 8 meses: Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA, Kirk, McCarthy y Kirk, 2004), fiabilidad entre 0,74 y 0,90 y validez elevada; de nuevo la PPVT-III y la PLON-R. Además realizamos tarea de ordenación de historias de diferente contenido. El ITPA concluye con una edad psicolingüística similar a su edad cronológica (EPL=5;4 años). La PLON-R (5 años) informa de la necesidad de mejorar en el desarrollo del lenguaje oral (retraso en morfosintaxis, normal en contenido semántico y necesita mejorar en el uso narrativo). La PPVT-III informa de desarrollo normal del vocabulario (edad equivalente=5;11 años; PC=55; CI=102). En cuanto a la ordenación de "historias", realiza correctamente las secuencias de contenido mecánico, conductual, pero falla en las de contenido intencional.

Inicialmente se observaban síntomas propios del trastorno autista (TEA) según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2003) pero a medida que avanza la intervención, dichos síntomas van desapareciendo y mostrando únicamente los síntomas de un trastorno específico del desarrollo del lenguaje tipo disfasia. En última revisión se aprecian dificultades de comprensión de estados emocionales, fallo en teoría de la mente y

algunos comportamientos que hacen pensar en inflexibilidad mental. Estas observaciones plantean de nuevo la sospecha de un TEA aunque consideramos que son consecuencia directa del TEL.

Aplicación de tratamientos

Sesiones individuales hasta los cinco años, con una frecuencia diaria durante el primer año, y tres semanales una vez iniciada la escolarización. Estrategias de reforzamiento positivo con apoyos visuales. A los cinco años, sesiones de juego con hermano y desde hace dos años dos sesiones semanales, una individual y otra grupal.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

Tras cinco años de intervención, los avances han sido positivos, necesitando pocos apoyos. Describimos la situación actual por áreas.

Conductual y habilidades básicas

Manifiesta leves problemas de conducta en contexto escolar, pudiendo deberse en gran medida a que no comprende lo que tiene que hacer en cada momento ni las explicaciones y consignas de la profesora. Es imprescindible seguir usando agendas visuales para una mejor comprensión que repercutirá en la reducción de conductas inadecuadas. Su atención ha mejorado mucho, siendo más lábil en gran grupo, de nuevo por la dificultad de comprensión de situaciones. Respecto a la coordinación mirada+palabra, debemos continuar reforzándola. Sus tiempos de respuesta son largos, necesitando recordatorios verbales (pistas de acceso al recuerdo). Necesita mejorar su tolerancia a la frustración, inflexibilidad ante situaciones novedosas y aquellas conductas que más le cuesten.

Cognitiva

Aprendizaje por imitación; punto fuerte el procesamiento de la información visual. La creatividad progresa lentamente, necesitando ayudas ocasionales y refuerzos del terapeuta, ya que tiene dificultades consecuencia de las limitaciones psicolingüísticas. Practica en casa las actividades recomendadas. Continuamos

trabajando la comprensión de situaciones, aumentando la complejidad, y secuenciación temporal.

Lenguaje-comunicación

Ligeras dificultades expresivo y comprensivas. Requiere más tiempo para organizar ideas y hay que propiciar conductas comunicativas en todo momento. Sigue con dificultades para organizar mentalmente la información, por lo que necesita las ayudas visuales, también para asegurarnos una correcta comprensión. Usa agendas diariamente, en todos los contextos, incluso en casa deben buscar un momento del día para "hablar" y ayudarlo a organizar la información que quiere contarnos, permitiendo que mejore su fluidez y expresión, a la vez que convierte la conducta de "contar cosas a papá y mamá" en un hábito. Debe mejorar fluidez verbal y estructuración de la narración.

Socioemocional

Siguen problemas para comprender juegos, seguir y cumplir normas. Esto genera rechazo en grupo. Desde enero hace una sesión semanal en grupo donde enseñamos juegos cooperativos, de reglas, competiciones y manejo de frustración ante la pérdida. Permanecen dificultades para gestionar emociones complejas, en reconocimiento y en asociación con situaciones. En ocasiones no responde a situaciones sociales estresantes o de daño. Continuamos reforzando habilidades básicas de escucha, inicio de conversación, formulación de preguntas, dar las "gracias", pedir ayuda, dar y seguir instrucciones, expresar sentimientos y compartir.

Seguimiento

La intervención continua, con dos sesiones semanales (individual y grupal). Revisiones de programa una vez al año e intentos de coordinación con el colegio. Se presta especial importancia a la expresión y comprensión verbales, hábitos de autonomía, socialización y organización de la información recibida.

Observaciones

El TEL es un trastorno evolutivo que tiende a evolucionar a TEA (Conti-Ramsdem, Simkin y Botting, 2006). Este cambio está motivado por las propias modificaciones de la conducta lingüística como consecuencia de los ajustes a las diversas demandas comunicativas o curriculares.

Referencias

Aguinaga, G., Armentia, M. L., Fraile, A. y Olangua, P. (2005). *Prueba de Lenguaje Oral de Navarra Revisada. PLON-R.* Madrid: TEA Ediciones.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. *DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.

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., Herráez, M., Boada, L., Fuentes, J. y Posada M. (2011). Modified checklist for autism in toddlers: cross-cultural adaptation and validation in Spain. *Journal Autism Developmental Disorders. 41*, 1342-1351.

Canal, R., Santos, J., Rey, F., Franco, M., Martínez, M. J., Ferrari, M. J. y Posada, M. (2007). *tro autista.* Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Conti-Ramsden, G., Simkin, Z. y Botting, N. (2006). The prevalence of autistic spectrum disorders in adolescents with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *6*(47), 621-628.

Dewarth, H. y Summers, S. (1988). *The pragmatics profile of early communication* skills. London: NFER.

Dunn, L. M., Dun, L. M. y Arribas, D. (2006). *Test de vocabulario en imagines. PPVT-III. PEABODY.* Madrid: TEA Ediciones.

García, E. M. y Magaz, A. (1998). *Instrumentos de evaluación diagnóstica. Niños y adolescentes.* Bizkaia: Grupo ALBOR-COHS.

Gómez, J. C., López, B. y López, E. (1999). *Inventario para la evaluación del juego*. United Kingdom: University of Andrews.

Kirk, S. A., McCarthy, J. J. y Kirk. W. D. (2004). *Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)*. Madrid: TEA Ediciones.

Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E., Leventhall, B., DiLavore, Pickles, A. y Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A Standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*(3), 205-23.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C. y Risi, S. (2008). *ADOS. Escala de observación para el diagnóstico del autismo.* Madrid: TEA Ediciones.

Lord, C., Rutter, M. y Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 24,* 659-685.

McCarthy, D. (2006). *Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños (MSCA)*. Madrid: TEA Ediciones.

Rutter, M., Le Couteur, A. y Lord, C. (2006). *ADIR. Entrevista para el diagnóstico del autismo, edición revisada.* Madrid: TEA Ediciones.

Schopler, E., Mesibov, G. B. y Hearsey, K. (1995). Structured teaching in the TEACCH system. En E. Schopler y G. B. Mesibov (Eds.), *Learning and cognition autism* (pp. 243-268). New York: Plenum Press.

PRATIQUE À PLUSIEURS: EVALUATING THE EFFICACY OF TREATMENT IN A GROUP OF CHILDREN AFFECTED BY AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Marta Vecchiato*, Alessandra Simonelli*, Nicola Purgato and Chiara Grassi***

**Department of Developmental and Social Psychology, University of Padua, Italy*

***Comunità educativa-riabilitativa per minori "Antenna 112 - Antennina", Venice, Italy*

Abstract

Background: Increasing literature shows that there is no univocal consensus over the best therapeutic process for the treatment of autism spectrum disorders (ASD) in children, a group of diseases primarily defined on the base of behavioral patterns and determined by multiple conditions. Thus far, the most effective treatments reported are psychologically and behaviorally structured and focused on communication. Therapeutic Communities Antenna 112 and Antennina base their intervention on Lacanian Psychoanalysis, specifically adopting the *Pratique à Plusieurs* suggested by Di Ciaccia, aimed at gendering personal knowledge and learning through the enhancing of personal expression, social bond and multidisciplinary collaboration. **Method:** The present study aimed at evaluating the presence of improvements in communication, socialization, motor skills, stereotypes, sensorial behaviors, control of impulses and cognitive functioning in a group of five children (range: 10-16) affected by ASD attending a therapeutic program in the communities mentioned above. Within the first months after their entrance, the children were assessed with the Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS), the Social Communication Questionnaire (SCQ), the Autism Behavior Checklist (ABC), the Childhood Autism Rating Scale (CARS), the Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R). Assessments were carried for six months each, with a maximum of 2 assessments for each individual. **Results:** The results highlight, following admittance to TC, improvements in the abilities assessed. Specifically, VABS stress out how subjects significantly improve in the "Daily Living Skills" domain and in the subdomain of "Social Rules". The analysis of SCQ highlights the significant change for "Social Communication". **Conclusion:** These results seem to confirm the importance of an individual-driven practice giving importance to the

subjective response of each child and allowing the implementation of a complex rehabilitative and educational program.

Keywords: Autism spectrum disorders, pratique à plusieurs, efficacy, treatment.

Introduction

Literature shows that it is increasingly difficult to find a unique consensus on what's the best course of treatment for ASD in childhood. What is sure is that the main goal's just one: to promote, as much as possible, the global development and adaptation to the environment, focusing on each individual's personality characteristics and conducts, social and environmental conditions more or less favorable and diagnostic evaluation of personal, psychosocial and environmental reality.

Furthermore, it is essential that the intervention is implemented promptly and continuously, creating a meaningful interpersonal relationship between the child and his operator.

The Italian Institute of Health published in October 2011 Guideline 21 (LG21) entitled "The treatment of autism spectrum disorders in children and adolescents." (Sistema Nazionale Per Le Linee Guida Dell'Istituto Superiore Di Sanità [SNLG-ISS], 2011).

These specific guidelines are focused on scientifically effective interventions for children and adolescents with ASD and their families, and represents a landmark not only for operators and those who have to deal professionally with this condition, but also for families and citizens. Therefore, treatments that have not been subject to verification of effectiveness through scientific studies of adequate validity, were not included in these guidelines.

It's useful here to highlight that the main non-pharmacological interventions that the guidelines recommend are: Intensive Behavioral Programs (Applied Behavior Analysis), the educational program "TEACCH", the Cognitive Behavior Therapy, and actions mediated by parents.

The output of the guidelines has sparked a heated debate that did not concern only the methodological aspects but also the type of the recommended treatments, seeing the emergence of conflicts between professionals from different orientations. In

fact, there is no clinical contributions of psychodynamic and practices inspired by psychoanalysis among the possible interventions taken into account under the Guidelines (Zappella & Bertelli, 2012).

The present study had the objective of assessing whether a method inspired by the Lacanian psychoanalysis, the Pratique à Plusieurs, can be considered an effective treatment for ASD, and verify if there're significant changes in autistic children, undergoing therapeutic treatment based on this method.

The treatment "Pratique à Plusieurs" was born with the application of Freudian and Lacanian psychoanalysis on autistics and psychotics, created by Antonio Di Ciaccia in Brussels with the foundation of the "Antenne 110" in 1973 (Egge, 2006).

This institution for psychotic and autistic children was a model for the creation of a network with 18 other institutions in various countries, including the "Antenna 112" and the "Antennina" in Marghera (Venice). These structures were the seat of our research.

Although it is a therapeutic method based on psychoanalysis, it retains from Lacan especially the conception of the subject as intrinsically linked to the Other.

It's impossible to think of a treatment that involves the classical setting, but it is still desirable to recognize the uniqueness of each child and put symptoms in a frame of meanings.

The symptom is the personal way the subject uses to overcome his discomfort, to communicate to the Other and the starting point of a work of construction. It enhances the uniqueness of the child, accompanying him in developing his ability to mitigate aggressive acts and avoidant behaviors, and transform the initial symptoms in more social skills that enable them to live with others and to interact more easily: the psychoanalytic clinic focuses on what it is possible to build from autistic's answers (Purgato, 2012).

The goal of therapy is to welcome each child in its singularity, and from here for a work of education and rehabilitation, which is divided into four logical steps (Pacification, Construction, Learning, Social Relationship).

Methods

Participants

We selected 5 patients met recently in educational centers rehabilitation for children with autism and psychotic in the "Antenna 112" and "Antennina", and therefore they had not yet benefited from the intervention. This was made in order to have a clear picture about the development on entry and to assess a later affective and relational development due to therapeutic interventions.

The age range of the children evaluated is 10-16 years. They are users who have an ASD severe, and then, with an inability to personal autonomy. Four out of five boys come from Eastern European countries, and this goes to increase its impact on negative variables, as you have to take against the diversity of language.

Instruments

To investigate the development of patients, five clinical-diagnostic instruments to indirect evaluation have been identified:

- *VABS (Vineland Adaptive Behavior Scales)*: semi-structured interview which assesses personal autonomy and social responsibility of people from birth to adulthood, identifying four main areas of skill in relation to each other, such as Communication, Daily Living Skills, Socialization, Motor Skills, highlighting the strengths and weaknesses statistically significant in specific areas of adaptive behavior. (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984b). The VABS have been shown to have strong reliability and validity as it is defined by the authors of the instruments (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984a).
- *SCQ (Social Communication Questionnaire)*: Screening instrument completed by a parent or other caregiver. Its Aims are to highlight the symptoms associated with ASD. They are evaluated in the specific qualitative abnormalities in social interaction with each other, qualitative abnormalities in communication and restricted, repetitive, stereotyped behavior patterns (Rutter, Bailey, & Lord, 2007). Studies have evaluated the psychometric characteristics of the instrument (Berument, Rutter, Lord, Pickles, & Bailey, 1999; Rutter et al., 2007).

- *ABC (Autism Behavior Checklist)*: instrument for detecting the disease in autistic children of school age. Provides qualitative information and can be a useful guide to help the clinician to describe the symptoms and to structure the intervention. It analyzes the sensory responses, affective responses, stereos and the use of objects, the development and use of language, the individual and social autonomy (Krug, Arick, & Almond, 1978). Studies have evaluated the psychometric characteristics of the instrument (Wadden, Bryson, & Rodger, 1991).
- *CARS (The Childhood Autism Rating Scale)*: tool developed to identify children with autism by two years of age, and to distinguish them from children with other developmental disabilities, giving also an assessment of the severity. It can also be used to diagnose autism in adolescents or adults (Schopler, Reichler, & Renner, 2002). Studies have evaluated the psychometric characteristics of validity and reliability of the instrument (Schopler, Reichler, DeVellis, & Daly, 1980; Schopler et al., 2002)
- *ADI-R (Autism Diagnostic Interview - Revised)*: semi-structured interview, specifically related to the diagnostic criteria of ICD-10 and DSM-IV, which is given to parents of children or adults with suspected autism or ASD. The interview focuses on three main areas of operation: language and communication, social interaction with each other, stereotyped behaviors and restricted interests. Inter-rater and test-retest reliability, as well as internal validity, have been demonstrated for the ADI-R (Rutter, Le Couteur, & Lord, 2003).

Procedure and design

The objectives of the research can be sum up in two steps: evaluation of the effectiveness of the Pratique à Plusieurs and monitoring of any changes of the subjects through time.

The research was conducted through an experimental design *open trial*. This procedure requires a choice of experimental sample, but does not require a control group.

Turns out to be an exploratory study for the evaluation of the treatment, as part of a large longitudinal study.

At the time of entry in TC were administered VABS, CARS, ABC and SCQ tests at two operators, one is the operator of reference of the adolescent, and the other is an operator who knows very well the guy. The two different assessments not only provide a more extensive description of the patient, but can reach an objective perspective, not tainted by the operator-patient relationship.

After six months there has been a second evaluation. The timing of 6 months was chosen as optimum for verifying changes in the patient.

Therefore parents receive the ADI-R. In this case, it was provided as a single assessment, as it was thought to not overload parents.

For the statistical evaluation of the data obtained from the individual tests, we decided to use the Wilcoxon test as a no-parametric method. Then, an average of the evaluations of the operators was carried out, to assess whether there was a significant improvement from a first administration, to a second one. We could verify how each adolescents has benefited for 6 months of the treatment.

Results

By administration of VABS we find significant values across the Wilcoxon test, they are referred to the "Daily Living Skills" and "Social Rules" scale, with a significance, respectively, equal to .043 for both. (p=.05)

Other scales have not reached the level of significance, but still have a very positive score for the research: "Writing" (.066), "Personal" (.068), "Interpersonal Relationships" (.080) and "Socialization" (.080) (p=.05).

The improvements noted in the "Social Rules" are primarily related to compliance with the simple rules of community life, and in control of impulses. While, the significant improvements observed in the area of "Daily Living Skills", which is included in the subscale "Personal", in actions such as toilet training, eating and dressing.

Furthermore, it is reported by the two operators improvement regarding the area of "Writing", referring to recognition of letters and words, in the early forms of reading, and in the area of "Interpersonal Relationships" as the expression and recognition of

emotions and imitative actions. Instead, the analysis of the test SCQ test, through the Wilcoxon test, highlights a significant global improvement (.042) (p=.05).

This means that there are improvements in the preverbal, verbal and emotional communication and in the imitative behaviors. This is a point of agreement with the data obtained from VABS. There is also a decrease of stereotyped behaviors and interests, and special rituals typical of autistic disorder.

There were no significant changes, however, in tests ABC and CARS, but these instruments allowed us to stress out the severity of autistic pathology of these patients, emphasizing that the sensory and relational behaviors, and body language are highly dysfunctional, as the cognitive functions and insights, and it provide us the level of the dysfunctional use of objects and impulse controls.

In the ADI-R administered to parents we obtain important data: the analysis of the interview allowed the qualitative assessments. It indicates that the behavioral pattern of the child, by structuring a comprehensive framework that included both a survey on the current development and the one in the 4-5 years of age.

The responses of parents provide, at multiple levels, patient characteristics contextualized outside of the structure, which can then be related to the points of view of the operators.

What is important to emphasize is that, in all cases considered, a substantial overlap between the two evaluations is stressed out: this reinforces the fact that the instruments used are objectively valid in providing homogeneous profiles.

All parents interviewed, claim a marked improvement in their children, since they came in the two therapeutic communities.

Discussion

Literature over time, has always been interested in treatments for Autism Spectrum Disorders (Lai, Lombardo, & Baron-Cohen, 2014; Volkmar, Lord, Bailey, Schultz, & Kiln, 2004).

Reviews show that there is a clinical efficacy regarding certain specific treatments (TEACCH, ABA), so that these have been counted with merit in the Guidelines 21 (SNLG-ISS, 2011).

The idea of a search that may lead the developments about the treatment of the disorder through a methodology borrowed from psychoanalysis is a new idea.

We cannot compare the collected data with other studies, because literature doesn't mention feedback on psychoanalytic treatments on ASD.

From our study, it is clear that the exposure to an alternative treatment such as the Antenna and Antennina's one, involves changes in adolescents with autism.

We can say that an approach based on the construction of meanings, can support the development or the improvement of skills that we can incorporate in the wide sphere of "opening to the outside". Considering, in fact, the variables significant which have changed, "Daily Living Skills" and "Social Rules" in VABS, we can admit that children can learn to actually interact with the environment, introducing new alternative modes of behavior and learning to change their compulsions routine, in relation to a context.

The result's in line with the theoretical assumptions of the treatment: the stages proposed, identify as the ultimate goal, the integration of the disease with a lifestyle that may also include significant interactions in relation to the Community.

To support this theory, there're significant results in the field of communication; the SCQ, in fact, brings us the changes in a positive way, in the interaction with the Other.

We can say that the exposure to an environment different from the usual family encourage greater stimulation to socialization, both through verbal communication (if already present), or through non-verbal communication, which is configured with a more development of appropriate emotions. Two of the four tests administered to operators, have not produced significant improvements.

We have to considered, however, that these instruments are structured in a more generic way than VABS and therefore it may not be sensitive to small gradients of variation.

Additionally, these assessments, support the view that the autistic disorder is always a very severe disease, especially in children who reside in the community.

The difficulty, that distinguishes research on children with ASD, is also in the high comorbidity with other disorders, so autism's the only most visible manifestation of pathology.

For this reason, finding improvements, even minimal, it's a good starting point for further researches.

References

Berument, S. K., Rutter, M., Lord, C., Pickles, A., & Bailey, A. (1999). Autism Screening Questionnaire: Diagnostic validity. *The British Journal of Psychiatry*, *175*, 444-451.

Egge, M. (2006). *La cura del bambino autistico*. Roma: Astrolabio.

Krug, D. A., Arick, J. R., & Almond, P. J. (1978). *Autism Behavior Checklist* (ABC). Portland, OR: ASIEP Education Company.

Lai, M., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet, 8*, 896–910.

Purgato, N. (2012). Dalla parte degli autistici. Una pratica psicoanalitica integrata. *Costruzioni Psicoanalitiche, 12*, *24*, 29-39.

Purgato, N. (2013). Un modello di trattamento terapeutico ispirato all'etica della psicoanalisi. In P. Binetti (Ed.), *Autismo oggi* (pp. 133-142). Roma: Edizioni Magi.

Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2007). *Social Communication Questionnaire* (SCQ). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). *The Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders, 10*(1), 91–103.

Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (2002). *The Childhood Autism Rating Scale* (9th Printing) (CARS). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Sistema Nazionale Per Le Linee Guida Dell'Istituto Superiore Di Sanità. (2011). *Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti. Linea Guida 21*. Roma: Author.

Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984a). *Interview Edition expanded form manual: Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984b). *Vineland Adaptive Behavior Scales* (VABS). Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T., & Kiln, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(1), 135–170.

Wadden, P. K., Bryson, S. E., & Rodger, R. S. (1991). A closer look at the autism behaviour checklist: discriminant validity and factor, structure. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 21*, 529-541.

Zappella, M., & Bertelli, M. O. (2012). Linee guida dell'Istituto superiore di Sanità su "Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti": limiti e implicazioni. *Journal of Psychopathology, 18,* 322-327.

RELACIÓN ENTRE SALUD PERCIBIDA Y RIESGO PSICOSOCIAL EN UNA MUESTRA DE POLICÍAS LOCALES

Mª Inmaculada López-Núñez y Susana Rubio Valdehita

Universidad Complutense de Madrid, España

Resumen

Antecedentes: La literatura consultada muestra que la labor de policía local es una profesión que ocurre bajo condiciones de estrés agudo y que dicha exposición ha mostrado tener importante impacto en la salud del trabajador, incluyendo problemas de tipo físico, estrés y disfunciones en las relaciones interpersonales. Las tareas y funciones se suelen considerar altamente demandantes, con un control bajo sobre ellas y con un frecuente contacto con el público. La bibliografía también indica que determinados factores de tipo organizativo provocan estrés. **Método:** El objetivo de este estudio es evaluar en una muestra de 93 policías locales de la Comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, la relación existente entre la salud percibida, medida a través del Cuestionario de Salud General de Goldberg (*General Health Questionnaire*, GHQ-28) y los factores de riesgos psicosocial evaluados a través del Cuestionario Multidimensional DECORE. **Resultados:** Los datos muestran la ausencia de control y autonomía en el puesto como el factor psicosocial más adverso (más del 75% de la muestra lo percibe de forma negativa). Aproximadamente el 40% de los policías consideraron que no reciben un apoyo social y organizacional suficiente, y que se sienten mal recompensados por su trabajo. La dimensión de salud que resultó más directamente relacionada con las condiciones de trabajo adversas fue ansiedad/ insomnio, seguida de disfunción social. **Conclusiones:** Los resultados encontrados indican la existencia de importantes riesgos psicosociales que afectan no solo a la salud percibida sino que también tienen un importante impacto en cuanto a disfunción social, lo que llevaría a la necesidad de implantar programas de prevención e intervención a nivel organizacional para reducir estos índices y mejorar su seguridad y salud en el trabajo.

Palabras clave: Salud percibida, riesgo psicosocial, policías locales, DECORE.

RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED HEALTH AND PSYCHOSOCIAL RISK IN A SAMPLE OF LOCAL POLICE

Abstract

Background: The literature shows that police work is a profession that occurs under conditions of acute stress and stressful situations such exposure has been shown to have significant impact on worker health problems including physical, stress, and dysfunctions interpersonal relationships. The tasks and functions are usually considered highly demanding, low control over them and frequent contact with the public. The literature also indicates that certain organizational factors cause stress. **Method:** The aim of this study is to evaluate in a sample of 93 local policemen of the autonomous community of Castilla-La Mancha, the relationship between perceived health, measured by the General Health Questionnaire (GHQ-28), and psychosocial risk factors through Multidimensional Questionnaire DECORE. **Results:** The results show the absence of control and autonomy in the position as the most adverse psychosocial factor (more than 75% of the sample perceived negatively). Approximately 40% of the officers considered that there are sufficient social and organizational support and feel badly rewarded for their work. The dimension of health was more directly related to adverse working conditions was anxiety / insomnia, followed by social dysfunction. **Conclusion:** The results indicate the existence of significant psychosocial risks that affect not only perceived health, but also have an important impact in terms of social dysfunction, leading to the need to implement prevention and intervention programs at the organizational level to reduce these rates and improve their health and safety at work.

Keywords: Perceived health, psychosocial risk, local police, DECORE.

Introducción

El estrés laboral se define como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales a ciertos aspectos nocivos del contenido, la organización y/o el entorno del trabajo (factores psicosociales). El estrés laboral se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia y puede ser precursor de diversas enfermedades (cardiovasculares, musculo-esqueléticas, trastornos mentales),

así como dar lugar a problemas laborales (bajo rendimiento, absentismo, accidentabilidad) (Delgado, 2009).

La relación entre estrés laboral, factores psicosociales y problemas de salud ha quedado demostrada en numerosos estudios (Martín, Luceño, Jaén y Rubio, 2007). Según el modelo Demanda-Control (Johnson y Johansson, 1991; Karasek, 1979; Karasek y Theorell, 1990), los principales factores psicosociales generadores de estrés se pueden clasificar en tres características básicas del trabajo: (1) las demandas psicológicas del trabajo, (2) el control que se tiene del mismo y (3) el apoyo social. El modelo postula que las reacciones de tensión psicológica más negativas (fatiga, ansiedad, depresión y enfermedad física), se producen cuando las exigencias psicológicas del puesto de trabajo son elevadas y el trabajador posee un escaso control en la toma de decisiones.

El modelo de desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1998), se centra en el desajuste entre el esfuerzo que el trabajador realiza y las recompensas que recibe. El modelo predice que un elevado esfuerzo unido a bajas recompensas puede provocar estrés.

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta evidente que el trabajo de policía puede ser considerado estresante (Deschamps, Paganon, Marchand y Merle, 2003; Hickman, Fricas, Strom y Pope, 2011). Los policías suelen estar expuestos a situaciones violentas que muchas veces implican un riesgo para su propia seguridad (Vuorensyrjä y Mälkiä, 2011) pero, además, existen otros factores de tipo psicosocial que inciden en los niveles de fatiga física y psíquica, sometiéndolos a los efectos nocivos del estrés. Wu (2009) señala que es una ocupación altamente demandante por la exposición emocional y bajo control de funciones y tareas, a lo que se unen factores de la organización y de gestión. Las consecuencias del estrés no sólo afectan al policía, sino que también influyen en el contexto familiar y social en general (Gül y Delice, 2011).

Frecuentemente se estudia el estrés laboral de los policías sin diferenciar entre colectivos de policía local y otros profesionales dedicados a la seguridad y emergencias como por ej., Policía Nacional, Guardia Civil, bomberos, vigilantes de seguridad, u otros colectivos que realizan funciones similares (Castro, Orjuela, Lozano, Avendaño y Bargas, 2013; Espín, 2013; Regehr, LeBlanc, Jelley y Barath, 2008). Aunque puedan existir semejanzas en cuanto a campo de trabajo, los procedimientos, funciones, lo

ámbitos organizacionales y de actuación son diferentes, por lo que parece adecuado realizar investigaciones específicas para este colectivo.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo es evaluar la relación existente entre la salud percibida y los factores de riesgo psicosocial, para conocer si existe una relación directa entre salud y condiciones de trabajo, y qué variables de salud se encuentran más relacionadas con condiciones de trabajo adversas.

Los resultados son de especial interés no sólo para conocer estos efectos en su seguridad y salud, sino para añadir datos al debate planteado sobre el reconocimiento de la profesión de policía local como profesión de riesgo, debido al deterioro de sus condiciones psicofísicas, y las circunstancias de siniestralidad y peligrosidad de sus condiciones de trabajo.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 93 policías locales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. La media de edad fue de 40,09 años (DT = 9,46), variando entre los 22 y los 57 años. El 94,6% eran varones (n = 88) y el 5,4% restante fueron mujeres (n = 5). El 68,8% (n = 64) tenía cargas familiares (entre 1 y 3 hijos). La media de los años de servicio era de 15,10 años (DT = 9,90), variando entre 8 meses y 34 años.

Materiales/Instrumentos

Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Salud General de Goldberg (*General Health Questionnaire*, GHQ-28) y el Cuestionario Multidimensional DECORE.

El GHQ-28, en su adaptación al español (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), está formado por 28 ítems agrupados en 4 escalas formadas por 7 ítems cada uno. Estas escalas miden síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), donde una puntuación más alta es indicador de más síntomas de enfermedad. Múltiples estudios han demostrado la elevada fiabilidad del GHQ-28 (α = 0,94) así como una

estructura factorial ajustada a los cuatro factores propuestos (Vallejo, Rivera, Esteva-Vives y Rodríguez-Muñoz, 2014).

El Cuestionario Multidimensional DECORE (Luceño y Martín, 2008), consta de 44 ítems yevalúa la percepción que tienen los trabajadores en relación a cuatro riesgos psicosociales: Demandas Laborales, Control, Recompensas y Apoyo Organizacional. Proporciona una puntuación independiente para cada una de las escalas que lo componen. Tiene buenas características psicométricas en términos de fiabilidad ($\alpha >$ 0,85) y validez, que han sido demostradas mediante técnicas de análisis exploratorio y confirmatorio (Luceño, Martín, Rubio y Díaz, 2010).

Procedimiento

El equipo investigador contactó con varios Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha para solicitar su participación en el estudio. Una vez obtenida respuesta se reunió con el jefe de policía local para explicar en qué consistía la recogida de datos, el tiempo de duración y resolver dudas. Los participantes fueron informados, por parte de sus responsables directos, del estudio que se iba a llevar a cabo y se garantizó la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos.

Diseño

En esta investigación se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo transversal correlacional.

Resultados

Todos los análisis de datos fueron realizados con el SPSS 22 para Windows. En primer lugar se realizó un estudio descriptivo de las variables analizadas y posteriormente se calcularon los índices de correlación de Pearson entre las dimensiones de salud y los riesgos psicosociales.

Análisis descriptivo

Los resultados indican que la dimensión de salud más afectada fue disfunción social (M=6,58), seguido de ansiedad/insomnio (M=5,26) y síntomas somáticos (M=5,26). En cuanto a la dimensión depresión, los valores obtenidos fueron muy bajos,

lo cual era esperable teniendo en cuenta que los participantes en el estudio estaban en activo (ver Figura 1).

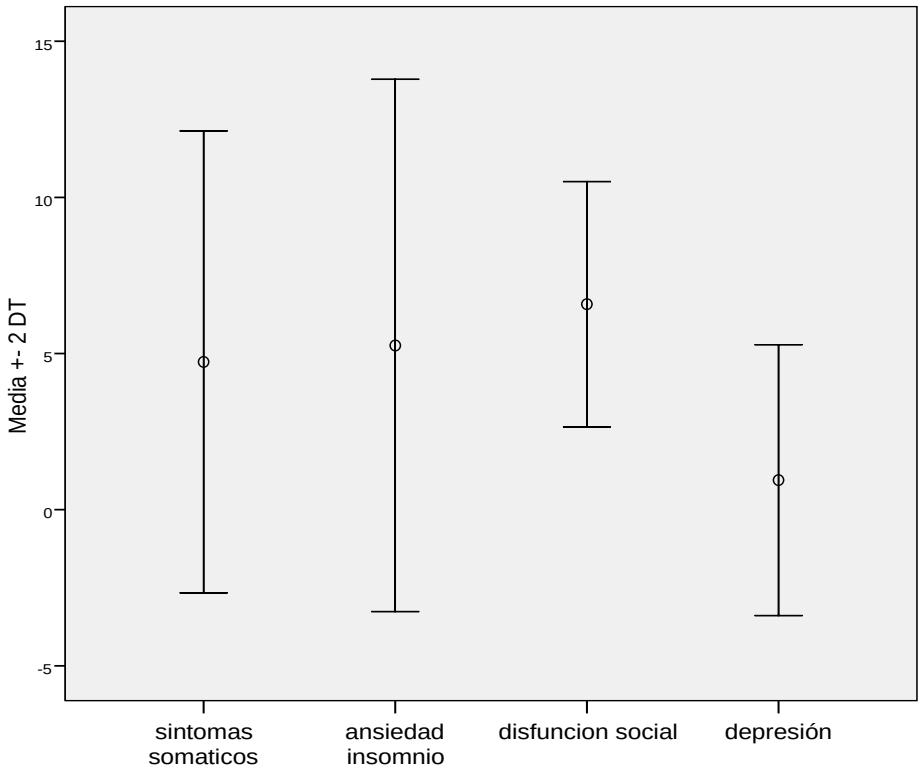


Figura 1. Media y desviación típica de los indicadores de salud.

Los resultados del DECORE para la muestra evaluada, muestran un nivel de riesgo alto en Demandas Cognitivas (M=65,0) y Control (M=62,9), mientras que Recompensas (M=53,9) y Apoyo Organizacional (M=48,6) muestran un nivel de riesgo medio (ver Figura 2).

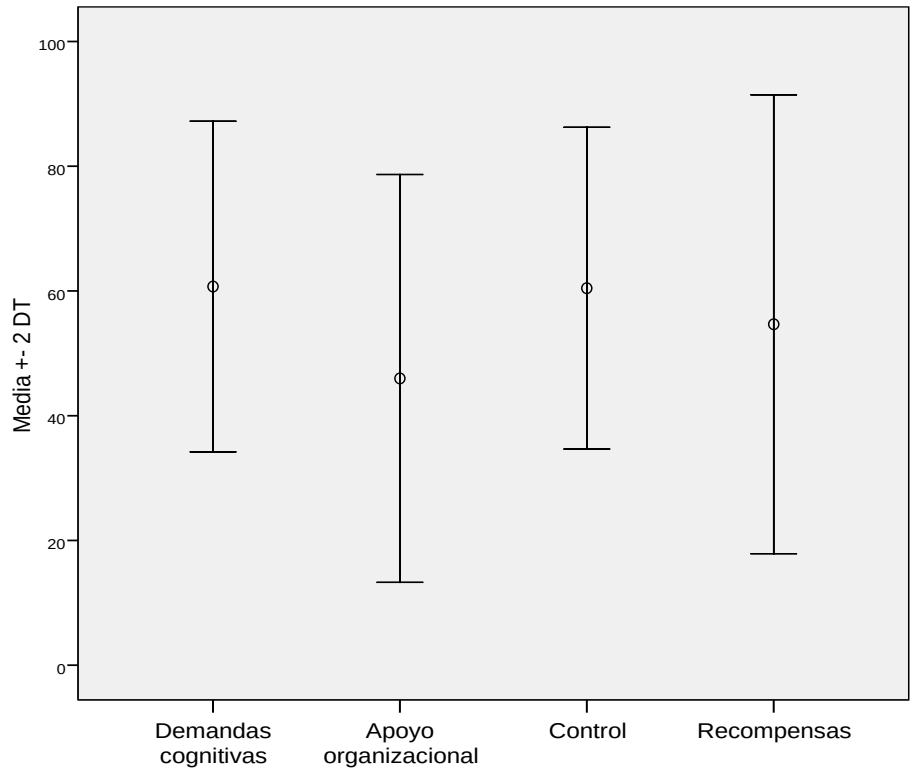


Figura 2. Media y desviación típica de los riesgos psicosociales.

Análisis de la relación entre salud y riesgo psicosocial

La Tabla 1 muestra los coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones de salud y los riesgos psicosociales, así como su significación estadística.

Tabla 1. Coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones de salud y los riesgos psicosociales.

	Demandas cognitivas	Apoyo organizacional	Control	Recompensas
Síntomas somáticos	0,253*	0,094	0,124	0,072
Ansiedad -insomnio	0,241*	0,238*	0,202	0,130
Disfunción social	0,211*	0,181	0,141	0,323**
Depresión	0,068	0,311**	-0,006	-0,032

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

Se muestra una relación directa entre baja salud y condiciones de trabajo adversas. Algunas de estas relaciones resultaron estadísticamente significativas. En este sentido, los síntomas somáticos están principalmente relacionados con elevadas demandas cognitivas, mientras que la depresión se relaciona únicamente con la falta de un apoyo organizacional adecuado. Los síntomas de ansiedad e insomnio se relacionan con altas demandas cognitivas, escaso apoyo organizacional y falta de control (aunque para este último riesgo la relación no resultó significativa). Por último, la disfunción social se asocia con situaciones de bajas recompensas y altas demandas.

Discusión

Los resultados indican que la exposición a determinados factores psicosociales adversos (demandas cognitivas y falta de apoyo organizacional) están relacionado con baja autopercepción de la salud, lo que coincide con los resultados encontrados por otros autores (Pikhart et al., 2001). Las demandas cognitivas son el factor psicosocial más relacionado con baja salud percibida: síntomas somáticos, ansiedad/insomnio y disfunción social, en la línea de estudios anteriores (López, 2009; Martín et al, 2007). Especialmente interesante resulta este dato, puesto que los resultados de la última Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (Almodóvar et al., 2011) indican que las demandas cognitivas identificadas como nivel de atención requerido, ritmo de trabajo impuesto, plazos a cumplir y monotonía de la tarea, han empeorado y muestran una incidencia creciente con respecto a encuestas anteriores.

La relación encontrada entre baja percepción de salud y condiciones de trabajo adversas también coincide con los resultados de la Encuesta Nacional, según la cual el 18,9% de los entrevistados manifiestan sufrir cansancio y agotamiento, el 17% estrés, ansiedad, o nerviosismo, el 9,6% problemas para conciliar el sueño y un 4,9% depresión o tristeza. Más de siete de cada diez ocupados manifiestan tener algún problema de salud y para la mayoría de ellos, están relacionados (originados o agravados) por el trabajo que realizan.

Si atendemos a estudios específicos con muestras de policías municipales, encontramos que las variables de salud estudiadas, están directamente relacionadas con condiciones de trabajo adversas que tiene que ver con la organización del trabajo y las relaciones interpersonales. Estos resultados concuerdan con los encontrados por otros

autores (Espín, 2013; Márquez, García y Velázquez, 2008; Newman y Rucker-Reed, 2004; Sánchez, Sanz, Apellaniz y Pascual, 2001; Torres, San Sebastián, Ibarretxe y Zumalabe (2002)) que señalaron que los factores de tipo organizacional tenían un impacto mayor en la salud y estrés del colectivo policial que los inherentes al puesto de trabajo.

En cuanto a perspectivas futuras y limitaciones del trabajo, pensamos que es conveniente continuar con muestras más amplias del colectivo de policías locales, con muestras de otros colectivos dedicados a la seguridad y con otros puestos de trabajo no específicos de este sector, para ver si los resultados encontrados se mantienen, o existen diferencias entre colectivos dedicados a la seguridad y con otros puestos de trabajo. Si bien, como dijimos al inicio del trabajo, existe una idea extendida en la literatura de considerar la profesión de policía como altamente estresante, también es cierto que otros estudios como los de Malloy y Mays (1984) o Deschamps et al. (2003) no encontraron evidencia empírica de esa afirmación en comparación con otras muestras normativas.

Referencias

Almodóvar, A., Galiana, M., Hervás, P., Pinilla, F., De la Orden, M. y Día, C. (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Castro, Y., Orjuela, M., Lozano, C., Avendaño, B. y Bargas, N. (2013). Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales. *Diversitas - Perspectivas en Psicología, 8*(1), 53-71.

Delgado, J.D. (2009). Evaluación de riesgos psicosociales de la policía local en la costa occidental de la provincia de Huelva. *28 de abril*, R*evista Digital de Ssalud y Seguridad en el Trabajo, 2*, 1-18.

Deschamps, F., Paganon, I., Marchand, A. y Merle, C. (2003). Sources and assessment of occupational stress in the police. *Journal of Occupational Health*, *45*, 358-364.

Espín, B. (2013). Estudio preliminar del estrés laboral policial en la isla de Menorca. *Enginy*, *19*(3), 23-41

Gül, Z. y Delice, M. (2011). Police job stress and stress reduction/coping programs: The effects on the relationship with spouses. *Turkish Journal of Police Studies, 13*(3), 9-38.

Hickman, M.J., Fricas, J., Strom, K.J. y Pope, W. (2011).Mapping Police Stress. *Police Quarterly, 14*(3), 227-250.

Johnson, J.V. y Johansson, G. (1991). *The Psychosocial Work Environment: Work organization, Democratization and Health.* Amityville, New York: Baywood.

Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 285-308.

Karasek, R.A. y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Nueva York: Basic Book

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*(1), 135-140.

López, M.I. (2009). *Generalización al ámbito laboral de dos instrumentos de medida subjetiva de la carga mental*. (Tesis doctoral). Madrid: Editorial Complutense.

Luceño, L. y Martín, J. (2008). *DECORE, Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales*. Madrid: TEA Ediciones.

Luceño, L., Martín, J., Rubio, S. y Díaz, E. (2010). Análisis factorial confirmatorio del cuestionario DECORE. *Ansiedad y Estrés, 16*(2-3), 237-248.

Malloy, T.E. y Mays, G.L. (1984). The police stress hypothesis: A critical evaluation. *Criminal Justice and Behaviour, 11*, 197-224.

Márquez, R., García, L. y Velázquez, A. (2008). Ránking de Estresores en la Policía Local de Canarias. *Anuario de Psicología Jurídica*. Disponible en http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315024785008

Martín, J., Luceño, L., Jaén, M. y Rubio, S. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente. *Psicothema, 19*(1), 95-101.

Newman, D. W. y Rucker-Reed, M. L. (2004). Police stress, state-trait anxiety, and stressors among US Marshals. *Journal of Criminal Justice, 32*(6), 631-641.

Pikhart, H., Bobak, M., Siegrist, J., Pajak, A., Rywik, S., Khyshegye, J., Gostautas, A., Skodova, Z. y Marmot, M. (2001). Psychosocial workcharacteristics and self-

rated health in four postcommunist countries. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*, 624-630.

Regehr, C., LeBlanc, V., Jelley, R. B. y Barath, I. (2008). Acute stress and performance in police recruits. *Stress and Health, 24*(4), 295-303.

Sánchez, J.J., Sanz, M.A., Apellaniz, A. y Pascual, A. (2001).Policía y estrés laboral. Estresores organizativos como causa de morbilidad psiquiátrica. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública, 1*(4), 21-25.

San Sebastián, X., Ibarretxe, R. y Zumalabe, J.M. (2002). Autopercepción de estrés laboral y distrés: un estudio empírico en la policía municipal. *Psicothema, 14*(2), 215-220.

Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance al work: theory, empirical support and implications for prevention. En C. L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 190-204). Oxford: Oxford University Press.

Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, J. y Rodríguez-Muñoz M. (2014). El cuestionario de salud general (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: características psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud, 25*(2), 105-110.

Vuorensyrjä, M. y Mälkiä, M. (2011). Nonlinearity of the effects ofpolice stressors on police officer burnout. *Policing: An international journal of police strategies and management, 34*, 382-402.

Wu, C. (2009). Role conflicts, emotional exhaustion and health problems: a study of police officers in Taiwan. *Stress and Health*, 25, 259-265.

PRECARIEDAD JUVENIL Y EXCLUSIÓN SOCIAL

Héctor Félix Lasheras-Díez, José Antonio Llosa, Sara Menéndez-Espina, Esteban Agulló-Tomás y Miguel Arenas

Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Oviedo

Resumen

Antecedentes: la relación establecida entre precariedad laboral y exclusión social en jóvenes se ha ido acrecentado en los últimos años fruto de la crisis económica persistente y de la estructura característica del mercado de trabajo español. Observamos que en los últimos años los trabajadores con un salario igual o menor al SMI (Salario Mínimo Interprofesional) han pasado del 6% del total de trabajadores en 2004 a un 12,25% en 2012.Tanto los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) como los de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) han puesto el acento en el aumento de la desigualdad y la polarización cada vez más acusada entre las rentas máximas y mínimas. Estos dos fenómenos a su vez han ido generando durante estos años un desplazamiento de un número cada vez mayor de jóvenes desde la franja del riesgo y vulnerabilidad hasta la zona de la exclusión. Todo ello ha dado lugar a efectos nada esperanzadores tanto para los propios jóvenes como para la sociedad de la que forman parte. Este estudio se centra en el análisis de los efectos de la crisis económica en la salud y el bienestar psicosocial de las personas, en particular de los jóvenes desempleados/as y en condiciones laborales precarias. M**étodo:** Se ha utilizado metodología cuantitativa, recogiendo datos a través un cuestionario de elaboración propia, y cualitativos, tales como grupos de discusión y entrevistas con informantes clave hemos cruzado las variables de precariedad laboral con los factores psicosociales y sociológicos de la exclusión social. **Resultados:** Se pone de manifiesto que el 52,2% para trabajadores y en un 43,5% para desempleados consideran que su situación será igual de precaria el siguiente año. **Conclusiones:** La realidad en la que nos encontramos existen “trabajadores pobres” asentados en la espiral descendente de la exclusión social.

Palabras clave: Precariedad laboral, exclusión social, juventud, crisis económica.

YOUTH PRECARIOUSNESS AND SOCIAL EXCLUSION

Abstract

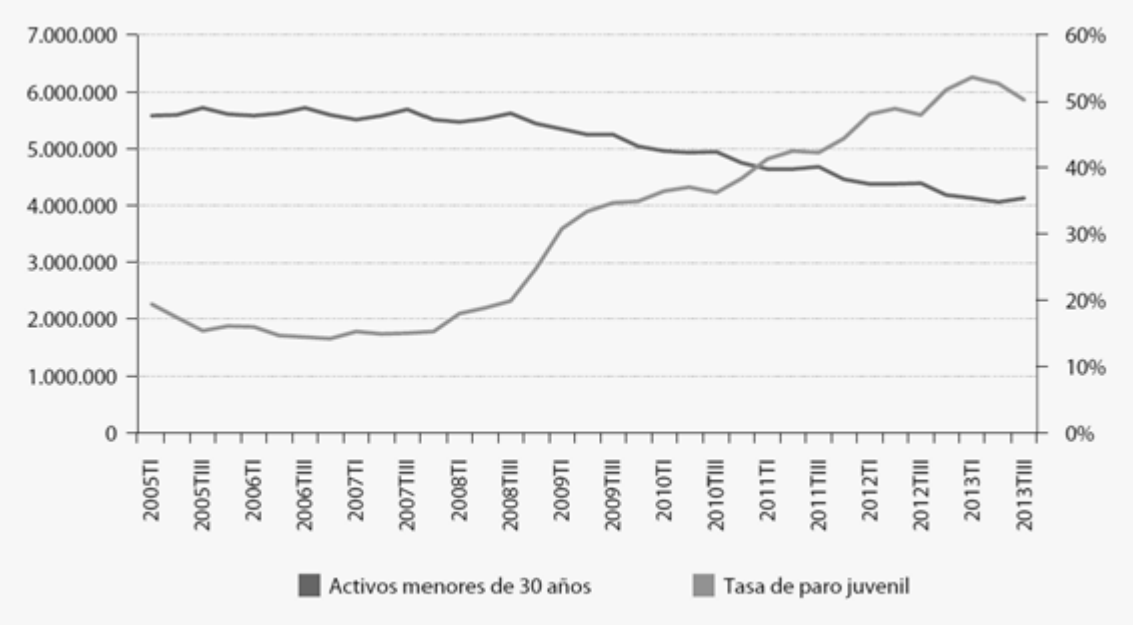
Background: The relationship established between job insecurity and social exclusion in youth has increased in recent years result of the continuing economic crisis and the characteristic structure of the Spanish labor market. We note that in recent years workers with wages at or below the M.W (Minimum Wage) have increased from 6% of total workforce in 2004 to 12.25% in 2012. The NIS (National Institute of Statistics) and the OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) have emphasized on increasing inequality and increasing incidence between maximum and minimum income polarization. These two phenomena in turn have generated over the years a shift of a growing number of young people from the fringe of risk and vulnerability to the exclusion zone. This has led to nothing promising effects for both young people themselves and society of which they form part. This study focuses on the analysis of the effects of the economic crisis on health and psychosocial well-being of people, especially young unemployed / as and precarious working conditions. **Method:** Using qualitative, such as focus groups and key informant interviews we have crossed the variables of job insecurity with the psychological and sociological factors of social exclusion. **Results:** The data analysis leaving clear about results in quantitative methods, collected through a questionnaire elaborate and 52.2% for workers and 43.5% for unemployed feel that their situation will be just as precarious next year. **Conclusion:** We conclude that the reality in which we are "working poor" settled in the downward spiral of social exclusion.

Keywords: Job insecurity, social exclusion, youth, economic crisis.

Introducción

A pesar de los estímulos y directrices recibidas, el problema principal, derivado del contexto de recesión económica, siguen siendo las elevadas tasas de desempleo. Concretamente, el año 2013 fue el más destructivo de los últimos 10 años tal y como muestra el Instituto Nacional de Estadística de España (INE), registrando en el primer trimestre un 27,2% de tasa de paro, con una pérdida cercana a los 200.000 puestos de trabajo según la Encuesta de Población Activa (EPA).

En el caso concreto de los jóvenes españoles, estos datos se acrecientan, obteniendo tasas del 54,4% (EPA, ver Figura 1); si ponemos estos datos en comparación con la media de la Unión Europea, observamos que ésta se encuentra en el 22,9% en el tercer trimestre de 2013.



Fuente: Encuesta de Población Activa (INE).

Figura 1. Tasa de paro Juvenil: Encuesta de Población Activa (INE, 2013).

Conceptos como *Job insecurity*[1]*, precariedad laboral, trabajador pobre o zero hour contract* eran analizados como condiciones temporales derivadas de situaciones bajistas o de contracción de los mercados. Sin embargo, la precariedad laboral, más que una consecuencia transitoria de una situación del modelo económico actual, es más un elemento estructural y fundamental de este modelo (Crespo, Prieto y Serrano, 2009).

Blanch (2011) señala que la desregulación y la flexibilidad laboral han conducido a "una doble crisis laboral" con "dos frentes interrelacionados", cantidad y calidad del empleo generado, la discordancia entre profesión y ocupación (Agulló, LLosa y Arenas, 2014).

En el caso de España el tipo de empleo que se crea atiende a las condiciones de cantidad (escasa) y calidad (temporal) (ver Tabla 1), la media española era inferior a la

[1] En los años 60 se comienza a tratar el término *job security* en el plano positivo, para en los 80 vincularlo al estrés. Véanse los estudios de Sverke, Hellgren y Näswall (2006).

europea en un 3,4%, desde 2011 se ha superado hasta el 2014 a través de los datos de la Oficina Europea de Estadística (EUROSTAT, 2015).

Tabla 1. Tasa desempleo jóvenes 16-29 años.

	Tasa Desempleo	Tasa de Temporalidad Contractual	Tasa Jornada Parcial de Trabajo
Unión Europea	18,2	31,0	22,1
España	40,8	47,0	23,6
Alemania	7,4	39,4	20,2
Holanda	7,9	41,5	62,4
Portugal	27,4	44,2	14,7
Reino Unido	15,4	10,6	29,5

Fuente. EUROSTAT (2015).

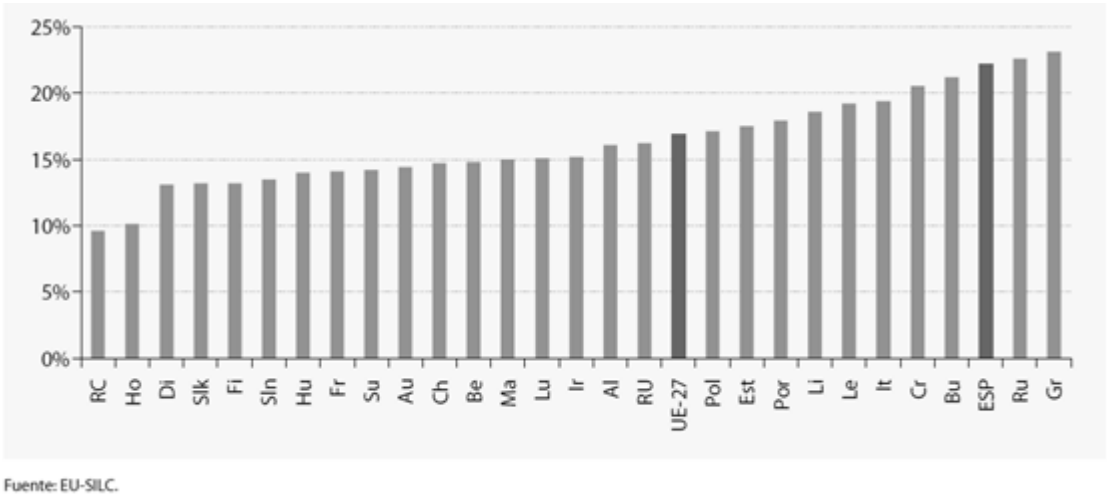
En el 2013, el 92,3% de los contratos fueron de carácter temporal (Fundación FOESSA, 2014).

El problema del empleo precario viene acompañado de la percepción subjetiva de la población española, en un 56% considera el paro el principal problema social del país en 2014, mientras que justo antes del comienzo de la crisis, en 2008, esa cifra era del 29% (Barómetro de opinión ciudadana).

Conocemos las consecuencias que anteriormente a la crisis y durante la misma ha tenido en los jóvenes de entre 16 y 29 años mediante estudios como los de Laparra (2006) o Sverke, Hellgren y Näswall (2006).

Mencionar dos aspectos principales: la salud psicología de los jóvenes precarios y parados de larga duración, y el empeoramiento de las condiciones de vida. Un ejemplo claro de ello es que "la reducción de la renta de la que disponen los hogares ha ido haciéndose mayor año a año, con una pérdida del 2,9% en 2010, del 3,4% en 2011 y del 3,8% en 2012" (Fundación FOESSA, 2014).

Referente a las condiciones de vida, procede introducir los indicadores de los que nos hacemos eco a la hora de abordar dicha cuestión, ajustándonos a las definiciones aportadas por la Red Madrileña de lucha contra la pobreza y la exclusión social (Red Madrileña de lucha contra la pobreza y la exclusión social -EAPN Madrid, 2010) sobre renta, privación material severa e intensidad de trabajo (ver Figura 2).



Fuente: EU-SILC.

Figura 2. Privación material severa (Eu-SILC, EAPN Madrid, 2010).

Estas situaciones, junto a los datos aportados por los diversos organismos (CIS – Centro de Investigaciones sociológicas; INE; FOESSA, y EUROSTAT) (ver Figura 3), configuran una nueva realidad en la que desconocemos el alcance longitudinal y las consecuencias psicosociales y en los jóvenes.

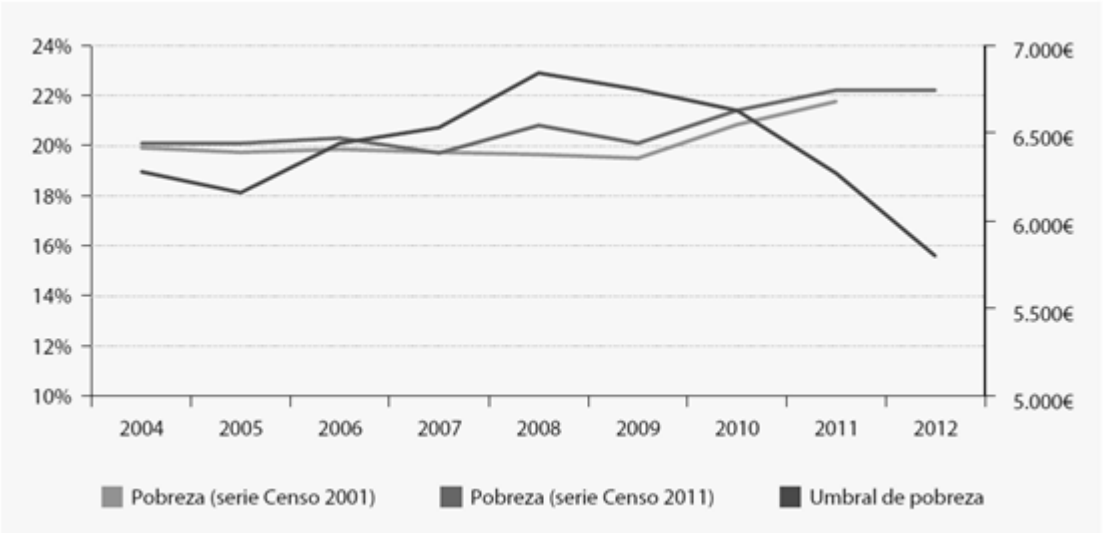


Figura 3. Incremento pobreza por tramos (Fundación FOESSA, 2014).

Estudiar este problema social nos permitirá en un futuro identificar las poblaciones en riesgo tanto psicológico como social, categorizarlas, analizarlas y, fruto de ello, elaborar tanto un marco teórico de estudio, como trabajar en el campo práctico generando propuestas en materia de inserción social, Servicios Sociales y políticas activas en diversos campos.

Método

Participantes

Nos hemos centrado en una muestra de 163 individuos, que, filtrados según edades comprendidas entre los 16 y 29 años, deja una muestra de 46 sujetos: 23 jóvenes trabajadores y 23 jóvenes desempleados.

Instrumento

En este caso, el objeto de estudio serán los resultados del pre-test, T-Pslab realizado, que ofrecen una visión general de algunos de los indicadores de precariedad laboral explorados por el cuestionario junto a indicadores de exclusión, como la capacidad para cubrir necesidades básicas y/o gastos inesperados. A esto se añaden los cruces y datos significativos sobre percepción económica.

Procedimiento

Abordaje multi-metodológico dividido en dos fases, cuantitativa y cualitativa. La primera de ellas se desarrolla en torno una batería de elaboración propia, que será detallado más adelante. En cuanto a la fase cualitativa, el trabajo se centra en la realización de entrevistas semiestructuradas con el objetivo de conocer los diferentes planteamientos que se van desarrollando. Se realizan grupos de discusión con jóvenes agrupados según diferentes variables.

Diseño

Para dar cumplimiento al objetivo del presente estudio descriptivo se realizaron 163 cuestionarios T-Pslab on-line con la plataforma SurveyMonkey a estudiantes de la Universidad de Oviedo y a familiares de estos (Figura 4). Posteriormente se realizó el pertinente análisis comparativo multivariable estadístico con IBM SPSS Statistics 22.

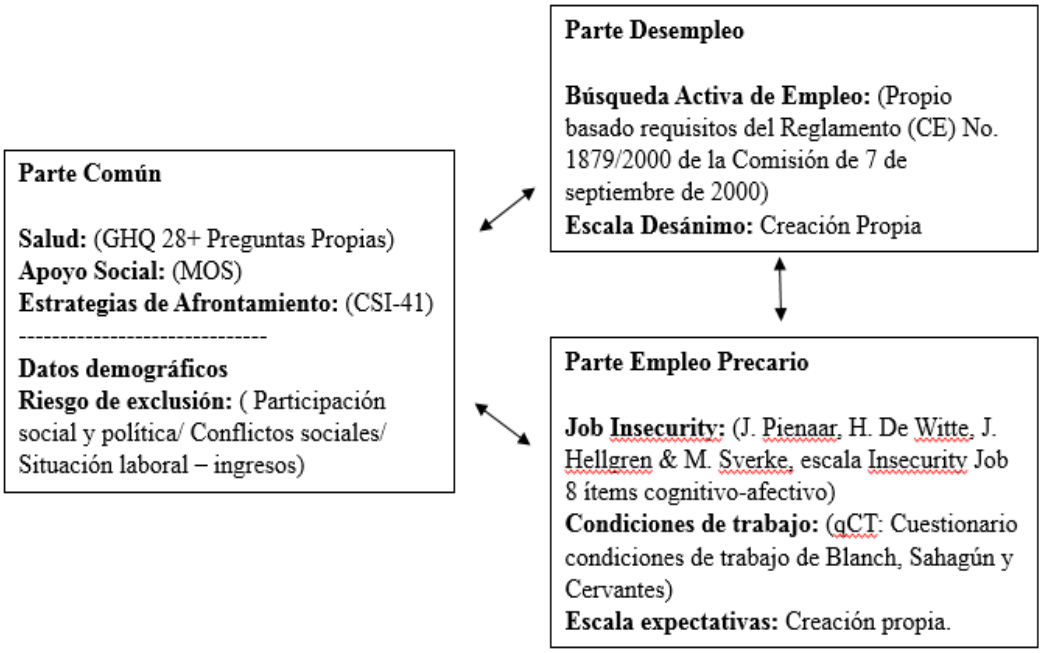


Figura 4. Composición del T-Pslab.

Resultados

La muestra de 163 individuos se ha filtrado siguiendo dos variables. La situación laboral, con 3 posibles respuestas: 1. Si no estás trabajando en la actualidad, pero buscas empleo; 2. Si no trabajas ni buscas empleo; 3. Actualmente trabajo. La segunda variable la edad, teniendo en cuenta aquellos sujetos comprendidos entre los 16 y 29 años. Como resultado se obtienen dos muestras: jóvenes trabajadores y jóvenes desempleados pero en búsqueda activa de empleo, obviando aquellos que ni trabajan ni buscan empleo.
Nos centramos a continuación en las correlaciones existentes entre las tres respuestas dentro de cada grupo.

En cuanto a los hallazgos obtenidos, se destacan la atención en la comparativa de las Tablas 2 y 3, pues ambos grupos consideran que la situación hace un año y dentro de un año va a ser igual, mientras que los trabajadores consideran la actual como buena (moda 4) y los desempleados negativa (moda 2).

Por su parte, las Tablas 4 y 5 muestran que los trabajadores consideran su situación económica actual en un 56,5% como buena o muy buena, mientras que los desempleados la perciben como mala o muy mala en un 43,4%.

Tabla 2. Percepción general por parte de los jóvenes trabajadores de su situación económica

	¿Cómo calificarías tu situación económica en la actualidad?	¿Cómo es tu situación económica con respecto a hace un año?	¿Cómo crees que será tu situación económica dentro de un año con respecto a la actual?
N Válido	23	23	23
N Perdidos	0	0	0
Moda	4,00	2,00	2,00
Desviación estándar	0,73048	0,58303	0,67126
Varianza	0,534	0,340	0,451

Tabla 3. Percepción general por parte de los jóvenes desempleados de su situación económica.

	¿Cómo calificarías tu situación económica en la actualidad?	¿Cómo es tu situación económica con respecto a hace un año?	¿Cómo crees que será tu situación económica dentro de un año con respecto a la actual?
N Válido	23	23	23
N Perdidos	0	0	0
Moda	2,00	2,00	2,00
Desviación estándar	1,05388	0,57277	0,76742
Varianza	1,111	0,328	0,589

Tabla 4. Percepción por parte de los jóvenes trabajadores de su situación económica actual.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala	2	8,7	8,7	8,7
Regular	8	34,8	34,8	43,5
Buena	12	52,2	52,2	95,7
Muy buena	1	4,3	4,3	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Nota. Ítem "¿cómo calificarías tu situación económica en la actualidad?"

Tabla 5. Percepción por parte de los jóvenes desempleados de su situación económica actual.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy mala	3	13,0	13,0	13,0
Mala	7	30,4	30,4	43,5
Regular	6	26,1	26,1	69,6
Buena	7	30,4	30,4	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Nota. Ítem "¿cómo calificarías tu situación económica en la actualidad?"

Por lo que se refiere a las Tablas 6 y 7 resulta interesante comprobar que ambos grupos consideran su situación económica respecto a un año como igual en un 52,2% y un 56,5% respectivamente, siendo mejor para los trabajadores en un 43,5% y peor para los desempleados en un 39,1%.

Tabla 6. Percepción por parte los jóvenes trabajadores de su situación económica con respecto a un año atrás.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Peor	1	4,3	4,3	4,3
Igual	12	52,2	52,2	56,5
Mejor	10	43,5	43,5	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Nota. Ítem "¿Cómo es tu situación económica con respecto a hace un año?"

Tabla 7. Percepción por parte los jóvenes desempleados de su situación económica con respecto a un año atrás.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Peor	9	39,1	39,1	39,1
Igual	13	56,5	56,5	95,7
Mejor	1	4,3	4,3	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Nota. Ítem "¿Cómo es tu situación económica con respecto a hace un año?"

Sobre las Tablas 8 y 9 cabe destacar que ambos grupos consideran que su situación dentro de un año será igual en un 52,2% para trabajadores y en un 43,5% para desempleados. El 64,9% de los jóvenes que trabajan no llega al Salario Mínimo Interprofesional, un 65,2% tiene un contrato temporal y/o en prácticas y, finalmente, un 13% trabaja sin contrato. Esta situación impide abordar gastos imprevistos y necesidades básicas.

Tabla 8. Percepción por parte los jóvenes trabajadores de su situación económica dentro de un año.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Peor	3	13,0	13,0	13,0
Igual	12	52,2	52,2	65,2
Mejor	8	34,8	34,8	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Nota. Ítem "¿Cómo crees que será tu situación económica dentro de un año con respecto a la actual?"

Tabla 9. Percepción por parte los jóvenes desempleados de su situación económica dentro de un año.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Peor	7	30,4	30,4	30,4
Igual	10	43,5	43,5	73,9
Mejor	6	26,1	26,1	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Nota. Ítem "¿Cómo crees que será tu situación económica dentro de un año con respecto a la actual?"

Discusión y conclusiones

En el contexto de crisis definido anteriormente se observa que el hecho de tener un trabajo conservado durante más de un año aumenta la percepción positiva de la situación económica en un 21,8%, en comparación con aquellos que sufren el desempleo. Así mismo, la persistencia de una situación de empleo entendida como positiva frente a una de desempleo entendida como negativa hace que las percepciones sobre el futuro económico aumenten, pues un 34,8% opina que será mejor y un 52,2% opina que serán iguales, frente al 26,1% de desempleados que opina que su situación mejorara y un 43,5% que opina que será igual, en este caso entendiendo por igual una situación negativa de continuidad en el desempleo.

Por ello, aunque el empleo generado en estos años se considere precario, sigue siendo un pilar fundamental para la autoestima de los jóvenes trabajadores, si bien surge la cuestión de la adaptación circunstancial al mercado de trabajo, pues la mayoría de los jóvenes encuestados, a pesar de estar en una situación precaria, considera como buena o muy buena su situación económica.

En este sentido, cabe destacar el riesgo al que están sometidos los jóvenes, dado que, aun siendo trabajadores precarios, están percibiendo como positiva su situación, a pesar del deterioro del mercado laboral. Así mismo, resulta alarmante el porcentaje de jóvenes desempleados que consideran que su situación sigue siendo igual de negativa desde hace un año (56,5%) y el de los que consideran que el futuro aguarda una situación igual o peor (73,9%), así como que, a pesar de los datos de repunte, solamente un 4,3% opina que actualmente está mejor que hace un año.

Por último, otro dato interesante es que, a pesar de considerar que su situación es buena, el 64,9% de los jóvenes trabajadores no alcanza el salario mínimo. Incluso un 65,2% tiene un contrato temporal o en prácticas, siendo más alarmante aún el hecho de que un 13% trabaja sin contrato.

Al comparar estos datos referentes a la precariedad laboral con los indicadores de capacidad para cubrir necesidades básicas e imprevistos, comprobamos que un 60,9% es capaz de cubrir sus necesidades básicas, frente al 39,1% que no y que, ante gastos imprevistos, un 69,1% no es capaz, frente al 30,4% que sí. Observamos que los porcentajes se cruzan, lo que da a entender que la actual situación en la que se encuentran está forzando al máximo sus recursos, pues de ese 60,9% que logra cubrir sus necesidades luego ya no es capaz en un 69,6 % de superar imprevistos, lo que incide en la capacidad de ahorro.

Se hace necesario ahondar en la influencia que ejercen en las situaciones analizadas distintas variables, tales como el régimen de vivienda, la participación social o el apoyo social percibido.

Referencias

Agulló, E., Llosa, J., y Arenas, M. (2014). Job Insecurity, precariedad laboral y subempleo: un acercamiento crítico a la nueva realidad del trabajo. En CABISE'14 (Ed.), *Reevaluando el Estado del Bienestar en el Sur de Europa* (pp. 1-16). Oviedo: Universidad de Oviedo.

Blanch, J.M. (2011). La psicología del trabajo ante la crisis del empleo. *Revista Española de Psicología, 55*, 7-13.

Crespo, E., Prieto, C. y Serrano, A. (2009). *Trabajo, subjetividad y ciudadanía: Paradojas del empleo en una sociedad en transformación.* Madrid: Complutense.

EAPN Madrid. (2010). *Las cifras de pobreza y exclusión social en España de cara a la Europa 2020.* Madrid: Autor.

EUROSTAT. (2015). *EUROSTAT DATABASE.* Recuperado el 5 de junio de 2015, de http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_nPqeVbPXRmWQ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=pop_up&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1&_NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_nPqeVb

Fundación FOESSA. (2014). *Precariedad y Cohesión Social.* Recuperado el 15 de octubre de 2014, de http://www.foessa.es/

Laparra, M. (2006). *La construcción del empleo precario.* Recuperado el 20 de octubre de 2014, de http://www.caritas.es/

Sverke, M., Hellgren, J. y Näswall, K. (2006). *Job Insecurity. A Literature Review.* Stockholm: National Institute For Working Life.

EFECTOS DE LA COMPASIÓN Y LA AUTOCRÍTICA EN ÍNDICES PSICOFISIOLÓGICOS

Luis Carlos Delgado-Pastor[*], Alba Garrido[**], Silvia Bolivar[**], José Luís Mata[**] y Jaime Vila[**]

[*]*Universidad de Zaragoza (España)*

[**]*Universidad de Granada (España)*

Resumen

Antecedentes: En las últimas décadas el fenómeno de la auto-crítica ha sido relacionado con diversos trastornos psicológicos incluyendo los trastornos de ansiedad y depresión. En contraposición, la compasión ha sido asociada a salud mental y satisfacción. Asimismo, la compasión está íntimamente relacionada con mindfulness y existen distintos programas de entrenamiento basados en la compasión. Sin embargo, apenas son conocidos sus correlatos psicofisiológicos autonómicos. **Método:** De una muestra inicial de 636 estudiantes universitarios, a través de la escala *Forms of Self-criticism/Self-Reassuring Scale* fueron seleccionados 51 participantes, que se constituyeron en dos grupos, uno de alta-auto-crítica y otro de baja autocrítica. Se registraron las variables fisiológicas de la conductancia dérmica y el electrocardiograma durante seis periodos: (a) una primera línea de base inicial, (b) una inducción de autocrítica (c) un primer ensayo de respuesta cardiaca de defensa, (d) un periodo de recuperación, (e) una inducción de compasión, (f) un segundo ensayo de respuesta cardiaca de defensa. **Resultados:** Los resultados preliminares muestran diferencias significativas en la tasa cardiaca entre los periodos de autocrítica y compasión, siendo superior en la autocrítica. Además, se aprecia que estas diferencias en la tasa cardiaca se manifiestan cuando los participantes experimentan primero la inducción de autocrítica y posteriormente la compasión, pero no cuando el orden es el inverso. Asimismo, en la inducción de autocrítica el grupo de alta de autocrítica presenta una reactividad superior ante un estresor auditivo intenso en comparación con la inducción de auto-compasión, sin embargo, el grupo de baja autocrítica se muestra de forma inversa.

Conclusiones: A pesar de las diversas limitaciones presentes de nuestro estudio, estos resultados pueden ser relevantes para comprender la eficacia de intervenciones basadas en la compasión cuando se apliquen a personas con alta autocrítica.

Palabras clave: Compasión, autocrítica, tasa cardiaca, conductancia dérmica, respuesta cardiaca de defensa.

EFFECTS OF THE COMPASSION AND THE SELF-CRITICISM ON PSYCHOPHYSIOLOGICAL INDICES

Abstract

Antecedents: In the last decades the phenomenon of the self-criticism has been related to diverse psychological disorders including the disorders of anxiety and depression. In contrast, the compassion has been associated with mental health and satisfaction. The compassion is related with mindfulness and exist diverse programs of training based on the compassion. Nevertheless, are not known the psychophysiological autonomic correlates associated. **Method:** Of an initial sample of 636 university students were selected 51 participants by the Forms of Self-criticism/Self-Reassuring Scale. The participants were split into two groups: with high and low self-criticism. Skin conductance and electrocardiogram were recorded during six periods: (a) baseline, (b) an induction period of self-criticism (c) trial 1 of cardiac response defense (d) recuperation from defense trial (e) an induction period of compassion (f), trial 2 of cardiac response defense. **Results:** The preliminary results show significant differences in the heart rate between the periods of self-criticism and compassion, being higher in the self-criticism period. In addition, the differences in heart rate between the periods only be found when the participants experience first the self-criticism and later compassion, but not in inverse order. Also, in the induction of self-criticism, the group of high self-criticism displayed a higher reactivity to an intense auditory stimulus in comparison with the induction of compassion. In contrast, the group of low self-criticism showed an opposite pattern. **Conclusions:** Spite of diverse limitations, these preliminary results may be relevant to understand the efficiency of

interventions based on the compassion when they are used in clients with high self-criticism.

Key words: Compassion, self-criticism, heart rate, skin conductance, cardiac response of defense.

Introducción

Uno de los autores destacables en el terreno de la compasión es Paul Gilbert (2009), el cual ha justificado la conveniencia de tratar a las personas que manifiestan tendencia a elevada autocrítica y sentimientos de culpa a través de terapias basadas en la compasión o con entrenamientos diseñados para aprender a generar un estado mental compasivo. La autocrítica ha sido asociada por este mismo autor a autoevaluaciones y auto-juicios negativos que pueden referirse a diferentes aspectos del yo, como la apariencia física, el propio comportamiento, los pensamientos y emociones, o los atributos intelectuales o de la personalidad. Asimismo, una alta autocrítica ha sido correlacionada con un amplio rango de problemas psicológicos tales como trastornos de ansiedad, depresión, problemas de conducta alimentaria, ira o agresión y autolesiones (ver Longe et al., 2010). En contraste, la autocompasión ha sido propuesta como una clave del proceso de cambio psicoterapéutico en algunas aplicaciones basadas en la atención plena (kuyken et al., 2010) y ha sido asociada con ausencia de psicopatología (Neff, 2003). Esta última autora, propone que la autocompasión supone entrar en contacto con el propio sufrimiento, generando el deseo de aliviarlo, y de tratarse a uno mismo con una actitud comprensiva y con consideración. Según esta autora, la autocompasión comprende tres componentes interactivos, amabilidad versus auto-juicio, sentimiento de humanidad común versus aislamiento y atención plena versus sobre-identificación cuando confrontamos pensamientos y emociones relevantes para nosotros que nos causan dolor. Por otra parte, Feldman y Kuyken (2011) señalan a la autocompasión como una dimensión de la atención plena que implica relacionarse con los pensamientos y sentimientos que nos causan aflicción con amabilidad, empatía, ecuanimidad y paciencia. Cuando una persona aprende habilidades de atención plena simultáneamente aprendería a responder con compasión, de una forma adaptativa, a

patrones propios de reactividad donde surgen estados en los que aparecen pensamientos intrusivos negativos de auto-juicio crítico, los cuales se dan de forma típica en la depresión. El término de "autocompasión" se refiere a cuando el sentimiento de compasión está dirigido hacia nuestra propia experiencia, mientras que el término de "compasión" se refiere a cuando el sentimiento de compasión se extiende hacia la experiencia de otros.

Sin embargo, a pesar de la relevancia que la autocompasión y la autocrítica tienen en el marco psicoterapéutico expuesto arriba, para nuestro conocimiento apenas se ha indagado en los correlatos psicofisiológicos del sistema nervioso autónomo de la autocrítica y la autocompasión. Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman y Glover (2008) estudiaron la variabilidad cardiaca y la respuesta de cortisol en la saliva en el contexto de la imaginería focalizada en la compasión, sin embargo sus resultados fueron controvertidos, ya que en algunos participantes se producía un incremento en índices de variabilidad cardiaca y en otros, en cambio, un decremento. Por otra parte, Longe y colaboradores (2010) exploraron las bases neurales de la autocrítica y el auto-aliento a través de técnicas de neuroimagen, estableciendo correlatos neurofisiológicos que por un lado indicaban asociación entre la autocrítica y la actividad en la región del córtex prefrontal lateral y el cingulado anterior dorsal, mientras que por otro lado, el auto-aliento correlacionaba con la actividad del polo temporal izquierdo y la activación de la ínsula. En este contexto, el objetivo de nuestro estudio ha sido tratar de seguir explorando los correlatos fisiológicos de la autocrítica y la compasión, focalizándonos en las variables psicofisiológicas del sistema nervioso autónomo. En este capítulo se presentan los resultados preliminares que hemos obtenido.

Método

Participantes

De una muestra inicial de 636 estudiantes universitarios fueron seleccionados, a través de la escala *Forms of Self-criticism/Self-ReassuringScale* (FSCRS; Gilbert, Clark, Hempel, Miles y Irons, 2004), 50 individuos (34 mujeres y 16hombres) que participaron de forma voluntaria. Se constituyeron dos grupos, uno formado por 28 participantes con puntuaciones altas en autocrítica, superiores al percentil 80 en la subescala de *self-*

inadecuado de la citada escala, y un segundo grupo de baja autocrítica formado por 22 participantes con puntuaciones inferiores al percentil 20 en dicha sub-escala.

Instrumentos

Forms of Self-criticism/Self-Reassuring Scale (FSCRS; Gilbert et al., 2004). Esta escala fue desarrollada para medir el auto-criticismo y la habilidad de auto-aliento. Está formada por 22 items que miden diferentes maneras de pensar y sentir sobre uno mismo cuando las cosas van mal para una persona. Los ítems están distribuidos en 3 componentes, uno de *self* inadecuado, otro de *self* que se auto-tranquiliza y se da aliento, y otro de *self* odiado. Las respuestas se dan en una esala likert de 5 puntos con un rango de 0 a 4. Los coeficientes *Alfa de Cronbach* son 0,9 para la subescala de *self* inadecuado y 0,86 para la de *self* de auto-aliento y *self* odiado.

Las variables conductancia dérmica –CD- y electrocardiograma fueron registradas a través de un instrumento Biopac (model MEC-110C) controlado con software Acqknowledge con una tasa de muestreo de 1000 Hz. La secuencia de presentación de estímulos e instrucciones fue contralada a través del software E-Prime (Psychology Software Tools, Inc., Pittsburgh, PA).

Procedimiento

Se realizó una evaluación psicofisiológica de los participantes. La secuencia del test psicofisiológico constó de los siguientes seis periodos: (a) Una primera línea de base inicial, (b) una inducción de autocrítica (c) un primer ensayo de respuesta cardiaca de defensa, (d) Una segunda línea de base, (e) una inducción de compasión, (f) un segundo ensayo de respuesta cardiaca de defensa . Los dos periodos de línea de base y de inducción tuvieron una duración de 5 minutos. Los ensayos de respuesta cardiaca de defensa se realizaron de la forma estándar (Vila y Fernández, 1989) con la peculiaridad que al participante se le daba previamente la instrucción de que mantuviera el estado de autocrítica o autocompasión generado anteriormente de forma congruente al tipo de ensayo de que se tratara.

Diseño

Para cada una de las variables psicofisiológicas se aplicó un análisis de varianza mixto con un primer factor de grupos independientes 'Grupo' de dos niveles (grupo de alta autocrítica frente a grupo de baja auto-crítica) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas "Periodos" que contemplaba los periodos de la prueba psicofisiológica considerando por un lado los cuatro niveles correspondientes a los cuatro periodos de cinco minutos de duración (línea de base 1, inducción 1, línea de base 2, inducción 2) y por otro lado los dos niveles correspondientes a los dos ensayos de respuesta cardiaca de defensa (ensayo de defensa 1, ensayo de defensa 2).

Resultados

En el análisis preliminar de los resultados se aprecia que en el análisis de varianza (ANOVA) 2 (Grupos) x 4 (Periodos de 5 minutos de la prueba psicofisiológica) en la tasa cardiaca -TC- aparecieron diferencias significativas en la interacción Inducción x Orden ($F(1, 43) = 4{,}24$; $p < 0{,}046$), ver Figura 1,y en el factor tipo de inducción ($F(1, 43) = 4{,}22$; $p < 0{,}046$), ver Figura 2.

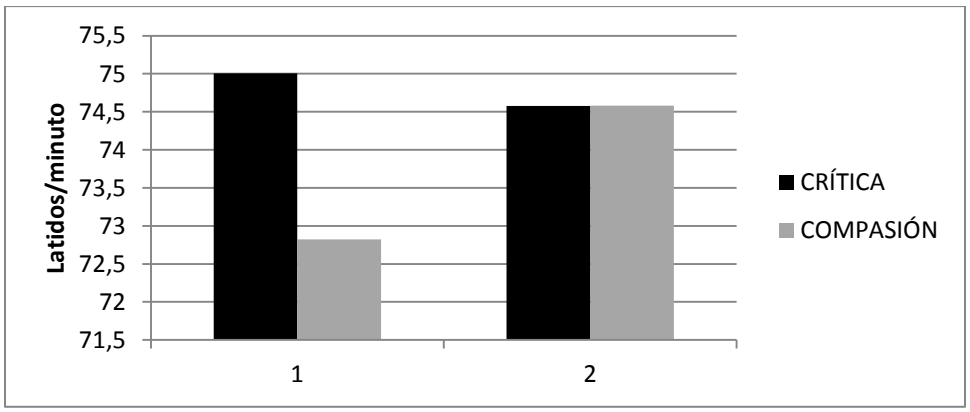


Figura 1. Tasa cardiaca en el orden 1 (primero inducción de autocrítica y después de compasión) y en el orden 2 (primero inducción de compasión y después autocrítica).

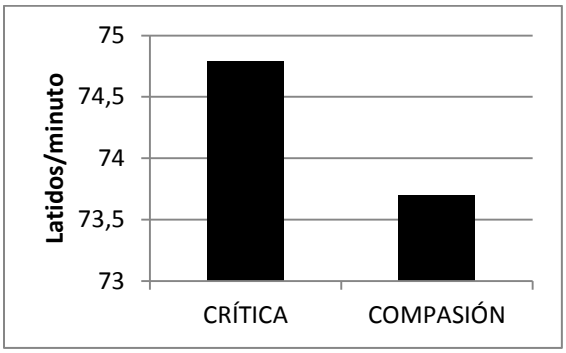


Figura 2. Tasa cardiaca en los periodos de inducción de autocrítica y compasión.

En la Figura 1 se puede apreciar que cuando la inducción de compasión se hace después de la inducción de autocrítica, la TC es menor en el periodo de compasión que en el de autocrítica, mientras que cuando la inducción de compasión se hace primero y la de autocrítica después, la TC en ambos periodos se muestra similar. En la Figura 2 apreciamos una TC mayor en el periodo de autocrítica.

Por otra parte, en el Anova 2 (Grupos) x 2 (Ensayos de defensa), en la variable CD, aparecen diferencias significativas en la interacción Inducción x Grupo ($F(1, 36) = 6{,}11$; $p < 0{,}018$) y diferencias marginalmente significativas en la interacción Inducción x Grupo x Medianas ($F(1, 36) = 2{,}78$; $p < 0{,}063$), ver Figuras 3 y 4.

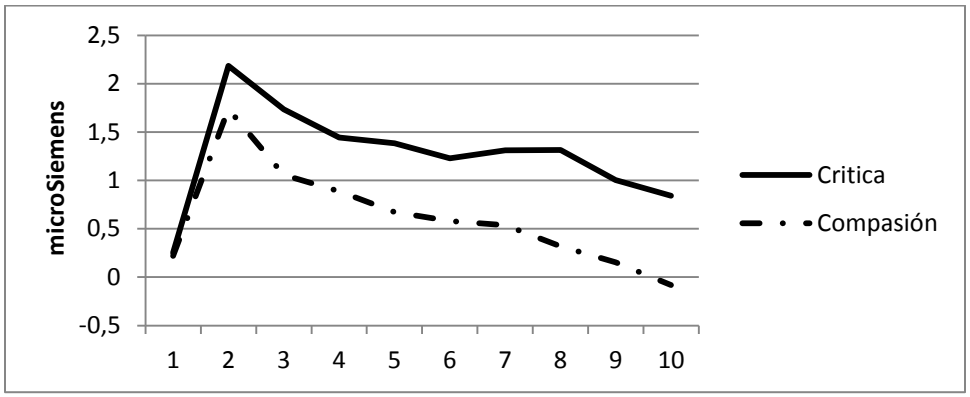


Figura 3. Conductancia en ambos ensayos de defensa para el grupo de alta autocrítica.

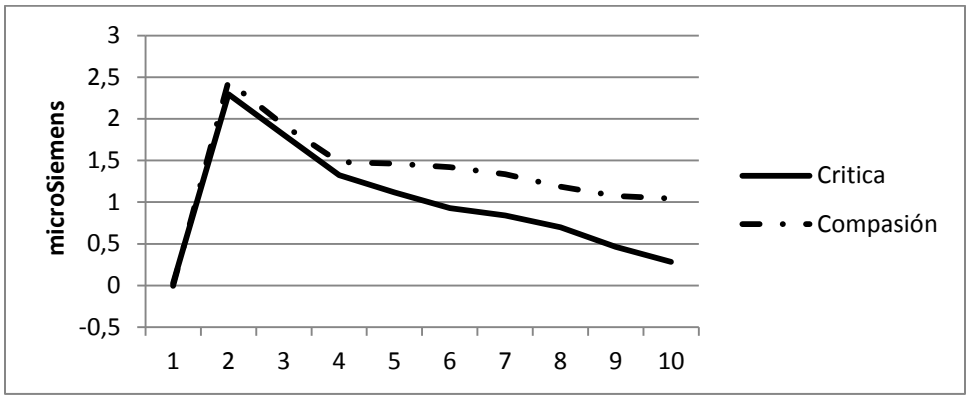


Figura 4. Conductancia en ambos ensayos de defensa para el grupo de baja autocrítica.

En las Figuras 3 y 4 podemos apreciar que a lo largo de las medianas el grupo de alta autocritica presenta valores superiores de CD en el ensayo de defensa correspondiente a la inducción de autocrítica en comparación al que corresponde a la inducción de compasión, en contraste con el grupo de baja autocrítica que se manifiesta de forma inversa.

Discusión/Conclusiones

Lo más destacable de los resultados antes comentados es la tendencia a que la TC sea mayor en un estado emocional inducido de autocrítica en comparación a uno de compasión. Este hecho está en consonancia con estudios previos que asociaron decrementos en la tasa cardiaca en estados emocionales relacionados con la compasión, mientras que asociaron incrementos de la la TC en algunos estados emocionales de valencia negativa que podrían ser afines a la autocrítica, sugiriéndose en el primer caso una activación del sistema nervioso autónomo parasimpático y en el segundo una activación del simpático (ver Goetz, Keltner, y Simon-Thomas, 2010). También es destacable el hallazgo obtenido en nuestro experimento que señala que cuando el estado de compasión se induce posteriormente al estado de autocrítica, se manifiesta una disminución de la TC, por lo que podríamos deducir que el ejercicio de una práctica de compasión ante un estado de emocional de autocrítica puede producir un decremento de la TC. Sin embargo, cuando el estado de compasión se induce en primer término, y la inducción de autocrítica es posterior,

el promedio de la TC es similar en ambos periodos. Este dato puede ser considerado relevante en el contexto de las terapias basadas en la compasión (Gilbert, 2009; Hofmann, Grossman y Hinton, 2011) ya que podría interpretarse que el efecto de generar sentimientos de compasión a través de alguna técnica o tratamiento no sería el mismo si se realiza después de que surjan pensamientos de autocrítica, es decir a modo de afrontamiento o modulación, que si se realiza de forma previa, a modo de prevención o "antídoto".

También, podemos observar en los resultados de la CD que cuando el ensayo de la respuesta cardiaca de defensa se realiza en el contexto de un estado inducido de autocrítica el grupo de rasgo alto de autocrítica se caracteriza por presentar, ante un estresor auditivo intenso, un reactividad simpática superior que en el estado inducido de compasión, cuestión esta que no sucede, o incluso tiende a ocurrir de forma inversa, en el grupo de baja autocrítica. Este dato podría interpretarse como que el grupo que tiene como rasgo de comportamiento la autocrítica tiende a presentar una mayor reactividad asociada a la activación fásica del sistema nervioso simpático ante un estresor cuando se encuentra en el estado inducido de autocrítica, análogo al más habitual.

Sin embargo, los resultados anteriormente citados deben ser interpretados con especial cautela, por varias razones. La primera, que el análisis no ha sido aún concluido plenamente, y por tanto los resultados se presentan tan solo de forma preliminar. Además, diversas limitaciones están presentes en nuestro estudio, entre las que destacan la ausencia de una potencia estadística alta o el tamaño reducido de la muestra. No obstante, a pesar de estas limitaciones, los hallazgos obtenidos pueden tener cierta relevancia en el contexto psicoterapéutico antes citado, y pueden aportar cierta evidencia empírica al conocimiento científico de los correlatos psicofisiológicos autonómicos de la autocrítica y la compasión.

Referencias

Feldman, C. y Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism, 12*, 143-155.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*, 199–208.

Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. y Irons, C. (2004) Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology, 43,* 31-50.

Goetz, J.L., Keltner, D. y Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin, 136,* 351–374.

Hofmann, S.G., Grossman, P. y Hinton D.E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review, 31,* 1126–1132.

Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S.,Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D. y Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy, 48,* 1105-1112.

Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H. y Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage, 49,* 1849–1856.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure selfcompassion. *Self and Identity, 2,* 223-250.

Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S. y Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry, 3,* 132-139.

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.

LA FUNCIÓN ESPECULAR EN LACAN Y WINNICOTT

Diana Pancini-de-Sá-Antunes-Ribeiro, Bianca Paes e Rafael Eduardo-Franco

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista, UNESP

Resumo

Los estudios de Winnicott e Lacan se configuran, cada cual a su modo, como algunas de las producciones más influyentes en el campo psicoanalítico contemporáneo, pues pretendieron no apenas construir soluciones a los impases teóricos dejados abiertos por el psicoanálisis consolidado por Freud, pero también expandir la práctica clínica de ella derivada. En el interior de esta conjuntura, es común para la literatura psicoanalítica comprender de manera sectaria la teoría edificada por tales psicoanalistas, desconsiderando, muchas veces, que ambos son atravesados, en cierta medida, por inquietudes clínicas convergentes, aunque no presenten el mismo fundamento epistemológico. En contraposición a esa perspectiva, El trabajo tiende a explorar las aproximaciones y divergencias existentes entre las teorías de Lacan y Winnicott, a partir del ejercicio comparativo entre los aspectos clínicos, conceptuales e históricos que envuelven los trabajos realizados por ambos, específicamente en lo que se refiere a la noción de *función especular*. Para eso, utilizamos como herramienta metodológica el análisis hermenéutico de los textos *Role of Motherand Family in Child Development* (Winnicott, 1975) y *Le Stade du Mirroir* (Lacan, 1996). Para Lacan, la función especular se configura como un proceso de asimilación imaginaria de la realidad, que ocurre mediante la sustentación, hecha por el agente materno, de la identificación del bebé con la imagen reflejo de si mismo, la cual posibilita la constitución del yo. Winnicott concibe el reflejo en la relación madre-hijo como un desdoblamiento de incidencia de un componente objetivo del ambiente para el bebé. Con esa problemática, vemos aprofundar el estudio sobre la pluralidad de las orientaciones teóricas de la *práxis* constituyentes del campo psicoanalítico, así como explorar las particularidades y semejanzas entre el psicoanálisis de Lacan y Winnicott, en lo que se refiere al proceso de subjetivación.

Palabras-claves: Función especular, psicoanálisis lacaniana, psicoanálisis winnicottiana, epistemología del psicoanálisis.

SPECULAR FUNCTION IN LACAN AND WINNICOTT

Abstract

Winnicott's and Lacan's studies are set, each in its own way, as some of the most influent productions in the contemporary psychoanalytic field because they do not only intend to design solutions to theoretical impasses which had been left open by Freud's consolidated psychoanalysis, but also expand the clinical practice derived from it. Within this context, it is common for the psychoanalytic literature understand the theory built by such psychoanalysts in a disregarding way, not taking into account that, for many times, both researchers are crossed, to some extent, by converging clinic concerns, even though they did not present the same epistemological fundament. In contrast to this perspective, This study aims to explore the similarities and differences between Lacan's and Winnicot's theories, starting from the comparison among clinical, conceptual and historical aspects that involve the work done by both authors, specifically in regards to the notion of *specular function.* Thus, we used as methodologic instrument the hermeneutics analysis of the texts *Mirror-Role of Mother and Family in Child Development* (Winnicott, 1975) and *Le Stade du Mirroir* (Lacan, 1996) as materials for the analysis of this work. For Lacan, the mirroring function is configured as a process of imaginary apprehension of reality which occurs through the support made by the agent of motherhood and the baby's identification with the reflective image of itself, what enables the constitution of the self. Winnicott, on the other hand, conceives the mirroring in the mother-child relationship as a deployment on the objective component incidence of the environment for the baby. With this questioning in mind, we intend to deepen the study about the plurality of the theories and the *praxis* presented by thepsychoanalytic field, as well as explore the particularities and similarities between both Lacan's and Winnicott's psychoanalysis, concerning the subjective process.

Keywords: *Specular function, psychoanalysis lacanian, psychoanalysis, winnicottian, epistemology of psychoanalysis.*

Introducción

En el interior del proceso histórico del psicoanálisis, Winnicott y Lacan son personajes contemporáneos, en la medida que ambos desenvolvieron sus respectivas teorías psicoanalíticas en un mismo momento histórico. Sin embargo, a pesar de que sus producciones teóricas estén inseridas en siglo XX, observamos que sus formulaciones conceptuales y prácticas clínicas son vistas de manera sectaria, cuando son conflictivas. El último objetivo de esta postura es la tentativa de eliminar las diferencias y particularidades inherentes al campo psicoanalítico, a favor de la prevalencia e institucionalización de un modelo especifico de psicoanálisis. El desdoblamiento de las tesis psicoanalíticas de Winnicott y Lacan no escaparon de esa sectorización, una vez que en torno de ambas teorías encontramos grupos psicoanalíticos que suprimen la diferencia y diversidad propia al psicoanálisis, dando, con eso, lugar apenas al confronto y a la reproducción de dialectos que en nada preservan la potencialidad transgresora típica del psicoanálisis (Viera, 2010).

Método

En contraposición a esa corriente de pensamiento, sería posible que ultrapasemos los muros epistemológicos y clínicos específicos de tales teorías, buscando establecer un dialogo entre ambos de los modelos psicoanalíticos? Sin dudas, el desarrollo de la teoría de Lacan y Winnicott toman caminos diferentes, aunque el objetivo final sea común entre ambas: la "cura" terapéutica. Delante de tal interrogación, la investigación tiene como objetivo desenvolver, aunque de manera sintética, una reflexión articulada sobre la composición teórica presente en las obras de Winnicott y Lacan. Para tanto, utilizaremos el análisis hermenéutica como fundamento metodológico, para la investigación de la noción de función especular, tal como presenta Lacan en *Le Stade du Mirroir* (Lacan, 1996) y Winnicott en *Mirror-Role of Mother and Family in Child Development* (Winnicott, 1975).

Resultados

La función especular en lacan

Al hacer un retorno crítico de la obra freudiana – para la cual el inconsciente es estructurado por sistemas de representaciones, trazos de memoria, signos de percepción que se organizan por medio de la condensación y del dislocamiento – Lacan concibe el sujeto del inconsciente a partir del campo de las psicologías; e propone una teoría psicoanalítica que se fundamenta al *proceso de constitución del sujeto*. En este sentido, el sujeto, tal como es considerado por Lacan, se constituye en una relación intrínseca con el orden simbólico, específicamente con el campo del lenguaje.

Para fundamentar esa tesis, Lacan recurre a la teoría lingüística de Ferdinand de Saussure, la cual el signo lingüístico es constituido por el significante asociado al significado. Sin embargo, el psicoanalista francés subvierte tal articulación, al proponer la primacía del significante en la producción del significado. Con base en la teoría saussureana, Lacan encontró el soporte metodológico para la construcción de una teoría del inconsciente embazada en el lenguaje, cuyas tesis generales son presentadas en el texto "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud" (1957), y sintetizadas por la siguiente máxima: *El inconsciente es estructurado como un lenguaje*.

El proceso de constitución del sujeto es efecto del campo del lenguaje, de manera que esta no solamente precede la llegada del ser humano al mundo, sino también intermedia a su inserción en este orden socio-simbólico, cuya primera presentación ocurre a partir del plan familiar, específicamente por medio de aquel que ejerce la función materna. En el interior de esta perspectiva, Lacan emplea la categoría *Otro (A)* para designar el esqueleto material y simbólico, la estructura significante, que el agente de maternagen encarna para el recién-nascido, ante la existencia de un mundo social y cultural ya incorporado por el lenguaje (Elia, 2004). De esta manera, lo que la madre, encuanto sea función, incorpora y direcciona al bebé *(infans)* es un orden significante y no significativo (del significado).

La diferencia entre el orden social, valorativo e ideológico y el orden significante implica en decir que este es *agujereado*, en la medida en que de él es sustraída la dimensión que le atribuiría plenitud y consistencia (Elia, 2004). En razón de eso, la constitución del bebé encuanto sujeto ocurre a partir del conjunto de significantes

inseridos por el Otro Materno. Esos significantes llevan, por lo tanto, el bebé a producir un *acto en respuesta* a la falta, que sería su propia estructuración encuanto es sujeto, esto es, como un sujeto del lenguaje.

El proceso de constitución del sujeto del lenguaje es ultrapasado, entre otros movimientos, por la dimensión de *experiencia especular*. Esta puede ser comprendida como el momento jubilatorio, alrededor del sexto mes de vida, por medio del cual el bebé se depara con su imagen reflejada, solicitando que un adulto ratifique su percepción como siendo la presunción de un imagen propia. Problematizado por Lacan en la conferencia "El estadio del espejo como formador de la función del Yo", realizada en el XVI Congreso Internacional del Psicoanálisis en Zurique, en 1949, ese momento de la constitución subjectiva (denominado *Estadio del Espejo*) dice respecto al proceso de reconocimiento por el Otro de la imagen especular del bebe, por medio del cual "el niño adquiere, por lo tanto, la consciencia de su cuerpo como totalidad, antes mismo, de integrar sus funciones motoras y de tener acceso a un control real". En el Estadio del Espejo, ocurre, así, una transformación psíquica en el bebé, en la medida que asume la imagen que representa una unidad corporal y propicia la identificación con la imagen del otro.

La propuesta de Lacan sobre la función especular es edificada a partir de ciertas tesis oriundas de la psicología comparada, específicamente de los trabajos de Bühler sobre el transitivismo, de las pesquisas hechas por Baldwin sobre los fenómenos de la imitación durante la primera infancia, así como de las descripciones hechas por Wallom acerca del comportamiento infantil ante el espejo (Sales, 2005). Con base en ella, el psicoanalista francés considera el reconocimiento de la imagen especular como siendo un proceso primordial de la constitución del psiquismo, específicamente de la *función del yo.* Con efecto, la "asunción jubilatoria" de la imagen coincide con la precipitación de un Yo que antecede no apenas la instalación de la alteridad, sino también del lenguaje como función de sujeto (Viera, 2010).

Esa imagen es designada por Lacan como Él yo ideal, el cual podría ser considerado como el origen de las identificaciones secundarias. En este sentido, la imagen del cuerpo es aprendida como una especie de *Gestalt*, a partir de una exterioridad que la fija y la invierte, conforme a los principios de la óptica.

El estadio del espejo dice al respecto, a un momento de la constitución psíquica del bebé que se caracteriza por la constitución del *Yo ideal* estructura que sirve de parámetro para la vida psíquica posterior del sujeto.

La función especular en winnicott

Según Winnicott el medio ambiente desempeña un papel vital en relación al desenvolvimiento emocional del bebé, por el hecho de este todavía no haber conseguido separar el no-yo y el yo. Pero con el tiempo y gradualmente esa separación ocurre, en el ritmo del bebé y del ambiente en que este está inserido. Las principales modificaciones se realizan mientras la separación de la madre como aspecto ambiental objetivamente percibido; así, se percibe que "en el desenvolvimiento emocional individual, el precursor del espejo es el rostro de la madre" (Winnicott, 1975, p.153). A partir de esa citación, el autor parte del presupuesto de fundamentar el rostro materno encuanto sea matriz especular del bebé.

Dentro de este contexto, se entiende que el uso de la noción de espejo es empleada encuanto sea metáfora de las primeras funciones del cuidado materno, o sea, encuanto función ambiental que tiene como responsabilidad asegurar, manejar y presentar objetos. Así, el desenvolvimiento emocional individual depende de marcas que resplandecerán a lo largo de la vida y serán dejadas en periodos precoces de constitución en función del ambiente.

A partir de eso, podemos pensar que para Winnicott la noción de "espejo" no es la imagen óptica de un espejo concreto, pero está relacionada al rostro materno. Se trata de un reconocimiento autentico, manifiesto por la expresividad del rostro materno y por la adecuación a las necesidades del lactante.

La función del rostro materno justamente con su expresividad efectiva es sustentar la mirada del bebé y devolverlo a sí mismo. El niño que se siente reconocido por la mirada de la madre, lleva consigo la aprobación y confirmación de la propia existencia, o sea, la función especular del rostro materno es reconocer de modo singular el bebé, ofreciendo a él la constitución e integración del *self*.

Delante de estos echos, se concluye que gradualmente el bebé inicia cambios significativos con el medio ambiente por medio de la experiencia del rostro materno, lo cual funciona como un espejo, dentro de un contexto que cuando el bebe se ve por primera

vez en la mirada de la madre, él se ve a sí mismo; reconociendo la necesidad de considerar que "la madre está mirando para el bebé y aquello con lo que ella parece se encuentra relacionado con lo que ella ve allí" (Winnicott,1975, p. 154). Así, para que la relación madre-bebé sea bien sucedida, es necesario que la figura materna también haya vivenciado la experiencia de ser comprendida y mirada con afecto, pues de eso dependerán los recursos con los que ella podrá contar para ser una madre suficientemente buena.

Conclusión

Con base en tales consideraciones generales acerca de la *función especular*, sea en Lacan o en Winnicott, podemos considerar que ambos autores llevan en consideración la existencia de un proceso psíquico que busca establecer los primeros contornos del cuerpo del bebé, frente a un momento subjetivo en el cual todavía predominan experiencias de despedazamiento y dispersión corporal. Para Lacan la integración corporal, el estadio del espejo, se configura, como un proceso de aprensión imaginaria de la realidad, que ocurre mediante la sustentación hecha por el agente de la maternagen, de la identificación del bebé (*infans*) con la imagen especular de sí mismo, la cual viabiliza la formación del yo (Klautau, 2002). Al paso que para Winnicott el elemento especular en la relación madre-bebé está articulado a la dinámica procesual de la incidencia de un componente objetivo del ambiente para el bebé, en la medida en que el rostro materno posibilitaría al niño internalizar la experiencia de haber sido mirado.

Las concepciones desarrolladas por Winnicott sobre la función especular se configuran, en ese sentido, de manera crítica al psicoanálisis lacaniano, no dejando de ser una densificación y ampliación de las tesis de Lacan presentes en el texto *El Estadio del Espejo como Formador de la Función del Yo* (1996). Con sus propias palabras, Winnicott dice: "[…] Sin duda el artículo de Jacques Lacan, "Le Stade du mirroir", me influenció. […] Lacan, sin embargo, no piensa en el espejo en términos de rostro de la madre del modo como deseo hacer aquí" (Winnicott, 1975, p.153). Con efecto, el reflejo para el psicoanalista inglés está relacionado al cuidado materno encuanto a función ambiental. En este sentido, Winnicott comprende el rostro materno como una especie de metáfora de los primeros cuidados que el agente de la maternagen ofrece al bebé, entre los cuales estarían el *holding*, o *handling* y la presentación de objetos. La función especular no seria,

así, resultado de una imagen óptica, tal como propone Lacan, y si de un reflejo concreto del rostro materno, íntimamente asociado a la noción de cuidado.

En lo que concierne al proceso de reflejo, el posicionamiento teórico asumido por cada uno de los autores se desdobla, en una *praxis* clínica distinta. Con efecto, el reconocimiento de sí y de la presencia del otro a partir del proceso de reflejo, está directamente entrelazado en Winnicott a la noción de identificación primaria (el otro está presente en la medida en que se encuentra fundido con el bebé), en contrapartida, Lacan concibe ese proceso como el inicio de la experiencia psíquica en términos de intersubjetividad (Klautau, 2002). Sin embargo, aunque haya tal divergencia, podemos observar en los dos teóricos una tentativa en común que es la de demarcar, de cifrar, la diferencia existente entre la concepción del cuerpo en el campo psicoanalítico y aquella predominante en otros ramos de conocimiento, tales como la biología y la medicina. Se trata, pues, de una tentativa de pensar la constitución psíquica del cuerpo, tomando como referente, no apenas los elementos biológicos y maduracionales, y si la singularidad de cada individuo, específicamente en lo que se refiere en respecto a subjetividad: para cada subjetividad, un cuerpo y vice-versa.

En este sentido, más que considerar la *función especular* como una especie de punto de tensión conceptual y técnico que atraviesa la convergencia y divergencia existente entre la teoría lacaniana y winnicottiana, podemos considerar que la problematización de esa noción, a partir de los referenciales teóricos en cuestión viabilizaría una reflexión sobre la heterogeneidad y flexibilidad propia de la teoría psicoanalítica. Esta perspectiva podría ultrapasar los contornos ideológicos, que se inscriben sobre el saber psicoanalítico, estableciendo un modelo exclusivo y sectario en lo que se refiere a la transmisión psicoanalítica y de práctica clínica. De esa manera, el psicoanálisis es, por fin, pensado y problematizado por medio de un espacio creativo, considerando el intercruzamiento de tradiciones y de escuelas psicoanalíticas como una forma de enriquecer la pluralidad de la formación en este campo de saber.

Referencias

Elia, L. (2004). *O Conceito de Sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Klautau, P. (2002). *Encontros e desencontros entre Winnicott e Lacan*. São Paulo: Escuta.

Lacan, J. (1996). O estádio do espelho como formador da função do eu. En J. Lacan (Ed.), *Escritos* (pp. 96-103). São Paulo: Jorge Zahar.

Sales, L. S (2005). Posição do estádio de espelho na teoria do imaginário. *Revista do Departamento de Psicologia, 17*, 113-127.

Viera, M.C.S. (2010). *Reflexos possíveis: o olhar de Winnicott e Lacan para a constituição subjetiva*. Dissertação não pulicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. En D. Winnicott (Ed.), *O Brincar e a Realidade* (pp: 175-186). Rio de Janeiro: Imago.

ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA *CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE* NUMA AMOSTRA DE MULHERES MOÇAMBICANAS EM RISCO SEXUAL PARA O VIH/SIDA

Ana Luísa Patrão

Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da Bahia, Brasil

Resumo

Introdução: A depressão tem sido apontada como uma variável de risco para a infecção pelo VIH/SIDA em mulheres. Assim, considera-se importante desenvolver e validar instrumentos que avaliem esta dimensão psicológica no âmbito da promoção da saúde sexual. O presente artigo apresenta os resultados da avaliação das características psicométricas da *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (Randloff, 1977) numa amostra de mulheres moçambicanas em risco sexual para o VIH/SIDA. **Método:** Cento e setenta e três mulheres (*M* idade=24,7; *DP*=5,55), em risco sexual, foram recrutadas do Serviço de Ginecologia do Hospital Central da Beira (Moçambique), pelos médicos ginecologistas, de acordo com um de quatro critérios clínicos pré-definidos: (1) procurar cuidados para doenças sexualmente transmissíveis, (2) ter tido múltiplos parceiros durante os seis meses prévios, (3) relatarem ter tido sexo com uma pessoa que sabem ter outros parceiros sexuais, e (4) utilizarem drogas endovenosas/abuso de substâncias. **Resultados:** A CES-D apresentou elevados níveis de consistência interna (Alfa *Cronbach*=0,78), com todos os itens a correlacionarem-se acima de 0,24 com o total da escala. A análise de componentes principais com indicação prévia de 1 factor explica 56,5% da variância. A CES-D revela boas características psicométricas na amostra em estudo. **Conclusões:** Será importante referir que o presente estudo é pioneiro no contexto moçambicano e não tem como objectivo validar a CES-D para a população moçambicana, apenas na amostra em estudo. Embora não conclusivos em termos de validação da escala em Moçambique, estes resultados demonstram que a CES-D pode ser um importante instrumento de intervenção e investigação no âmbito da prevenção do VIH/SIDA em Mulheres Moçambicanas.

Palavras chave: Escala de depressão, VIH/SIDA, mulheres moçambicanas.

ANALYSIS OF PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE *CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE* IN A SAMPLE OF MOZAMBICAN WOMEN AT SEXUAL RISK FOR HIV/AIDS

Abstract

Introduction: Depression has been identified as a risk variable for HIV/AIDS in women. Thus, it is considered important to develop and validate instruments to assess this psychological dimension in sexual health promotion context. This paper describes the results of an evaluation of the psychometric characteristics of the *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (Randloff, 1977) in a sample of Mozambican women at sexual risk for HIV/AIDS. **Method:** One hundred and seventy three women (*M*age=24.7; *DP*=5.55), at sexual risk, were recruited from a Gynecological Service of Central Hospital of Beira (Mozambique), by their gynecologists, based on one out of four predefined sexual risk criteria: (1) to seek care for sexually transmitted diseases, (2) have had multiple partners during previous six months (3) to report having had sex with a person that know to have other sexual partners, and (4) have used intravenous drugs. **Results:** The CES-D scores presented high internal consistency (*Cronbach* Alpha=0.78), with all items correlating above 0.24 with the total scale. The exploratory principal components factor analysis yielded one factor, explaining 56.5% of the variance. The CES-D shows good psychometric characteristics in this sample. **Conclusions:** It is important to note that this study is pioneer in Mozambican context and is not intended to validate the CES-D for Mozambican population, only for this sample. Although these results are not conclusive in terms of validating the scale for Mozambique, they indicate that the CES-D can serve as a useful tool for interventions and research focused on HIV/AIDS prevention among Mozambican women.

Keywords: Depression scale, HIV/AIDS, Mozambican woman.

Introdução

A depressão tem sido apontada como uma variável de risco para a infecção pelo VIH/SIDA em mulheres. DiClemente et al. (2001) desenvolveram uma investigação

onde analisaram a relação entre a depressão das adolescentes e os seus comportamentos e atitudes face às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e vírus da imunodeficiência adquirida/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA). Os resultados deste estudo demonstraram que as adolescentes com depressão significativa no pré-teste, no seguimento de 6 meses, tinham 2,1 vezes maior probabilidade de terem tido relações sexuais vaginais desprotegidas, 2,2 vezes maior probabilidade de perceberem mais barreiras face ao uso do preservativo, 1,7 vezes maior probabilidade de terem parceiros sexuais masculinos não monogâmicos, 2 vezes maior probabilidade de terem medo das consequências adversas de negociar o uso do preservativo, 1,6 vezes maior probabilidade de se sentirem menos eficazes em negociarem o uso do preservativo com um novo parceiro sexual, entre outras. Ou seja, a depressão é preditiva de uma série de factores de risco para o VIH/SIDA.

Efectivamente a depressão ou a presença de sintomatologia depressiva exerce influência sobre os comportamentos sexuais de risco. A corroborar esta ideia, pode-se descrever o estudo de Amaro com 2527 mulheres afro-americanas, cujo objectivo passou por conhecer as razões que levavam estas mulheres a praticar sexo desprotegido. As entrevistadas expressaram sentimentos de impotência, baixa auto-estima, isolamento e "falta de voz" como estando na base da sua incapacidade para negociar o sexo seguro (Zierler & Krieger, 1997). Ou seja, não estando psicologicamente capazes de negociar o sexo seguro, facilmente estas mulheres acederam ao sexo desprotegidos colocando-se em risco para o VIH. Myers et al. (2009), no desenvolvimento de um estudo com mulheres seropositivas e seronegativas (n=288), constataram que a depressão é um forte preditor de consumo de álcool, que, como se sabe, é uma prática de risco para comportamentos sexuais desprotegidos.

No que se refere à mulher africana, não são encontrados estudos que analisam as dinâmicas existentes entre a depressão e os comportamentos de risco para o VIH, o que fundamenta a necessidade de se desenvolverem estudos aprofundados sobre estas variáveis com esta população específica. É de toda a pertinência adaptar instrumentos de avaliação psicológica capazes de avaliar os níveis de depressão, tendo em vista a promoção da saúde sexual das mulheres. Esta necessidade é especialmente urgente em contextos como o moçambicano, onde os índices de VIH/SIDA e outras DST são elevados (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS - UNAIDS, 2008).

Adicionalmente, a realidade ao nível de instrumentos de avaliação psicológica é praticamente inexistente em contexto moçambicano. Assim, considera-se importante adaptar e validar instrumentos psicológicos que avaliem dimensões pertinentes no âmbito da promoção da saúde em mulheres moçambicanas vulneráveis. Neste seguimento, o objectivo do presente artigo é avaliar as características psicométricas da CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*), numa amostra de mulheres moçambicanas em risco sexual.

Método

Participantes

Demograficamente, a amostra é constituída por mulheres jovens (média de idade de 24,68 anos), maioritariamente solteiras (41,6%), e com um nível de instrução entre os 10 e os 12 anos de escolaridade (67,1%), tal como se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica da Amostra (n=173).

Variável	N	%
Idade (Média)	24,68	
Educação		
4-6 Anos	41	23,7
7-12 Anos	116	67,1
Ensino técnico	7	4,0
3-5 anos Univ.	9	5,2
Estado Civil		
Casada	40	23,1
União de facto	46	26,6
Solteira	72	41,6
Divorciada	10	5,8
Viúva	5	2,9
O parceiro sexual actual é o único?		
Sim	159	91,9
Não	14	8,1
Alguma vez teve alguma DST?		
Sim	116	67,1
Não	57	32,9
Alguma vez fez o teste para o VIH?		
Sim	146	84,4
Não	27	15,6
Usa preservativo como contraceptivo?		
Sim	66	38,2
Não	107	61,8

Clinicamente, a maioria das mulheres possui um único parceiro (91,9%), já teve alguma DST (67,1%), já fez o teste para o VIH/SIDA (84,4%), e não utiliza o preservativo como método contraceptivo (61,8%).

Materiais

A CES-D foi criada por Radloff (1977) com o objectivo de avaliar a sintomatologia depressiva na população em geral, colocando a sua tónica na componente afectiva (humor deprimido).

Relativamente às características psicométricas da CES-D original e, mais concretamente, no que toca à validade de construto, a análise factorial de componentes principais dos 20 itens foi efectuada em três grupos distintos: amostras populacionais de Kansas City e Washington County, e ainda pacientes psiquiátricos. Nestas amostras foram encontrados quatro factores, que explicam 48% da variância total. Os quatro factores resultantes são: afecto depressivo, afecto positivo, sintomas somáticos e actividade lentificada e interpessoal. De acordo com Radloff (1977), quando utilizada em investigação epidemiológica, é possível obter uma classificação total que resulta como estimativa do grau de sintomatologia depressiva. O estudo original do instrumento assinala um ponto de corte de "16" para separar a população geral da população psiquiátrica. Quanto à fidelidade da escala, no estudo de validação, esta demonstrou ter uma elevada consistência interna e fidelidade (Radloff, 1977). As medidas de consistência interna revelaram um elevado alfa para a população em geral (0,85) e para a amostra clínica (0,90).

Em Portugal, a CES-D tem vindo a ser utilizada em alguns estudos. Gonçalves e Fagulha (2003) realizaram três estudos com a escala, tendo verificado que os valores de coeficientes de *Cronbach* encontrados foram de 0,92, 0,89 e 0,87, respectivamente; e que esta possui factores. Esta escala também foi utilizada por McIntyre e Costa (2004), em contexto português, no decorrer de uma investigação de promoção da saúde sexual em mulheres jovens.Nesta versão a escala possui 20 itens com quatro opções de resposta tipo *Likert* (0="raramente ou nenhum tempo" a 3="sempre ou a maior parte do tempo"), em que o sujeito define a frequência de cada um dos sintomas abordado na escala, no decorrer da última semana. O resultado final obtém-se através da soma das

cotações dos itens. Em termos de fidelidade, o coeficiente alfa de *Cronbach* encontrado nesta versão é de 0,90, o que indica a existência de elevada consistência interna. Relativamente à validade do construto, após a extracção e rotação, quatro factores emergiram da análise da CES-D total, explicando 56.23% da variância dos resultados.

A versão utilizada nesta investigação foi a de McIntyre e Costa (2004). É de salientar que este instrumento possui quatro itens invertidos em termos de cotação ("Senti que era tão boa como as outras pessoas", "Senti-me esperançosa em relação ao futuro", " Eu estava feliz", e "Eu sentia prazer na vida"). No presente estudo, a escala é unidimensional, não possuindo sub-escalas, ao contrário do que se verifica na versão portuguesa de McIntyre e Costa (2004). Assim, o instrumento avalia o humor deprimido de forma global. Na presente amostra a média situa-se em 15,55 (*DP*= 7,33), o que revela um valor de sintomatologia depressiva inferior ao encontrado no estudo de McIntyre e Costa (*M*=17,82; *DP*=10,98).

Procedimento

As participantes foram recrutadas em consultas externas de Ginecologia, no Hospital Central da Beira (HCB), em Moçambique. Os médicos seleccionaram mulheres em risco para o VIH/SIDA de acordo com um de quatro critérios: (1) procurar cuidados para doenças sexualmente transmissíveis (DST), (2) relatar ter tido múltiplos parceiros durante os seis meses prévios, (3) relatar ter tido sexo com uma pessoa que sabe ter outros parceiros sexuais, e (4) utilizar drogas endovenosas/abuso de substâncias. Após fornecerem uma breve explicação acerca da investigação e de verificarem se um dos quatro critérios clínicos se aplicava, os médicos ginecologistas encaminharam as mulheres para o gabinete de atendimento onde decorreu a recolha de dados, acompanhadas de uma ficha de referenciação com informação acerca do critério aplicado e assinada pelo médico responsável. Posteriormente, as mulheres foram recebidas pela investigadora responsável e neste momento foi explicada natureza e finalidade da investigação, assim como devidamente esclarecida a questão da confidencialidade e do carácter voluntário da participação. Às mulheres que concordaram participar na investigação, foi dado a ler e a assinar o documento de consentimento informado. Adicionalmente, o trabalho de investigação foi devidamente autorizado pela direcção do HCB e pelo Ministério da Saúde de Moçambique.

Os dados foram tratados estatisticamente através do programa SPSS (versão 17).

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de adaptação e validação de um instrumento de avaliação psicológica, bem como de análise das características psicométricas do mesmo em termos de fidelidade e de validade.

Resultados

Fidelidade

Nesta amostra o alfade *Cronbach* é de 0,78, sugerindo uma adequada consistência interna da escala, como se pode verificar no Quadro 2.

Validade

No Quadro 3 é posível constatar que a análise de componentes principais, com indicação prévia de 1 factor, revela que este explica 56.5% da variância.

Quadro 2. Resultados da análise de consistência interna dos valores da CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) (n=173).

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Cronbach α se o item for eliminado
1. Fiquei incomodada com coisas que normalmente não me aborrecem.	0,72	0,74
2. Não me apeteceu comer; tinha pouco apetite.	0,71	0,75
3. Senti que não conseguia sair da tristeza mesmo com a ajuda da família e amigos.	0,65	0,75
4. Senti que era tão boa como as outras pessoas.	0,36	0,82
5. Tive dificuldade em manter a concentração no que estava a fazer.	0,76	0,74
6. Senti-me deprimida.	0,80	0,74
7. Senti que tudo aquilo que fazia era um esforço.	0,74	0,74
8. Senti-me esperançosa em relação ao futuro.	0,55	0,82
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso.	0,61	0,75
10. Senti-me com medo.	0,79	0,74
11. O meu sono era agitado.	0,74	0,74
12. Falei menos do que é habitual.	0,54	0,76
13. Eu estava feliz.	0,80	0,85
14. Senti-me só.	0,72	0,74
15. As pessoas foram antipáticas.	0,28	0,77
16. Eu senti prazer na vida.	0,67	0,84
17. Eu tive crises de choro.	0,78	0,74
18. Senti-me triste.	0,79	0,73
19. Senti que as pessoas não gostam de mim.	0,56	0,76
20. Não tinha energia.	0,79	0,74
Alfa total da escala = 0,78		

Quadro 3. Estrutura Factorial da CES-D (n=173).

Factor	Carga Factorial
I. Humor Deprimido	
Eigenvalue: 11.3 Variância explicada: 56.5%	
1. Fiquei incomodada com coisa que normalmente não me aborrecem.	0,78
2. Não me apeteceu comer; tinha pouco apetite.	0,79
3. Senti que não conseguia sair da tristeza mesmo com a ajuda da família e amigos.	0,74
4. Senti que era tão boa como as outras pessoas.	0,42
5. Tive dificuldade em manter a concentração no que estava a fazer.	0,80
6. Senti-me deprimida.	0,86
7. Senti que tudo aquilo que fazia era um esforço.	0,80
8. Senti-me esperançosa em relação ao futuro.	0,65
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso.	0,74
10. Senti-me com medo.	0,82
11. O meu sono era agitado.	0,79
12. Falei menos do que é habitual.	0,68
13. Eu estava feliz.	0,85
14. Senti-me só.	0,80
15. As pessoas foram antipáticas.	0,34
16. Eu senti prazer na vida.	0,76
17. Eu tive crises de choro.	0,85
18. Senti-me triste.	0,86
19. Senti que as pessoas não gostam de mim.	0,62
20. Não tinha energia.	0,84

Discussão/Conclusões

O objectivo do presente trabalho foi avaliar as características psicométricas da CES-D numa amostra de mulheres moçambicanas em risco sexual. Os resultados observados revelam que esta possui elevada validade e fidelidade na amostra em estudo.

Embora os valores sejam mais baixos do que os encontrados em estudos anteriores (Gonçalves e Fagulha, 2003; Radloff, 1977), a consistência interna da escala é elevada e o valor obtido é relativamente semelhante ao encontrado no estudo de McIntyre e Costa (2004), com uma amostra clinicamente similar, com mulheres jovens em risco para a infecção pelo VIH/SIDA. Na presente amostra, o instrumento não possui sub-escalas, avaliando o humor deprimido de forma global. Esta alteração deve-se ao facto de, após várias análises factoriais, verificar-se que os itens não se agrupam tal como preconizado por autores anteriores (e.g. Gonçalves & Fagulha, 2003; McIntyre & Costa, 2004; Radloff, 1977).

Assim, foi possível observar que a CES-D possui elevada fidelidade e validade na amostra em estudo, com resultados semelhantes aos encontrados em estudos anteriores (Gonçalves & Fagulha, 2003; McIntyre & Costa, 2004; Radloff, 1977). Esta constatação é muito importante no âmbito da promoção da saúde sexual feminina e na prevenção do VIH/SIDA, sobretudo em contexto africano, na medida em que a literatura tem sugerido com muito afinco que as questões de saúde mental, onde se inclui a depressão, estão altamente relacionadas com a decisão que as mulheres tomam relativamente a comportamentos de risco face o VIH, nomeadamente, no que se refere à escolha dos parceiros e à capacidade de negociar o sexo seguro. Estes riscos são ainda maiores em mulheres provenientes de minorias étnicas e de grupos socioeconómicos desfavorecidos (Wyatt, Myers & Loeb, 2004). Assim, não há dúvidas de que a adaptação de instrumentos de avaliação psicológica como a CES-D é uma mais valia muito importante num contexto como o moçambicano, de forma a avaliar os níveis de depressão destas mulheres, o que permite uma intervenção mais adequada a nível psicológico, capaz de evitar as repercussões que estas dimensões podem ter ao nível dos comportamentos de saúde (eg. comportamentos de risco para o VIH/SIDA).

Será importante referir que o presente estudo é pioneiro no contexto moçambicano e não tem como objectivo validar a CES-D para a população moçambicana, apenas na amostra em estudo. Não obstante, perante os resultados observados, encoraja-se a sua utilização em estudos semelhantes em contexto moçambicano e considera-se que este se traduz num importante instrumento no âmbito da avaliação psicológica e da promoção da saúde, em contexto africano.

Agradecimentos

O presente trabalho é parte de um projecto de doutoramento, realizado na Escola de Psicologia da Universidade do Minho, apoiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia Portuguesa (referência SFRH/ BD/ 37909/ 2007).

Referências

DiClemente, R.J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Sionean, C., Brown, L. K., Rothbaum, B., Zimand, E., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S. (2001). A prospective study of psychological distress and sexual risk behavior among black adolescent females. *Pediatrics*, *108*, 5, 1-6.

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (pp. 33-43). Coimbra: Quarteto.

Joint United Nations Programme on HIV and AIDS. (2008). *Global view of HIV infection*. Geneva: World Health Organization.

McIntyre, T., & Costa, E. (2004). *Promoção da saúde psicosexual em mulheres Portuguesas. Relatório Final.* Project ADIS/0045/03, Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. Braga: Universidade do Minho.

Myers, H.F., Sumner, L.A., Ullman, J.B., Loeb, T.B., Carmona, J.V., & Wyatt, G.E. (2009). Trauma and psychosocial predictors of substance abuse in women impacted by HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, *36*, 233-246.

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.

Wyatt, G.E., Myers, H.F., & Loeb, T.B. (2004). Women, trauma and HIV: An overview. *AIDS & Behavior*, *8*, 401-403.

Zierler, S., & Krieger, N. (1997). Reframing women's risk: Social inequalities and HIV infection. *Annual Review of Public Health*, *18*, 1401-1436.

LA CREATIVIDAD, EMPATÍA Y SALUD MENTAL FAVORECEN TU PERSONALIDAD RESILIENTE

Adoración Ferreres-Traver y Amadeo José Pont-Soler

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Instituto de Investigación en Psicología de Recursos Humanos, Desarrollo organizacional y Calidad de Vida Laboral (IDOCAL). Universitat de València (España)

Resumen

Antecedentes: La Resiliencia es un fenómeno psicológico de gran relevancia personal y social. Se caracteriza por la superación de las propias adversidades de la vida manteniendo una buena salud psicoemocional. Muchos autores han estudiado este fenómeno psicológico, desarrollando múltiples estudios en población infantil y adolescente, en niños que han experimentado adversidades como la violencia familiar, traumatismos graves, amenazas parentales. Nuestro objetivo es abordarlo en una población universitaria y adulta, que son más bien escasas. **Método:** Con la finalidad de analizar algunos factores personales de Resiliencia (Creatividad y Empatía) junto con variables positivas como la Salud Mental, Estilos Parentales (Control Psicológico y Control Conductual) y la creencia de Creatividad. Se espera que estas variables ofrezcan relaciones significativas y con un alto poder predictivo. Este estudio es resultado de un Trabajo Fin de Grado del Curso 2013/14, dónde participaron un total de 263 mujeres y hombres adultos, de entre 17 y 69 años. **Resultados:** Se ha obtenido la Creatividad como la variable con mayor correlación y predicción de la Resiliencia, seguidas de la Empatía y la Salud Mental. **Conclusiones:** La Resiliencia requiere de la Creatividad, la Empatía y la Salud Mental. Es importante tener en cuenta estas variables para desarrollar una personalidad resiliente y como forma de prevención en la salud y en la edad adulta. Por lo que "La Empatía, la Creatividad y la Salud Mental facilita la personalidad resiliente en las personas adultas". En futuros estudios, se pueden orientar a analizar la Resiliencia en función del contexto, la cultura y los factores sociales.

Palabras clave: Resiliencia, salud mental, creatividad, empatía, estilos parentales.

CREATIVITY, EMPATHY AND MENTAL HEALTH IMPROVING YOUR RESILIENT PERSONALITY

Abstract

Background: Resilience is a psychological phenomenon of great social relevance, characterized by overcoming the adversities of life nonetheless maintaining good health. Many authors have studied this psychological phenomenon, developing multiple studies in the pediatric and adolescent population, and in the family context, children who have experienced hardships such as family violence, severe trauma, parental threats… In adults there are rather few; for that reason it has developed this project. **Method:** In order to analyze some personal factors of Resilience (Creativity and Empathy) with positive variables such as Mental Health, Parenting Styles (Psychological and Behavioral Control) and the belief Creativity. It is expected that these variables give significant relationships and a high predictive power. This study is the result of a Final Project Work Course 2013/14, where a total of 263 adult women and men, aged between 17 and 69 years participated. **Results:** Creativity obtained as the variable with the highest correlation and prediction of resilience, followed by Empathy and Mental Health. **Conclusions:** Resilience requires Creativity, Empathy and Mental Health. It is important to consider these variables to develop a resilient personality and as prevention in health and in adulthood. As "Empathy, Creativity and Mental Health provides resilient personality in adults". In future studies, it may target analyze the resilience depending on the context, culture and social factors.

Keywords: Resilience, mental health, creativity, empathy, parenting styles.

Introducción

La resiliencia es un fenómeno psicológico complejo que se caracteriza por una capacidad del individuo para superar las adversidades que se plantean en la vida, haciéndolo más fuerte y minimizando el impacto de esas adversidades en su salud mental (Grotberg y García, 2006). Un aspecto relevante para que se dé una personalidad resiliente es el hecho de que haya una combinación de factores, los cuáles promuevan la resiliencia. De forma que se puede entender la resiliencia como una

construcción, en la que los factores de confianza, autonomía, iniciativa, aplicación, identidad, intimidad, la capacidad para generar y la integridad, por ejemplo, son esos "ladrillos de construcción" (Garmezy, 1991; Rutter, 1993).

En la literatura científica la superación de estas adversidades se ha estudiado en su mayoría atendiendo a una serie de variables relevantes para nuestro estudio. Veamos cuáles. Primero, la creatividad del individuo para reestructurar la perspectiva existente del problema, y generar nuevas posibilidades de acción (Grotberg y García, 2006; Salgado, 2005). Segundo, su capacidad de empatizar. Ponerse en el lugar del otro a través de la empatía, ayuda al individuo a comprender lo que le está sucediendo y lo que puede estar pensando (Ferreres-Traver y Catalán, 2009; Moya, 2014). Tercero, su salud mental. Su capacidad de vivir y afrontar la vida de modo saludable (Inbar, 2011; Muñoz y De Pedro, 2005). Cuarto, el estilo parental. Esta variable es especialmente relevante, teniendo en cuenta que la personalidad resiliente se ha estudiado sobre todo en niños y jóvenes, que han tenido adversidades y fuentes de estrés vinculadas con la violencia familiar, traumatismos graves, amenazas parentales… entre otras. Dentro del estilo parental con adolescentes podemos distinguir dos estrategias de control en los padres: el control conductual, basado en el establecimiento de límites a los hijos en un intento de los padres por estar informados de la conducta de sus hijos cuando salen fuera de casa, y el control psicológico, basado en estrategias manipuladoras como el chantaje emocional e inducción de culpa a fin de controlar mejor a sus hijos (Oliva, Parra, Sánchez-Queija y López, 2007). Los resultados muestran que los/las chicos/as que perciben un afecto positivo por parte de sus padres tienden a un mejor desarrollo psicosocial y un apego seguro lo que favorece la capacidad de resiliencia en ellos/as **(**Ferreres-Traver y Catalán, 2009; Mora, 2014).

Dado que los estudios realizados en su mayoría se orientan al colectivo infantil y adolescente (Chi, 2010; Cyrulnik, 2008; Mora, 2014), nuestra propuesta es un estudio sobre resiliencia en universitarios y adultos, a fin de conocer cómo la creatividad y la empatía favorecen su personalidad resiliente y salud mental. De modo especial, nos centraremos en el estilo parental recibido durante su infancia y adolescencia ya que hasta la fecha no existen estudios que hayan estudiado estas pautas de control sobre la capacidad de resiliencia del individuo. Por todo ello se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Variables personales de creatividad, empatía, y salud mental se relacionan en positivo con la capacidad de ser resiliente.

Hipótesis 2: El estilo parental basado en el control psicológico se relaciona negativamente y el control conductual positivamente con la resiliencia.

Hipótesis 3. La creatividad, empatía y salud mental como factores personales son buenos predictores de una mayor resiliencia en el individuo.

Hipótesis 4. El estilo parental como factor familiar basado en el control psicológico y el control conductual son buenos predictores del nivel de resiliencia del individuo.

Método

Participantes

La muestra está formada por 85 hombres y 178 mujeres (N=263), de edades comprendidas entre los 17 y los 69 años. La media es de 25 años en mujeres y de 27 años en hombres. La edad más numerosa se ubica en los 21 años, lo que supone el 23,6 % de la muestra. Respecto al nivel de estudios, la mayoría son universitarios (n=156) y con estudios del Bachillerato y Educación Profesional (n= 82), lo que supone que el 90,5 % tiene estudios superiores.

Instrumentos

Las variables psicológicas fueron medidas por:

- Test de Resiliencia (Salgado, 2005). Mide "factores personales de resiliencia" como la autoestima, la empatía, la autonomía, el humor y la creatividad. Y un factor global de Resiliencia. Un total de 48 ítems con escala de respuesta dicotómica: SI y NO. La escala de resiliencia ofreció un alfa de Cronbach de 0,771, lo que supone una fiabilidad aceptable, mientras que la escalas de empatía y creatividad mostraron fiabilidades bajas, de 0,533 y 0,538, respectivamente.
- Escala para la evaluación del estilo educativo de padres y madres adolescentes (Oliva et al., 2007): Evalúa el estilo educativo que tienen los padres y madres de sus hijos adolescentes. Se compone de 41 ítems aplicables a sujetos a partir de 12 años. Se obtuvieron fiabilidades aceptables en las escalas de control psicológico y control conductual respectivamente de 0,881 y 0,827.

- Cuestionario de Salud Mental, “General Health Questionnaire-12”, (Goldberg, Lobo-Satué, Muñoz-Rodríguez y Williams, 1996; López-Castedo y Fernández, 2005): El GHQ es un cuestionario de 12 ítems que se centra en los malestares psicológicos "distressing". Su fiabilidad es de 0,6.

Resultados

Teniendo en cuenta las hipótesis de trabajo planteadas encontramos relaciones significativas entre la resiliencia y creatividad, empatía, salud mental y control psicológico a un nivel de significación del 1%. La relación más alta es la de creatividad con la Resiliencia (0,615, $p<0,01$), seguida de la Empatía (0,484, $p<0,01$), salud mental (0,451, $p<0,01$) y control psicológico (-0,651, $p<0,01$). En cuanto a los análisis de regresión, encontramos que las variables de creatividad (□=0,237; $p<0,05$), Empatía ($B=0,366$; $p<0,05$) y Salud Mental ($B=0,059$; $p<0,05$) poseen una predicción significativa, de forma que todas predicen de forma positiva la resiliencia. En cuanto al estilo parental, sólo el control psicológico ($B=-0,024$; $p<0,05$) resultó estadísticamente significativo y en el sentido negativo según la hipótesis establecida.

Conclusiones/Discusión

Los resultados encontrados muestran que la resiliencia se desarrolla con dimensiones personales de creatividad y empatía, además de la salud mental del individuo. En el caso de la creatividad, este resultado toma especial relevancia para el desarrollo de una personalidad resiliente como lo constata la evidencia empírica encontrada en otros estudios (Grotberg y Garcia, 2006; Salgado, 2005). De igual modo, sucede con el hecho de ser empático y su salud mental (Inbar, 2011; Losada y Latour, 2013), lo que sugiere que una buena estrategia para fomentar la personalidad resiliente es mantener y prevenir la propia salud psicoemocional a través de patrones educativos orientados al desarrollo de una mayor empatía y creatividad.

En cuanto al estilo parental basado en estrategias de control, sólo el control psicológico adoptado en el sistema familiar ofreció resultados negativos y estadísticamente significativos con la resiliencia, lo que conlleva un peor ajuste psicosocial de la persona con su entorno y, por extensión, mayores dificultades en afrontar las adversidades de la vida lo que supone un pobre desarrollo de la personalidad

resiliente. Así lo avalan los estudios con niños y adolescentes (Cyrulnik, 2008; Massot, Sorribas, Sandín y Sánchez, 2013; Muñoz, 2012). Por su parte, el estilo parental basado en el control conductual mostró resultados positivos pero escasamente significativos con la resiliencia del individuo, a diferencia de los resultados encontrados en niños y adolescentes. Estos resultados suponen una puerta abierta a explorar en futuros estudios con universitarios y adultos a fin de descubrir cómo el estilo parental adoptado por los padres incide y favorece la resiliencia de los hijos, y en especial cómo estas pautas educativas centradas en una gestión emocional adecuada puede incidir directamente en un mayor afrontamiento hacia la adversidad, y por ende, en una mejor capacidad resiliente ante la vida misma.

En cuanto a las limitaciones del estudio, destacamos la necesidad de nuevos estudios ampliando el rango de edad de la muestra, a fin de obtener un mayor número de casos en edad adulta para llegar a una visión mucho más clara, amplia y representativa junto a una mayor variabilidad y diversidad en la muestra. También sería interesante en un futuro investigar la resiliencia en función de otros factores personales: tipo de contexto, edad... dándole mayor importancia a los factores sociales de la resiliencia (Noltemeyer y Bush, 2013).

Agradecimientos

A los alumnos que han colaborado en la obtención de la muestra durante el curso académico 2013/14 de la Facultad de Psicología de la Universitat de València. Así como al Instituto IDOCAL, a la Universitat de València y a la tutora Adoración Ferreres Traver por el apoyo y seguimiento ofrecido en la elaboración del proyecto del TFG del alumno Amadeo José Pont Soler. También a Raúl Espert Tortajada.

Referencias

Chi, T.H. (2010). Understanding vulnerability and resilience in the context of poverty and ethnicity in Vietnam. *Children & Society*, 24, 315-325.

Cyrulnik, B. (2008). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Ferreres-Traver, A. y Catalán, A. (2009). La resiliencia. Valor y competencias del ser humano. Una mirada positiva. En A. Catalán (Ed.). *Cómo superar el descontrol emocional* (pp. 30-46). Valencia: Centre de Psicología Clínica i Formativa.

Garmezy, N. (1991) Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals, 20,* 459-66.

Goldberg, D.P., Lobo-Satué, A., Muñoz-Rodríguez, P.E. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general: Guía para el usuario de las distintas versiones GHQ (general health questionnaire)*. Barcelona: Masson.

Grotberg, E.H. y García, A. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy: Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.

Inbar, J. (2011). *Resiliencia, prevención y afrontamiento de la depresión y crecimiento posterior desde una perspectiva psicoterapéutica integrativa*. Recuperado el 15 de febrero de 2014, de http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/50196/

López-Castedo, A. y Fernández, L. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item General Health Questionnaire in adolescents. *Perceptual & Motor Skills, 100,* 676-680.

Losada, A. y Latour, M. (2013). Resiliencia. Conceptualización e investigaciones en Argentina. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 4*, 84-97. Recuperado el 15 de febrero de 2014, de http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/93/134

Massot, M., Sorribas, J., Sandín, M. y Sánchez, A. (2013). Resiliencia y éxito escolar en el alumnado de secundaria de procedencia extranjera. *Investigación e Innovación Educativa al Servicio de Instituciones y Comunidades Globales, Plurales y Diversas*, 67-75. Recuperado el 15 de febrero de 2014, de http://www.researchgate.net/profile/Rocio_Cortes/publication/256474726_CALIDAD_RELACIONAL_DE_LAS_MUJERES_RURALES_EN_LAS_REDES_SOCIALES_ON_LINE_VALIDACIN_DEL_CONSTRUCTO_CON_PLS_(PARTIAL_LEAST_SQUARES)/links/02e7e52f6577e90dae000000.pdf#page=74

Mora, B. (2014). Solidaridad Familiar y Resiliencia. *Documentos de Trabajo Social*, 51, 99-120. Recuperado el 15 de febrero de 2014, de http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/516.pdf

Moya, L. (2014). *La empatía: Entenderla para entender a los demás*. Barcelona: Plataforma Editorial.

Muñoz, A. (2012). El estudio de la resiliencia desde la perspectiva evolutiva y su aportación a la comprensión del riesgo y la protección en la intervención social. *Portularia, 12*, 9-16.

Muñoz, V. y De Pedro, F. (2005) Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación, 16*, 107-124.

Noltemeyer, A. L. y Bush, K. R. (2013). Adversity and resilience: A synthesis of international research. *School Psychology International*, *34*, 474-487.

Oliva, A., Parra, Á., Sánchez-Queija, I. y López Gaviño, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología, 23*, 49-56.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health, 14*, 626-631.

Salgado, A.C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Revista Liberabit, 11*, 41-48.

MEASURING PARENTAL STRESS. ITALIAN VALIDATION OF A PROPOSAL FOR THE EXTENTION OF PARENTING STRESS INDEX

Valentina Boursier and Valentina Manna

Department of Humanities, University Of Naples Federico II

Abstract

Introduction: We provide a contribution to the validation of an expanded version of the Italian Parenting-Stress-Index (PSI), taking in account dimensions emerged as relevant for the modern experience of parenting, involving 280 working mothers from South Italy. **Method:** Exploratory factor analysis (P.C.A.,Varimax Rotation), Cronbach's α reliability test and measures of validity through inter-correlations among factors and other scales are given. **Results:** We obtained a two factors solution (50.75% of variance): F1-Superegoic dimension (α=.828); F2-Role and Identity Restriction (α=.666), displaying our version a reliable instrument to explore the highlighted factors; good correlation with PSI and its dimensions suggested that the added section could be used to enlarge it. **Discussion and conclusion:** the study highlighted two dimensions to be considered when assessing Parental Stress within the modern experience of "working-mothering": the superegoic dimension and the role and identity restriction, strictly connected to the exercise of multiple life roles. Similarities and differences between our sample and the American factorial structure were found in the area of guilt and competence. They seem more strictly interconnected in our population, maybe for cultural reasons due to a strong ideology of intensive mothering under which the perception of self-competence and guilt are probably inseparable dimensions. A confirmatory factor analysis is needed to confirm the validity of the whole instrument. In future research it would be interesting to test the instrument in new Italian areas, as well as on men, while considering the role of such variables as the age of children and working formula on parental-stress levels.

Keywords: Parenting stress, exploratory factor analysis, working-mothers, prevention.

Introduction

The parenting experience involves gratifying dimensions as well as stressful ones that can disturb the exercise of a new identity role for the adult. Literature underlines that parents living in a stressful way the exercise of their parental role have negative representations of themselves as parents that adversely affect their parenting style, thus worsening the quality of the dyadic relationship (Shreffler, Meadows & Davis, 2011). It is therefore essential to adopt tools measuring parental stress in its various components with screening-preventive aims.

Moreover, the changing lifestyles of families introduce new risk factors for parenting that we should consider in the construction of research instruments. Among them, most literature identifies work-family conflict (WFC) as a component of daily parental stress. Consequences associated with WFC are stricter parental styles, parental tendency to withdraw/distance from the child, conflicting/less positive parent-child relationships, more punitive behaviors. These correlations revealed to be more spread in working mothers than in working fathers (Bass, Butler, Grzywacz & Linnery, 2009).

In working mothers' parenting experience, at least three focus points require our attention. First, the sense of *parental self-efficacy* and *competence*. Their decrease is associated with WFC: not being able to balance work and family is equivalent to feel not to be a "good" parent. This is particularly relevant if we consider that the perception of being competent as parent is the aspect of the self most commonly desired by adults (Anderson, 2006).

Secondly, we should take in account if and how the experience of being a parent may be perceived as *a restriction for adults exerting multiple life roles.* Parents may experiment their parental role as a reduction of their own freedom and as cause of frustration in their efforts to preserve their own identity. It is particularly relevant how the woman represents herself as a mother within her overall identity, considering that maternity implies the risk to lose her identity status as "differentiated" person. Whilst, having a job may be a way to preserve her own identity while she is a mother as well (Speier, 2001).

Finally, literature highlighted the widespread of *sense of guilt* linked to the work experience: working-mothers feel guilty because they perceive going to work as a child's abandonment. Dedication to work is experienced as being a "not-good" mother

because not sacrificial. Thus, being a mother and a worker as well is impossible for women - without excuses preserving their image as good mothers (Johnston & Swanson, 2006). We should take in account these components if we aim at a deep comprehension of what parenting stress is for mothers today.

Parenting stress: definition, models and measures.

Abidin (1995) defined Parenting Stress "the level of stress a parent is experiencing in the exercise of his/her parental role", based on:

- Child's domain, including aspects of the child that may make difficult for the parent the exercise of his/her role: Distractibility/Hyperactivity; Adaptability; Reinforces Parent; Demandingness; Mood; Acceptability;
- Parent's domain, including causes of parenting stress directly linked to dimensions of the parent's general functioning: Competence; Isolation; Attachment; Health; Role Restriction; Depression; Spouse.

On this model, Abidin (1995) developed a self-report instrument measuring parental stress: Parenting Stress Index (PSI), from which Guarino et al. (2008) derived an Italian short version (36 items). The latter assumes parental stress as the result of joint specific characteristics of the child, of the parent himself and of some situations closely related to the parenting role, identifying three factors/components of Parenting-Stress:

a) Parental-Distress (PD): level of fear/anxiety/distress a parent is experiencing in his/her parental role, as resulting from personal factors (12 items);
b) Dysfunctional parent-child relationship (P-CDI): degree to which the parent perceives the child as not meeting his/her expectations and the relationship as not harmonious (12 items);
c) Difficult-child (DC): degree to which the parent considers the child difficult to manage due to his/her temperament, including challenging or disobedient behaviors (12 items).

The Italian tool does not specifically measure some dimensions of the modern experience of parenting we pointed out as relevant in literature.

Aims

We provide a first contribution to the Italian validation of an expanded version of PSI, taking in account the mentioned dimensions emerged as relevant for the modern experience of parenting in working mothers. It aims at exploring the factorial structure of the additional sections provided and their psychometric properties.

Method

Research strategy

Participants. 280 working mothers from South Italy among online communities about mothering, recruited by quota sampling, considering two variables literature identifies as relevant in the incidence of work-family conflict and parental stress:

- working formula: part-time (33%)/full-time (68%)
- child age: 0-3 years (52%)/more than 3 years (48%)

Participants have 37.6 years (SD=0.75) and 1.7 children on the average; most are married (85%) with a medium-high level of Work-family-conflict (M=105.2/200; SD=9.19).

Instruments. We administered our expanded version of Parenting Stress Index, by adding to the Italian Short-Form[1] (36 items into three factors), 13 items from the original American version (translation-back translation procedure). We chose items specifically referring to the three areas identified as central for working mothers according to literature, not deeply analyzed in the Italian Short-Form:

1) "Sense of parental self-efficacy and parental competence":
   - 3 items from the American section "Competence", dealing with the parent's perception of self-efficacy: item n.6, n.7, item* "Being a parent is harder than I thought", then excluded because of cross-loading saturation;

[1]Psychometric properties of PSI–SF: α=.83; αF1(Parental Distress)=.87; αF2(Dysfunctional Parent-Child Interaction)=.87; αF3(Difficult Child)=.87 (Guarino et al., 2008).

- 1 item** from section "Isolation", dealing with how the social support may increase parental efficacy: "when I have some troubles with my son's care, I have many people I can talk to for help and advice", then excluded because of low saturation on factors.

2) "Role/Identity Restriction":
   - 3 items from the section "Restriction", dealing with sacrificial issues limiting a whole identity expression: item n.8, n.9, n.11;
   - 1 item from section "Isolation": how the experience of parenting restricts the possibility to experiment oneself in relationships outside family: item n.10;
3) "Sense of guilt":
   - 5 items from section "Depression" dealing with feeling guilty as parent: item from n.1 to n.5.

Procedure

The instrument was administered on an online platform with reserved access. The advantages of the web for validating research instruments have been widely described and recommended (Felkey & Buring, 2000).

93.3% of the 300 participants completed the whole questionnaire, for a total of 280 final respondents.

We firstly verified the sampling adequacy through Bartlett's test of sphericity and KMO measure. Moreover, an analysis of inter-item correlations was preliminary conducted in order to eliminate disturbing items, thus maintaining both statistical and substantial significance. Then, in order to explore the semantic structure of the added section and to investigate the underlying factors we conducted Exploratory Factor Analysis with Principal Component Analysis (PCA) and Varimax Rotation. We adopted the criteria of minimal factorial saturation (≥.30), eigenvalue >1 and avoiding high cross-loadings (factor loadings loaded on the other factor ≤.30) (Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999).

To evaluate the internal coherence of each factor, we carried on a Reliability Analysis through Cronbach's α, item-total correlations and α if item is excluded. We also applied PCA and RA separately on the 36 items of the Italian Short-Form to

support its reliability and factor structure in our sample. Finally, we realized some Correlation Analysis to support the instrument validity. All the analysis were conducted through SPSS v.20.

Design

The above-mentioned research strategy serves the exploratory design of our validation study. A quantitative survey fitted our aims the best; our statistical analysis plan allowed us to obtain results for a factorial structure of the administered tool and some relevant data about its reliability and validity.

Results

Exploratory factor analysis (EFA)

Data related to the added section showed high inter-item correlations (from .237 to .611), thus no item was eliminated in the preliminary stage of analysis. The KMO measure of sampling adequacy (.845) and the Bartlett's test of sphericity (χ^2 = 683.838; df =210; $p \leq .000$) showed that the data matrix was of optimum suitability. Both the scree-plot and the eigenvalue suggested a two-factors solution. However, two items have been removed: one because of low saturation (.208) and the other one because of high cross-loading (.371 and .474). Thus, we repeated EFA on 11 items and obtained a final two-factors structure (Table 1), explaining 50.75% of variance.

Reliability Analysis

Each added factor showed a good internal coherence: αF1=.828; αF2= .666. Moreover, each item of the added section revealed good correlation with its own factor (from .556 to .840). The α values if item removed supported the identified solution, showing no relevant increase of internal coherence by removing other items. The 3-factors structure of the already validated Italian Parenting Stress Index (PSI) Short-Form has been confirmed, with high level of reliability: αPD=.867; αPCDI= .885; αDC= .896.

Table 1. Factor solution.

	F1	F2	Coll USA	Item-tot corr	α if Item removed
F1 –Superegoic dimension					
1. When my child misbehaves or is agitated I feel responsible as if I had done something	.824	.135	Dep	.517	.784
2. As a parent,I often feel guilty or bad	.809	.065	Dep	.671	.790
3. Every time my son does something wrong, I feel it is my fault	.798	.164	Dep	.618	.790
4. I often feel guilty for what I feel towards my son	.760	.178	Dep	.676	.796
5. I end up feeling guilty when I get angry with my son, and I'm sorry for this	.604	.053	Dep	.554	.830
6. Since I had my son, at home I do not feel able to take care of him so well as I thought I could do: I need help	.536	.268	Com	.585	.830
7. In relation to my son's care, I think: I am able to handle whatever happens/usually I'm able to handle most of the things/I'm not always able to handle everything/Usually I'm able to handle a few things/I'm not able to handle the things well at all	.477	.016	Com	.621	.840
F2–Role and Identity Restriction					
8. I often feel that my son's needs influence my life	.069	.763	RR	.585	.670
9. It's hard to find in our home a place I can be alone with myself	.128	.752	RR	.583	.564
10. Since I had my son, I have less chance to see my friends and make new ones	.153	.692	RR	.723	.556
11. I spent most of my life doing things for my son	.076	.569	RR	.596	.597
α	.828	.666			

Note. Dep = depression; Com = competence; RR = role restriction.

Validity

To support the content validity we conducted Pearson's r analyses: they showed significant correlations among all the new (F1 and F2) and old factors (PD,P-CDI,DC), as well as with the total PSI-new version. Moreover, they all showed to be positively correlated with the old PSI-Italian SF version, thus supporting the hypothesis of an interrelation between the investigated dimensions. The concurrent validity was calculated by verifying correlations of PSI (new version and its factors) with two measures of work-family conflict: Job Family Management Scale and Job Family Role Strain Scale (Manna, Boursier & Palumbo, 2014), a construct that literature reports as a daily type of stress for working parents. Positive and strong correlations resulted (Table 2).

Table 2. Correlations.

	PD	PCDI	DC	PSI old	SD	RIR	PSI new	JFMS	JFRSS
PD	1								
PCDI	.441**	1							
DC	.400**	.641**	1						
PSI old	.758**	.833**	.845**	1					
SD	.400**	.474**	.456**	.323**	1				
RIR	.573**	.280**	.382**	.521**	.323**	1			
PSI new	.751**	.818**	.829**	.985**	.549**	.323**	1		
JFMS	.305**	.160*	.136*	.244**	.341**	.176*	.283**	1	
JFRSS	.436**	.226**	.154*	.335**	.423**	.265**	.381**	.745**	1

Note. PD = parental distress; PCDI = parent-child dysfunctional interaction; DC = difficult child; PSI old = total parenting-stress old version; SD = superegoic dimension; RIR = role and identity restriction; PSI new = total parenting-stress new version; JFMS = job family management-scale; JFRSS = job family role strain-scale.

*p <0.001, two-tailed test **p <0.05, two-tailed test

Discussion and conclusion

Our analysis revealed two factors instead of three as we expected: items included in the areas "Sense of parental self-efficacy and parental competence" and "Sense of Guilt" converged in a unique factor (F1), explaining 35.743% of variance. We interpreted F1 as *Superegoic Dimension of the Parental experience*: considered together, the two areas both refer to how "good" the woman considers herself as a mother, as resulting from superego imperatives. Thus, items included in F1 refer alternatively to how the mother considers herself "efficient", i.e. what a mother *should do*, or how to manage *feelings* such as aggression, anger and fault, from which a "moral" judgment follows with eventual experience of guilt. What we can appreciate here are two components of the superego aspects connected to maternity: an "ideal" and at the same time prescriptive internal standard of mother to which participants compare themselves, deriving a sense of competence and/or guilt.

We interpreted F2 (15.011% of variance), as *Role and Identity Restriction*. As we expected, it precisely includes the items derived from the Role Restriction American section. They refer to how much the mother's life appears sacrificed for her sons but also, in our interpretation, how difficult is to maintain a differentiated identity not completely coincident with the maternal role. The prevalence of the child's interests

upon the mother's ones is here investigated, assessing if/how mother experiences this condition as a limitation of her identity fulfillment.

In our Italian sample, the Parenting Stress reveals similarity with the American factorial structure, where restriction, competence and guilt (in terms of depressive dimension) were identified. Nevertheless, guilt and competence are more strictly interconnected in our population, maybe for cultural reasons, due to the area participants came from, where a strong ideology of intensive mothering is still largely spread and the perception of self-competence and guilt are probably inseparable dimensions.

As a strength, the added section seems a reliable instrument to explore these highlighted factors; well correlating with the PSI-SF and its dimensions, thus suggesting it could be used to enlarge the already validated Italian instrument.

As a weakness, a confirmatory factor analysis (actually ongoing) is needed to test the construct validity of the whole instrument and to confirm the emerged factorial structure. Possible limitations are linked to the "situated" profile of our study, focused on South Italy women. In future, it would be interesting to test the instrument in new Italian areas, and on men, while considering the role of such variables as children's age and working formula on parental-stress levels.

References

Abidin, R.R. (1995). *The Parenting Stress Index Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Anderson, O.A. (2006). *Linking Work Stress, Parental Self-Efficacy, Ineffective Parenting, and Youth Problem Behavior*. PhD dissertation, University of Tennessee. Retrieved from: http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/1632.

Bass, B., Butler, A., Grzywacz, J., & Linnery, K. (2009). Do job demands undermine Parenting? A daily analysis of Spillover and Crossover Effects. *Family Relations, 58,* 201-215.

Fabrigar, L.R., Wegener, D.T., MacCallum, R.C., & Strahan, E.J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, *4*, 272-299.

Felkey, B.G., & Buring, S.M. (2000). Using the Internet for research. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, *40*, 546-53.

Guarino, A., Di Blasio, P., Muratori, F., D'Alessio, M., Camisasca, E., & Picchi, L. (2008). (eds). *PSI Forma breve*. Firenze: Organizzazioni Speciali.

Johnston, D.D., & Swanson, D.H. (2006). Constructing the "Good Mother": the experience of mothering ideologies by work status. *Sex Roles, 54*, 509-519.

Manna, V., Boursier, V., & Palumbo, F. (2014). Fattori di rischio per la genitorialità: contributo alla validazione italiana di uno strumento per la misurazione del work-family conflict. In *Book of Abstracts, 16th Annual Meeting of AIP, Clinic and Dynamic Section* (pp. 185-186). Pisa, Italy.

Shreffler, K.M., Meadows, M.P., & Davis, K.D. (2011). Firefighting and fathering: work-family conflict, parenting stress, and satisfaction with parenting and child behavior. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers, 9*, 169-188.

Speier, D. (2001). Becoming a mother. *Journal of the Association for Research on Mothering, 3*, 7-18.

AGGRESSION, IMPULSIVENESS AND PERSONALITY: ASSESSING THE EFFECT OF MEASUREMENT DISTORTION

Isidro Pérez-Martín, Enrique Armas-Vargas, Pablo García-Medina, Teresa Sánchez-Remacho and Leticia Padilla-González

Department of Clinical Psychology, Psychobiology and Methodology, Psychology Section, University of La Laguna (Spain)

Abstract

Background: Several authors have found a direct relationship between impulsivity and aggressive behaviour. There is less research that measures the effect of response distortion and the influence that this has on the completion of psychological tests, especially when it comes to assessing sensitive content such as social criticism, as in the case of aggressive behaviour. **Method:** The objective is to study the relationships that exist between aggression, impulsivity, personality characteristics and the distorting effect of assessment, with a sample of 214 adults. Our working group placed particular emphasis on the reduction of the influence of response bias in clinical forensic assessments. To do this, we relied on existing instruments and on scales that have proven their validity and reliability in the assessment of response bias, given the variables measured. For example, the L Scale of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) in the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) test. **Results:** The Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) and the "L Scale" of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) helped us to validate their convergence with the Aggression Questionnaire (AQ), Barratt BIS-11 Impulsiveness Scale and with the EPQ-R Eysenck Personality Questionnaire - Revised. The results indicate that those individuals who wish to be noticed (social desirability), score highly on the L Scale; they also tend to recognise neither aggressive nor impulsive behaviour. The variables that best predicted the "BDHI L Scale" were Dissimulation, Hostility and Extroversion. **Conclusions:** L Scale aid in the interpretation of results as it assists in the assessment of response bias in the same test. It allows us to record a tendency to conceal in those more negative aspects of personality, such as aggressive behaviour or impulsivity.

Keywords: Impulsiveness, aggression, personality, response distortion, L Scale.

Introduction

In the past decade, many authors have been interested by aggression, impulsiveness, personality characteristics and the importance of assessing response bias. Different authors have found a direct correlation between impulsiveness measured using the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) and aggressive behaviour measured using the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) - L Scale (MMPI-2) (Perez-Martin, Armas-Vargas, Garcia-Medina, Bethencourt-Perez & Padilla-Gonzalez, 2013), or between Dickman's Impulsivity Inventory (DII) with the four factors of the aggression questionnaire (BPAQ) Vigil-Colet, Morales-Vives and Tous, (2008). As for the relation between aggression and personality characteristics, authors such as Barlett and Anderson (2012) have found positive as well as negative correlations between aggression and personality characteristics.

The study of aggression and the importance of the assessment of response bias in psychological evaluations have led several authors to be generally interested in their further study. In this sense, Armas-Vargas, Bencomo-Hernandez and Sanchez-Remacho (2014) stated the importance of the assessment of response bias in the completion of psychological tests, when, in particular, content sensitive to social criticism is being evaluated, such as aggressive behaviour.

Meanwhile, Archer (2009) says that aggression is an innate pattern of behaviour that, with age, becomes inhibited through social learning, owing to the fact that such conduct is socially unacceptable. Concerning aggression, several different studies link to the importance of social pressure, stating that it should be evaluated using scales that assess response bias as this factor is highly vulnerable to social criticism. It is important to highlight that the great majority of psychometric tests used to evaluate aggressive and impulsive behaviour lack scales for assessing test response bias.

In this study, we aim to study the relationship between aggression, impulsiveness, personality characteristics, and the distorting effect of response bias. For this we have the L Scale, which was included in the BDHI Hostility Inventory (Armas-Vargas & Garcia-Medina, 2012) and the Dissimulation Scale of the Eysenck Personality Questionnaire-Revised EPQ-R (Eysenck & Eysenck, 1991).

Method

Participants

The sample was formed of 214 adults from Tenerife (106 women and 108 men). The mean age was 34.29 years (*SD* = 8.67). With respect to level of education, 7% had primary level education, 23% secondary level, 42% technical studies, and 28% had university level education. 53% were unmarried and 47% were married.

Instruments

The investigation was carried out using the following questionnaires:

- *BDHI Hostility Inventory* (Buss & Durkee, 1957), previously factorised by Armas-Vargas and Garcia-Medina (2012) with a heterogeneous sample of 850 adults (clinical, normal, forensic and prison population). The authors included the L Scale of the MMPI-2 for the assessment of response bias in the test. The Spanish version of this inventory already included some of the items, as a control measure, corresponding to the L sub-scale of the MMPI (1967 version) to evaluate the level of sincerity of the individual, which appears to be related to social desirability (Castillo et al., 2005, p.44). After the factorisation of the L Scale of the BDHI, it comprised 13 items and the internal consistency was .72. The new structure (BDHI-L Scale) showed that it was sensitive for assessment in a normal population in a clinical/forensic environment. Two sub-questionnaires were produced:

  The first sub-questionnaire (BDHI-A) covered four factors: Hostility (distrust and resentment), L Scale, Verbal Aggression, and Containment of Verbal Aggression. Explained Variance was 32.6%. Total Reliability BDHI-A sub-questionnaire was α=.80.

  The second questionnaire (BDHI-B): Physical Aggression, Anger, L Scale, Avoidance of Physical Aggression. Explained Variance reached 37%. Total Reliability BDHI-B sub-questionnaire was α=.78. Total Reliability for the BDHI (A-B) test was α=.86.
- *The Aggression Questionnaire* (Aggression Questionnaire; AQ by Buss & Perry, 1992) comprises one of the most trusted self-reporting instruments for the assessment of aggressive behaviour. The test is composed of 29 items coded in a

five point Likert-type scale. There are four sub-scales: physical aggression, verbal aggression, anger and hostility. We have used the results of an exploratory analysis (varimax rotation) of a population of 190 male adults. The Total Explained Variance was 50%. Total Reliability for the test was α=.81 (Armas-Vargas & Garcia Medina, 2012).

- *The EPQ-R Eysenck Personality Questionnaire-Revised* (Eysenck & Eysenck, 1991) is a scale which comprises 83 items that are scored on a dichotomous Yes or No scale. Ibañez (1996) Spanish version. The test assesses three dimensions of personality: Extroversion, Neuroticism, Psychoticism, and a Dissimulation Scale (L Scale), with an alpha coefficient of between α=.71 and α=.86.
- *The Barratt BIS-11 Impulsiveness Scale* (Patton, Stanford & Barratt, 1995). The Spanish adaptation by Oquendo, et al. (2001) was used. It is a test which comprises 30 items scored from 0 to 4 on a Likert-type scale. It is composed of three sub-scales: Motor Impulsiveness, Cognitive Impulsiveness and Unplanned Impulsiveness. The Spanish version of the test demonstrates adequate psychometric properties, with α=.75.
- *The International Personality Disorders Examination (IPDE)* is a useful tool for personality evaluation, compatible with the DSM-IV and CIE-10 classification systems. It permits the identification of features and behaviour which could be relevant for the assessment of personality disorder criteria. The Spanish version was adapted by Lopez-Ibor, Perez-Urdaniz and Rubio-Larrosa (1996).

  We used the Spanish version, specifically the screening questionnaire of 59 items distributed among 9 sub-scales that measured 9 dimensions of personality with True/False questions: Paranoid, Schizoid, Dissocial, Impulsive, Limiting, Histrionic, Anankastic/Perfectionist, Anxious and Dependent. The reliability and validity indices supported a valid test, of use in the evaluation of personality disorders for research purposes (Loranger et al., 1994).

Procedure

The data were taken from a normal population and obtained using the snowball sampling technique, with the participation of students from a master course. All the participants were informed about the objectives and methodology of the study, and all

participated voluntarily. The results were kept anonymous to protect the identity of the participants.

Design

The applied design was of correlational approach and quasi-experimental extraction. Both bivariate and multivariate differences were established. Using test methodology (pencil and paper questionnaires), the respondents lent credence to the BDHI-L Scale, AQ, BIS-11 and EPQ-R questionnaires as measurement systems.

Results

The data appearing in Table 1 significantly support the convergent validity between the measurements of the BDHI-L Scale Hostility Inventory and the factors of the AQ Aggression Questionnaire, as also found in other results (Armas-Vargas & Garcia-Medina, 2012). This also corresponds with the results obtained by Vigil-Colet, Ruiz-Pamies, Anguiano-Carrasco and Lorenzo-Seva (2012), with respect to the impact that social desirability has on the evaluation of aggression; in this case applying items from the EPQ-R L Scale.

Table 1. Correlation between the factors of the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) - L Scale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), and the Aggression Questionnaire (AQ). (Men and Women). N=137.

		BDHI-L Scale						
		L Scale	Verbal Aggression	Containment of Verbal Aggression	Hostility	Anger	Avoidance of Physical Aggression	Physical Aggression
AQ	Physical Aggression	-.29***	.08	-.08	.35***	.45***	-.33***	.58***
	Anger	-.49***	.01	.14*	.52***	.64***	-.29 ***	-.42***
	Hostility	-.31***	-.07	.32***	.66***	.44***	-.19*	.37***
	Verbal Aggression	-.29***	.21**	-.24**	.13	.29***	-.30***	.27***

Nota. *$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$

In Table 2, significant negative correlation can be seen between the BDHI - L Scale and all the variables of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). These results

differ from the study by Perez-Martin et al., (2013), which found that the BDHI – L Scale only correlated with the factor for cognitive impulsiveness. The data presented here reinforces the convergent validity of the two tests. Vigil-Colet, et al., (2008) found similar results between impulsiveness and aggression, both physical and verbal, and with more emotional components such as anger.

Tables 1 and 2 provide justification of the importance of assessing response bias in psychological testing. Especially when the variables studied (aggression and impulsiveness) are used in relation to the social rejection they incite. The negative correlation between the BDHI – L Scale with the factors of the AQ and the BIS-11 suggest that participants tend to show a defensive pattern in their responses. That is, they try to conceal those more negative aspects of their behaviour or they try to present themselves as more socially desirable (Armas-Vargas, et al., 2014).

Table 2. Correlation between the factors of the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) - L Scale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), and Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). (Men and Women). N=114.

		BDHI-L Scale						
		L Scale	Verbal Aggression	Containment of Verbal Aggression	Hostility	Anger	Avoidance of Physical Aggression	Physical Aggression
BIS-11	Cognitive Impulsiveness	-.33***	-.16*	.05	.48***	.35***	-.25**	.48***
	Motor Impulsiveness	-.32***	.03	-.11	.42***	.48***	-.27**	.32***
	Unplanned Impulsiveness	-.16*	-.16*	-.07	.29***	.26**	-.24**	.34***

Nota. *$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$

Table 3 shows the correlation between the BDHI-L Scale and the L Scale of the EPQ-R Eysenck Personality Questionnaire-Revised (Dissimulation) which significantly supports the convergent validity between both scales that evaluate defensiveness/positive image (Armas-Vargas, 2013).

Table 3. Correlation between the factors of the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) - L Scale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), and the factors of the three basic scales of personality and the Eysenck Personality Questionnaire-Revised control scale (EPQ-R) (Men and Women). N=201.

	BDHI-L Scale						
	L Scale	Verbal Aggression	Containment of Verbal Aggression	Hostility	Anger	Avoidance of Physical Aggression	Physical Aggression
EPQ-R							
Neuroticism	-.33***	-.03	.37***	.63***	.65***	-.21***	.27***
Psychoticism	-.25***	.08	.27***	.45***	.37***	-.26***	.35***
Extroversion	.09	.15*	-.31***	-.23***	-.21**	-.00	-.06
Dissimulation	.57***	-.02	.00	-.21**	-.27***	.18**	-.29***

Nota. *$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$

Differences between men and women

The differences between men and women were analysed (using Student´s test) with the factors of the instruments which formed part of the study (BDHI-L Scale, AQ, BIS-11 and EPQ-R). Table 4 presents the results showing the significant differences for both sexes. The results support those found in other similar studies. Men, with respect to women, scored more highly in the Physical Aggression factor of the BDHI-L Scale (Armas-Vargas & Garcia-Medina, 2012), whilst women, with respect to men, scored more highly in the Neuroticism factor of the EPQ- R.

Table 4. Measurement Differences (Student t) for Men and Women and the factors of the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) - L Scale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), Aggression Questionnaire (AQ), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) and Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R).

VARIABLES	GROUP	N	MEAN	S.D.	t
BDHI-L Scale					
Physical Aggression	Men	106	8.55	1.85	3.03 **
	Women	104	7.87	1.38	
EPQ-R					
Neuroticism	Men	107	31.42	5.18	-2.12 *
	Women	106	33.01	5.73	

Nota. *$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$

Predictive Validity: "BDHI-L Scale"

In Table 5, of the variables studied, we can see the those that best predict the "*BDHI-L Scale*" are *Dissimulation of the EPQ-R, Hostility of the BDHI* (with minus sign) and *Extroversion of the EPQ-R.*

Table 5. Multiple Regression for the "BDHI-L Scale" criterion.

Multiple Regression	Determination Coeff.	Adjusted Determination Coeff.	Typical Error
.69	.48	.47	1.56
	GL	Quadratic Total	F
Residual Regression	3	225.46	30.80 ***
Variance Analysis			
	99	241.56	
Variables included:	B	SE B	Beta	t
Dissimulation	.35	.04	.57	7.83***
Hostility	-.17	.05	-.24	-3.17**
Extroversion	.09	.04	.16	2.14*
(Constant)	9.03	2.38		3.79

Nota. *$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$

Conclusion

In summary, the results obtained are in accordance with those obtained in earlier investigations, of which there are many where the authors have found similar results. Worthy of note is the effect found in the constructs for aggression and impulsiveness (Perez-Martin et al., 2013; Vigil-Colet et al., 2008), between aggression and personality characteristics (Barlett & Anderson, 2012) as well as the effect of response distortion and the manner in which these modulate the variables measured (Armas-Vargas, 2013).

On the basis of the results obtained, we may conclude that we are in an emerging field of research that will lead to better understanding of the phenomenon of test response distortion. The aim of this is to reduce the impact, mitigate the effects of, and avoid one of the most worrying biases in psychological evaluations.

The MMPI-2 L Scale, without a doubt, helps to interpret results, given that it serves to assess response bias in the same test. The results obtained tell us that those people who wish to emphasise their social desirability score highly on the L Scale; whereas others tend not to recognise having aggressive or impulsive behaviour.

Finally, in this study, we should highlight, particularly in respect of the data obtained through the function of multiple regression, the manner in which Dissimulation, Hostility and Extroversion show that they contribute decisively in clarifying what other components may explain how the L Scale works.

From these kinds of studies it is clear that in psychological evaluation we must assess response bias in order to avoid distortion and misrepresentation of test results by those being evaluated. In future studies, we consider that the same line of research should be followed, but the sample should be increased, to procure greater heterogeneity in its composition.

References

Archer, J. (2009). Does Selection Explain Human Sex Differences in Aggression? *Behavioral and Brain Sciences*, *32*, 249-266.

Armas-Vargas, E. (2013). Marlowe and Crowne Scale of Social Desirability: Forensic Contrast Study. In M. Vilariño, M. J. Vázquez, R. Monteserin, B. Gonzalez-Amado & E. Arias. (Eds.), *VII (Inter)national Congress de Legal and Forensic Psychology* (pp. 104-105). Madrid: Spanish Society for Legal and Forensic Psychology.

Armas-Vargas, E., Bencomo-Hernandez, I., & Sanchez-Remacho, T. (2014). Distorted Beliefs and Thoughts in Released Domestic Violence Prisoners: Factorial Structure. In R. Arce; F. Fariña; M. Novo, & D. Seijo (Eds.). *Legal and Forensic Psychology: Investigation-Action* (pp. 297-308). Santiago de Compostela: Spanish Society for Legal and Forensic Psychology.

Armas-Vargas, E., & Garcia-Medina, P. (2012). BDHI Hostility Inventory and the L Scale: Factorial Structure. In R. Quevedo-Blasco & V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *V International Congress and X National Congress of Clinical Psychology* (pp. 407-411). Santander: Spanish Association for Behavioural Psychology.

Barlett, C.P., & Anderson, C.A. (2012). Direct and Indirect Relations between the Big 5 Personality Traits and Aggressive and Violent Behavior. *Personality and Individual Differences*, *52*, 870-875.

Buss, A.H., & Durkee, A. (1957). An Inventory for Assessing Different Kinds of Hostility. *Journal of Consulting Psychology*, *21*, 343-349.

Buss, A.H., & Perry, M.P. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 452-459.

Castillo, T., Estepa, Z., Guerrero, J., Rivera, G., Ruiz, A., & Sanchez, C. (2005). *Prison Treatment Programme for Aggressors in the Family Environment. Domestic Violence Working Party.* Prison Documents 2: Madrid.

Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1991). *Manual of the Eysenck Personality Scales* (EPS adult). London: Hodder & Stoughton.

Ibañez, M.I. (1996). *Spanish Adaptation of the Revised Eysenck Personality Questionnaire: full version (EPQ-R) and abbreviated (EPQ-RS).* Degree Thesis. Castello de la Plana: Jaume I University, Valencia.

Lopez-Ibor, J.J., Perez-Urdaniz, A., & Rubio-Larrosa, V. (1996). International Examination for Personality Disorders. Module DSM-IV and module CIE-10. World Health Organisation. Madrid. Meditor.

Loranger, A.W., Sartorius, N., Adreoli, A., Berger, Pl., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahal, A., Diekstra, R.F.W., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y., & Regier, D. A. (1994). The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry, 51*, 215-224.

Oquendo, M.A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V., & Mann, J.J. (2001). Spanish Adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal of Psychiatry, 15*, 147-155.

Patton J.M., Stanford, M.S., & Barratt, E.S, (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology 51,* 768-774.

Perez-Martin, I., Armas-Vargas, E., Garcia-Medina, P., Bethencourt-Perez, J.M., & Padilla-Gonzalez, L (2013). Impulsiveness, Aggressive Behaviour, Personality and Control of Response Distortion. In R. Quevedo-Blasco & V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *VI International Congress and XI National Congress for Clinical Psychology. Advances in Clinical Psychology* (pp. 354-360). Santiago de Compostela: Spanish Association of Behavioural Psychology.

Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F., & Tous, J. (2008). The Relationships between Functional and Dysfunctional Impulsivity and Aggression across Different Samples. *The Spanish Journal of Psychology, 11*(2), 480–487.

Vigil-Colet, A., Ruiz-Pamies, M., Anguiano-Carrasco, C., & Lorenzo-Seva, U. (2012). The Impact of Social Desirability on Psychometric of Aggression. *Psicothema, 24*(2), 310-315.

CLINICAL EXPERIENCE WITH NEW-ONSET EPILEPSY PATIENTS

Manuela Stucchi*, Ambra Salmaso*, Debora DeCarlo, Francesca Munegato*, Alessia Raffagnato**, Laura Balottin***, Stefania Mannarini***, Marilena Vecchi**, Clementina Boniver** and Michela Gatta****

**Children and Adolescent Neuropsychiatric Unit, ULSS 16 - University of Padua, Padua, Italy*

***Woman and Child Care Department, University of Padua, Padua, Italy*

****Department of Philosophy, Education and Applied Psychology, University of Padua, Padua, Italy*

Abstract

Introduction: According to the scientific literature, the psychiatric comorbidity in children with epilepsy increase if compared to general pediatric population, and this confirming of the importance of clinical assessment in these patients that take into account of the psychological aspects as well as those of neurological. **Objectives:** Two-year prospective study of children and adolescents with epilepsy onset. Evaluation of psychopathological risk, impact on quality of life and the predictive value of demographic, psychosocial and clinical-related epilepsy variables. Indication of psychotherapy in the case of psychiatric diagnosis. **Methods:** Consecutive recruitment of 49 pts (age 4-18) based on access to hospital before crisis. Psychiatric and psychological diagnostic assessment every six months: dimensional and categorical psychometric instruments. **Results:** Baseline data (T0) show: higher psychiatric co morbidity compared with general population, with a prevalence of anxiety-depressive disorders and ADHD (Attention-Deficit/Hyperactiviy Disorder), in according to the scientific literature. The same psycho-behavioral disorders were significantly associated with both psychosocial and clinical-related epilepsy variables and quality of life. Questionnaires compiled by parents report more psychopathology compared to children. At 1 year follow-up 47% of the pts was sent to the Territorial Services for psychotherapy. At T12 there was an improvement of psychopathology; persistent impairment of skills and widened psychopathologic spectrum. **Discussion:** All above considerations, together with the clinical experience, confirm the importance of

ensuring that patients, with new onset epilepsy and their families, an integrated diagnostic assessment in maintaining the vision of the patient, in order to formulate a multidisciplinary treatment plan that aims at the overall care of the child epileptic and his family, especially taking into account the different stages of the disease.

Keywords: Epilepsy, psychopathology, children, assessment.

Introduction

Several studies confirm high rates of psychopathology in children and adolescents with epilepsy.

A systematic review of studies published between 1996 and 2007 (Plioplys, Dunn, & Caplan, 2007), reported prevalence rates between 37% and 77%. Moreover, children with epilepsy have higher psychiatric comorbidity and worse quality of life compared with the General Pediatric Population, and compared with children affected by other chronic diseases (Davies, Heyman, & Goodman, 2003).

About psychopathology in epileptic patients it is important to distinguish between comorbidity with primary psychiatric disorders and the presence of psychopathological disorders secondary to neurological etiology of epilepsy (Noeker, Haverkamp-Krois, & Haverkamp, 2005). In general, the most disorders described in association with primary comorbid epilepsy are internalizing ones (anxiety and depression disorders), often correlated with the epilepsy severity and poor seizure control (Turky, Beavis, Thapar, & Kerr, 2008). Instead, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and autistic symptoms were mostly related with severe epileptic syndromes and some severe forms of symptomatic epilepsy. Finally, externalizing disorders and attention disorders, are prevalent in subpopulation of epileptic children with cognitive deficits (Turky et al., 2008).

Other studies also confirm that children with epilepsy (45%) are diagnosed disorders in axis I DSM-IV before the first crisis: regarding to that, Jones et al. (2007) shows an increased frequency of depressive disorders (22,6% in epileptics against 4% in the general population), anxiety disorders (35,8% against 22%) and ADHD (26,4% a 10%).

All above considerations confirm the importance of ensuring that patients with

new onset epilepsy get comprehensive care integrating neurology, psychiatry and quality of life assessment. In fact, in the overall prognosis of epilepsy of childhood, we must also consider the psychosocial outcome (Noeker et al., 2005).

The studies on risk factors and predictive variables for psychiatric comorbidity in epilepsy patients reported poor and controversial results. We can assemble them into two lines of thought: the studies which consider more predictive the epilepsy related factors (eg seizure frequency, epilepsy severity, AED) (Turky et al., 2008) and the studies which consider more predictive demographics, neuropsychological and psychosocial factors (Otero, 2009).

If it is also true that some authors postulate the existence of a common neurobiological insult underlying the pathogenesis of epilepsy and psychopathology (Caplan et al., 2009), even if the importance of stressing factors at the time of diagnosis in the evolution of psychopathology cannot be ignored.

The development of the epileptic child or adolescent is profoundly altered by the crisis and this can interfere in the relationships with family too, becoming a further risk for patient's psychosocial adaptation.

Considering the above premises, this research aims to find a relationship, both temporal and qualitative, between the onset of epilepsy and development of any psychopathology in a population of children and adolescents referred too Neuropsychiatric services because of a first seizure.

Particularly we aim:

- To detect psychopathological traits (diagnostic codes, their distribution and severity).
- To search for an association among five groups of variables: demographic, psychosocial, epilepsy-related, psychopathology, and quality of life.
- To look for differences between self-reports and proxy-reports.
- To analyze the indication to psychotherapy when psychiatric diagnosis occurs
- To follow-up the psychopathological problems.

Method

Participants

Between June 2011 and June 2013 all pediatric patients come to the Services for onset epileptic were recruited. In total, 246 cases were diagnosed epilepsy, of these 130 were recruited according to these criteria: age between 4-18 y. at the recruiting, diagnosis of epilepsy within 6 months, IQ normal or borderline (IQ > 70) and absence of any chronic non-neurological illness.

Design

This project comes from the collaboration between Woman and Child Care Department and Children and Adolescent Neuropsychiatric Unit of Padua, Italy. Referring to the literature that urges the adoption of perspective drawings, was scheduled a longitudinal study with a two years follow-up. The project and the forms issued during the visits, have been approved by the Ethics Committee for Experimentation of Padua (Protocol n°: 19473; first deliberation: 12.09.2011).

Procedure

The parents of the patients were contacted by phone and 77 subjects gave consent to participate in research, of these 49 patients had the first meeting. Patients and their parents have joined voluntarily, by signing an informed consent.

Each family was offered a diagnostic procedure consists of five meetings every 6 months for both children and parents, conducted by two different operators (neuropsychiatrist and psychologist). Every meeting consists of clinical interview and administration of standardized tests according to age. The presence of two operators simultaneously allows to have different sources of information useful to formulate a correct diagnosis. Even the choice of diagnostic tools was made taking into account the importance of having data from a perspective both dimensional and categorical.

In addition, for each patient was collected neurological information.

Materials and tools

In addition to the clinical interview parents compile:

- *Children Behavior Check List* (CBCL ages: 1,5-5 e 6-18 y.): instrument that assesses child and adolescent psychopathology. Many studies have confirmed its psychometric properties: test-retest reliabilities for empirically based syndromes was 0.90 and for DSM-oriented scales were 0.88; Cronbach's alphas ranged from 0.72 to 0.97 (Achenbach, & Rescorla, 2001).
- *Questionnaires Italian Temperament* (QUIT ages: 3-6 e 7-11y.): 60 items investigating six specific typical dimensions of temperament. It was validated on Italian sample; the internal consistence of the dimensions was calculated through Cronbach's alpha = .60 in every dimensions (Axia, 2002).

Are administered only once:

- *Family Empowerment Scale* (FES) (Koren, DeChillo, & Friesen, 1992); alpha value (0.88) shown in studies to validate the original version of the tool relative to the scale.
- *Parenting Stress Index* (PSI; Abidin, 1995) a 120-item scale of parents' perceived stress (□= 0.85) that yields scores on two subscales.

Children compile:

- *Youth Self Report* (YSR age 10-18): like CBCL. Psychometric properties: test-retest reliabilities for empirically based syndromes was 0.82; for DSM-oriented scales, test-retest reliabilities were 0.79; Cronbach's alphas ranged from 0.67 to 0.95 (Achenbach, & Rescorla, 2001).
- *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20): investigates the alexithymia; psychometric properties: have high internal consistency (□= 0.81), a good test-retest reliability over a period of three months (r = 0.77) and a three factors congruent to a theoretical point of view with the construct of alexithymia. (Rieffe, Oosterveld, & Meerum, 2006).
- At the T0, T12 and T24:
- *Raven Progressive Matrices* (Raven, 1941, 2000), test of intelligence, divided in CPM ages: 5-11 and special groups and SPM ages 12 – 80y (□=0.88).
- *"Epilessia e Bambini"* (Hoare, & Russell, 1995): investigates the quality of life. It was adapted from "Childhood Epilepsy Survey" Studies indicate that index reliability is □= 0.93 (British Epilepsy Association, 1994).

Clinicians:

- *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* (K-SADS-PL). It's a semi-structured psychiatric interview designed to assess psychiatric disorders in children and adolescents aged 6 to 18 y., according to DSM-IV. Excellent psychometric properties (kappa = 0.87-1.00; Kaufman et al., 1997).
- *Children's Global Assessment Scale* (C-GAS), is a clinician-rated measure of child functioning. Inter-rater reliability has been found to be moderate with an intraclass correlation coefficient of 0.73 (Shaffer et al., 1983).

Results

The results are preliminary given that the study is currently running.

As previously reported we recruited 49 families. The sample is composed of 55% males and 44% females with a mean age of 9 years (DS 3,3 y.). Most of the families are biparental and with siblings. Only 5 cases are monoparental families (3 because of parental separation and 2 of parent widower), 7 patients have no siblings. 46 out 49 families are Italian families.

Observing the psychosocial variables, about a third of the sample reported familiarity for psychiatric disease and about a half reported traumatic events such as the loss of a family member, an accident, residence moving, or other events that parents have reported as traumatic for their child. 1/5 of the cases reported difficulties in academic performance and 6 cases reported the existence of familiar tension or conflict. The socioeconomic level was calculated according to the Four Factor Index of Social Status (SES) of Hollingshead (1975) and it mainly results medium-high.

Observing the epilepsy related factors, the sample shows mainly focal epilepsies rather than generalized ones (69% vs 24%) and idiopathic etiology (69%); while the remaining part of epilepsies presents symptomatic or probably symptomatic etiology (respectively 4% and 10%). The symptomatic forms (4%) are referred to a patient with neurofibromatosis type I and a patient with a lesion from an arachnoid cyst surgically removed, their intellectual functioning is normal (IQ> 85). Family history of epilepsy is reported in one third of the cases. Seizures have infrequent and relatively short duration, exceeding 5 minutes time duration only for 14% of the cases. As regards to antiepileptic

drug therapy 47% of patients are in treatment, of these 4% are treated with a multidrug treatment and 10% reported side effects.

Observing results about psychopathology, ADHD, Depressive Disorders and Anxiety Disorders are the most. Specifically, according to the K-SADS-PL filled in by clinicians, 45% of patients met the criteria for one or more DSM-IV Axis I disorders. Particularly these are the percentages: phobic disorder 27%, ADHD 14%, generalized anxiety disorder 12%, separation anxiety and depressive disorders 6%. If we take into account both clinical and subclinical symptoms, the frequency arises: ADHD and separation anxiety disorder 67%, generalized anxiety 49%, depressive episode 47%, phobic disorder 39%, oppositional defiant disorder 33%, manic episode 29% social phobia 20%, anorexia and tics disorders 14%. There were no Panic Attacks and Psychotic Disorders.

Similar results emerged by the analysis of the Achenbach Questionnaires completed by parents and by patients themselves (CBCL and YSR). Specifically, 25% of parents reported a clinical score in the total problems scale, with a predominance of internalizing disorders. Mostly reported symptoms are anxiety-depressive ones, social withdrawal, somatization, thought and attention disorders. The DSM-IV oriented disorders mainly represented are: Anxiety disorders, followed by Mood Disorders and ADHD. The sample is also characterized by a deficit in the total skills (school, extracurricular activities and socialization) (43% of cases). Similar issues were noted when patients filled in Achenbach questionnaire (YSR), although there is a tendency to underestimate the problems if compared with parents.

All subjects had a good functioning and reported a good quality of life, even if worse in patients affected by any psychopathology.

Interesting data concern the therapeutic indication when psychiatric diagnosis occurs. One year after recruitment, 47% of the cases have been suggested of psychotherapy; of these 56.52% were sent in therapy within six months since the recruitment. The therapeutic indication for the majority of them consisted of a psychotherapeutic intervention directed to the patient (86.2%).

Among them, 47.8% have school problems, while more than 50% reported familiarity for psychiatric and/or epileptic disorders, besides the presence of traumatic events and conflict within the family in 17,39%. No more crisis after one year from

recruitment were reported by 34.78% of patients, among the 65.2% assumed antiepileptic drug therapy.

Discussion/Conclusion

The study of the psychiatric comorbidity and quality of life in patients with epilepsy seems of great importance for their care and rehabilitation, because of the negative consequences on the social and psychological development even after many years from the onset.

The prospective design of the study and the use of both clinical and categorical and dimensional tools granted the opportunity to have many comparable information sources and then to deeply comprehend patients clinical conditions.

So far, preliminary data make us hypothesize that patients with epilepsy can meet a specific psychiatric comorbidity (Anxiety Disorders, Depressive Disorders and ADHD), in line with existing literature (Gatta et al., 2013). The use of different tools also managed to alighted a distinction between self-report questionnaires and semi-structured interview K-SADS, minimizing the influence of the patients' subjectivity and reveling the differences between parents and child, ensuring a correct diagnosis and therapeutic suggestion.

Waiting to complete the study with 2-year follow up, so far we can state that the incidence of anxiety disorders and depression, measured by the K-SADS, is higher among epileptic patients with more recent diagnosis. This fact suggests the possibility that emotional-behavioral disorders represent a sort of reaction to the onset of epilepsy and the communication of the diagnosis, in agreement with the stressful event value. As suggested by some authors (Hoare & Russell, 1995; Otero, 2009; Rodenburg, Stams, Meijer, Aldenkamp, & Deković, 2005), actually, stress and coping strategies, as well as the perception of the disease, can have an impact on the onset and development of psychopathological disorders, more relevant than the actual clinical epilepsy related factors, at least in patients with good control of the crisis and a normal IQ. According to that, it is important to focus future interventions in psychiatric and psychological field, which can positively affect the epileptic young patients' quality of life and prognosis. The importance of a global care is essential in order to formulate a multidisciplinary intervention designed to take care of the child and his family properly and right also in

consideration of different stages of the disease (Gatta et al., in press).

References

Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Axia, G. (2002). *QUIT: Questionari Italiani del Temperamento*. Trento, Centro Studi Erickson.

British Epilepsy Association. (1994). *The Childhood Epilepsy Survey*. London: Making Wave Questionnaire.

Caplan, R., Levitt, J., Siddarth, P., Wu, K.N., Gurbani, S., Sankar, R., & Shields W.D. (2009). Frontal and temporal volumes in Childhood Absence Epilepsy. *Epilepsia, 50*(11), 2466-2472.

Davies, S., Heyman, I., & Goodman, R. (2003). A population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Developmental Medicine and Child Neurology, 45*(5), 292-295.

Gatta, M., Balottin, L., Salmaso, A., Stucchi, M., Munegato, F., Guarnieri, E., Mannarini, S., Vecchi, M., Boniver, C. & Battistella, P.A. (In press). Psychopatology, quality of life and risk factors in italian children and adolescent with recent onset epilepsy. *Minerva Pediatrica*.

Gatta, M., Toffoli, E., Spoto, A., Salmaso, A., Canetta, E., Toldo, I., Battistella, P.A., & Boniver, C. (2013). Temperament and psychopathological vulnerability in children with idiopathic epilepsy: a case control study. *Journal of Pediatric Epilepsy, 2,* 229–237.

Hoare, P., & Russell, M. (1995). The quality of life of children with chronic epilepsy and their families: preliminary findings with a new assessment measure. *Developmental Medicine and Child Neurology, 37*(8), 689-696.

Hollingshead, A. A. (1975). *Four-factor index of social status*. Yale University, New Haven, CT. Unpublished manuscript.

Jones, J.E., Watson, R., Sheth, R., Caplan, R., Koehn, M., Seidenberg, M.,& Hermann, B. (2007). Psychiatric comorbidity in children with new onset epilepsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *49*(7), 493-497.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(7), 980-988.

Koren, P. E., DeChillo, N. & Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology, 37(4)*, 305-321.

Noeker, M., Haverkamp-Krois, A., & Haverkamp, F. (2005). Development of mental health dysfunction in childhood epilepsy. *Brain and Development*, *27*(1), 5-16.

Otero, S. (2009). Psychopathology and psychological adjustment in children and adolescents with epilepsy. *World Journal of Pediatrics*, *5*(1),12-17.

Plioplys, S., Dunn, D.W., & Caplan, R. (2007). 10-year research update review: psychiatric problems in children with epilepsy. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatric*, *46*(11), 1389-1402.

Raven, J. C. (1941). Standardization of progressive matrices. *British Journal of Medical Psychology, 19*, 137-150.

Raven, J. (2000). The Raven's Progressive Matrices: Change and stability over culture and time. *Cognitive Psychology*, *41*, 1-48.

Rieffe, C., Oosterveld, P., & Meerum, M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences, 40*, 123-133.

Rodenburg, R., Stams, G.J., Meijer, A.M., Aldenkamp, A.P., & Deković M. (2005). Psychopathology in children with epilepsy: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 30*(6), 453-468.

Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwalhia S. (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry, 40*(11),1228-1231.

Turky, A., Beavis, J.M., Thapar, A.K., & Kerr, M.P. (2008). Psychopathology in

children and adolescents with epilepsy: an investigation of predictive variables. *Epilepsy & Behavior, 12*(1), 136-144.

DISTORTED BELIEFS AND THOUGHTS AGAINST WOMEN IN THE COUPLE: "CREE" QUESTIONNAIRE

Enrique Armas-Vargas, Pablo Garcia-Medina, Juan Manuel Bethencourt-Perez, Angela Rita Martin-Caballero, Imelda Bencomo-Hernandez, Teresa Sanchez-Remacho, Leticia Padilla-Gonzalez and Isidro Perez-Martin

Department of Clinical Psychology, Psychobiology and Methodology, Psychology Section, University of La Laguna (Spain)

Abstract

Background: It is common to find cognitive biases and irrational beliefs in a population of abusers, specifically with reference to the inferiority of women and gender roles. Some traditional gender stereotypes show that men feel entitled to respond with violence as a way of resolving day to day problems, and in particular relationship problems. **Method:** This study focusses on sexist beliefs and distorted thoughts connected with aggressive behaviour; always trying to assess the effects of response bias in psychological tests. We analyze some psychometric properties of the distorted beliefs and thinking in a relationship questionnaire (CREE) that comprises 109 items inspired by several Spanish authors and a programme applied to convicted aggressors imprisoned for intrafamily crimes. The volunteer sample comprised 652 adults from the Canary Islands; 542 adults (general population) and 110 released male prisoners convicted for domestic abuse. **Results**: Varimax rotation factorial analysis isolated the sub-questionnaires: 1) CREE-1: Justification and Minimization of Abuse/Violence; Exculpation of Abuse/Violence and Control Scale; and 2) CREE-2 containing the Gender Role/Misogyny; Relationship/Emotional Dependency and Control Scale. Total Reliability for the test α =.92. To assess the effect of possible response distortions given in tests, we used the L Scale of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) and the Buss-Durkee Hostily Inventory (BDHI). The male prisoner participants tend to show a stronger pattern of defensiveness in their answers, denying that they were responsible for violent behaviour. The variables studied that best predict "*Justification and Minimization of Violence*" are Gender Role and Misogyny, Exculpation of responsibility for violence, Relationship/Emotional Dependency,

Hostility, Cognitive Impulsivity and Physical Aggression. **Conclusions:** The CREE questionnaire is shown to be an instrument with content validity and to have empirical convergence with other instruments. It is presented as a useful tool for evaluation in the clinical-forensic context as well as in treatment programmes for aggressors.

Keywords: Distorted beliefs and thoughts, ex-convicts, domestic violence, aggression, L Scale.

Introduction

Domestic violence is a multicausal phenomenon (Berkowitz, 1996). However, in forensic analysis, irrational cognitive and belief bias with respect to the inferiority of women and gender roles are matters of great relevance (Exposito & Herrera, 2009). Another aspect is the part played by the combination of personality characteristics with beliefs. In this study, we examined the relationship between sexist beliefs and distorted thinking with aggressive behaviour. Always with aim of analysing the effect of bias in psychological test responses. It is the case that many aggressors do have the skill of appearing to be socially desirable people (Saunders, 1991). This is known as response distortion. The evaluating professional should take note of the motivation to "simulate or dissimilate".

We applied the L Scale (Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-2) together with the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) aggression test, to evaluate positive self-image and or defensiveness. High scores on the L Scale showed themselves to be related to with the number and severity of the related behavioural problems (Butcher, 1990). In the results in Sanchez´s doctoral thesis, the conclusion with respect to the L Scale was that "90% of the subjects that tried to present a favourable image of themselves showed a DT score of (≥7) (mean score =10.858)" (Sanchez, 2002, p. 239).

Method

Participants

The sample comprised 652 people from the Canary Islands (542 adults, contrast group; 204 men and 338 women) and 110 men were ex-prisoners convicted for domestic violence (M_{age}= 34 years; SD= 10.87). The age range was from 20 to 57 years.

Of the normal/contrast population (M_{age}= 33.82 years; SD= 10.88), 3% had primary level education, 11% secondary level; 46.5% university entry level or technical studies, and 39.5% had university level education. 63% were unmarried, 31.6% married, 1.6% separated and 3.8% divorced.

Of the male ex-prisoners (M_{age}= 36.70 years; SD= 10.55), 21% had primary school education; 44% secondary level; 30.3% university entry level or technical studies and 4.7% university level education. 61.5% were unmarried; 21% married; 11% separated and 6.5% divorced.

Procedure

The normal/contrast population was selected using the "snowball sampling" technique. The trained interviewers were students from the University of La Laguna. The prison population was drawn from an intervention programme for abusers coordinated by Penitentiary Institutions and the University of La Laguna. The participants from both samples had been informed about the objectives and methodology of the study, taking part voluntarily and with their prior consent. The anonymity of the results was guaranteed to prevent the identification of the participants.

Instruments

1. *CREE Questionnaire* (distorted beliefs and thinking against women in the couple questionnaire).

With the aim of analysing, from a clinical/forensic perspective, the distorted beliefs and thoughts associated with intimate partner violence against women, the CREE questionnaire was constructed with 109 items extracted from various scientific sources and Spanish authors mentioned below:

1.1. Questionnaire for irrational beliefs and distorted thoughts about the use of violence, gender role, and the couple relationship/emotional dependency, prepared by Arce and Fariña (2005). The questionnaire consists of 45 items with 5 alternative responses on a Likert-type scale, from "Totally Disagree (0)" to "Totally Agree (4)". The authors have not provided details of the psychometric properties of the instrument.

1.2. Inventory of Distorted Thoughts about Women and Violence (IPDMV, Echeburua & Fernandez-Montalvo, 1997): comprises 29 binary response items, 13 relating to distorted thinking about women and 16 relating to the consideration of violence as an acceptable way of resolving conflict. The authors have not provided details of the psychometric properties of the instrument.

1.3. Prisoner Treatment Programme for aggressors in the family environment. Domestic violence working group: 19 items extracted (Castillo, et al., 2005, pp. 101-102).

1.4. Group of 12 items taken from the Reduced Scale for Gender Ideology (Moya, Exposito & Padilla, 2006, pp. 717-718).

1.5. To assess response bias, various items were included from the validation scales of the MMPI-2.

The CREE test is coded with a Likert-type scale (1 –disagree-; 2 –neither agree nor disagree-; 3-agree-). In the validation process a study was carried out on a sample of 94 ex-prisoners convicted for domestic violence (Armas-Vargas, Bencomo-Hernandez, Martin-Caballero & Bethencourt-Perez, 2010a; Armas-Vargas, Bencomo-Hernandez, Sanchez-Remacho & Perez-Martin, 2010b). Of the resultant factorial analysis (varimax rotation) and internal consistency (Cronbach´s Alpha), two sub-questionnaires were obtained:

Sub-Questionnaire A: Distorted Thinking (D.T.) about Women (21%; α=.80); P.D. about violence (13%; α=.82); Total Explained Variance=34%. Total Reliability α=.85.

The Sub-Questionnaire B: Distorted Thinking (D.T.) about the Couple (23%; α=.79); Control Scale (12%; α=.64); Total Explained Variance=35%. Total Reliability α =.81.

In a later study, a revision of the "CREE" questionnaire was presented with a normal population. The sample was formed of 520 adults from the Canary Islands (277

men and 234 women). 400 people from a normal population and 120 ex-prisoners convicted for domestic violence (Armas-Vargas, et al., 2013, p. 294). Of the resulting factorial analysis, and the analysis of Internal Consistency, two sub-questionnaires were obtained:

The first sub-questionnaire of 40 items (CREE-1): Exculpation for Abuse /Violence, Justification and Minimisation of Abuse/Violence and Control Scale. Explained Variance of 32%. Total Reliability α=.85.

The second sub-questionnaire of 40 items (CREE-2): Gender Role, Couple/Emotional Dependency and Control Scale. Explained Variance of 41%. Total Reliability α=.87.

2. *BDHI Hostility Inventory* (Buss & Durkee, 1957; revised by Armas-Vargas & Garcia-Medina, 2012). Total Reliability for the BDHI-L Scale α=.86. There are sufficient indicators that support the reliability and soundness of the structure of this questionnaire.

3. *The Aggression Questionnaire* (AQ by Buss & Perry, 1992). This is one of the two most trusted self-reporting instruments for the measurement of aggressive behaviour. It features 29 items (with a 5 point Likert-type scale). It contains 4 sub-scales: Physical Aggression, Verbal Aggression, Anger and Hostility. In an earlier study, 190 adult males achieved a Total Explained Variance of 50% and α=.81 (Armas-Vargas & Garcia-Medina, 2012).

4. *The Barratt BIS-11 Impulsiveness Scale* (Patton, Stanford & Barratt, 1995). A Spanish adaptation by Oquendo et al. (2001). A test which comprises 30 items (0 to 4 on a Likert-type scale). It is composed of three sub-scales: Motor Impulsiveness, Cognitive Impulsiveness and Unplanned Impulsiveness. The Spanish version of the scale demonstrates adequate psychometric properties, α=.75.

Design

The applied design was of correlational approach and quasi-experimental extraction. Both bivariate and multivariate differences were established. Using test methodology (pencil and paper questionnaires), the respondents lent credence to the CREE questionnaires and BDHI-L Scale as measurement systems. Distribution parameters permitted the collection of response values by differentiated voluntary

participants. The effects between the reference or control group and those men convicted of domestic violence were contrasted.

Results

We present the results of the exploratory factorial analysis (varimax rotation) and Internal Consistency (Cronbach´s Alpha) for each of the factors of the CREE test. We obtained two sub-questionnaires:

The first sub-questionnaire (CREE-1) comprises three factors: factor 1 has been called "*Justification and Minimisation of Abuse/Violence*" (13.09%, α=.85); factor 2 "*Exculpation for Abuse /Violence*" (11.62%, α=.79); factor 3 "*Control Scale*" (6.13%, α=.66). It features 40 items. Total Explained Variance = 31%. Reliability for CREE-1 α =.87.

The second sub-questionnaire (CREE-2): factor 1 has been called "*Traditional Gender Role/Misogyny*" (20.14%, α=.90); factor 2 "*Couple/Emotional Dependency*" (10.05%, α=.79); factor 3 "*Control Scale*" (5.90%, α=.66). It features 40 items. Total Variance = 36%. The Reliability for CREE-2 α=.86. Total Reliability for the test α =.92.

The data in Table 1 support indicators of soundness for its convergent validity in combination with the variables of the Hostility Inventory BDHI-L Scale and the variables of the CREE questionnaire. The correlations between the (BDHI) L Scale and the majority of the factors in the CREE indicate a way forward for the assessment of response bias in the completion of psychological tests, and in particular, when content sensitive to social criticism is being evaluated.

Differences between Measurements for Men in both Samples: BDHI-L Scale

Table 2 presents the results of the significant differences for both samples. These results suggest that the male prisoner participants tend to show more robustly a defensive pattern in their responses. As Saunders (1991) had already noted, aggressors have a special skill for presenting themselves in a socially desirable manner.

Table 1. Correlation of the CREE questionnaire with the Hostility Inventory BDHI-L Scale. (Men and Women, whole sample) (N=570)**.**

BDHI-L Scale	Distorted Beliefs and Thoughts Against Women in the Couple Questionnaire CREE				
	Control Scale	Couple/ Emotional Dependency	Traditional Gender Role and Misogyny	Exculpation for Abuse /Violence	Justification and Minimisation of Abuse/Violence
L Scale (13 items)	.43***	-.04	.10**	.19***	.10**
Verbal Aggression	-.01	.15***	.11**	.12**	.15***
Containment of Verbal Aggression	-.04	.20***	.16***	.20***	.20***
Hostility (Distrust-Resentment)	-.24***	.45***	.31***	.32***	.37***
Anger	-.37***	.28***	.16***	.12**	.19***
Avoidance of Physical Aggression	.11**	-.29***	-.21***	-.22***	-.26***
Physical Aggression	-.15***	.30***	.27***	.23***	.36***

Nota. *$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$

Table 2. Mean differences in Measurements (Student "t") for Men in Both Samples for the Variables of the Hostility Inventory (BDHI-L Scale) (N=290).

BDHI-L Scale L	Group of Men	N	M	SD	t
L Scale (13 items)	Normal	196	17.68	2.42	- 4.24***
	Prisoners	94	19.03	2.79	
Containment of Verbal Aggression	Normal	196	6.85	1.13	-2.54**
	Prisoners	94	7.21	1.11	
Hostility (Distrust-Resentment)	Normal	196	19.48	3.24	-3.73***
	Prisoners	94	21.07	3.71	

Nota. *$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$

Mean Differences between Men in Both Samples: *CREE*

As can be seen in Table 3, ex-prisoners scored more highly than men from the normal population in all factors of the CREE questionnaire. A large proportion of those convicted for domestic violence denied that they were responsible for violent behaviour,

tending to minimise and justify their abusive behaviour (Armas-Vargas, Bencomo-Hernandez & Sanchez-Remacho, 2014; Henning, Jones & Holdford, 2005; Scott & Straus, 2007).

Table 3. Mean Differences (Student "t") for Men in Both Samples, for the 5 factors of the CREE questionnaire (N=304).

CREE	Group of Men	N	M	SD	t
Control Scale	Normal	202	10.17	2.54	0.01
	Prisoners	102	10.16	2.56	
Couple/Emotional Dependency	Normal	202	18.72	4.64	-4.37***
	Prisoners	102	21.31	5.33	
Traditional Gender Role and Misogyny	Normal	202	23.34	2.85	-8.33***
	Prisoners	102	28.13	7.15	
Exculpation for Abuse /Violence	Normal	202	24.78	5.41	-9.62***
	Prisoners	102	30.75	4.47	
Justification and Minimisation of Abuse/Violence	Normal	202	25.16	4.05	-12.44***
	Prisoners	102	32.83	6.65	

Nota. *$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$

Predictive Validity: "Justification and Minimisation of Violence". Men (N=304)

In Table 4 we can see that of the variables studied those that best predicted "*Justification and Minimisation of Violence*" were Gender Role and Misogyny, Exculpation for Abuse/violence, Couple/Emotional Dependency, Hostility (BDHI), Cognitive Impulsiveness (BIS-11, with minus sign) and Physical Aggression (AQ).

Tabla 4. *Multiple Regression for the Criterion "Justification and Minimisation of Violence".*

Multiple Regression	Determination Coeff.	Adjusted Determination Coeff.	Typical Error
.86	.74	.73	3.64

	GL	Quadratic Total	F
Residual Regression	6	5084.46	64.08***
	137	1811.54	

Variables Included	B	Type B Error	Beta	t
Gender Role and Misogyny (CREE)	.41	.07	.37	5.89***
Exculpation for Abuse /Violence (CREE)	.25	.07	.21	3.58***
Couple/Emotional Dependency (CREE)	.28	.10	.21	2.93**
Hostility BDHI (Distrust/Resentment)	.32	.11	.17	2.96**
Cognitive Impulsiveness (BIS-11)	-.50	.12	-.22	-4.22***
Physical Aggression (AQ)	.23	.07	.16	3.07**
(Constant)	5.24	2.66		1.97

Nota. *$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$

Conclusion

Distorted Beliefs and Thinking Against Women in the Couple (CREE) has been demonstrated to be a sufficiently valid instrument in terms of content and empirical representative convergence. Its sensitivity has also been demonstrated for the differentiation between a clinical/forensic context and that considered to be normal. Its convergent validity is evident when it is combined with the Hostility BDHI- L Scale and CREE questionnaires. On this basis it could be argued that a defensive/distorted response is more obvious in the forensic sample (L Scale). If so, the severity of the problems or socially undesirable behaviour is undervalued (Butcher, 1990). This tendency has also been recorded for aggressors in the couple (Armas-Vargas, et al., 2014; Armas-Vargas & Garcia-Medina, 2012).

CREE is a tool for evaluation in the clinical/forensic context as well as in aggressor treatment programmes. It allows us to better understand how to assess

response bias. We know that those already defined as aggressors tend to manipulate test results with the aim of "appearing better". The *L Scale* (BDHI), as a measurement of "concealment" or "defence" is useful for this objective, but it is necessary to adjust and proportionate the scores in the context of evaluation, above all where "appearance" may be a variable to assess (Armas-Vargas, et al., 2014).

These types of studies have a longer tem objective. They do not only attempt to help assess response bias or misleading manipulation of the social image portrayed. They aim to contribute to the minimisation of, and, if possible, prevention of violent attitudes and behaviour associated with domestic violence. One way would be by making it clear that lying is not feasible and is of no benefit.

References

Arce, R., & Fariña, F. (2005). *Irrational Beliefs and Distorted Thinking about the Use of Violence, Gender Roles and the Couple (Emotional Dependency) Questionnaire.* Unpublished manuscript. Forensic Psychology Unit, University of Santiago de Compostela.

Armas-Vargas, E., Bencomo-Hernandez, I., Martin-Caballero, A. R., & Bethencourt-Perez, J.M. (2010a). Beliefs, Distorted Thoughts and Aggressive Behavior in Men who Abuse their Partners. In V. Mrowinski, M. Kyrios & N. Voudouris. (Eds.), Communication presented at *lst International Congress of Applied Psychology 2010* (ICAP 2010). Melbourne (pp. 751-752). Australia: The Australian Psychological Society Ltd.

Armas-Vargas, E., Bencomo-Hernandez, I., & Sanchez-Remacho, T. (2014). Distorted Beliefs and Thinking in Ex-Prisoners Convicted for Domestic Violence: Factorial Structure. In R. Arce, F. Fariña, M. Novo, & D. Seijo (Eds.), *Legal and Forensic Psychology: Investigation-Action* (pp. 297-308). Santiago de Compostela, Spain: Spanish Society for Legal and Forensic Psychology.

Armas-Vargas, E., Bencomo-Hernandez, I., Sanchez-Remacho, T., & Perez-Martin, I. (2010b). Self-Esteem, Aggression, Distorted Beliefs and Thinking in Men Convicted for Violence Against Women. Communication presented at *VII IberoAmerican Psychology Conference* [CD-ROM]. COP-Oviedo. Spain.

Armas-Vargas, E., & Garcia-Medina, P. (2012). BDHI Hostility Inventory and L Scale: Factorial Structure. In R. Quevedo-Blasco & V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *V International and X National Congress of Clinical Psychology. Advances in Clinical Psychology* (pp. 407-411). Santander: Spanish Association of Behavioural Psychology.

Armas-Vargas, E., Garcia-Medina, P., Bethencourt-Perez, J.M., Martin-Caballero, A.R., Bencomo-Hernandez, I., Sanchez-Remacho, T., Padilla-Gonzalez, L., & Perez-Martin, I. (2013). Distorted Beliefs and Thinking against Women in the Couple: Factorial Structure of the "CREE" questionnaire. Communication presented at the *VI International and XI National Congress of Clinical Psychology*. Santiago de Compostela (p. 294): Spanish Association of Behavioural Psychology.

Berkowitz, L. (1996). Domestic Violence. In L. Berkowitz. *Aggression. Causes, Consequences and Assessment* (pp. 259-290). Bilbao: DDB (Original 1993).

Buss, A.H., & Durkee, A. (1957). An Inventory for Assessing Different Kinds of Hostility. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 343-349.

Buss, A.H., & Perry, M.P. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 452-459.

Butcher, J. (1990). "*MMPI-2 in Psychological Treatment*". Oxford University Press, New York, Oxford.

Castillo, T., Estepa, Z., Guerrero, J., Rivera, G., Ruiz, A., & Sanchez, C. (2005). *Prison Treatment Programme for Aggressors in the Family Environment. Working Group on Domestic Violence.* Prison Documents 2: Madrid.

Echeburua, E., & Fernandez-Montalvo, J. (1997). Cognitive-Behavioural Treatment of Violent Men in the Home: A Pilot Study. *Analysis and Modification of Behaviour, 23*, 355-384.

Exposito, F., & Herrera, M. C. (2009). Social Perception of Violence against Women: Individual and Psychosocial Characteristics of Victims and Abusers. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 1*(1), 123-145.

Henning, K., Jones, A. R., & Holdford, R. (2005). "I didn't do it, but if I did I had a Good Reason": Minimization, Denial, and Attributions of Blame among Male and Female Domestic Violence Offenders. *Journal of Family Violence, 20*(3), 131-139.

Moya, M., Exposito, F., & Padilla, J.L. (2006). Revision of the Psychometric Properties of the Full and Short Versions of the Scale for Gender Ideology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*, 709-727.

Oquendo, M.A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V., & Mann, J.J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal of Psychiatry, 15*, 147-155.

Patton J.M., Stanford, M.S., & Barratt, E.S, (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 768-774.

Sanchez, G. (2002). *Sensitivity of the Scales and Validity Indicators in the Personality Profile of the MMPI-2*. Doctoral Thesis. University of Salamanca. Spain.

Saunders, D. (1991). Procedures for Adjusting Self-Reports of Violence for Social Desirability Bias. *Journal of Interpersonal Violence, 6*, 336-344.

Scott, K., & Straus, M.A. (2007). Denial, Minimization, Partner Blaming and Intimate Aggression in Dating Partners. *Journal of Interpersonal Violence, 22*, 851-871.

EVALUACION FORENSE EN SUPUESTO CASO DE ACOSO LABORAL

Marian Alayeto-Gastón*, Naiara Sánchez-Lucas y Carmelo Pelegrín Valero*****

**Psicóloga Clínica*

***Residente de Psicología Clínica*

****Jefe de Servicio de Psiquiatría*

Resumen

Varón de 35 años remitido para la valoración de sus aptitudes psicofísicas por el Departamento de Personas y Organización del Ayuntamiento de su localidad. Asegura ser víctima de "acoso laboral". El peritaje consistió en: a) Primera Entrevista Clínica, donde tiene lugar la presentación y primera aproximación del caso desde la narrativa. b) Segunda Entrevista Clínica en la que se ahonda en los antecedentes personales y psicobiográficos. Destaca la muerte de la madre al contar 6 años y el suicidio del padre al contar 13 años de edad. c) Administración del Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) y del Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT-60). A pesar de disponer de tiempo suficiente no cumplimenta los test de personalidad, lentitud extrema. d) Última Entrevista clínica donde se trataría de abordar el contenido del acoso en profundidad, a través del análisis de las respuestas dadas al Cuestionario de Leymann. El sujeto creía que le habían elegido a él como objeto de acoso por ser más vulnerable que los demás, y que estaban implicadas muchas personas, incluso "los médicos". Durante las entrevistas el sujeto muestra una actitud defensiva, contesta con evasivas, "corrigiendo" comentarios que "escapan" a su control. Ofrece mensajes contradictorios, respuestas vagas, deseos de agradar pero con frases de hostilidad que no puede controlar, desconfianza para compartir aspectos de su vida importantes para la peritación, con facilidad interpreta de forma autorreferencial acciones neutras, muestra inflexibilidad y contención emocional. La actitud hipervigilante, la rigidez cognitiva, la convicción de perversidad por parte de los supuestos acosadores y la extensión del acoso hacia otros estamentos nos hacen sospechar de que se trata de falso acoso, barajando la hipótesis de "paranoia" como finalmente se confirmó.

Palabras clave: Acoso laboral, mobbing, evaluación forense, peritaje psicológico, paranoia.

FORENSIC ASSESSMENT IN AN ALLEGED CASE OF MOBBING AT WORK

Abstract

It presents the case of a 35 year old male remitted to us for the psychophysical aptitudes evaluation by the Department of People and Organisation of the city council. He claims to be a victim of laboral harassment. The exploration consists of: a) First Clinical Interview when the presentation and first approximation of the case, through the narrative of the patient. b) Second Clinical Interview in which delves into the personal and psychobiographical history. Stresses the death of the mother when he had six years and the suicide of father to 13 years of age. c) Administration of Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) and the Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT-60). Despite sufficient time, he didn´t manages to complete the personality test, showing extreme slowness. d) The last clinical interview, where they seek to address the content of Harassment in depth, through analysis of the responses to the Leymann questionnaire. The patient thought he had been chosen as an object of harassment due to be more vulnerable than other workers, and were involved many people, even "doctors". During interviews the patient shows defensive, evasive answers, with fast reactions to correct comments that escape out of their control. It offers mixed messages, vague answers, eager to please but with sentences of hostility that he can´t control. He shows distrust to share important aspects of your life to the psychological evaluation, he easily interpreted neutral actions as self-referentials, shows inflexibility and emotional restraint. The hipervigilante attitude, cognitive rigidity, perversity conviction by stalkers and extent of the alleged harassment to other levels make us suspect that this is pseudo-mobbing, shuffling the hypothesis of "paranoia" as finally confirmed.

Keywords: Workplace harassment, mobbing, forensic psychological evaluation psychological assessment, paranoia.

Introducción

El mobbing se caracteriza como un tipo de violencia psicológica que es ejercida en el ámbito laboral de forma deliberada y continuada hacia un sujeto aislado por parte de otro u otros de su mismo entorno que pueden tener una relación jerárquica en relación al acosado, simétrica o subordinada, aunque esta última sea más infrecuente. Leymann habla de una situación de indefensión que se convierte en estructural y de un encadenamiento del acoso que como mínimo se prolonga a lo largo de 6 meses con acciones hostiles frecuentes (al menos 1 vez por semana) que en la mayoría de los casos son silenciosas o poco explícitas" (citado en Martínez-Hernáez, y Medeiros-Ferreira, 2010). En España, según los informes Cisneros este problema afectaría al 15% de los trabajadores en activo y, en el funcionariado público, hasta el 25%. Los sectores profesionales más afectados serían la Administración Pública, educación y sanidad.

Se constata un incremento progresivo de acoso laboral en la Administración Pública, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y, cuerpo de la Policía Local. El ejercicio del poder condiciona la calidad de las relaciones sociales, el acoso horizontal originaría procesos de acoso más intensos y duraderos, e incremento de estrategias de hostigamiento mientras que el acoso descendente es ejercido a través de un trato discriminatorio y autoritario hacia los subordinados (Segurado et al., 2008).

El acoso laboral puede desencadenar diversos cuadros psicopatológicos: trastorno adaptativo, cuadros de ansiedad, depresión mayor, síntomas comunes al trastorno por estrés postraumático. También podrían desencadenarse trastornos de mayor gravedad, como el trastorno delirante y el trastorno bipolar, que precisamente son los diagnósticos erróneos más habituales (Leymann 1996, citado en Martínez-Hernáez y Medeiros-Ferreira, 2010) pudiendo acoso laboral y trastorno mental coexistir. Si el acoso laboral se conforma como tema central de una ideación delirante hablaríamos entonces de *pseudo-mobbing*. Dado que los fenómenos graves son poco prevalentes advierte Leymann de la confusión diagnóstica que se establecería entre la "hipervigilancia reactiva" al acoso y entre "paranoia", confusión indeseable por las repercusiones estigmatizantes y victimizadoras que esto podría ocasionar (citado en Martínez-Hernáez, y Medeiros-Ferreira, 2010).

Identificación del paciente y motivo de la consulta

El caso que nos ocupa es la valoración clínica del estado psicológico de un varón de 35 años, casado y sin hijos, policía local de profesión, remitido por el Departamento de Personas y Organización del Ayuntamiento de su localidad al asegurar este ser acosado laboralmente desde hace dos años.

Estrategias de evaluación

Participantes (profesionales)

El peritaje y entrevistas clínicas fueron llevadas a cabo por dos evaluadores (psiquiatra y psicólogo).

Procedimiento

La exploración tiene lugar a lo largo de una mañana en cuatro fases que se detallan:

- Primera Entrevista Clínica (media hora): Se presenta y explica la metodología y proceso exploratorio; la finalidad de la misma será acceder a la queja y problemática según el sujeto de estudio.
- Segunda Entrevista Clínica (1 hora): Estudio psicobiográfico detallado a través de la narrativa del sujeto.
- Entrega para autoadministración del Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) y la versión española del Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT-60) (2 horas).
- Tercera Entrevista Clínica, en la que se incide en el contenido de las respuestas dadas al LIPT-60.

Materiales: instrumentos administrados

- MMPI-2
- LIPT-60: 60 items, referidos cada uno a una conducta de acoso particular y una valoración tipo Likert de la intensidad con que cada una de las conductas de acoso ha afectado al sujeto. Permite valorar 6 dimensiones de acoso a través de los siguientes índices: “desprestigio laboral”, “entorpecimiento del progreso”, “incomunicación”, “intimidación encubierta”, “intimidación manifiesta”,

"desprestigio personal". Óptimos valores de fiabilidad y validez (González de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2005).

Resultados (de la evaluación)

Primera entrevista clínica

- Los hallazgos relevantes de este primer contacto provienen más de la actitud del sujeto que del contenido de lo expuesto, más bien escaso. Revela que le gustaría comenzar de cero en otro lugar, que lleva unos dos años sometido a acoso por parte de compañeros y superiores (aunque no especifica), que la posibilidad de ser derivado a una segunda actividad no la contempla. Impresionaba una actitud defensiva "midiendo" con cuidado lo que iba contando, si bien no llega a manifestar abiertamente hostilidad. El relato parecía desafecto de emociones.

Segunda entrevista clínica

- De su relato se extrajeron los siguientes datos: Cuando tiene 6 años la madre muere de esclerosis múltiple, refiriendo el sujeto estar muy unido a ella, afirmando "estábamos enamorados", "yo la cuidaba"… con 12 años su padre se suicida. Hasta los 18 años vivió con unos tíos junto a sus dos hermanos. Trabajó como soldado profesional durante dos años. Más adelante estudia bachiller, se saca la licenciatura de INEF la cual compagina con los estudios de la oposición a policía municipal. Durante el tiempo de estudios alterna diferentes trabajos: montaje de silos, camarero, vigilante… A los 28 años comienza actividad laboral como policía local.
- Respondía con lentitud a aspectos relevantes de su biografía, contestando con evasivas o dando respuestas vagas, manteniendo un hipercontrol sobre la información que proporcionaba. Llama la atención el alto grado de contención emocional ante la emergencia de algunas cuestiones vitales altamente traumáticas. Hizo referencia en numerosas ocasiones a diversos "agravios" a los que habría sido sometido por parte de familiares y conocidos, a los que aseguraba "haber perdonado".

Administración y autoaplicación cuestionarios: MMPI-2 y LIPT-60

- En dos horas es incapaz de cumplimentar ni una cuarta parte de MMPI-2; se hipotetiza inflexibilidad cognitiva, suspicacia extrema, o ambas.

Tercera entrevista clínica

- Del contenido y características del supuesto acoso destacaba: Respuestas positivas y de alta intensidad a la mayoría de las situaciones de acoso contempladas en el cuestionario de Leymann. Manifestó haber sido "*maltratado por varios superiores y algunos funcionarios*" sin concretar. El inicio de estas "*vejaciones y humillaciones*" lo centraba en no haberse posicionado en un conflicto entre un jefe y un compañero. Refería no haberse sentido tan ultrajado en el trabajo como hasta entonces. Sobre el motivo mencionó que existía en esa institución una tendencia a este tipo de comportamientos y que a él le habrían "*elegido*" por ser más vulnerable, debido a su biografía llena de acontecimientos traumáticos. Estaba convencido de que estaban implicadas muchas personas, incluso "los médicos", y de que otros compañeros habían sido evaluados por nosotros, cuando esto no era así. Reconoce una situación de aislamiento social en el trabajo (y no tener amigos)
- Respuestas evasivas, negando de inmediato la información que iba proporcionando, tratando de "corregir" lo más rápido posible aquellos comentarios que iban "escapando" a su control. Negó haber sido atendido por ningún profesional de salud mental, habiendo acudido a varios profesionales de salud mental por problemas de ansiedad ante las oposiciones primero y después por el malestar asociado al acoso. A lo largo de la entrevista apela en varias ocasiones a la "ética profesional" de quienes lo valoraban, impresionando sus conocimientos en leyes notables. Las frases de hostilidad iban sustituyendo a los deseos de agradar, despidiéndose de los entrevistadores diciendo "voy a hablar con mis abogados de lo que ha sucedido aquí hoy"…
- A lo largo de la mañana el sujeto impresionaba que iba teniendo cada vez más dificultades para contener su hostilidad, en conversaciones telefónicas de días posteriores fueron apareciendo mecanismos de defensa proyectivos y auto-referencialidad; el sujeto nos desveló haber "notado" que había sido engañado por "la mirada" de los ojos, afirmó también haber sido objeto durante la primera

entrevista de "un juego", consistente decía en los intentos de seducción por parte de una compañera (que pasó momentáneamente por el despacho mientras estaba siendo entrevistado). Cuando se le repite telefónicamente lo que va verbalizando pregunta si le estamos grabando. Conformando una cadena de "identificaciones proyectivas" finalmente a la psicóloga residente: - "él te tenía controlada, no podías hacer nada", "sentí compasión de ti", "no tengo nada contra ti"…

Discusión

Teniendo en cuenta el contenido de la Tabla 1, se consideran hallazgos relevantes para establecer la hipótesis diagnóstica: la postura defensiva y actitud hiperalerta del sujeto durante la entrevista, la existencia de hostilidad, encubierta primero y más manifiesta después, la vaguedad, imprecisiones y contradicciones de las respuestas referidas a las supuestas conductas de acoso, la incoherencia emocional con ausencia de reactividad emocional al relatar los hechos, una estructura cognitiva rígida, el convencimiento de extrema perversión por parte de sus acosadores (recordemos elegido por psicobiografía y supuesta vulnerabilidad), y de una "extensión" amplia de los implicados más allá del cuerpo de policía, involucrando incluso a los médicos en la trama, algunas interpretaciones autoreferenciales y/o proyectivas y poco probables de hechos neutros durante la evaluación.

Tabla 1. Diferencias: mobbing versus paranoia.

	MOBBING	PARANOIA
PERSONALIDAD	Más adaptada	Menos adaptada
ACTITUD	Más normalizada en general, centrada en el contexto laboral	Suspicaz, hiperalerta, generalizado a otros contextos
COGNICION	Menos rígida	Mayor Rigidez
CONVICCION "PERVERSION"	Menor	Mayor
EXTENSION SOCIAL	Menor, implica a menos sujetos, normalmente circunscritos a la organización	Mayor número de sujetos implicados, incluso de ámbitos ajenos al laboral

Según Rodríguez-Abuín y González de Rivera (2006), una parte considerable de los afectados por *mobbing* presentan ante el clínico rasgos (no necesariamente patológicos) que podrían ubicarse o bien en el espectro "hostil-paranoide", o bien fluctuando entre lo "depresivo y lo ansioso": La existencia de respuestas defensivas "paranoides" tras una supuesta situación de acoso laboral no implica en todos los casos que estemos ante una paranoia (ni ante un trastorno paranoide de la personalidad); de tal manera que en el caso de una respuesta "defensiva" -no patológica- el nivel de hipervigilancia podría ser algo más contenido, de naturaleza transitoria y reactiva, habría una búsqueda de cercanía emocional, amortiguándose el malestar a través del apoyo y la comprensión de la historia por parte de otras personas.

También Leymann (citado en Martínez-Hernáez y Medeiros-Ferreira, 2010) previene del deficiente análisis que desde el ámbito clínico se hace del contexto social, de los conflictos y dinámicas interpersonales que tienen lugar en las instituciones, a diferencia de lo que harían las organizaciones y ciencias sociales aplicadas, que contribuirían también al sobre diagnóstico de "paranoia estructural" (T personalidad paranoide o T. psicótico tipo delirante).

A pesar y teniendo muy presente la posibilidad de incurrir en error diagnóstico, en nuestro caso no podemos sino considerar un probable estado psicótico "paranoide", estimándose consecuencia del "choque" entre una "personalidad obsesivo-paranoide" y el particular clima y realidad laboral, la del cuerpo de policía, donde se trabaja desde supuestos regidores de jerarquía, disciplina y sometimiento. Atender a este particular ámbito laboral del sujeto y las relaciones que en este tienen lugar, reafirma nuestra hipótesis de "pseudo-mobbing" ("paranoia estructural"), pues ayuda a entender el florecimiento idiosincrático de la ideación y comportamiento probablemente de tipo delirante exhibidos por el sujeto y que desarrollamos a continuación partiendo de la estructura paranoide de la personalidad propuesta por Millon y Davis (1998). Según estos autores en la personalidad paranoide "la coacción de la autoridad externa y el vínculo con una fuerza más poderosa que el sí mismo generarían una ansiedad extrema…son hipersensibles a las amenazas de autonomía, cautos por temor a que cualquier forma de cooperación sea una maniobra sutil de seducción y sometimiento al deseo de los demás"… "su mundo interno compensa los desaires y la angustia que genera la experiencia, mediante la ideación delirante, reconstruyen una imagen de sí

mismo mucho más atractiva que la realidad… (el sujeto es ”el elegido”, son los demás los que no toleran su “vulnerabilidad”, él es quien “siempre perdona”)… “una parte cree que debe ser castigado debido a su comportamiento resentido: comienza a creer que los demás van a por él, intentando condenarle, castigarle, reducirle y anularle”. El subtipo “obstinado” es descrito como sombrío, frío, sin sentido del humor; perfeccionista, metódico; tenso, controlado, inflexible; irritable y maniático; conflicto obediencia-desafío; legalista y recto; no toleran el suspense; Creencias “encapsuladas”… “hasta que se tocan”. Reconocemos en el sujeto esta estructura paranoide.

En la confluencia entre personalidad e institución (policía local) es desde donde se puede entender el particular desarrollo psicopatológico actual del sujeto. Pertenecer a este cuerpo implica: sujeción a disciplina y sometimiento, ostensible ejercicio de jerarquía y poder, cierta arbitrariedad en la gestión de personal tal y como abogan las investigaciones, y fuertes vinculaciones interpersonales, con experiencias “competitivas” frecuentes y conflictiva relacional; de manera que las creencias y los miedos latentes más arraigados estarían siendo “tocados” y “seriamente agitados”, con efectos devastadores: recrudeciéndose el miedo del sujeto a ser controlado, sintiendo peligrar su independencia y autoimagen autosuficiente, sintiéndose humillado, merma de autoestima por una adaptación fracasada…envidia, ira, miedo al rechazo, al sometimiento y al castigo… cristalizando finalmente todo esto en una ideación paranoide de persecución e interpretaciones congruentes con aquella, conductas defensivas (suspicacia y hostilidad), búsqueda de justicia y aislamiento social.

El curso de los acontecimientos posteriores corroboraron la hipótesis sostenida; en “segunda actividad”, fuera ya del Cuerpo de Policía” el sujeto formó nuevas ideas delirantes de perjuicio.

Como aspecto de interés señalar que una de las claves de la resolución pericial de este caso tuvo que ver a nuestro modo de ver con el análisis de los aspectos metacomunicativos del lenguaje (Watzlawick, Beavin y Jackson; 1985) y con la dinámica comunicacional durante las entrevistas, por encima del contenido de las mismas, a nivel “de relación” (y modalidad “analógica”) frente al nivel de “contenido” (y modalidad “digital”).

Referencias

González de Rivera, J.L. y Rodríguez-Abuín, M.J. (2005). *Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. El LIPT-60*. Madrid: Editorial EOS.

Martínez-Hernáez, A. y Medeiros-Ferreira, L. (2010). Anatomía de una confusión: error diagnóstico de patología paranoide en víctimas de mobbing. *Archives of Clinical Psychiatry*, *37*(4), 167-174. Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832010000400005&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0101-60832010000400005

Millon T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.

Rodríguez-Abuín, M. J. y González-de Rivera, L. (2006). Diagnóstico diferencial del paranoidismo en las víctimas de acoso. *Interpsiquis*. Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n4/179.htm

Segurado A., Agulló T., Rodríguez J., Agulló T., Boada i Grau, J. y Medina R. (2008). Las relaciones interpersonales como fuente de riesgo de acoso laboral en la Policía Local. *Psicothema*, *20*(4), 739-744. Recuperado el 30 de noviembre de 2014 de, http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3549

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE DUELO PERINATAL: TRATAMIENTO HASTA EL NACIMIENTO DE UN NUEVO HIJO

María de la Merced Novo*, María Antonia Font* y Laura Nuevo**

**Psicóloga Clínica*

***Psiquiatra*

Resumen

Mujer, 28 años, la mayor de dos hermanos, soltera, convive con su pareja. Sufre pérdida perinatal el día que salía de cuentas, tras lo cual se provocó parto vaginal. Mantenía tratamiento en psicología desde hacía cinco años por cuadro ansioso-depresivo por conflictiva familiar que persistía en ese momento, actuando como factor de riesgo de duelo complicado. Se detectó tristeza, labilidad emocional, ideas de muerte, sentimientos de soledad e incomprensión, enfado hacia el personal médico y otros padres, conductas de evitación, aislamiento social y abandono de actividades. En base a esto, se planteó trabajar expresión emocional y elaboración del duelo, exposición a estímulos evitados, reestructuración cognitiva, adquisición de estilo de afrontamiento adaptativo, activación conductual, aumento de las relaciones sociales y entrenamiento en asertividad. La evaluación se completó con el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon, Inventario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) de Derogatis y el Inventario de Duelo Complicado-Revisado de Prigerson (a los 7 meses de la pérdida), que vinieron a confirmar la sintomatología detectada y descrita previamente. Se realizó tratamiento cognitivo-conductual durante tres años y medio con citas semanales, que se fueron espaciando según evolución. Se consiguió elaborar el duelo, resolver conflicto de pareja emergente y aumentar la asertividad y autonomía. Tras cierta mejoría se trabajó la planificación de un nuevo embarazo con resolución de problemas y reestructuración de creencias desadaptativas. Ya embarazada, se manejó la ansiedad e hipervigilancia que surgieron, trabajando el establecimiento de un vínculo adecuado con el bebé, continuando los primeros meses de vida.

Palabras clave: Duelo perinatal, muerte fetal, psicoterapia, embarazo, maternidad.

CONCERNING A CASE OF PERINATAL LOSS: TREATMENT UNTIL THE BIRTH OF A NEW BABY

Abstract

Female, 28 years old, the oldest of two siblings, single; she lives with her partner. She suffered a perinatal loss the day she was due, and then was induced a vaginal birth. Over the previous five years, she was receiving psychological treatment for anxiety-depressive symptoms related to family problems. This syndrome persisted at that moment, being a risk factor for complicated grief. Sadness, emotional lability, thoughts of death, lonesomeness and incomprehension feelings, irritation towards doctors and other fathers, behavioral avoidance, social isolation and neglect of activity were detected. Consequently, it was planned to work on emotional expression and grief elaboration, exposition to avoided stimulus, cognitive restructuration, acquisition of an adaptive confrontation style, behavioral activation, rise of social relationships and assertiveness training. The evaluation was completed with the Millon Inventory of Personality Styles, the Derogatis Symptom Checklist-90-Revised and the Prigerson Complicated-Revised Grief Inventory (7 months after loss). The results of these questionnaires confirmed the symptoms that were previously detected and described. Cognitive-behavioral treatment was carried out for three years and a half with weekly appointments, which became less frequent as she improved. Grief elaboration and the resolution of emerging problems in the couple were achieved in addition to an increase in assertiveness and autonomy. After some improvement, it was worked on the planning of a new pregnancy by means of problem-solving strategies and restructuration of unadaptive thoughts. Once pregnant, the anxiety and hypervigilance that appeared were managed through the establishment of an adequate link with the baby, which continued during the first months of the baby´s life.

Keywords: Perinatal grief, still-birth, psychotherapy, pregnancy, maternity.

Identificación de la paciente

Se trata de una mujer de 28 años de edad, nacida en Holanda pero que vive en un pueblo de Castilla (de donde eran originarios sus padres) desde los 13 años. Soltera,

convive con su pareja. Relación de pareja desde hace cuatro años; él está separado y tiene dos hijas de un matrimonio anterior. La paciente ha tenido conflictos con la exmujer de su pareja, mala relación con las hijas de éste, y como consecuencia con toda la familia política.

Es la mayor de dos hermanos. Su hermano convive con sus padres en una vivienda independiente, pero en el mismo edificio que la paciente.

Análisis del motivo de la consulta

Paciente que sufre una pérdida perinatal del bebé que esperaba el día que salía de cuentas. Acude ese día por la mañana al hospital para dar a luz, y tras monitorizarle percibe el latido del bebé más débil de lo habitual. Pasa todo el día en el hospital con una vivencia de confusión y preocupación, que percibe también en el personal sanitario "veía que todo el mundo andaba muy rápido, de un lado para otro, pero nadie me decía nada". A última hora de la tarde le informan de que el bebé ha fallecido, planteándole la conveniencia de provocar un parto vaginal. Manifiesta sentimientos de indefensión, injusticia, impotencia y rabia en relación con toda esta situación.

Historia del problema

Se trata de una paciente que venía manteniendo tratamiento en psicología clínica desde hacía cinco años por cuadro ansioso-depresivo relacionado con conflictiva familiar, manteniendo una relación conflictiva con el padre y de dependencia con la madre. Define a su padre como un hombre con un carácter fuerte y autoritario, lo que ha dado lugar a múltiples discusiones y conflictos entre ellos a lo largo del tiempo, teniendo lugar periodos de varios meses sin mantener contacto. La madre, por su parte, es una mujer con diversos problemas de salud (diabetes, cardiopatía, y trastorno depresivo mayor recurrente), que según refiere la paciente tiende a asumir el rol de víctima, adoptando una posición dependiente asumiendo la paciente el rol de cuidadora, a pesar de la sobrecarga que esto le supone. En general, parece ser una familia con tendencias invasivas y controladoras, lo que interfiere en el proceso de emancipación de la paciente. Esta situación familiar y la sintomatología ansioso-depresiva asociada a la misma se mantenían en el momento de la pérdida perinatal.

Junto con esto la paciente ha tenido conflictos con su familia política. Aunque la relación de pareja la define como buena, reconoce no sentirse comprendida por él en cuanto a la vivencia de la pérdida que acaban de sufrir. Todo esto redunda en un bajo apoyo social percibido y un sentimiento de incomprensión que constituye un factor de riesgo de duelo complicado, al que hay que añadir los problemas de salud mental previos.

En cuanto al embarazo, presentó múltiples molestias pero de escasa relevancia, sin que en ningún momento se considerara que se trataba de un embarazo de riesgo. Únicamente en la revisión del último mes detectaron un riesgo de preclampsia, sin que en ese momento se considerara necesario realizar ninguna intervención ni seguimiento adicional. Esto añade otros dos factores de riesgo de duelo complicado: el hecho de que la pérdida se debiera a un problema agudo e insospechado y las relaciones conflictivas de la paciente con el personal médico, al tener la vivencia de que no se había hecho todo lo posible por salvar a su hijo, llegando a poner una reclamación.

Análisis y descripción de las conductas problema

En el momento de la evaluación la clínica predominante se caracterizaba por tristeza, elevada labilidad emocional e ideas de muerte sin intención autolítica, todos estos síntomas relacionados directamente con el proceso de duelo en que se encontraba, con dificultad inicialmente para hablar de la pérdida, emocionándose y llorando continuamente. Tras el parto pudo ver y coger en brazos al bebé fallecido, recordando con claridad ese momento. No pudo asistir al funeral ni a la incineración, pero guarda las cenizas en el cuarto que había preparado para ser el dormitorio del bebé, manteniendo en ese espacio una especie de santuario que visita a diario, manifestando la necesidad de hablarle y llorar numerosas veces al día. Refiere sentimientos de soledad al no percibir apoyo por parte de su entorno. Mantiene un elevado deseo de ser madre, así como sentimientos de enfado hacia el personal médico al reflejar en ellos el enfado por no haber conseguido tener un hijo, así como hacia otros padres, por los sentimientos de celos y envidia que le produce el que ellos sí puedan estar con sus bebés. Relacionado con esto, presenta conductas de escape y evitación ante situaciones en las que pueda ver bebés o estímulos relacionados con ellos, tanto in vivo como ante imágenes en la

televisión, interfiriendo notablemente en su vida, dando lugar a un importante aislamiento social y abandono de actividades.

Establecimiento de las metas del tratamiento

En base a la sintomatología expuesta, se consideró prioritario trabajar la elaboración de la pérdida hasta recuperar su nivel de actividad y funcionamiento previo. Una vez que se ha reducido la repercusión emocional se plantea mejorar las relaciones familiares, fomentando la asertividad e independencia de la paciente, así como promover la búsqueda y recuperación de relaciones sociales adecuadas para lograr un mayor apoyo percibido. En último término, tras la mejoría sintomatológica, nos proponemos la planificación de un nuevo embarazo dado su elevado deseo de ser madre y las dificultades que puede conllevar esa situación teniendo en cuenta su experiencia previa. De este modo, en mujeres que han sufrido una pérdida perinatal previa, un nuevo embarazo se asocia con frecuencia a un aumento de la ansiedad, aparición de sintomatología depresiva, e incremento de conductas saludables, siendo además más probable que establezcan con el nuevo bebé un apego desorganizado (Hutti, 2005).

Objetivos terapéuticos

Se planteó la validación y expresión emocional, tratando de normalizar sus reacciones y sentimientos, para posteriormente llegar a la aceptación de la pérdida e ir logrando una disminución de los pensamientos intrusivos relacionados con el bebé así como modificar las conductas desadaptativas, ampliando su vida a otros de intereses diferentes a la maternidad. Un objetivo fundamental fue la activación conductual, recuperando y explorando nuevas actividades gratificantes, y la disminución del aislamiento social.

Selección del tratamiento más adecuado

Se utilizaron técnicas de expresión emocional y elaboración del duelo, explorando tantos las expectativas que había depositado en la maternidad, como los recuerdos y sentimientos asociados al embarazo y especialmente al momento en que vio al bebé. Este trabajo se facilitó también mediante estímulos y objetos asociados, tales como la ecografía del bebé y algún otro objeto que trajo a consulta para facilitar la

evocación y expresión de sentimientos. El trabajo de elaboración del duelo se completó con la redacción de una carta de despedida y una "caja de recuerdos" en la que conservar objetos seleccionados relevantes relacionados con el hijo perdido, deshaciéndose del resto. Se fomentó la adquisición de un estilo de afrontamiento adaptativo, más centrado en la expresión emocional, la búsqueda de apoyo social y la resolución de problemas en los casos en los que esta opción fuera viable, dejando de recurrir a estrategias como el aislamiento y la evitación que primaban inicialmente. En línea con esto, se trabajó la exposición in vivo a los estímulos evitados, la activación conductual y la recuperación y establecimiento de relaciones sociales. Al mismo tiempo se fue trabajando la reestructuración cognitiva de pensamientos negativos y creencias distorsionadas que se iban detectando a lo largo del proceso de tratamiento, interfiriendo en la evolución.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos

La evaluación se completó con el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (α de Cronbach de 0,72 y validez medida mediante el índice de Kaiser-Meyer-Oklin de 0,84 y test de Barthlett de 12065,65, con $p<0,01$; Aparicio y Sánchez-López, 1999) , el Inventario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) de Derogatis (fiabilidad de $\alpha = 0,96$ y adecuada validez concurrente con el MMPI y con otros instrumentos similares) y el Inventario de Duelo Complicado-Revisado de Prigerson y colaboradores (fiabilidad mediante α de Cronbach de 0,88 y validez mediante el índice de Kaiser-Meyer-Oklin de 0,80 y test de Barthlett con $p<0,01$; Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson, 2009).

En el primero de ellos se encontraron puntuaciones significativas en las escalas motivacionales de anticipación y agudización de los problemas y en ocuparse de los demás. Así mismo, se detectaron modos cognitivos centrados en la Sensación (vs. Intuición) y en el Sentimiento (vs. Pensamiento), mientras que en cuanto al comportamiento interpersonal el cuestionario reflejó una tendencia al retraimiento así como indecisión, desconfianza y temor al rechazo social junto con descontento, bajo estado de ánimo y comportamiento cambiante.

En cuanto al SCL-90-R, se obtuvieron puntuaciones significativas en relación con la población general en las escalas de Sensibilidad Interpersonal y Hostilidad.

El Inventario de Duelo Complicado-Revisado de Prigerson, por su parte, se aplicó a los 6 meses de iniciado el tratamiento (aproximadamente 7 meses después de la pérdida), puesto que este cuestionario trata de determinar si se cumplen criterios de trastorno por duelo prolongado, para lo que proponen un criterio temporal de al menos 6 meses de duración. Se encontró que la paciente en ese momento cumplía los criterios de estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte, duración y deterioro significativo, pero no el de estrés por el trauma psíquico de la muerte, por lo que no sería pertinente en este caso un diagnóstico de trastorno por duelo prolongado.

En resumen, tras realizar las evaluaciones complementarias podemos concluir que las áreas problema de la paciente se centran en una tendencia a la inhibición social, con dificultades para relacionarse con los demás, elevada irritabilidad y resentimiento, tendencia a centrarse en los problemas asumiendo una actitud pesimista, así como la asunción del rol de cuidadora (especialmente en relación con su madre) prevaleciendo las necesidades de los demás antes que las propias. Adicionalmente, estaría la repercusión propia del proceso de duelo en que se encuentra, que aunque no cumpla criterios para un diagnóstico de trastorno por duelo prolongado interfiere significativamente en el bienestar y funcionamiento de la paciente, e influye negativamente en la sintomatología previa.

Aplicación del tratamiento

Se realizó tratamiento cognitivo-conductual, con sesiones de una hora con una frecuencia inicialmente semanal, que se fue espaciando en función de la evolución. Las primeras sesiones se dedicaron a la elaboración del duelo, con un planteamiento basado en el enfoque de tareas de Worden (recogido en Worden, 2004), incluyendo posteriormente y según iba mejorando el estado anímico, el tratamiento de otras cuestiones problemáticas. Todas las sesiones fueron individuales, ya que aunque en algún momento se planteó la posibilidad de realizar terapia de pareja, finalmente esta opción se descartó por falta de interés de la pareja de la paciente en participar, prefiriendo también ella mantener el formato de terapia individual.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

En los primeros meses se va trabajando la elaboración del duelo, observándose una mejoría anímica progresiva, disminuyendo la tristeza y la labilidad emocional. A los cinco o seis meses de tratamiento desaparecen las imágenes intrusivas relacionadas con la imagen del bebé y los pensamientos rumiativos sobre este tema, al tiempo que el discurso se va descentralizando de la perdida, hablando cada vez más del presente y de sus planes de futuro. Los sentimientos de enfado y rabia relacionados con la pérdida se muestran más resistentes al tratamiento, aunque tras algo más de un año desaparecen también. El duelo se da por resuelto aproximadamente al año y medio de iniciado el tratamiento. Posteriormente se detectó un conflicto de pareja emergente, momento en el cual se planteó la posibilidad de realizar sesiones de terapia de pareja, aunque finalmente se optó por trabajar el conflicto con la paciente individualmente. Después de unos seis o siete meses de trabajo se consiguió resolver este conflicto, recuperando una buena relación y emergiendo nuevamente los deseos de maternidad. Es en ese momento cuando se empieza a trabajar la planificación de un nuevo embarazo, con estrategias de resolución de problemas y reestructuración de creencias desadaptativas y pensamientos negativos. Ya embarazada, se detectó un aumento de la ansiedad e hipervigilancia en relación a su salud, manejando ambos aspectos mediante estrategias de relajación, reestructuración cognitiva y psicoeducación de cuestiones relacionadas con la salud y el embarazo. También se trabajó el establecimiento de un vínculo adecuado con el bebé, especialmente tras detectar temor a establecer un vínculo afectivo por miedo a una nueva pérdida, evitando la implicación emocional. Esta relación con el bebé y las repercusiones emocionales asociadas se fueron trabajando durante todo el embarazo y también durante los primeros meses de vida de la niña, pudiendo solventar las dificultades iniciales e impresionando un apego adecuado en el momento del cambio de profesional. No obstante, la ansiedad, y en especial la hipervigilancia en relación con la salud del bebé, aunque mejoraron ligeramente, tuvieron una evolución errática, existiendo la necesidad de continuar trabajando estas cuestiones.

Por otra parte, a lo largo de todo el tratamiento se han ido trabajando las relaciones familiares, fomentando su autonomía y realizando entrenamiento en asertividad incluyendo en ocasiones técnicas de role-playing. Aunque este aspecto tardó en mejorar, finalmente se consiguió un funcionamiento satisfactorio a este nivel,

disminuyendo la relación de interdependencia con su familia y con ello la sobrecarga y el malestar asociados. En cuanto al fomento de relaciones sociales y a la activación conductual, aunque se consiguió una mejoría significativa, seguían existiendo déficits en estos ámbitos.

Seguimiento

Se mantuvo tratamiento durante tres años y medio, prolongándose éste hasta los primeros meses de vida de su hija. Después continuó tratamiento con un nuevo profesional (por cuestiones ajenas a la paciente y a los profesionales implicados), en principio con el fin de mejorar las áreas problemáticas y déficits que aún persistían. No disponemos de datos de ese periodo de tratamiento ni de su evolución.

Referencias

Aparicio, M.E. y Sánchez-López, M.P. (1999). Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario Millon de estilos de personalidad. *Anales de Psicología, 15,* 191-211

Hutti, M.H. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric and Gynecological Neonatal Nursering, 34,* 630-638.

Limonero, J.T., Lacasta, M., García, J.A., Maté, J. y Prigerson, H.G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa, 16,* 291-297

Worden, J.W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia.* Barcelona: Paidós.

CASO CLÍNICO: NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. INTERVENCIÓN DURANTE SEIS AÑOS

Mª Olga Escandell-Bermúdez y Mª Sol Fortea-Sevilla

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Resumen

Estudio longitudinal de caso único con intervención desde los 4,10 años hasta los 11. Acude a consulta por sospecha de presentar Trastorno de Asperger. Realizamos entrevista semiestructurada con los padres y profesores que cumplimentan el Cuestionario evolutivo (García y Magaz, 1998), Inventario para la evaluación del juego (Gómez, López y López, 1999), Evaluación de la comunicación (Dewart y Summers, 1988), batería de cuestionarios para detectar sospecha de Trastorno del Espectro Autista y otra para detectar problemas de conducta. Administramos Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños (McCarthy, 2006), Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (Kirk, McCarthy y Kirk, 2004). Se realizan las tareas de "Smarties" y "Sally y Anne" (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985). Las Escalas McCarthy informan de una inteligencia normal-alta y memoria excepcional. Desarrollo motor promedio. Los resultados del Test de Illinois son superiores al promedio. Ha desarrollado correctamente aspectos formales del lenguaje. Hay evidencia de desarrollo de capacidades mentalistas de primer orden. Se descarta Trastorno de Asperger. Se concluye un trastorno de déficit atencional con hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Se recomienda intervención a varios niveles: familiar (Terapia de Conducta y Escuelas de Familias); escolar (orientar y dotar de estrategias efectivas al profesorado para manejar las conductas-problema) y con el niño (inicialmente de forma individual y, a partir de los seis años, se combina con trabajo en grupo). La metodología del programa de intervención es cognitivo-conductual. Utiliza los programas "Enfócate" (Cañoto y López, 2000), "Escucha" (García, 1999) y "Entrenamiento Cognitivo" (Orjales, 1999). Las técnicas y estrategias que hemos utilizado en la intervención, tanto a nivel individual como grupal, han tenido éxito. Con el paso del tiempo, el niño ha

asimilado las estrategias enseñadas pero requiere continuar con intervenciones psicológicas puntuales.

Palabras clave: Trastorno de déficit atencional con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, diagnóstico, intervención.

CLINICAL CASE: BOY WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND OPPOSITIONAL-DEFIANT DISORDER. SIX-YEAR INTERVENTION

Abstract

This is a longitudinal single-case study of an intervention since age 4.10 years until 11 years. We performed a semi-structured interview with the parents and teachers, who completed the Developmental Questionnaire (García & Magaz, 1998), the Inventory for the Assessment of Play (Gómez, López, & López, 1999), Communication Skills (Dewart & Summers, 1988), a battery of questionnaires to detect possible autism spectrum disorder and a battery to detect behavior problems. We administered the McCarthy Scales of Children's Abilities (McCarthy, 2006), and the Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (Kirk, McCarthy, & Kirk, 2004). The “Smarties” and “Sally and Anne” tasks (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985) were carried out. The McCarthy Scales informed of a normal-high intelligence and exceptional memory, and average psychomotor development. The results of the Illinois Test were higher than average. He had correctly developed the formal aspects of language. There was evidence of the development of first-order mental capacities. Asperger syndrome was ruled out. It was concluded that he had attentional deficit with hyperactivity disorder and oppositional - defiant disorder. We recommended an intervention at various levels: with the family (Behavior Therapy and Family Schools), the school (orientating and providing the teachers with effective strategies to deal with the problem-behaviors), and the child (at first, individually and, as of 6 years of age, combined with working in groups). The methodology of the intervention program is cognitive-behavioral. We used the “Focus,” “Listen,” and “Orjales Cognitive Training” programs. The techniques and strategies we used in the intervention, both at individual and group levels, were successful. As time

elapsed, the boy has assimilated the strategies taught but he needs to continue with punctual psychological interventions.

Keywords: Attention deficit with hyperactivity disorder, oppositional-defiant disorder, diagnosis, intervention.

Identificación del paciente

Se trata de un varón de 4 años y 10 meses, hijo único, escolarizado en segundo curso de educación infantil (EI) en colegio ordinario en zona urbana. Su familia es de clase media-alta, con buenas relaciones entre ellos. Los padres tienen estudios superiores. La madre es la cuidadora principal.

Análisis del motivo de la consulta

Desde el inicio de su escolarización, con 3 años, presentaba dificultades atencionales, psicomotoras y malos hábitos de comportamiento en la escuela, por lo que es valorado por el equipo de orientación psicopedagógico (EOEP) a lo largo del segundo curso de EI. Concluyen que tiene buena capacidad intelectual y observan síntomas de trastorno de Asperger, por lo que se solicita valoración por parte del EOEP de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), que identifica necesidades educativas especiales derivadas de un TGD de tipo Síndrome de Asperger posiblemente asociado a un Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH). Ante esta situación, los padres solicitan valoración y diagnóstico psicológico en el Centro de Psicología Infantil *FOR.TE.A.*

Historia del problema

Procede de un embarazo con amenaza de aborto durante el primer mes de gestación; el resto transcurrió con normalidad. Parto inducido a las 42 semanas de gestación. Ictericia que no precisó tratamiento. Lactancia materna durante seis meses, dormía y comía bien y lloraba poco. Caminó a los 19 meses por problemas en los pies controlados por traumatólogo; requirió ortopedia durante dos años. El lenguaje se desarrolló con normalidad. Es considerado un niño saludable. Los tres primeros años estuvo en casa al cuidado de sus padres. Siempre fue un niño con problemas para seguir

rutinas y obedecer, problemas que se hacen más evidentes desde que inicia su escolarización.

Análisis y descripción de la conducta problema

Los padres describen el comportamiento de su hijo de la siguiente manera. Falta de respeto hacia ellos; los castigos no surgen efecto; parece no darse cuenta de que está mal lo que hace; no sigue las rutinas cotidianas; le cuesta acatar órdenes, tanto en casa como en el colegio; es muy repetitivo en los juegos; no se relaciona bien con los compañeros de clase pero si con los adultos; muestra conductas agresivas hacia los iguales; tiende a chupar todos los objetos; come solo lo que le gusta; muestra interés por temas poco adecuados a su edad (como por ejemplo, mecánica); no tiene sentido del peligro; su lenguaje es muy maduro para su edad; es muy creativo, inquieto e impulsivo, con dificultades en autocontrol.

Ante esta descripción, se trata de eliminar y, en su caso, disminuir las conductas problemáticas pero, al mismo tiempo, aumentar el repertorio de conductas adaptativas

Establecimiento de las metas de tratamiento

Se establecen metas dirigidas a la familia por un lado y, por otro, centradas en el niño.

- Dotar a la familia de estrategias de control de las conductas impulsivas presentes en el niño en el contexto familiar.
- Enseñar al niño técnicas de autocontrol y habilidades socioemocionales.

Establecimiento de objetivos terapéuticos

Con los progenitores: Dotarles de estrategias de control de las conductas disruptivas y evaluar de forma funcional dichas conductas.

Con el niño: Mantener el control postural y atención. Reducir niveles de ansiedad. Reducir la impulsividad. Desarrollar funciones ejecutivas y habilidades socioemocionales.

En el área conductual y para el control de impulsos: utilización de técnicas de control de la ira; pensamientos fríos/pensamientos calientes; pensamientos erróneos; técnicas de autorregulación; técnicas de relajación de Jacobson (1938); visualizaciones;

entrenamiento en autoinstrucciones; estrategias de discriminación visual; estrategias de discriminación auditiva y gestión del tiempo.

Para el déficit atencional: desarrollar la coordinación visomotora, la discriminación visual, integración visual, orientación viso-espacial, organización viso-motora, organización visual, discriminación auditiva, atención selectiva y atención sostenida. Enseñar a planificar, organizar, desarrollar la memoria de trabajo, flexibilidad mental, anticipación, toma de decisiones.

En el área social y para mejorar las relaciones sociales: enseñarle habilidades básicas de interacción social: habilidades para hacer amigos y amigas, conversacionales, relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones y habilidades de relación con adultos.

Para la resolución de conflictos: identificar las características de las relaciones sociales, los factores facilitadores e inhibidores de la comunicación y sus componentes verbales y no verbales; practicar diferentes estilos de comunicación; identificar los elementos del conflicto, estilos de afrontamiento y métodos de resolución.

Para el desarrollo del autoconcepto y autoestima: cómo hacerlo en los ámbitos personal, académico, familiar, social y moral.

Para las emociones: reconocimiento, expresión y gradación de emociones.

Selección de los tratamientos más adecuados

Los tratamientos seleccionados se enmarcan dentro del marco teórico cognitivo-conductual, con estrategias de modificación de conducta y con apoyos visuales. Sesiones de trabajo individual y grupal. Orientación y asesoramiento familiar y escolar. Asistencia a las escuelas de familia.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase

En la evaluación inicial, se comienza con una entrevista semiestructurada a los padres y una recogida de información previa en casa y colegio a través de los siguientes cuestionarios: El Cuestionario evolutivo partes 1 y 2, la Descripción de conductas en el aula (García y Magaz, 1998), el Inventario para la evaluación del juego (Gómez et al., 1999), el Cuestionario de Evaluación de la Comunicación (Hernández, 1995) y el

Cuestionario de Situaciones en el Hogar (Barkley, 1981), son instrumentos de recogida sistemática de datos observacionales. También se administraron: La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (Attwood, 1998), con un alto grado de validez aparente; el Test Infantil del Síndrome de Asperger (Scott, Baron-Cohen, Bolton y Brayne, 2002), cuya especificidad es del 97% y la sensibilidad fue del 50%; el Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (Ehlers, Gillberg y Wing, 1999), con una fiabilidad de 0,94 y una validez concurrente aceptable; las Escalas de Conners para padres y profesores para clasificar a sujetos con o sin TDAH (1989) con una fiabilidad de 0,94 y 0,92 respectivamente y una validez aceptable; la Escala de autocontrol (Kendall y Wilcox, 1979) con una alta consistencia interna (0,98) y la fiabilidad test-retest (0,84).

Después se aplicaron las Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños (McCarthy, 2006), cuya fiabilidad es de 0,94, y la validez concurrente y predictiva, de moderada a alta. El Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (Kirk et al., 2004) con una fiabilidad entre 0,74 y 0,90 y una validez elevada. Por último, se realizan las tareas de "Smarties" y "Sally y Anne" para observar el desarrollo de capacidades mentalistas (Baron-Cohen et al., 1985), confiable en términos de consistencia interna.

Las Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños (McCarthy, 2006) informan de inteligencia normal-alta (índice general cognitivo=116), memoria excepcional (puntuación típica=69) y desarrollo motor promedio (puntuación típica=50). El Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (Kirk et al., 2004), informa de muy buenas habilidades psicolingüísticas, tanto por el canal auditivo como visual. El niño ha desarrollado correctamente los tres aspectos fundamentales del lenguaje (forma, contenido y uso). Por lo tanto podemos afirmar que es un niño con buena capacidad intelectual tanto verbal como no-verbal, con evidencia de desarrollo de capacidades mentalistas de primer orden.

A pesar de que los cuestionarios para detectar posibles casos de Trastorno de Asperger hacen sospechar la presencia de dicho trastorno, durante las tres sesiones de valoración no se encuentra sospecha de dicho trastorno.

Por otro lado, de la batería de cuestionarios para detectar problemas de conducta, y de la observación directa y estructurada del niño en sesiones de valoración, comprobamos que están presentes dificultades para controlar los impulsos que le

impiden centrar la atención en una única tarea, inhibir conductas motoras (golpes, tirar objetos, etc.) y permanecer quieto un período de tiempo limitado. Esto unido a una falta de límites claros a su comportamiento, provoca falta de obediencia y conductas negativistas y, en ocasiones desafiantes.

Como conclusión se descarta la presencia de un Trastorno de Asperger y cumple criterios diagnósticos para un TDAH.

Aplicación de los tratamientos

En vista de los resultados obtenidos se recomienda una intervención a varios niveles: familiar, escolar e individual. En una primera fase, el trabajo se realiza exclusivamente la madre, con la intención de informar acerca del trastorno que el niño presenta (TDAH en un principio) y dotarla de estrategias eficaces para el control de impulsos en su hijo. Una sesión semanal durante cuatro meses. A partir del segundo mes, comenzamos sesiones conjuntas niño-madre. La familia participa en dos escuelas de familias cuyo objetivo era conocer el TDAH y adquirir estrategias de afrontamiento.

Por otro lado, se llevan a cabo reuniones de coordinación con su profesora en dos ocasiones durante el primer año y posteriormente una por curso escolar. La intervención con el niño se realiza con una frecuencia de dos sesiones semanales durante todos los años del tratamiento. Los dos últimos años una de las sesiones se realiza en grupo con otro niño de características similares.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

El trastorno sigue presente pero tanto la familia como el niño son capaces de poner en práctica las estrategias aprendidas durante este tiempo. De hecho, no hay fracaso escolar y la convivencia en familia ha mejorado mucho. Se consulta con psiquiatra la posibilidad de tratamiento farmacológico (metilfenidato) por temporadas, sobre todo cuando las exigencias académicas son mayores.

Seguimiento

A los 11 años, se realiza nueva valoración mediante la administración de la Escala de inteligencia de Weschler para niños-IV (Weschler, 2005), con una buena consistencia interna y excelente validez de contenido; el test de inteligencia creativa,

CREA (Corbalán et al., 2003) con estándares básicos de fiabilidad y validez; el Test de Pensamiento Creativo de Torrance (Jiménez, Artiles, Rodríguez y García, 2007b), con una fiabilidad de 0,71 y una validez adecuada; la Prueba Verbal de Creatividad PVEC4, (Jiménez, Artiles, Rodríguez y García, 2007a) con una fiabilidad de 0,81 y una validez adecuada y el Cuestionario de Comunicación Social Forma B (Rutter, Bailey y Lord, 2005), con una fiabilidad de 0,90 y una buena validez discriminativa. Obtenemos como conclusión que se trata de un caso de TDAH con sobredotación intelectual, descartando definitivamente el trastorno de Asperger. Se da por finalizado el tratamiento y se mantiene seguimiento una vez al mes durante los seis primeros meses, vía telefónica o email. No ha sido necesario retomar el tratamiento.

Observaciones

La existencia de opiniones diagnósticas diferentes (TDAH y trastorno de Asperger) entre profesionales sitúa a la familia en una posición de incertidumbre. No obstante, el tratamiento que se llevó a cabo se ha demostrado eficaz para niños con cualquiera de los dos trastornos.

Referencias

Attwood, T. (1998). *Síndrome de Asperger: Una guía para la familia.* Recuperado el 15 de octubre de 2014, de http://eoeptgdbadajoz.juntaextremadura.net/wp-content/uploads/2012/12/S%C3%ADndrome-de-Asperger-Una-gu%C3%ADa-para-Padres-y-Profesionales-Tony-Attwood.pdf

Barkley, R.A. (1981). *Hyperactive Children: A Handbook of Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition, 21*, 37-46.

Cañoto, R y López, A. (2000). *Escucha. Programa de Entrenamiento en Mejora de la Atención Auditiva.* Bizkaia: Grupo ALBOR-COHS.

Conners, C. K. (1989). *Conners' Rating Scales*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.

Corbalán, F. J., Martínez, F., Alonso, C., Donolo, D., Tejerina, M. y Limiñana, R.M. (2003). *CREA Inteligencia Creativa. Una medida cognitiva de la creatividad*. Madrid: TEA Ediciones.

Ehlers, S., Gillberg, C., y Wing, L. (1999). A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *29*(2), 129-141.

García, E. M. (1999). *Programa de Entrenamiento en Habilidades Atencionales. Bizkaia:* Grupo ALBOR-COHS.

García, E. M. y Magaz, A. (1998). *Instrumentos de evaluación diagnóstica. Niños y adolescentes.* Bizkaia: Grupo ALBOR-COHS.

Gómez, J. C., López, B. y López, E. (1999). *Inventario para la evaluación del juego*. United Kingdom: University of Andrews.

Hernández, J. M. (1995). *Propuesta curricular en el área de lenguaje. Etapa infantil. Alumnos con trastornos en la comunicación*. Madrid: CEPE.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Jiménez J. E., Artiles, C., Rodríguez, C. y García, E. (2007a). *PVEC4 Prueba verbal de creatividad. Baremos para la Educación Primaria y Secundaria Obligatoria.* Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.

Jiménez J. E., Artiles, C., Rodríguez, C. y García, E. (2007b). *Test de Adaptación y baremación del test de pensamiento creativo de Torrance: expresión figurada. Educación Primaria y Secundaria*. Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.

Kendall, P. y Wilcox, L. E. (1979). Self-control in children: development of a rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 1020-1029.

Kirk, S. A., McCarthy, J. J. y Kirk. W. D. (2004). *Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)*. Madrid: TEA Ediciones.

McCarthy, D. (2006). *Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños (MSCA)*. Madrid: TEA Ediciones.

Orjales. I. (1999). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: Editorial CEPE.

Rutter, M. Bailey A. y Lord, C. (2005). *SCQ. Cuestionario de Comunicación Social.* Madrid: TEA Ediciones.

Scott, F. J., Baron-Cohen, S., Bolton, P. y Brayne, C. (2002). The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children. *Autism, 6*(1), 9-31.

Weschler, D. (2005). *Escala de inteligencia de Weschler para niños* (WISC-IV). Madrid: TEA- Ediciones.

DUELO, RESILIENCIA Y RAZONES PARA VIVIR

Rosa María Espinosa-Gil[*] y Daniel Aniorte-Martínez[**]

*Psicóloga Clínica**

*Psicólogo Clínico del Centro de Salud Mental de Cartagena, Murcia***

Resumen

Introducción: El duelo es una experiencia universal. No todas las personas reaccionan de la misma forma, existiendo variables que pueden complicar y agravar el mismo, desembocando en patología lo que en principio debe quedarse en un proceso adaptativo. Desde atención primaria, se necesita un abordaje de éste proceso por psicología clínica con la finalidad de detectar los posibles riesgos y poder intervenir precozmente. Cómo objetivos hemos querido analizar las razones para vivir que permanecen en el doliente que acaba de perder una persona muy significativa y a su vez si se refuerzan o debilitan las mismas tras un trabajo psicoterapéutico grupal en duelo. **Método:** Participantes. Los participantes fueron siete personas, con una edad media de 38,71. Materiales. Evaluación previa y posterior al tratamiento, con el inventario de depresión de Beck , inventario de ansiedad rasgo y estado, y el inventario de razones para vivir. Procedimiento. Se ha realizado una psicoterapia grupal cognitivo conductual y experiencial en Atención Primaria, con una muestra de 7 pacientes. La intervención consistió en seis sesiones distribuidas semanalmente. **Resultados:** Se observa mejoría significativa en depresión. A su vez se observan diferencias significativas en supervivencia-afrontamiento tras el tratamiento grupal. **Conclusiones:** La intervención psicológica clínica en atención primaria en duelo, favorece el bienestar psicológico y aumenta el afrontamiento de las personas dolientes.

Palabras clave: Duelo, razones para vivir, resiliencia, atención primaria.

GRIEF,RESILIENCE AND REASONS FOR LIVING

Abstract

Introduction: Grief is a universal experience. Not everyone reacts the same way, existing variables that may complicate and exacerbate the same, leading to pathology which in principle should remain in an adaptive process. From primary care an approach of this process is needed for clinical psychology in order to identify potential risks and intervene early. To analyze the reasons for living who remain in the mourner who just lost a significant person and to watch strengths and weaknesses after psychotherapeutic work. **Method:** Participants. The sample was of 7 patients with average ages of 38, 71. Materials. Beck Depression Inventory, State-Trait Inventory and Reasons for Living Inventory. Procedure. We did a group psychotherapy cognitive behavioral and experiential with a sample of 7 patients. The intervention consisted of six weekly sessions spread. **Results:** Significant improvement in depression is observed. At the same time significant differences in survival-coping after the group treatment was observed. **Conclusions:** Clinical Psychological intervention in primary care promotes psychological well-being and increases coping with suffering people.

Keywords: Grief, reasons for living, resilience, primary care.

Introducción

El duelo es una experiencia que forma parte de la vida. Algunas personas, en las primeras semanas, tienen una respuesta emocional ligera y, sin embargo, experimentan una intensificación y cronificación del duelo posterior. Otras, en cambio, se expresan con un sufrimiento intenso inicial, para luego ir superando el duelo más fácilmente, lo que suele ser la reacción más frecuente (Echeburúa, 2004).

Dentro de una experiencia grupal en atención primaria hemos querido conocer más aspectos sobre el beneficio de su abordaje, con la finalidad última de que el duelo no se cronifique y favorecer el proceso de adaptación al mismo. A su vez tras un tratamiento grupal, ver si se potencian nuevas razones para vivir o se comprometen más con las mismas. La cuestión es ¿porqué unos sujetos superan el duelo y otros no?, ¿qué características juegan a favor y en contra?.

Aunque Worden (2010), establece la diferencia entre asesoramiento(para aquellas personas que siguen el curso normal evolutivo del duelo) y terapia (para las personas que ven cronificado su duelo), consideramos que aunque otros tipos de asesoramiento (voluntarios y/o grupos de autoayuda), pueden ser más fructíferos que ninguno, en el servicio público deben ser abordados por especialistas en psicología clínica. Si la competencia profesional no es la adecuada, las intervenciones pueden ir en detrimento de la evolución del duelo (Payás, 2007).

Creemos que la persona dispone de recursos suficientes para superar éstos procesos, teniendo también en cuenta que determinadas personas se cronifican debido a la historia vital de pérdidas. Pero es precisamente en los procesos de duelo donde podemos desarrollar, explorar y encontrar la base para el desarrollo de nuestras potencialidades. Así la resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2003).

Existen estudios que demuestran la coexistencia de emociones muy negativas y positivas a la vez, ante situaciones de pérdida y adversas. Estas emociones positivas podrían ayudar a reducir los niveles de angustia y aflicción (Fredrickson, 1998). Hemos querido hacer una aproximación descriptiva sobre que razones permanecen en el doliente y a su vez si se refuerzan o debilitan las mismas tras un trabajo psicoterapéutico grupal en duelo. Aunque en el proceso de duelo siempre se tiene que tener en cuenta las posibles características psicopatológicas o los antecedentes psiquiátricos previos, de cara a evitar el agravamiento del duelo, nuestra aproximación en cuanto a las razones para vivir no se centra en el aspecto concreto del suicidio, como explora el cuestionario, debido a que la muerte es algo universal y por ello se considera un proceso adaptativo y no psicopatológico.

Siguiendo en ésta línea y aunque referido al comportamiento suicida de población clínica y no clínica Linehan, Goodstein Nielsen y Chiles (1983), explican en su estudio lo alentador de encontrar que la gente puede generar un gran y diverso número de razones para mantenerse vivos en el momento de considerar el suicidio. No obstante aunque el proceso de duelo se aleja "a priori" del planteamiento suicida, creemos que es importante indagar éstas potencialidades y creencias de manera

preventiva para evitar un duelo complicado y en el desarrollo del tratamiento psicoterapéutico. Como clínicos puede servirnos para guiar el proceso de asesoramiento y apoyo psicológico que redunde en un beneficio para el paciente.

El concepto de crecimiento postraumático está relacionado con la idea que hemos querido analizar, aunque se refiere a sucesos traumáticos no universales (Vera, Carbelo y Vecina, 2006), siendo diferente al tema de la muerte, por el que todos de una u otra forma estamos o estaremos en contacto. No obstante creemos que dentro del proceso de duelo existe también un cambio positivo que va a influir en la visión sobre la vida, las relaciones interpersonales y la forma en que nos vemos capaces de afrontar nuevos eventos de pérdida o estresantes.

En cuanto a las creencias que hemos investigado en nuestro estudio se centran en las descritas por Linehan et al. (1983), supervivencia y afrontamiento, responsabilidad con la familia, preocupación por los hijos, miedo al suicidio, miedo a la desaprobación social, objeciones morales.

Teniendo en cuenta que tanto en población clínica como en población general, las personas que informaban de mayor ideación suicida en el último año eran menos propensos a las creencias de supervivencia y afrontamiento (Linehan et al., 1983), consideramos que puede ayudarnos a detectar la evolución del duelo cuando la mejoría de las creencias de supervivencia y afrontamiento mejoran tras intervención grupal, porque debemos pensar en el fuerte instinto de supervivencia que aflora en nosotros, incluso en situaciones donde orgánicamente estamos comprometidas, por poner un ejemplo, ante accidentes graves la fuerte activación de las vías dolorosas hace por el contrario y como mecanismo de supervivencia activar endorfinas para amortiguar el fuerte shock.

Existe acuerdo en considerar el duelo patológico como el “complejo” desarrollo de un duelo normativo dentro de la población y que es en éste tipo de procesos donde se debe recurrir a la ayuda de un profesional (Echeburúa,2004) y siguiendo el estudio realizado en Gerona, por la Generalitat de Catalunya (2006) , se apoya la creación de servicios de atención al duelo especializados, más allá de lo que proveen las redes sanitarias y de atención primaria, creemos que debemos actuar en estos dispositivos mucho antes de tener que recurrir a servicios más especializados de salud mental por lo que al trasladarse el trabajo del especialista en psicología clínica al campo de la

atención primaria ahorraremos en sufrimiento y en patología, siendo éste capaz de detectar posibles riesgos traumáticos. Éstos podrían ser: que venga de alguien a quien se quiere, que no podamos encontrarle el sentido, que sea inesperado, que haya supuesto fractura, que sea una referencia habitual en el contexto de la persona, que haya una dificultad especial para ubicar el malestar que se siente y no se encuentre una figura continente que devuelva empatía que sirva para la reorganización (Sánchez, 2012). Un duelo debe considerarse como algo traumático pues constituye un golpe a nuestra existencia y que puede ir desde la pérdida de un ser querido, hasta la pérdida de de una función profesional, familiar o sexual , pérdida de una relación, e incluso la pérdida de libertad. Si relacionamos esto con nuestra psique, ante un fuerte dolor emocional que es el que produce perder a alguien que se quiere, nuestro instinto de supervivencia debe de alguna forma estar conservado y tras el tratamiento psicoterapéutico grupal favorecer su fortalecimiento o su mejoría.

En el estudio de Andrade, Bonilla y Valencia (2010), en una muestra de 50 mujeres que se vieron privadas de libertad por varios actos de delincuencia y tras analizar los factores protectores a través del RFT, estuvieron presentes en la totalidad de la muestra, pero se encontró que algunos fueron más prevalentes que otros, como lo indican los siguientes porcentajes: Supervivencia y afrontamiento (20%), responsabilidad con la familia (19%), preocupación por los hijos (19%), objeciones morales (18%), miedo al suicidio (12%), y miedo a la desaprobación social (12%).

El presente estudio se centra en una muestra de siete pacientes que han asistido a un tratamiento psicológico grupal, de corte cognitivo conductual y experiencial, en el contexto de atención primaria, que ha consistido en seis sesiones, una por semana. Posteriormente se analizan los resultados.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 7 pacientes. Las edades estuvieron comprendidas entre los 20 y los 60 años. El tipo de pérdidas afectivas sufridas fueron: pérdida de cónyuges (enfermedad, muerte súbita e incendio). Pérdida de figuras parentales. Nivel sociocultural medio. Al inicio del grupo cuatro de los siete componentes se

encontraban de baja laboral por la sintomatología de duelo "ansioso depresiva".Dos pacientes presentan antecedentes de depresión leve en el periodo anterior a 10 años.
Las sesiones fueron seis con una duración de una hora por semana.

El tiempo más próximo a la muerte del ser querido fue de tres meses y el de mayor distancia de 9 meses.

El objetivo principal del grupo de apoyo en duelo se centró en lo que se denomina asesoramiento que se refiere a aquella ayuda psicológica dirigida a facilitar un duelo normal, con el objetivo de aliviar el sufrimiento, proveer confort, normalizar la vivencia y reducir el aislamiento (Payás, 2007).

Diseño

Pre y post tratamiento. Evaluación previa psicológica con la finalidad de detectar posibles factores de riesgo para el posterior desarrollo de duelo patológico y posterior para analizar los cambios obtenidos.

Procedimiento

Se siguieron los principios del asesoramiento psicológico (Worden, 2010) y psicoterapia de cognitivo conductual.

Se procedió al uso de ejercicios vivenciales, con la finalidad de favorecer el acceso al núcleo doloroso y la expresión del mismo.

Instrumentos

Inventario de depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh,1961). El BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros (1974). Coeficiente alfa de Cronbach: 0,83.

Inventario de ansiedad estado rasgo (Spielberger, Gorsuch, y Lushene,1970). Evalúa dos conceptos de ansiedad: estado y rasgo. Coeficiente de consistencia interna : de 86 a 95. Coeficiente test re-test de 69 a 89.

Inventario de Razones para vivir (Linehan et al., 1983). Es autoaplicado, diseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse. Presenta

altos niveles de consistencia interna y validez de constructo en muestras de adolescentes delincuentes, estudiantes saludables y adultos psiquiátricos. El RFL también ha demostrado validez divergente con otras medidas de comportamiento e ideación suicida, depresión y desesperanza.

Resultados

Se observan diferencias significativas en los niveles de depresión con un nivel de significación de $p< 0,000$ en la escala de supervivencia y afrontamiento del RFT.

Alguedónicamente las pacientes que completaron toda la psicoterapia grupal, manifestaron satisfacción por la participación en el grupo y mejoría en su desesperanza, estableciendo de forma voluntaria contacto entre ellas para continuar de forma informal dándose apoyo y expresando las distintas emociones que aún emergían en su proceso de duelo.

Discusión y conclusiones

Creemos que es fundamental abordar el duelo desde la atención primaria de salud por especialistas en psicología clínica, debido a que si bien el asesoramiento podría ser implementado desde la propia enfermería formada en grupos de duelo, se quedaría insuficiente su abordaje, debido a que se necesitan mayores conocimientos sobre psicopatología que pueden influir en las resistencias a la superación del duelo y a que éste se complique. Creemos que éste abordaje es un campo fructífero dentro de la atención primaria de salud por parte de especialistas en psicología clínica, encontrando resultados similares a lo estudiado en ciertos trabajos sobre duelo. Compartir experiencias similares reduce la sensación de asilamiento y normaliza la vivencia del duelo, a su vez que presenta una función educativa sobre el resto de miembros (Payás, 2007), con mejora en variables clínicas, como la ansiedad y la depresión. Creemos que el tratamiento grupal influye positivamente sobre la sintomatología clínica, reforzando las razones para vivir, específicamente se observa una mejoría significativa en las creencias sobre la supervivencia y afrontamiento.

Se necesitan más estudios empíricos para encontrar la forma de aumentar las cualidades resilientes de éstas personas.

Resultaría muy útil realizar más investigación y validación en muestras españolas del inventario de razones para vivir, no sólo como instrumento favorecedor de la prevención de conductas suicidas, sino como instrumento de screening, para detectar los posibles casos de duelo complicado.

No podemos establecer conclusiones fiables debido al bajo tamaño muestral, aunque sí puede servir de orientación para futuros estudios.

Referencias

Andrade, J.A., Bonilla, L,L. y Valencia, Z.M. (2010). Protective factors of suicidal ideation in 50 Women From Prison: "Villa Cristina"-Armenia-Quindío (Colombia). *ORBIS Revista Científica Ciencias Humanas*, *6*(17), 6-32.

Beck A T, Ward CH., Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.(1961).An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry. 4*, 561-71.

Conde, V.y Useros, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, *12*, 153-167.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos.* Madrid. Pirámide.

Fredrickson, B.L. (1998). What Good Are Positive Emotions?. *Review of General Psychology*, *2*, 300-319.

Linehan, M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L. y Chiles, J.A.(1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 276-286.

Manciaux, M., Vanistendael,S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 19-30). Madrid: Gedisa.

Payás, M. (2007). Intervención grupal en duelo. En C. Camps y P. Sánchez (eds.), *Duelo en Oncología* (pp. 169-182). Madrid: Sociedad española de oncología médica.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática de la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, *27*, 40-49

Worden, J.(2010). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

PRACTICE EFFECTS OF THE WRITTEN SYMBOL DIGIT MODALITIES TEST IN THE CONTEXT OF A BRIEF INTER-ASSESSMENT INTERVAL

Diana Rodrigues Pereira* and João José Cerqueira*

**Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Health Sciences, University of Minho, Campus de Gualtar, Braga, Portugal*

**ICVS/3B's – PT Government Associate Laboratory, Braga, Portugal*

Abstract

Background: The Symbol Digit Modalities Test (SDMT) is a widely used tool to assess information processing speed, and also other components such as attention, working memory, visual scanning and visual tracking. Taking into consideration that repeated evaluations are a common procedure in neuropsychological assessment routines and that inter-assessment intervals can range from minutes to years, the present work is aimed to explore the practice effects associated with two SDMT alternate forms, developed by Benedict and colleagues (2012), in the context of a brief inter-assessment interval. **Method:** A total of 123 young individuals (77 females and 46 males), aged between 19 and 37 years old (M = 22.4, SD = 3.54), with 14.9 average years of formal education (SD = 1.96), completed the written version of the SDMT in two distinct occasions separated by a 150 minutes interval. Half of these participants accomplished the same form in both evaluations, whilst the other half filled different forms. **Results:** Overall, acceptable test-retest reliabilities (r = .70) were found regardless of the alternate form used. Moreover, participants that completed the same form in both time points revealed a better performance in the second assessment, whereas no differences between performances were found for the participants that filled different forms. **Conclusions:** These results suggest that the SDMT alternate forms used here are reliable and equivalent, and that practice effects can be attenuated if different forms are applied. Thus, these forms can be useful in the context of repeated cognitive assessments when brief inter-assessment intervals are required.

Keywords: SDMT, practice effects, repeated assessment, test-retest reliability, alternate forms.

Introduction

Repeated neuropsychological assessments over time are essential in several research and clinical contexts and a careful reading of the results is crucial since different factors can impact the subject's performance. The practice effects have been one of the most studied variables, reflecting a performance improvement that can occur due to various elements, such as learning and memorization of specific test stimuli, and familiarization with the test procedures. When the same test version is used in different occasions, performance improvements are highly probable (Benedict & Zgaljardic, 1998; Zgaljardic & Benedict, 2001), and these effects can even persist one year after the baseline evaluation (e.g., Basso, Bornstein, & Lang, 1999; Basso, Lowery, Ghormley, & Bornstein, 2001). From the first to the second assessment moment, the practice effects are expected to be larger (Baird, Tombaugh, & Francis, 2007; Beglinger et al., 2005; Register-Mihalik et al., 2012), and the performance in the succeeding evaluations can continue to improve, although in minor magnitude, until a plateau is reached (Bartels, Wegrzyn, Wiedl, Ackermann, & Ehrenreich 2010; Beglinger et al., 2005). When compared to verbal oriented tests, instruments using non-verbal stimuli, with a psychomotor speed component or that require the learning of a concrete rule tend to reveal larger practice effects (e.g., Baird et al., 2007). Tests of executive functions, learning and memory are also prone to reveal these effects (e.g., Basso et al., 1999, 2001; Mitrushina & Satz, 1991). Conversely, instruments aiming the assessment of attention, naming, visual perception and recognition seem to be less impacted by the experience acquired in previous evaluations (e.g., Mitrushina & Satz, 1991; Wilson, Watson, Baddeley, Emslie, & Evans, 2000).

In the clinical context, the inter-assessment intervals are usually long, six and/or one year, still shorter periods are also needed to explore possible cognitive changes that might occur within hours or minutes. Specific examples are fatigue studies (e.g., Johnson, Lange, Deluca, Korn, & Natelson, 1997), investigations with pharmacological agents (e.g., Pietrzak, Snyder, & Maruff, 2010), or studies exploring the impact of surgical interventions in cognition (e.g., cardiac surgery; Bruggemans, Van de Vijver, & Huysmans, 1997; Lewis, Maruff, Silbert, Evered, & Scott, 2006). Considering that practice effects have been scarcely considered in the context of short inter-assessment intervals, this study aims to explore the practice effects and temporal stability of two

Symbol Digit Modalities Test (SDMT; Smith, 1982) alternate forms using a brief inter-assessment interval.

Method

Participants

A total of 123 healthy individuals, aged between 19 and 37 years old (M = 22.43, SD = 3.54), with 14.92 average years of formal education (SD = 1.96), 77 females and 46 males, and 117 right-handed and 6 left-handed, collaborated in this study. There were no reports of neurologic and/or psychiatric conditions, abusive consumption of substances, and no presence of sensorial/motor variations with significant interference in the test performance.

Materials

The SDMT (Smith, 1982) is a simple task that entails the substitution of random geometric figures for a specific number, according to a key that contains 9 different geometric designs paired with a single 1 to 9 arabic number. It was originally created as a measure of cognitive screening for children and adults, and various neurocognitive functions can be explored, including information processing speed, psychomotor functioning, attention, working memory and visual scanning/tracking. More specifically, a sheet of paper with the key on the top, with 120 blank boxes paired with one specific design and 10 blank boxes for initial practice, is presented to the subjects, followed by the instructions. Individuals have 90 seconds to fill the blank boxes as fast and accurate as possible. The final score corresponds to the total correct substitutions completed within this time. The SDMT can be applied in an oral and/or written format. In this study, two specific SDMT alternate forms, shown to be equivalent to the Smith's original version (see Benedict et al., 2012), were used in the written modality.

Procedure

After the informed consent was obtained from all participants, they were asked to fulfil a brief questionnaire in order to gather some relevant information and to screen

identifiable psychiatric and neurological conditions, sensory-motor alterations and current pharmacological treatments.

The experimental design consisted of two assessment moments separated by 150 minutes. In each session, the participants completed one of the alternate forms. Two experimental conditions were established, one where half of the participants completed the same form, 1 or 2, in both evaluations (same condition), and other where the remaining participants performed different forms – form 2 in the first moment and form 1 in the second or vice-versa (different condition). The task instructions were delivered simultaneously to all participants following the SDMT's manual (Smith, 1982). The first 10 training items were completed and then the participants had 90 seconds to perform the task.

Type of study and statistical analysis

A 2 x 2 design was used entailing the two testing conditions aforementioned, same or different, and the participants were grouped in consonance with them. Of note, the values reported are based in the raw scores extracted from the total number of correct substitutions.

Firstly, a t test for independent samples was computed between the subjects that made the form 1 and those that performed the form 2, in order to confirm that no differences were found between forms at baseline. To examine possible practice effects, a mixed design ANOVA with moment as within-subjects factor and condition as between-subjects factor was conducted. Statistical significant interactions were further decomposed using t tests. Finally, test-retest reliabilities were obtained by computing Pearson's product-moment correlations coefficients across the two moments.

As convention, the results were considered statistically significant for $p < .05$ and partial eta squared (η^2_p), and Cohen's *d* were reported as measures of effect size.

Results

A sum of the main sociodemographic characteristics can be consulted in Table 1. Concerning the equivalence of the forms used, it was possible to verify a similar performance in the form 1 and 2 at baseline (form 1: $M = 62.25$, $SD = 9.80$; form 2: $M = 60.37$, $SD = 10.58$; $t_{(121)} = 1.02$, $p = .31$).

Table 1. Sum of the Main Sociodemographic Characteristics According to the Conditions Same or Different.

	Condition same (n = 61)	Condition different (n = 62)
	M (SD)	*M (SD)*
Female/male %	62.3 / 37.7 %	62.9 / 37.1 %
Age	22.73 (3.88)	22.13 (3.17)
Years of formal education	15.21 (2.24)	14.63 (1.63)

Note. *M* = Mean; *SD* = Standard deviation.

For the practice effects analysis, the mixed design ANOVA yielded a significant main effect of condition, $F_{(1,121)} = 10.76$, $p = .001$, $\eta^2_p = .08$, and a significant main effect of testing session, $F_{(1,121)} = 100.04$, $p < .001$, $\eta^2_p = .45$. Outstandingly, a significant condition x testing session interaction was found, $F_{(1,121)} = 82.81$, $p < .001$, $\eta^2_p = .41$, denoting that performance throughout assessment moments varied giving the experimental condition. In the same condition, there were significant statistical differences between the two occasions, $t(60) = -12.54$, $p < .001$, $d_z = 1.61$, suggesting that practice effects occurred from the first to the second evaluation (see table 2). Conversely, the results extracted from the different condition revealed no significant differences across assessments, $t(61) = -0.69$, $p = .49$, so practice effects seem less prominent when different alternate forms are applied. Accordingly, regarding the first evaluation session, no significant differences were found between the participants in the different group ($M = 61.92$, $SD = 10.83$) and those in the same group ($M = 60.67$, $SD = 9.57$; $t_{(121)} = -0.676$, $p = .50$), but when considering the second session, the same group showed ($M = 75.7$, $SD = 13.16$) a better performance than the different group ($M = 62.63$, $SD = 9.71$; $t_{(121)} = 6.28$, $p < .001$, $d = 1.13$).

The Pearson's product-moment correlations coefficients were used as measure of test-retest reliability (see Table 2). Thus, for the group of participants which completed different forms, it was possible to verify a significant ($p < 0.001$) moderate correlation ($r = .70$) between the form 1 and form 2. The same pattern was also found for the participants that completed the same version ($r = .70$, $p < 0.001$). Overall, these

data indicates that both forms are reliable when used in distinct occasions, and this happens regardless of using the same or different forms.

Table 2. Sum of the Main Results Concerning the Practice Effects and Test-retest Reliabilities Coefficients in the Same and Different Conditions

	Session 1	Session 2	*p*	d_z	Test-retest reliability (*p*)
	M (SD)	*M (SD)*			
Condition same	60.7 (9.57)	75.7 (13.16)	< .001	1.61	.70 (< .001)
Condition different	61.9 (10.83)	62.6 (9.71)	*ns*	-	.70 (< .001)

Note. *M* = Mean; ns = Non-significant; *SD* = Standard deviation.

Discussion

Brief test-retest intervals have been used in different fields aiming the examination of possible cognitive changes occurring within a short period of time (e.g. Bruggemans et al., 1997; Lewis et al., 2006; Pietrzak et al., 2010), even so the exploration of test properties in the case of short inter-assessment intervals have been scarcely considered. In this sense, the present work intended to contribute to the study of test-retest reliabilities and practice effects of two SDMT alternate forms using a short inter-test interval. Our results revealed significant improvements in the SDMT performance for subjects that completed the same form in both assessments, suggesting the influence of practice effects. In contrast, for the group participants that filled different forms, no statistically different scores were found between both evaluations, implying that the use of alternate forms can attenuate possible practice effects. These results are in accordance with previous studies reporting practice effects when SDMT is repeatedly used (e.g., Benedict et al., 2008; Register-Mihalik et al., 2012), even so the present study extend these findings regarding the case of short inter-assessment intervals. Our work supports also other investigations (e.g., Register-Mihalik et al., 2012) that show an attenuation of the practice effects when alternate forms are used. Moreover, the test-retest reliabilities found here were around .70, which is a lower value in comparison to other studies (Benedict et al., 2012; Smith, 1982), nevertheless this value continues to be reasonable.

It is important to note that the participants in this study were healthy young adults highly educated, so the SDMT results obtained here may not be generalized to populations with different characteristics. The influence of cultural, ethnical, educational and age-related variables in the case of SDMT tends to generate mixed results. In one hand, there are studies finding strong correlations between the SDMT performance and age/education factors (e.g., Harris, Wagner, & Cullum, 2007), whilst others show no major influence of these variables (e.g., Sheridan et al., 2006). Other important limitations involve the number of assessment moments and of alternate forms used, and the fact that only the written modality was applied, hence it would be important to test the SDMT in distinct brief and long inter-assessment intervals, with more evaluation moments. Another issue that needs further exploration is the possible connection between test-retest interval length and the practice effects magnitude; even so, some studies already demonstrate no differences between the practice effects obtained in various inter-assessment times (e.g., Hinton-Bayre & Geffen, 2005).

As final considerations, the findings presented here show that the alternate forms used are reliable and equivalent, pointing out its utility for serial neuropsychological evaluations when short inter-assessment intervals are required. This work also supports the need of consistent investigations around the factors that can influence the performance in cognitive tests and within repeated assessments, such as different clinical/cultural/sociodemographic characteristics, practice effects and distinct inter-evaluation intervals.

Acknowledgments

This work was supported by MyHealth project (DoIT-Desenvolvimento e Operacionalização da Investigação de Translação, Contract 13853) from Health Cluster Portugal and Diana Rodrigues Pereira is recipient of a scholarship under this project. The authors would like to thank all the participants for the collaboration.

References

Baird, B. J., Tombaugh, T. N., & Francis, M. (2007). The effects of practice on speed of information processing using the Adjusting-Paced Serial Addition Test

(Adjusting-PSAT) and the Computerized Tests of Information Processing (CTIP). *Applied Neuropsychology*, *14*, 88-100.

Bartels, C., Wegrzyn, M., Wiedl, A., Ackermann, V., & Ehrenreich, H. (2010). Practice effects in healthy adults: A longitudinal study on frequent repetitive cognitive testing. *BMC Neuroscience*, *11*, 118.

Basso, M. R., Bornstein, R. A., & Lang, J. M. (1999). Practice effects on commonly used measures of executive function across twelve months. *The Clinical Neuropsychologist*, *13*, 283-292.

Basso, M. R., Lowery, N., Ghormley, C., & Bornstein, R. A. (2001). Practice effects on the Wisconsin Card Sorting Test-64 Card version across 12 months. *The Clinical Neuropsychologist*, *15*, 471-478.

Beglinger, L. J., Gaydos, B., Tangphao-Daniels, O., Duff, K., Kareken, D. A., Crawford, J., Fastenau, P. S., & Siemers, E. R. (2005). Practice effects and the use of alternate forms in serial neuropsychological testing. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *20*, 517-529.

Benedict, R. H. B., Duquin, J. A., Jurgensen, S., Rudick, R. A., Feitcher, J., Munschauer, F. E., Panzara, M. A., & Weinstock-Guttman, B. (2008). Repeated assessment of neuropsychological deficits in multiple sclerosis using the Symbol Digit Modalities Test and the MS Neuropsychological Screening Questionnaire. *Multiple Sclerosis*, *14*, 940-946.

Benedict, R. H. B., Smerbeck, A., Parikh, R., Rodgers, J., Cadavid, D., & Erlanger, D. (2012). Reliability and equivalence of alternate forms for the Symbol Digit Modalities Test: Implications for multiple sclerosis clinical trials. *Multiple Sclerosis Journal*, *18*, 1320-1325.

Benedict, R. H. B., & Zgaljardic, D. J. (1998). Practice effects during repeated administrations of memory tests with and without alternate forms. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *20*, 339-352.

Bruggemans, E. F., Van de Vijver, F. J. R., & Huysmans, H. A. (1997). Assessment of cognitive deterioration in individual patients following cardiac surgery: Correcting for measurement error and practice effects. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *19*, 543-559.

Harris, J. G., Wagner, B., & Cullum, C. M. (2007). Symbol vs. digit substitution task performance in diverse cultural and linguistic groups. *The Clinical Neuropsychologist*, *21*, 800-810.

Hinton-Bayre, A., & Geffen, G. (2005). Comparability, reliability, and practice effects on alternate forms of the digit symbol substitution and symbol digit modalities tests. *Psychological Assessment*, *17*, 237-241.

Johnson, S. K., Lange, G., Deluca, J., Korn, L. R., & Natelson, B. (1997). The effects of fatigue on neuropsychological performance in patients with chronic fatigue syndrome, multiple sclerosis, and depression. *Applied Neuropsychology*, *4*, 145-153.

Lewis, M. S., Maruff, P., Silbert, B. S., Evered, L. A., & Scott, D. A. (2006). The influence of different error estimates in the detection of post-operative cognitive dysfunction using reliable change indices with correction for practice effects. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *21*, 421-427.

Mitrushina, M., & Satz, P. (1991). Effect of repeated administration a neuropsychological battery in the elderly. *Journal of Clinical Psychology*, *47*, 790-801.

Pietrzak, R. H., Snyder, P. J., & Maruff, P. (2010). Amphetamine-related improvement in executive function in patients with chronic schizophrenia is modulated by practice effects. *Schizophrenia Research*, *124*, 176-182.

Register-Mihalik, J. K., Kontos, D. L., Guskiewicz, K. M., Mihalik, J. P., Conder, R., & Shields, E. W. (2012). Age-related differences and reliability on computerized and paper-and-pencil neurocognitive assessment batteries. *Journal of Athletic Training*, *47*, 297-305.

Sheridan, L. K., Fitzgerald, H. E., Adams, K. M., Nigg, J. T., Martel, M. M., Puttler, L. I., Wong, M. M., & Zucker, R. A. (2006). Normative Symbol Digit Modalities Test performance in a community-based sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *21*, 23-28.

Smith, A. (1982). *Symbol Digit Modalities Test*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Wilson, B. A., Watson, P. C., Baddeley, A. D., Emslie, H., & Evans, J. J. (2000). Improvement or simply practice? The effects of twenty repeated assessments on

people with and without brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society, 6*, 469-479.

Zgaljardic, D. J., & Benedict, R. H. B. (2001). Evaluation of practice effects in language and spatial processing test. *Applied Neuropsychology, 8*, 218-223.

APOYO SOCIAL Y RIESGO DE SUICIDIO EN PERSONAS EN PROCESO DE DESAHUCIO

Isis González-Usera[*], José Luis Mata-Martín[*], Julia Bolivar-Muñoz[**], Mariola Bernal-Solano[**], Inmaculada Mateo-Rodríguez[**], Mª Carmen Fernández-Santaella[*], Jaime Vila-Castellar[*], Antonio Daponte-Codina[**] y Humbelina Robles-Ortega[*]

[*]*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada*

[**]*Escuela de Salud Pública, Granada*

Resumen

Antecedentes: Unos de los efectos perniciosos de la pérdida y precarización del empleo asociado a la crisis económica actual, es la pérdida del hogar habitual. Los desahucios son un fenómeno poco conocido fuera de España, pero demasiado habitual en nuestro país. La recesión económica se ha asociado a cambios en algunos indicadores de salud, como las tasas de suicidio. No existen datos, sobre el efecto del apoyo social .El objetivo general ha sido analizar los efectos del proceso de desahucio en la salud psicológica de personas en riesgo de perder su vivienda. Concretamente nos hemos centrado en los niveles de apoyo social que reciben estas personas y en el riesgo de suicidio. **Método:** Han participado 205 personas (122 mujeres y 83 hombres) en proceso de desahucio, vinculados a la Plataforma de Afectados por la Hipoteca de Granada. Los instrumentos de evaluación utilizados en formato de entrevista han sido: Escala de Apoyo Social Duke-UNC-11 y Escala de Riesgo de Suicidio de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. **Resultados:** En relación al riesgo de suicidio, los datos indican que un tercio de la muestra estudiada, presenta un riesgo de suicidio de moderado a alto, no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres. En relación al apoyo social, la mitad de las personas afectadas informan de una bajo apoyo social percibido, en comparación con el 4,7% de la población de la Encuesta Andaluza de Salud de 2011. Y especialmente bajo es el apoyo social en hombres. **Conclusiones:** Las personas que están en proceso de desahucio, constituyen una población altamente vulnerable, como indican los datos obtenidos en riesgo de suicidio. Y estos datos son

especialmente relevantes cuando una variable que suele amortiguar los efectos negativos de las situaciones problemáticas, como es el apoyo social, es bastante deficitario.

Palabras clave: Riesgo de suicidio, apoyo social, salud, desahucio.

SOCIAL SUPPORT AND SUICIDE RISK IN PERSONS IN EVICTION PROCESS

Abstract

Background: One of the pernicious effects of loss and job insecurity associated with the current economic crisis, is the loss of usual household. Evictions are a unusual phenomenon known as the eviction process outside Spain, but too common in our country. The recession has been associated with changes in health indicators such as rates of suicide. No data exist on the effect of social support. The main goal was analyzing the effects of the eviction process in the psychological health of people at risk of homelessness. In particular we focused on levels of perceived social support and the risk of suicide. **Method:** 205 people on eviction process participated (122 woman and 83 man) linked to Mortgage Affected Platform of Granada. The instruments of evaluation that were used in interview format were: Duke Social Support Scale-UNK-11 and Suicide Risk Scale of International Neuropsychiatric Interview. **Results:** Relative to suicide risk, the data indicate that one third of the sample studied, presents a risk of suicide moderate to high, with no significant differences between men and women. In relation to social, half of those affected report a low perceived social support, compared with 4.7% of the population of the Andalusian Health Survey 2011. And especially under the social support in men. **Conclusions:** People who are in the process of eviction, are a highly vulnerable population, as the data obtained at risk of suicide. And these data are particularly relevant when a variable that usually cushion the negative effects of problem situations, such as social support, is quite poor.

Keywords: Suicide risk, social support, health, eviction.

Introducción

La actual crisis económica, está teniendo consecuencias devastadoras en el mundo entero, y especialmente en nuestro país. El informe de la Fundación FOESSA (2012), denuncia que una de las consecuencias de mayor transcendencia de las crisis económicas es la pérdida del empleo. Y la evidencia científica establece una dramática asociación entre desempleo, bajos ingresos económicos y salud general deteriorada (Galloet al., 2006; Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts y McKee, 2009) y pobre salud mental (Gallo et al., 2006; Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2013; Stuckler et al., 2009).

Tanto la recesión económica, como la situación de desempleo, han sido relacionadas con un aumento en la tasa de suicidio (Blakely, Collings y Atkinson, 2003; Stuckler et al., 2009). Desde el comienzo de la crisis financiera, en España se ha producido un aumento del 8% en las tasas de suicidio (López, Gasparrine, Artundo y McKee, 2013). Por otra parte, Stuckleret al. (2009) encontraron que, en la Unión Europea, cada aumento del 1% del desempleo se asocia con un aumento del 0.79% en la tasa de suicidios en edades menores de 65 años. En la misma línea, Lewis y Sloggett (1998) en un estudio longitudinal realizado en Inglaterra y Gales, encontraron una fuerte asociación entre suicidio y desempleo (Blakely et al., 2003).

Unos de los efectos perniciosos de la pérdida y precarización del empleo asociado a la crisis, es la pérdida del hogar habitual. El fenómeno del desahucio es bastante infrecuente en otros países, sin embargo parece darse en España con una frecuencia inusitada. Apenas si existen estudios que aborden esta problemática en nuestro país. Entre ellos podemos citar un estudio de casos realizado con personas desahuciadas, en el que se concluye que el 75% de los participantes presentaban sintomatología de estrés postraumático (Ramis-Pujol, 2013). Y uno de los pocos estudios sobre desahucio a realizados fuera de nuestro país (en Milwaukee), concluye que esta situación puede llevar a la separación de las familias, depresión y, en casos extremos, incluso al suicidio (Desmond, 2012). Se hace evidente, pues, que la falta de vivienda y los problemas de salud mental están interconectados.

Por otra parte, en los últimos años estamos asistiendo a un interés creciente por conocer los factores de protección relacionados positivamente con la salud y el bienestar, factores que aumentan la resistencia a la adversidad y facilitan un adecuado

afrontamiento a los cambios. Entre las diferentes variables estudiadas, se encuentra el apoyo social. Según Cobb (1976), el apoyo social facilita afrontar las crisis y adaptarse al cambio. Otros investigadores como Cohen y Wills (1985) defienden que el apoyo social tiene un efecto amortiguador, protegiendo a los individuos de los efectos patógenos de los eventos estresantes. Diversos estudios, han mostrado que las personas que experimentan mayores niveles de ansiedad, depresión e incluso, ideas suicidas ante situaciones estresantes, informan de bajos niveles de apoyo social percibido (Latkin y Curry, 2003; Orthner, Jones-Sanpei y Williamson, 2004).

Dada la situación que está viviendo nuestro país y los pocos estudios que existen al respecto, creemos que se hace necesario profundizar en los efectos que el proceso de desahucio. Por ello, el objetivo general ha sido analizar los efectos del proceso de desahucio en la salud psicológica de las personas afectadas. Concretamente nos hemos centrado en los niveles de apoyo social percibido y en el riesgo de suicidio.

Pero ¿qué entendemos por proceso de desahucio? No se trata de una situación puntual y limitada en el tiempo, sino de un proceso largo, que en muchos casos pueden durar años. El proceso de desahucio se extiende desde el momento que comienzan las dificultades para hacer frente al pago de la hipoteca hasta la situación extrema en la que la familia es desalojada de su vivienda (Robles-Ortega et al., 2014a).

Método

Participantes

Participaron 205 personas (122 mujeres y 83 hombres) en proceso de desahucio, con un rango de edad comprendido entre los 25 y los 73 años (M= 42,35; DT= 10,73), no existiendo diferencias significativas en la edad en función del sexo (t= -,22; p= ,83).

En cuanto a datos epidemiológicos, el 91% había nacido en España, el 51% estaba casado y el 62,70% estaba en paro.

El criterio de selección utilizado ha sido: personas mayores de 18 años, afectados por un proceso de pérdida de la vivienda habitual, que han asistido al menos en una ocasión a las asambleas de la Plataforma de Afectados por la Hipoteca *Stop Desahucios* de Granada.

Instrumentos utilizados

- Escala de Apoyo Social Duke-INC-11 (Broadhead, Gehlbach, Broadhead, Degruy y Kaplan, 1988), versión en castellano (Bellón, Delgado, De Dios y Lardelli, 1996). Esta escala evalúa el apoyo social percibido. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española el punto de corte se ha establecido en el percentil 15 (puntuación < 32). Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal/mayor, mientras que una puntuación menor de 32, indica un bajo apoyo social percibido. Esta escala presenta alta fiabilidad (Alfa de Cronbach de 0,80 a través de un entrevistador) (Bellón et al., 1996).
- Escala de Riesgo de Suicidio de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Sheehan et al., 1997). Se trata de una entrevista breve estructurada, con adecuadas propiedades psicométricas (Sheehan et al., 1997). La escala, a través de 6 preguntas, evalúa el riesgo de suicidio.

Procedimiento

Este estudio se ha llevado a cabo en colaboración con la Plataforma de Afectados por la Hipoteca *Stop Desahucios* de Granada y provincia, en cuyas asambleas se consiguieron los participantes voluntarios. La evaluación, en formato de entrevista, se llevó a cabo de forma individual y su duración aproximada fue de una hora. La recogida de datos se realizó durante los años 2013 y 2014. Este proyecto ha pasado por el Comité Ético para la Investigación de la Escuela de Salud Pública.

Diseño

El presente estudio se basa en un diseño descriptivo-exploratorio transversal.

Resultados

Con respecto al riesgo de suicidio, los datos señalan que el 43,9% no presenta riesgo de suicidio y el 22,9%, presenta un riesgo leve. Pero un 16,6% de la muestra presenta un riesgo alto de suicidio y un 16,6% presenta un riesgo moderado. Es decir, un tercio (33,2%) de la muestra presenta riesgo de suicidio entre moderado y alto. No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en la puntuación directa en

esta escala (*M*hombres= 4,41; *DT*= 6,16; *M*mujeres= 5,94; *DT*= 9,16; *t*=-1,433; *p*= 0,153).

En relación al apoyo social, la mitad de las personas evaluadas, afectadas por el proceso de desahucio (49,2%), informan de un bajo apoyo social percibido (el 58,4% de las mujeres y sólo el 37% de los hombres perciben un mayor apoyo social).

Comparados estos datos con los de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) realizada en 2011 (Sánchez-Cruz, García-Fernández y Mayoral-Cortés, 2013), encontramos claras diferencias: El 97% de la población andaluza informa de un mayor apoyo social percibido (97,4% de los hombres y el 96,5% de las mujeres). Comparadas ambas muestras, el apoyo social en el grupo de hombres en proceso de desahucio es especialmente bajo, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p<0,000) (ver en la Figura 1).

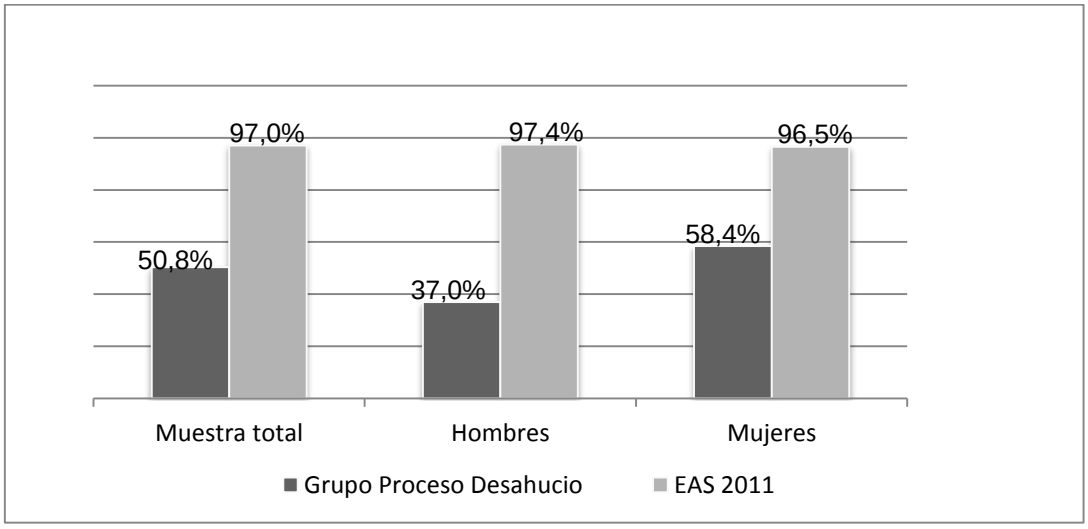


Figura 1. Porcentaje de personas con buen apoyo social en el grupo en proceso de desahucio y en la población andaluza (Encuesta Andaluza de Salud, EAS, de 2011; Sánchez-Cruz et al., 2013).

Discusión/Conclusiones

El objetivo principal del presente estudio ha sido evaluar el riesgo de suicidio y el apoyo social percibido en personas que están sufriendo un proceso de desahucio.

En relación a la variable de apoyo social, la mitad de las personas en proceso de desahucio presentan bajos niveles de apoyo social percibido. Estos datos contrastan con los publicados por el Encuesta Andaluza de Salud (Sánchez-Cruz et al., 2013). En ellos

se refleja que sólo el 3% de la población andaluza encuestada presenta bajos niveles de apoyo social percibido. Especialmente llamativo son los porcentajes obtenidos en el grupo de hombre en proceso de desahucio: el 37,0% informan adecuado apoyo social vs el 97,4% de los hombres de la EAS. El porcentaje de mujeres es del 58,4% y 96,5% respectivamente. Nos encontramos, pues, ante una población altamente vulnerable dado que se constata que un alto porcentaje de personas no disponen del efecto amortiguador que conlleva percibir apoyo social (Cohen y Wills, 1985); carecen de una de las variables protectoras de los efectos patógenos de un estresor como es vivir en riesgo de perder su hogar (Robles-Ortega et al., 2014b). Carecen, por tanto, de uno de los elementos que facilita afrontar las crisis y adaptarse al cambio (Cobb, 1976).

Un dato preocupante encontrado en nuestro estudio es el elevado porcentaje de personas que se encuentra en riesgo de suicidio, concretamente, un tercio de la muestra evaluada presenta riesgo entre moderado y alto. Son datos alarmantes. Especialmente cuando observamos que una variable que suele amortiguar los efectos negativos de las situaciones problemáticas, como es el apoyo social, es bastante deficitaria. Nuestros datos van en la línea de otros estudios que han encontrado una estrecha relación entre la situación de desempleo (no podemos perder de vista que el 62,7% de los entrevistados estaban en paro) y el suicidio (Blakely et al, 2003; Stuckler et al., 2009).

Y, dado que el proceso de desahucio está asociado a la crisis económica y al desempleo, nuestros datos igualmente apoyan los obtenidos en estudios que relacionan la crisis económica y la situación de desempleo con peor salud mental (Desmond, 2012; Galloet al., 2006; Gili et al., 2013; Stuckleret al., 2009).

Somos conscientes de que el presente estudio tiene una serie de limitaciones que se pueden resumir en las siguientes: Se necesita ampliar el número de personas evaluadas para que los datos puedan tener mayor peso. Además, no disponemos de un grupo control con el que comparar los resultados. Y por último, sería interesante incluir en el estudio personas que no están vinculadas a la plataforma de Afectados por la Hipoteca pero que también se encuentran en proceso de desahucio.

Podemos concluir que las actuales circunstancias de crisis financiera han generado un grupo de población (personas en riesgo de perder su vivienda habitual) especialmente vulnerable, como indican los datos obtenidos sobre el riesgo de suicidio. Los psicólogos no nos podemos quedar impasibles ante esta situación. Tampoco pueden

quedarse al margen instituciones como la sanitaria y la judicial. Es necesario poner en marcha programas de intervención psicológica para reducir el riesgo de suicidio y establecer redes de apoyo social que amortigüen la dura situación que esta población está viviendo.

Referencias

Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria, 18*, 153-163.

Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medicine Care, 26*, 709-723.

Blakely, T. A., Collings, S. C. y Atkinson, J. (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *Journal of Epidemiology and Community Health, 57(8),* 594-600.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38(5),* 300-314.

Cohen, S. y Wills, T. (1985) Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98(2),* 310-357.

Desmond, M. (2012). Eviction and the reproduction of urban poverty. *American Journal of Sociology, 118,* 88-133.

Fundación FOESSA (2012). *Los efectos del desempleo sobre la salud*. Recuperado el día 1 de julio de 2013, de http://www.actasanitaria.com/fileset/file__DESEMPLEO_Y_SALUD_40941.pdf

Gallo, W. T., Bradley, E. H., Dubin, J. A., Jones, R. N., Falba, T. A., Teng, H. M. y Kasl, S. V. (2006). The persistence of depressive symptoms in older workers who experience involuntary job loss: Results from the health and retirement survey. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 61,* 221–228.

Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2013).The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health, 23(1),* 103-108.

Latkin, C. y Curry, A. (2003). Stressful neighborhoods and depression: A prospective study of the impact of neighborhood disorder. *Journal of Health and Social Behavior, 4(1),* 34-44.

Lewis, G. y Sloggett, A. (1998). Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ, 317(7168),* 1283-1286.

López Bernal, J.A., Gasparrine, A., Artundo, C.M y McKee, M. (2013). The effect of the late 2000 financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *The European Journal of Public Health, 23,* 732-736.

Orthner, D., Jones-Sanpei, H. y Williamson, S. (2004). The resilience and strenghs of low income families. *Family Relations, 53*(2),159-167.

Ramis-Pujol, J. (2013) *Una aproximación multidisciplinar al desahucio hipotecario basada en estudios de caso*. Fundación Innovación, Acción y Conocimiento. Universidad Ramón Llull. Mallorca. Recuperado el día 20 de abril de 2014 de http://www.juanramispujol.com/publicaciones.php?publicacion=31

Robles-Ortega, H., González-Usera, I., Bolivar-Muñoz, J., Mata-Martín, J.L., Mateo-Rodríguez, I., Bernal-Solano, M., Fernández-Santaella, M.C., Daponte-Codina, A. y Vila, J.(2014a). *Niveles de ansiedad, depresión y salud percibida en una muestra de personas en proceso de desahucio.* Poster presentado en el IX Congreso Iberoamericano de Psicología y 2º Congreso de la Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, Portugal.

Robles-Ortega, H., González-Usera, I., Bolivar-Muñoz, J., Mata-Martín, J.L., Mateo-Rodríguez, I., Bernal-Solano, M., Fernández-Santaella, M.C., Daponte-Codina, A. y Vila, J.(2014b). *Niveles de estrés percibido y calidad de vida en salud en personas en proceso de desahucio.* Poster presentado en el IX Congreso Iberoamericano de Psicología y 2º Congreso de la Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, Portugal.

Sánchez-Cruz, J.J., García-Fernández, L.L. y Mayoral-Cortés, J.M. (2013). *Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Muestra de adultos*. Sevilla: Conserjería Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonora, L. I., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F. y Dunbar, G. C. (1997).

Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry, 12*, 232-241.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. y McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet, 374(9686)*, 315-323.

EL SENTIDO DE COHERENCIA COMO VARIABLE PROTECTORA DE LA AUTOESTIMA

Ana Isabel Burguillos-Peña

Universidad de Huelva

Resumen

Antecedentes: Antonovsky propuso el modelo salutogénico (años 70), centrado en la salud e identifica los *Recursos Generales de Resistencia* que dirigen a las personas en sentido positivo; y un sentido de discernimiento global en los individuos basado en el *"*sentido de coherencia*"* o SOC (comprensión, manejabilidad y significatividad). El término *autoestima* se introdujo en el ámbito de la Psicología social y en el de la personalidad; denota la íntima valoración que una persona hace de sí misma. Rosenberg (1965) propone una visión compleja de la autoestima, tratándola como un fenómeno que oscila, de naturaleza personal y psicológica. **Objetivo:** El objetivo del estudio ha sido estudiar en estudiantes universitarios el Sentido de Coherencia de Antonovsky y la Autoestima. **Método:** Se utilizó el Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13) y la Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR), en 65 estudiantes de Psicología y Educación Social. Diseño transversal, descriptivo e inferencial. **Resultados:** La media en SOC fue *M* = 60,26 (*DT* = 11,871), mínimo 12 puntos y máximo 84 puntos posibles. Las medias en significatividad, manejabilidad y comprensibilidad fueron *M* =21,48 (*DT* = 4,338), *M* =17,97 (*DT* = 4,643), y *M*=20,82 (*DT* = 5,408) respectivamente. La media de autoestima es *M* =32,86 (*DT* =5,382), siendo una "autoestima elevada". La relación es positiva y elevada entre ambas variables (r= 0,769), R^2= 0,59. Igualmente ocurre con las dimensiones del SOC, siendo las correlaciones con autoestima (Significatividad r= 0,587; Comprensibilidad r= 0,624; y Manejabilidad r= 0,690). Regresión: R= 0,775. R^2= 0,600, explicando el SOC un 60% de las puntuaciones en Autoestima. **Conclusiones:** Los estudiantes universitarios presentan un alto nivel de "sentido de coherencia" y una "autoestima elevada". Las puntuaciones en Autoestima son explicadas en un 60% por las puntuaciones en SOC, por lo que ésta mantiene un efecto protector sobre la primera variable.

Palabras clave: Sentido de coherencia, autoestima, estudiantes, modelo salutogénico.

SENSE OF COHERENCE AS A PREDICTOR OF SELF-ESTEEM

Abstract

Antecedents: Antonovsky's salutogenic model proposed (70), focusing on health and identifies the General Resources Resistance to direct people in a positive direction; and a sense of global insight in individuals based on the "sense of coherence" or SOC (comprehension, manageability and meaningfulness). The term self-esteem was introduced in the field of social psychology and the personality; denotes the inner treasuring a person does herself. Rosenberg (1965) proposed a complex vision of self-esteem, treating it as a phenomenon ranging from personal and psychological nature. **Objective:** The study objective was to study in college students Antonovsky Sense of coherence and self-esteem. **Method:** Questionnaire sense of coherence (SOC-13) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (EAR) was used in 65 students of Psychology and Social Education. Transversal, descriptive and inferential Design. **Results:** The mean SOC was *M* = 60.26 (*SD* = 11.871), at least 12 points and maximum 84 possible points. Means in significance, manageability and comprehensibility were *M* = 21.48 (*SD* = 4.338), *M* = 17.97 (*SD* = 4.643), and *M* = 20.82 (*SD* = 5.408) respectively. The average self-esteem is *M* = 32.86 (*SD* = 5.382), with a "high esteem". The relationship is positive and high between the two variables (r = 0.769), R2 = 0.59. Likewise with the dimensions of the SOC, where correlations with self-esteem (r = 0.587 Significance; Understandability r = 0.624; r = 0.690 and Manageability). Regression: R = 0.775. R2 = 0.600, accounting for 60% SOC scores on self-esteem. **Conclusions:** College students have a high level of "sense of coherence" and a "high esteem". Self-esteem scores are explained by 60% by SOC scores, so that it maintains a protective effect on the first variable.

Keywords: Sense of coherence, self-esteem, students, salutogenic model.

Introducción

Aaron Antonovsky, médico y sociólogo nacido en 1923 en los Estados Unidos comenzó en los años 70 a desarrollar la perspectiva salutogénica. Antonovsky desarrolla dos conceptos, los *Recursos Generales de Resistencia* (RGRs) y el *Sentido de Coherencia* (SOC) (Antonovsky, 1979; 1987). Los Recursos Generales de Resistencia más usuales son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, la cultura, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida. Según Antonovsky, es necesaria la capacidad para saber utilizar estos recursos, a la que llamó Sentido de Coherencia, concepto clave de su teoría, para el que diseñó su propio cuestionario para medirlo. Este concepto tiene como objetivo principal medir una orientación global de la personalidad, la cual, facilita la solución de problemas de una forma adaptativa ante situaciones estresantes. Es la capacidad de la persona de percibir el significado del mundo que le rodea, así como adquirir la relación entre las acciones y las consecuencias de éstas en el entorno. Así, pretendía Antonovsky explicar por qué algunas personas permanecían saludables en situaciones estresantes, mientras que otras enfermaban. Antonovsky diferencia en este constructo tres componentes: comprensibilidad (componente cognitivo), manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y significatividad (componente motivacional), (Rivera, García, Moreno y Ramos, 2011).

El primero, *comprensibilidad*, se refiere al grado en el que las personas tienen un sentido cognitivo de los estímulos con los que se encuentran en el presente y en el futuro. Se considera el componente cognitivo del constructo, y se refiere a la habilidad de establecer conexiones lógicas y ordenadas en lo que sucede en el ambiente y en creer que la vida es predecible. El segundo, *manejabilidad*, hace referencia al grado en el que los individuos entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del entorno se encuentran a su disposición. Es el componente instrumental o conductual del constructo. Se relaciona con la autoeficacia y la competencia, pero a diferencia de ésta, no considera el control de los recursos. El último componente es el de *significatividad*, que es el valor otorgado por la persona a aquello que sucede, se refiere al deseo de la persona, a los valores, a las emociones, al sentimiento de que la vida merece la pena. Este componente tiene un carácter más emocional y es considerado como el aspecto motivacional del constructo (Antonovsky, 1994).

El término *autoestima* es la traducción del término inglés *selfesteem*, que inicialmente se introdujo en el ámbito de la Psicología social y en el de la personalidad (Munro, 2005); denota la íntima valoración que una persona hace de sí misma. De ahí su estrecha vinculación con otros términos afines como el *autoconcepto* (*self-concept*) o la *autoeficacia* (*self-efficacy*), en los que apenas se ha logrado delimitar, con el rigor necesario, lo que cada uno de ellos pretende significar (González y Tourón, 1992). La autoestima es función del propio conocimiento, de lo que conocemos acerca de nosotros mismos. El mejor o peor modo de conocimiento personal así como el buen o mal uso que de esa información se haga, constituye todavía una asignatura pendiente que, en la práctica, nadie se atreve a enseñar a pesar de su enorme interés y de lo imprescindible que resulta para conducirse mejor a sí mismo en libertad (Polaino-Lorente, 2004).

Como la mayoría de las diferencias conceptuales, la diferencia entre la evaluación y el afecto no siempre es fácil de efectuar coherente y claramente. Sin embargo el énfasis en una u otra conduce a diferentes formas de descripción, explicación y algunas veces medida. La auto-evaluación implica normalmente más mecanismos, descripciones causales, mientras que el auto-afecto tiende a licitar conceptualizaciones más "humanistas" (Wells y Marwell, 1976).

El principal esfuerzo por definir y comprender la autoestima se encuentra en una serie de artículos escritos por Robert White (1965); la autoestima se concibe como derivada de un complejo marco evolutivo, caracterizado por impulsos primitivos que son modificados y convertidos en funciones superiores del self como el paso del tiempo.

El sentido de coherencia se encuentra relacionado con la autoestima y con la propia salud de las personas (Fernández et al., 2009; Heiman, 2004). En Moreno, Alonso y Álvarez (1998) también se presentan resultados en la misma dirección, mostrando una asociación entre el SOC y la autoestima y autoconcepto de los individuos.

El SOC es una variable que desde hace relativamente poco se está estudiando, y analizando su papel protector de la salud, por lo que en este estudio se ha considerado el hecho de analizar si se asocia de algún modo a la autoestima, con objeto de saber cuál es la dirección de esta relación, y establecer futuras líneas de investigación para fomentar en las personas este tipo de variables protectoras.

Método

Participantes

La muestra, escogida por criterio de accesibilidad, no probabilística, se compone de 65 estudiantes de la Licenciatura de Psicología y la Diplomatura de Educación Social de la Universidad de Huelva. Hay un 26,2% de hombres, y un 73,8% de mujeres. La media de edad de los sujetos es de 24,48 años. Atendiendo a las diferentes titulaciones, el 86,2% estudian Psicología y el 22,2% estudian Educación Social. Los demás datos pasan a detallarse en el apartado Resultados.

Instrumentos

El constructo de sentido de coherencia se mide con el Cuestionario de Orientación hacia la Vida (OLQ) de Antonovsky (1987). El *Cuestionario SOC-13* (Antonovsky, 1994) consta de 13 ítems que se responden en una escala tipo Likert con siete puntuaciones. Se incluyen tres escalas correspondientes a las tres dimensiones del constructo: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. La fiabilidad está entre 0,70 y 0,92.

La autoestima se mide con la Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR), se trata de un cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Consta de 10 ítems, de los cuáles, cinco están enunciados de forma positiva y otros cinco de forma negativa, con objeto de controlar el efecto de "aquiescencia autoadministrada". De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1, y del 6 al 10, las respuestas de A a D se puntúan de 1 a 4. Presenta tres niveles de puntuaciones: Autoestima elevada: de 30 a 40 puntos (autoestima normal); Autoestima media: de 26 a 29 puntos (no presenta problemas graves, pero es conveniente mejorarla); Autoestima baja: menos de 26 puntos (existen problemas significativos de autoestima). La escala ha sido traducida y validada en castellano. Presenta una consistencia interna de las escalas entre 0,76 y 0,87 y su fiabilidad es de 0,80 (Munro, 2005).

Diseño y procedimiento

El estudio muestra un diseño descriptivo e inferencial, en cuanto a la descripción de los datos y resultados más relevantes de las variables principales del mismo, en concreto, del Sentido de Coherencia y de la Autoestima de la muestra de universitarios. También, se analizan dichas variables mediante análisis de correlaciones y de regresión lineal simple, con el objeto de detectar cómo son las relaciones entre las mismas, y estudiar el posible efecto protector del sentido de coherencia.

La muestra fue elegida por "accesibilidad" de modo que se acudió a la Licenciatura de Psicología y a la Diplomatura de Educación Social de la Universidad de Huelva. Se acudió a las aulas de los estudiantes, y previa información y consentimiento, se procedió a administrar los cuestionarios del estudio, añadiendo un cuestionario de elaboración propia con el objeto de recabar datos sociofamiliares y académicos.

Resultados

Descriptivos datos personales

La muestra del estudio se compone de 65 estudiantes universitarios, con una media de edad de 24,48 (*DT* = 6,815). En total hay 17 hombres y 48 mujeres, pertenecientes a dos titulaciones diferentes de la Universidad de Huelva, Licenciado en Psicología y Diplomado en Educación Social. Atendiendo a las diferentes titulaciones, destacamos que hay 56 personas que estudian Psicología (86,2%), siendo 26,8% (15) hombres y el 73,2% (41) mujeres; y 9 personas que estudian Educación Social, siendo 22,2% (2) hombres y 77,8% (7) mujeres. Atendiendo al curso en que se encuentran estudiando, encontramos 9 (13,8%) personas en 2º de Educación Social, 31 (47,7%) en 4º de Psicología y 25 (38,5%) cursando 5º de Psicología.

En cuanto al estado civil, se pueden identificar 34 personas "solteras" (13 hombres, 38,2% y 21 mujeres, 61,8%); 30 personas "con pareja" (4 hombres, 13,3%, y 26 mujeres, 86,7%); y, 1 persona "casada/pareja de hecho" (1 mujer, 100%). Con respecto a los hijos, sólo una persona tiene hijos (dos exactamente), siendo ésta mujer y casada. En relación al trabajo, vemos que hay 10 (15,4%) estudiantes (4 hombres, 40% y 6 mujeres, 60%) que trabajan a la misma vez que estudian, y 55 (84,6%) que no trabajan.

Descriptivos variable independiente y dependiente

La variable "Sentido de Coherencia" se ha medido a través del cuestionario SOC-13 en la muestra de estudiantes. La puntuación total del SOC presenta una media de 6,26 (*DT* = 11,871), encontrándose entre un mínimo de 12 puntos y un máximo de 84 puntos posibles. Las dimensiones del "sentido de coherencia" son significatividad, manejabilidad y comprensibilidad. Se han obtenido unas medias de 21,48 (*DT* = 4,338), 17,97 (*DT* = 4,643), y 20,82 (*DT* = 5,408) respectivamente.

La autoestima presenta una media de 32,86 (*DT* =5,382), estando en el nivel de "autoestima elevada", según el baremo del test de Rosemberg. Los datos reflejan que existe una frecuencia mayor de personas que puntúan alto en autoestima (75,4%), seguidos de los que muestran una autoestima media (16,9%) y por último, una baja autoestima (7,7%).

Estudio correlacional

Se estudia la posible relación existente entre estas dos variables mediante un estudio correlacional entre las puntuaciones totales del Sentido de Coherencia y las de la Autoestima de la muestra de estudiantes escogida. Para ello, se ha realizado un análisis de correlaciones entre ambas puntuaciones, dando como resultado una relación elevada, positiva y significativa (r= 0,769, p=0,000). Se trata de un coeficiente alto, que establece una relación positiva entre las dos variables, de modo que a mayor sentido de coherencia, mayor es la puntuación en autoestima de los estudiantes. Si calculamos el coeficiente de determinación, obtendríamos un R^2 = 0,59; por lo tanto, el sentido de coherencia explicaría un 59% de la variabilidad encontrada en las puntuaciones en Autoestima.

Tal y como se ha hecho con la puntuación total de la variable "sentido de coherencia", podemos continuar con las puntuaciones en las tres dimensiones del mismo constructo; así, definiremos las relaciones entre la "autoestima" y la "significatividad", "manejabilidad" y "comprensibilidad". La Autoestima presenta una relación elevada, significativa y positiva con cada una de las dimensiones del sentido de coherencia, por lo que se concluiría lo mismo que hicimos con la puntuación total. La relación entre "autoestima" y "manejabilidad" presenta el coeficiente más elevado, siendo r= 0,690 y p= 0,000. "Autoestima" y "comprensibilidad" mantienen una relación

positiva y significativa también (r= 0,624 y p= 0,000), mientras que "autoestima" y "Significatividad" presenta la menor de las tres correlaciones aunque con un buen coeficiente (r=0,587, p= 0,000).

Análisis de regresión

Una vez comprobado que ambas variables se encuentran altamente relacionadas, y además, de forma significativa, se pretende estudiar si el sentido de coherencia y sus dimensiones llegan a predecir los valores de la autoestima en los estudiantes. La dimensión "Significatividad" explica un 34,4% de las puntuaciones de autoestima; "Comprensibilidad" explica un 38,9% y "Manejabilidad" un 47,6%.

Discusión

Entre la autoestima y el sentido de coherencia se ha realizado un análisis de correlaciones, dando como resultado una relación elevada, positiva y significativa. Se trata de un coeficiente alto, en el que supone una relación positiva, es decir, a mayor sentido de coherencia en el alumnado, mayor es su autoestima. La Autoestima presenta una relación elevada, significativa y positiva con cada una de las dimensiones del sentido de coherencia, por lo que se concluiría lo mismo que hicimos con la puntuación total. La relación de la autoestima con la dimensión "manejabilidad" ha sido la más elevada de entre todas las dimensiones, aunque muy ligeramente diferente a las otras dos. Estos datos corroboran lo encontrado en el estudio de Moreno et al. (1998) y en Palacios-Espinosa y Restrepo-Espinosa (2008). Dado que no hay estudios actualmente que indaguen en la relación que mantienen estas variables, por ser el sentido de coherencia un constructo relativamente nuevo, no se pueden detallar las comparaciones de este estudio con los previos realizados por otros autores. En cuanto a las limitaciones, esta última se puede decir que entraría a ser una de ellas, ya que no se tienen conocimientos previos de cómo funcionan ambas variables entre sí. Otra de las limitaciones importantes, es la muestra reducida de que se disponía, con lo que se debería replicar las mismas condiciones con una muestra más representativa de la población, para obtener conclusiones más generalizables.

Referencias

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass: Publishers, San Francisco, CA.

Antonovsky, A. (1994). Antonovsky's sense of coherence concept: an instrument for primary prevention in social work services. *International Social Work*, 511-522.

Fernández, M.E., Mayo, L., García, M.A., Liébana, C., Fernández, D. y Vázquez, A.M. (2009). *Sentido de Coherencia y salud percibida en alumnos universitarios de ciencias de la salud*. ANESM. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Recuperado el 12 de mayo de 2013, de http://www.anesm.net

González, M.C. y Turón, J. (1992). *Autoconceto y rendimiento escolar. Implicaciones en la motivación y en el aprendizaje autorregulado*. Pamplona: EUNSA.

Heiman, T. (2004). Examination of the Salutogenic Model, support resources, coping style and stressors among university students. *The Journal of Psychology, 138*(6), 505-520.

Moreno, B., Alonso, M. y Álvarez, E. (1998). Sentido de Coherencia, Personalidad Resistente, Autoestima y Salud. *Revista de Psicología de la Salud, 13*(2), 185-207.

Munro, S. (2005). *Evaluación de la autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos de las unidades de medicina familiar, zona 1. IMMS. Colima*. Universidad de Colima: Tesis Doctoral. Recuperado el 21 de abril de 2013, de http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Sandra_Rebeca_Munro_Glez.PDF .

Palacios-Espinosa, X. y Restrepo-Espinosa, M.H. (2008). Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: ¿una alternativa para abordar el tema de la salud mental? *Informes Psicológicos, 10(11)*, 275-300.

Polaino-Lorente, A. (2004). *En busca de la autoestima perdida* (3ª Ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Rivera, F.J., García, I., Moreno, M.C. y Ramos, P. (2011). Developmental contexts and sense of coherence in adolescence: a systematic review. *Journal of Health Psychology, 18*(6), 800-812.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press

Wells, E.L. y Marwell, G. (1976). *Self-esteem. Its conceptualization and measurement*. Beverly Hills, California: Sage Pub.

White, R. (1965). Ego and reality in psychoanalytic theory. *Psychological Issues, 3*(3), 1-210.

PRECARIEDAD Y FRAGILIDAD PSICOSOCIAL DE LAS MUJERES MAGREBÍES Y SUBSAHARIANAS: VALORES Y PERSONALIDAD

Nekane Otero*, Cristina Martinez-Taboada*, Ainara Arnoso*,
Edurne Elgorriaga*, Maribel Gómez y Larraitz Izaguirre*****
**Universidad del País Vasco*
***Instituto de Psicología Izkali*
****Cruz Roja Gipuzkoa*

Resumen

Antecedentes: La situación de precariedad y fragilidad psicosocial en la que se encuentran mujeres de origen cultural diverso está relacionada con las condiciones socioeconómicas y desempleo además de las propias del proceso migratorio. **Método:** El objetivo de este estudio es analizar las capacidades valorativas intrínsecas, extrínsecas, sistémicas, estados psicológicos y variables asociadas a la dinámica de la personalidad de mujeres inmigrantes, así como examinar las diferencias de esos factores en los grupos culturales. La muestra está compuesta por 98 mujeres procedentes del Magreb y de Africa Subsahariana. El instrumento utilizado ha sido el Perfil de Valores Hartman que evalúa las capacidades valorativas, intrínseca (manejo afectivo), extrínseca (manejo instrumental y de la necesidad) y sistémica (manejo de la autoridad y de la moral) y su influencia en la personalidad. **Resultados:** Los resultados destacan que tanto las mujeres del Magreb como las de Africa Subsahariana son funcionales en las capacidades instrumentales, muestran una baja conciencia de sus propias necesidades y de los procesos internos vividos, dificultades en el manejo de la autoridad así como autoestima negativa, rigidez mental y debilitamiento corporal. Se encontraron diferencias en la adecuación situacional, emocional y pulsional y en los estados psicológicos, siendo el estado de ansiedad y añoranza relevante en las mujeres magrebíes frente a las mujeres subsaharianas que presentaron mayores niveles de satisfacción. Se confirma que hay una serie de factores comunes por ser mujeres inmigrantes y factores diferentes por ser mujeres de distinto contexto cultural. **Conclusiones:** El estudio evidencia que las mujeres contacten con sus necesidades, presten atención al manejo emocional, a la autoridad, autoestima y autocuidado. Se

considera profundizar en esta línea de investigación para evidenciar desajustes e identificar capacidades en las mujeres inmigrantes.

Palabras clave: Valores, personalidad, mujer, cultura, inmigración.

PSYCHOSOCIAL INSECURITY AND VULNERABILITY OF MAGREB AND SUB-SAHARAM WOMEN: VALUES AND PERSONALITY

Abstract

Background: The psychosocial situation of precariousness and fragility in which women are different cultural background is related to socioeconomic and unemployment along with those of the migration process conditions. **Method:** The aim of this study is to analyze the intrinsic valuation capabilities, extrinsic, systemic, psychological states and variables associated with personality dynamics of immigrant women, and to examine the differences in those factors in cultural groups. The sample is composed of 98 women from the Maghreb and sub-Saharan Africa. The instrument used was the Hartman Profile Securities valuation assessing the systemic, intrinsic (affective management) capabilities extrinsic (instrumental management and the need) and (managing authority and moral) and its influence on the personality. **Results:** The results highlight that women of the Maghreb such as sub-Saharan Africa are functional in the instrumental skills, show a low awareness of their own needs and internal processes experienced difficulties in the management of the authority and negative self-esteem, mental rigidity and body weakness. Differences in situational, emotional and instinctual adequacy and psychological states were found, with the relevant state of anxiety and longing in the Maghreb women from sub-Saharan women who had higher levels of satisfaction. It is confirmed that there are a number of common factors for being immigrant women and different factors as women of different cultural context. **Conclusions:** The study evidence that women contact their needs, pay attention to emotional management, authority, self-esteem and self-care. It is considered further in this line of research to demonstrate skills mismatches and identify the personality of immigrant women.

Keywords: Securities, personality, woman, culture, immigration.

Introducción

Los flujos migratorios muestran que de la población mundial migrante, un 50% de la misma, es población femenina en edad productiva (Organización Internacional del Trabajo, 2013). Por conflictos políticos, violencia y falta de oportunidades y escasez de recursos en los países de origen, muchas mujeres se desplazan por adquirir una calidad de vida, producto del trabajo y del logro (Páez y González, 2000), por alcanzar un reconocimiento de libertades y derechos sociales, fruto del Estado de bienestar en las sociedades democráticas (Cuadrados, 2010) y, por el poder del amor (Corsi y Bonino, 2003) que moviliza a las mujeres a sacrificar sus necesidades, a la sobrecarga de roles y a dedicarse a las necesidades de los otros (Camacho, 2010; Gregorio y Ramirez, 2000; Holgado, 2008).

La situación de precariedad, invisibilidad y fragilidad social en las que se encuentran mujeres de origen cultural diverso, incluyendo también a mujeres autóctonas (Holgado, 2008, Pereda, Actis y De Prada, 2003; Ubaldo, 2004; Vicente, 2006) está directamente relacionada con el desempleo, la baja clase social y la baja formación (Brugha et al., 2004); Collazos, Qureshi y Casas, 2005; Levecque, Foddwyckx y Vranken, 2007).

Dependiendo de las circunstancias personales y sociales así como de los sucesos vitales vividos por las mujeres (soledad, nostalgia, pérdidas, escaso apoyo social, cambio y sobrecarga de roles), éstas pueden sufrir niveles de tensión y estrés que provocan estados psicológicos desajustados (Achotegui, 2002; Collazos et al., 2005; Organización Mundial de la Salud, 2010; Tizón y Sforza, 2007) además de presionar los recursos y capacidades de adaptación que mantienen las mujeres en el nuevo contexto psicosocial (Brugha et al., 2004; Lazarus, 2000). El esfuerzo por satisfacer las necesidades psicológicas y biológicas así como por conseguir un estatus añorado (Esteva, 1993) implicará revisar la escala de valores en términos de preferencias valorativas, bien aumentando o sobrevalorando el valor así como disminuyendo o devalorando el valor (Esteva, 1993; Hartman, 1959; Pomeroy, 2005).

El objetivo de este estudio era analizar la dinámica de la personalidad de mujeres inmigrantes que proceden del Magreb y de África subsahariana en el mundo externo, interno y sexual, teniendo en cuenta las dimensiones del valor o capacidades valorativas intrínsecas (manejo afectivo y autoestima), extrínsecas (manejo de los roles y de la

necesidad) y sistémicas (manejo de la autoridad y el deber ser) que permiten identificar fortalezas para afrontar las adversidades así como bloqueos emergentes que operan en los comportamientos (Hartman, 1959, 1973; Pomeroy, 2005; Roquet y Favreau, 1981).

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 98 mujeres procedentes del Magreb (56,12%) y de África subsahariana (43,8%) con edades comprendidas entre los 32 y 35 años (*M* = 33,02, *DT* = 7,87) y residentes en Gipuzkoa.

Instrumentos

Datos sociodemográficos relacionados con el país de procedencia y la edad.

Se utilizó el Perfil de Valores Hartman (Hartman y Cárdenas, 1967; Roquet y Favreau, 1981). El Robert S. Hartman Institute (2013) recoge la versión de la Parte I y la Parte II y la Asociación Española de Axiología Robert S. Hartman (AEARSH, 2008) recoge la Parte I, Parte II y Parte III.

La parte I refiere al mundo externo, la parte II al mundo interno y la parte III al mundo corporal. Cada parte consta de 18 ítems que son ordenados de forma jerárquica y contiene 11 escalas principales definidas en dimensiones valorativas, variables globales de la personalidad y estados psicológicos (Hartman, 1973; Pomeroy, 2005; Roquet y Favreau, 1981).

En este estudio el coeficiente de alpha de Crombach referente a las escalas del mundo externo (α = ,73), mundo interno (α = ,79), mundo corporal (α = ,87) y a la escala global (α = ,81) eran adecuados.

Dimensiones valorativas:

- Intrínseca: Capacidad manejo afectivo en las relaciones interpersonales, de entrega y a la autoestima.
- Extrínseca: Capacidad para percibir los roles, del manejo instrumental, de las necesidades y de la dependencia.
- Sistémica: Capacidad en el manejo de la autoridad y de la moral
- Tendencia a la sobrevaloración / devaloración de las capacidades.

Variables globales de la personalidad:

- Capacidad para diferenciar el contexto social y a sí mismo.
- Objetividad/distorsión perceptiva.
- Capacidad para percibir con realismo.
- Integración/Somatización.
- Adecuación a situaciones concretas, adecuación emocional y manejo pulsional.

Estados psicológicos:

- Estado anímico (satisfacción, añoranza, melancolía, tristeza, depresión).
- Ansiedad

Procedimiento

El cuestionario fue cumplimentado por las mujeres de forma voluntaria a través de entrevistas de una hora de duración en las oficinas de Cruz Roja Gipuzkoa.

Diseño

El estudio estuvo constituido por un diseño ex post facto retrospectivo.

Resultados

En relación al mundo externo, las mujeres del Magreb tienen dificultades en las relaciones interpersonales y afectivas y ambos grupos las devaloran. Muestran una moderada capacidad para percibir los roles y manejarse en lo instrumental y sobrevaloran sus competencias y cualidades. La capacidad para manejarse con la autoridad propia y externa está bloqueada (ver Tabla 1).

Tabla 1. Mundo externo: dimensiones, variables globales y estados psicológicos de la personalidad.

	Magreb *(n = 55)*	África subsahariana *(n = 43)*
Dimensiones y tendencia valorativa		
Dimensión Intrínseca		
Manejo afectivo	18* (-4)[c]	14 (-4)[c]
Dimensión Extrínseca		
Manejo instrumental y de los roles	14 (+6)[b]	12 (+6)[b]
Dimensión sistémica		
Manejo de la autoridad	20* (-2)[a]	20* (-2)[a]
Variables globales de la personalidad		
Diferenciación global	52**	46**
Objetividad/distorsión perceptiva	0	0
Realismo	15	30
Integración	35	33
Adecuación situaciones concretas	6	12****
Estados psicológicos		
Satisfacción	50*****	50*****

*Capacidad bloqueada ≥ 15. **Capacidad bloqueada ≥ 40. ***Distorsión perceptiva ≥ 2. ****Capacidad bloqueada ≥ 10. *****Estado de satisfacción de 50 a 54. Tendencia valorativa: Objetividad (a ≤ +/-3); Sobrevaloración (b ≥ + 4); Devaloración (c ≥ - 4).

Perciben con objetividad y tienen alta capacidad para percibir con realismo las mujeres magrebíes y moderada las mujeres subsaharianas. La capacidad perceptiva de diferenciación global del entorno social y cultural está bloqueada en los dos grupos, siendo el bloqueo mayor en las mujeres del Magreb. Respecto a la integración de los conflictos, las mujeres muestran una capacidad moderada y se manejan de forma adecuada en las situaciones concretas las mujeres magrebíes y de forma inadecuada las mujeres subsaharianas. El estado anímico en relación al entorno social es de satisfacción.

Respecto al mundo interno, las mujeres muestran una autoestima negativa ya que se devaloran a sí mismas. Tienen dificultades en pedir lo que necesitan y muestran bloqueo de dependencia por lo que esperan que las dirijan. Presentan rigidez y tozudez

respecto a sus principios morales y creencias, con deberías de alta exigencia en las mujeres del Magreb (ver Tabla 2).

Tabla 2. Mundo interno: dimensiones, variables globales y estados psicológicos de la personalidad.

	Magreb *(n = 55)*	África subsahariana *(n = 43)*
Dimensiones y tendencia valorativa		
Dimensión Intrínseca		
Manejo de la Autoestima	15* (-11)[c]	15* (-11)[c]
Dimensión Extrínseca		
Manejo de la necesidad y dependencia	19* (+9)[b]	21* (+5)[b]
Dimensión sistémica		
Manejo de la moral	24* (+6)[b]	24* (-6)[c]
Variables globales de la personalidad		
Diferenciación global	58**	60**
Objetividad/distorsión perceptiva	2***	0
Realismo	24	20
Integración/somatización	45**	43**
Adecuación emocional	13****	0
Estados psicológicos		
Añoranza	57*****	
Satisfacción		50*****
Ansiedad	1,6******	

*Capacidad bloqueada ≥ 15. **Capacidad bloqueada ≥ 40. ***Distorsión perceptiva ≥ 2. ****Capacidad bloqueada ≥ 10. *****Estado de satisfacción de 50 a 54; Añoranza de 55 a 59. ******Estado de ansiedad ≥ 1,5. Tendencia valorativa: Objetividad (a ≤ +/-3); Sobrevaloración (b ≥ + 4); Devaloración (c ≥ - 4).

Asimismo, no tienen una conciencia global de los procesos internos vividos, y las mujeres del Magreb no perciben con objetividad su realidad interna. Ambos grupos presentan somatizaciones por no integrar los conflictos internos. Las mujeres del Magreb presentan disfunción emocional frente a las mujeres de África subsahariana que muestran un excesivo control emocional. Las mujeres magrebíes se viven con añoranza

y ansiedad y dificultades en lograr sus metas e ilusiones. Las mujeres subsaharianas se viven anímicamente con satisfacción.

En relación al mundo corporal, la capacidad de entrega y de placer de las mujeres magrebíes está bloqueada y ambos grupos la devaloran. Perciben las necesidades del organismo, devalorándolas las mujeres magrebíes frente a las subsaharianas que las sobrevaloran. Las mujeres muestran rigidez en cuanto a los juicios e ideaciones sobre lo corporal (ver Tabla 3).

Tabla 3. Mundo corporal: dimensiones, variables globales y estados psicológicos de la personalidad.

	Magreb *(n = 55)*	África subsahariana *(n = 43)*
Dimensiones y tendencia valorativa		
Dimensión Intrínseca		
Capacidad de entrega	18* (-4)[c]	14 (-4)[c]
Dimensión Extrínseca		
Manejo de la necesidad	14 (-6)[b]	12 (+6)[b]
Dimensión sistémica		
Manejo de los juicios	20* (-2)[a]	20* (-2)[a]
Variables globales de la personalidad		
Diferenciación global	52**	46**
Objetividad/distorsión perceptiva corporal	4***	4***
Realismo	15**	30**
Integración/somatización	53**	43**
Manejo de la pulsión	6****	12****
Estados psicológicos		
Depresión	73*****	
Melancolía		67*****

*Capacidad bloqueada ≥ 15 **Capacidad bloqueada ≥ 40. ***Distorsión perceptiva ≥ 2. ****Capacidad bloqueada ≥ 10. *****Estado de melancolía de 60 a 64; depresión ≥ 70. Tendencia valorativa: Objetividad (a ≤ +/-3); Sobrevaloración (b ≥ + 4); Devaloración (c ≥ - 4).

Muestran dificultades para percibir de manera global lo corporal, con somatizaciones corporales. El manejo de la pulsión corporal es adecuado en las mujeres

magrebíes frente a una mayor compulsión en las subsaharianas. El estado corporal presenta debilitamiento en el conjunto de las mujeres siendo más severo en las magrebíes.

Discusión y conclusiones

Los resultados destacan que tanto las mujeres del Magreb como las de Africa Subsahariana son realistas y funcionales en las capacidades instrumentales, en el manejo de la presión y de los conflictos con el entorno social por el logro a alcanzar el estatus (Esteva, 1993; Páez y González, 2000) aunque no logren alcanzar todas las metas y requieran replantearse los valores en el contexto de recepción ((Esteva, 1993).

La devaloración de las relaciones interpersonales puede que derive de experiencias negativas que viven las mujeres (Achotegui, 2009) así como la devaloración de las relaciones con la autoridad derive de la asimetría en las relaciones de poder. Se encontraron diferencias en la adecuación situacional, emocional y pulsional y las mujeres subsaharianas presentaban mayores niveles de satisfacción. Al igual que en otras investigaciones, se encontró debilitamiento corporal y malestar psicológico vinculado a síntomas somáticos y de ansiedad y añoranza en las mujeres magrebíes, producto tanto del proceso y duelo migratorio (Achotegui, 2002**;** Tizón y Sforza, 2007) como de la situación psicosocial en la que viven muchas de las mujeres, por no tener empleo y no disponer de suficientes recursos económicos y formativos (Brugha et al., 2004).

Se confirma que hay una serie de factores comunes por ser mujeres inmigrantes y factores diferentes por ser mujeres de distinto contexto cultural.

A modo de conclusión, se precisa que las mujeres tomen contacto con sus propias necesidades (Camacho, 2010; Gregorio y Ramírez, 2000; Holgado, 2008), presten atención al manejo emocional y de la autoridad así como a la autoestima y autocuidado.

Referencias

Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural.* Barcelona: Editorial Mayo.

Achotegui, J. (2009). *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio*. Girona: El Mundo de la mente.

Asociación Española de Axiología Robert S. Hartman. (2008). *Perfil de Valores Hartman.* Recuperado el 20 de diciembre de 2008, de http://www.axiologia.com/?cont=test_hartman

Brugha, T., Jenkins, R.,Bebbington, P., Meltzer, H., Lewis, G. y Farrell, M. (2004). Risk factors and the prevalence of neurosisand psychosis in ethnic groups in Great Britain *Social Psychiatri and psychiatric Epideneology*, *39*(12), 939-946.

Camacho, G. (2010). Mujeres inmigrantes: Trayectoria laboral y perspectivas de desarrollo humano. Buenos Aires: Clacso.

Collazos, F., Qureshi, A. y Casas, M. (2005). Psicopatología, inmigración. En J. Vallejo (Ed.), *Update psiquiatría* (pp. 37-52). Barcelona: Masson.

Corsi, J. y Bonino, L. (2003). Violencia y género: La construcción de la masculinidad como factor de riesgo. En J. Corsi y M.G. Peyru (Eds.), *Violencias Sociales* (pp. 117-138). Barcelona: Ariel.

Cuadrados, A. (2010). Factores determinantes en la intervención psicosocial. En L. Melero (Coord.), *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con migrante* (pp. 297-332).Valencia: Fundación CeiMigra.

Esteva, C. 1993). *Cultura, sociedad y personalidad.* Barcelona: Anthropos.

Gregorio, C. y Ramírez, A. (2000). ¿En España es diferente? Mujeres inmigrantes dominicanas y marroquíes. *Papers, 60,* 257-273.

Hartman, R.S. (1959). *La estructura del valor. Fundamentos de la axiología científica*. México-Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Hartman, R.S. (1973). *The Hartman Value Profile (HVP). Manual of interpretation*. Muskegon, MI. EE.UU.

Hartman, R.S. y Cárdenas, M. (1967). *Inventario de Valores de Hartman (IVH).* México: Manual Moderno.

Holgado, I. (2008). Trabajos y estrategias económicas de las mujeres inmigrantes. En P. Rodríguez (Coord.), *Mujeres, trabajos y empleos en tiempos de globalización* (pp. 87-114). Barcelona: Icaria.

Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud.* Bilbao: Descles de Brouwer.

Levecque, K., Foddwyckx, I. y Vranken, J. (2007). Depressium and generalisee anxiety the general population in Belgium: acomparision between native and inmigrant groups, *Journal of Affective Disorders*, *97*(1-3), 9-39.

Organización Internacional del Trabajo. (2013). *Migración laboral y desarrollo: La OIT sigue avanzando*. Recuperado el 21 de noviembre de 2014, de http:// www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS*. Recuperado el 7 de octubre de 2014, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44466/1/9789243500249_spa.pdf?ua=1

Pomeroy, L. (2005). *The New Science of Axiological Psychology*. Amsterdan and New York: Rodopi Press.

Páez, D. y González, J.L. (2000). Social Psychology and Culture. *Psicothema*, *12*(1), 6-15.

Pereda, C., Actis, W. y De Prada, M.A. (2003). Situación laboral de las mujeres inmigrantes no comunitarias. Colectivo IOE. En A. Tornos (Coord.), *Los inmigrantes y el mundo del trabajo. Sociedad, cultura y migraciones* (pp. 79-121). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Robert S. Hartman Institute. (2013). *The Hartman Value Profile*. Recuperado el 24 de junio de 2013, de http:// www.hartmaninstitute.org/about/hartman-value-profile/

Roquet, S. y Favreau, P. (1981). *Los alucinógenos: de la concepción indígena a una nueva psicoterapia*. México: Prisma.

Tizón, J.L. y Sforza, M.G. (2007). *Días de duelo, encontrando salidas*. Barcelona: Alba.

Ubaldo, V. (2004). Trabajo de cuidado y trabajo emocional. El papel de las mujeres inmigrantes. En V. Ubal (Coord.), *Trabajadoras invisibles. Precariedad, rotación y pobreza de la inmigración en España* (pp. 141-212). Madrid: Catarata.

Vicente, T. (2006). Importancia de los flujos migratorios de mujeres. En C. Blanco (Coord.), *Migraciones. Nuevas movilidades en un mundo en movimiento* (pp. 206-233). Barcelona: Anthropos.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: PROCESSO DE BUSCA DE CUIDADO EM SAÚDE

Maura Castello-Bernauer e Edna M. S. Peters-Kahhale

Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Resumo

Introdução: O Itinerário Terapêutico (IT) é um conjunto ações (caminhos, trajetórias, escolhas) individuais e coletivas na busca de solucionar os problemas de saúde / doença. **Método:** o objetivo foi apreender o significado da Rede de Apoio Social no (auto) cuidado de usuários que frequentam os diversos equipamentos do Sistema de Saúde dos Municípios da Baixada Santista (SP - Brasil), tendo como referência oitinerário terapêutico. E como base teórica a psicologia Sócio-Histórica. Com102 usuários (homens e mulheres) dosistema de saúde público e privado, com idade acima de17 anos. Através de entrevistas gravadas em áudio, com perguntas abertas e fechadas, em Unidades do Serviço Público de Saúde de Santos, em locais públicos e através da internet. Aanálise qualitativa dos dados considerou as categorias de Rede de Apoio Social, Itinerários Terapêuticose de Cuidado/auto-cuidado em saúde, inserido no programa Sphinx Brasil. Para a análise quantitativa dos dados foi utilizado os clusters do software SPSS (Social Package for Social Sciences). Todos os participantes da pesquisa consideravam-se como saudáveis no momento da entrevista e não eram portadores de nenhuma patologia debilitante**. Resultados:** foram analisadas: qualidade e estruturada Rede de Apoio Social; autonomia e prevenção de doenças. Categorizados por mecanismo de cuidados, ações, uso de recursos disponíveis e explicação sobre saúde. Mostrando que ao *'sentir mal'*, mulheres e homens a princípio '*não fazem nada'*, depois utilizam os recursos disponíveis e somente 'se os sintomas pioram' é que buscam os serviços de saúde formal. **Conclusão:** As pessoas buscam maneiras modos diferentes em eventos distintos da doença, com atitudes diferencia das dentro do mesmo processo doença, dependendo de uma série defatores relacionados com situações familiares, psicológicas, econômicas, sociais eculturais.

Palavras-chave: Itinerários terapêuticos, rede de apoio social, psicologia sócio-histórica.

THERAPEUTIC ITINERARY: PROCESS OF SEEKING HEALTH CARE

Abstract

Introduction: Therapeutic Itinerary (TI) is a set of plans (trajectory, path, choices) and individual and collective actions that succeed and retreat in an attempt to solve the problems of health / illness. **Method:** the goal was to understand the meaning of the Social Support Network care (selfcare) of patients who attend the various of services and procedures of Metropolitan Health System (SP - Brazil), with reference to the TI. And as the theoretical basis Socio-Historical Psychology. With 102 users (men and women) of public and private health systems, over the age of 17 years (in good health at the time of collection). Through audio-taped interviews with open and closed questions, in the Public Health Service Units of Santos, in public places and through the internet. Qualitative data analysis: categories of Social Support Network, TI and self-care program inserted into the Sphinx *Brazil.* Quantitative data analysis: clusters SPSS software (Social Package for Social Sciences). **Results:** were analyzed: quality and structure of the Social Support Network; autonomy; disease prevention. Categorized by mechanism of care, actions, use of available resources and explanation of health. Showing that the 'feel bad' women and men to the principle 'do nothing', then use the resources available and only 'if symptoms worsen' is seeking the formal health services. **Conclusion:** People seek ways different ways in different events of the disease, with different attitudes within the same disease process, depending on a number of situational factors related to the family, psychological, economic, social and cultural.

Keywords: Therapeutic itinerary, social support network, socio-historical psychology.

Introdução:

No Brasil, a categoria de análise ‘Itinerário Terapêutico’ (IT) foi primeiramente utilizada pela Antropologia e depois pela Enfermagem, apresentando hoje uma visão mais ampla, em que se compreende como: “as ações (caminhos/movimentos) e modos

dos atores sociais buscarem cuidados em saúde, assim como preservação e recuperação da saúde". Vai desde um plano de ação individual, familiar até o mais abrangente, coletivo (o Sistema de Saúde), as práticas de cuidados em saúde consigo mesmo e com o outro, que contém as dimensões subjetivas e simbólicas nas relações de Apoio Social.

As pesquisas sobre ITs surgiram a partir dos estudos sobre a experiência da doença, que toma como ponto de partida analítico o pressuposto de que o social é originalmente toda a situação vivida pelos atores sociais em contextos culturais e históricos concretos, no qual os indivíduos e grupos sociais interagem entre si, elaboram um conjunto de planos e ações para lidar com a enfermidade, estabelecem relações de apoio, dentro de um espaço de interação, configuram redes, as quais direcionam as práticas terapêuticas, se auxiliam no enfrentamento, e encontram modos e manejos de lidar com as situações cotidianas (Alves, 2006; Gerhardt, 2009; Pinho e Pereira, 2012).

Para o desenvolvimento de nossas reflexões, na perspectiva da psicologia sócio-histórica ressaltamos a importância para a compreensão da subjetividade a partir das experiências do ator social sua rede. Visto que, no cotidiano, pela vivência (com toda a intersubjetividade implícita) se apreende suas significações, elaboram-se as ações individuais e/ou coletivas, pelo encontro e olhar do outro, através de um processo de reconhecimento, distinção, que orientam as ações, dependendo das relações estabelecidas (Aguiar, 2000; Jodelet, 1998; Molon, 2011).

Nossa proposta foi conhecer, discutir e refletir essa categoria de uma forma mais ampla, para que possamos avançar, enquanto pesquisadores e estudiosos, na criação de um locus de IT como processo de saúde, e não de doença.

Para melhor entendimento, subdividimos o IT o em três dimensões: (1) Pessoal/Familiar: diz respeito às práticas e saberes que são constituídos pelas tradições do grupo familiar; (2) Social/Popular/Comunidade (Saúde Informal): diz respeito ao saber leigo, não especializado - o grupo social, a comunidade, a rede de amigos, os grupos de apoio e autoajuda mais próximos; (3) Profissional/Oficial (Saúde Formal): diz respeito à busca pelo Serviço de Saúde Formal: Serviço Privado, Convênio, Serviço Público (Unidade Básica de Saúde - UBS, Unidade Saúde da Família - USF, Serviço de Atenção Especializada - SAE, Hospital/Pronto Atendimento...).

Para tanto, objetivou-se apreender o significado da Rede de Apoio Social no (auto) cuidado de usuários que frequentam os diversos equipamentos do Sistema de Saúde dos Municípios da Baixada Santista - SP (Brasil) tendo como referência os IT.

Método

Participantes

102 usuários do Sistema Público e Privado de saúde, saudáveis, com idade acima de 17 anos.

Instrumentos

Por meio de entrevistas presenciais, gravadas em áudio, com questões abertas e fechadas, em uma Unidade Saúde da Família – USF; em Local Público (praça, praia, restaurante, banca de jornal etc.) e pela Internet (web).

Procedimento

A análise qualitativa dos dados fez uso das categorias Rede de Apoio Social, IT, e Autocuidado, inseridos no programa Sphinx Brasil. Para a análise quantitativa foram utilizados os conglomerados Clusters, do software SPSS (Social Package for Social Sciences). * Todos os participantes da pesquisa se ‘percebiam’ saudáveis no momento da entrevista ou não eram portadores de patologia grave (debilitante).

Projeto

Por acreditar que a utilização de uma única fonte de significados utilizados na escolha dos ITs pode ser arbitrário e ambíguo, e para não cometer o erro do reducionismo teórico-metodológico, optamos pela coleta de dados dividida em três partes: questionário sócio-demográfico, questionário (aberto e fechado) contendo questões sobre as trajetórias (IT) em busca de solução ao seu “mal-estar” e narrativas orais através de 3 questões estimuladoras:

1. Conte-me sobre sua experiência em alguma situação de mal-estar.(ou de algum familiar próximo, ou pessoa que reside com você, ou pessoa que é significativa para você). Atividade;

2. E o que você fez diante dessa situação de doença? Ação;
3. Como você se sentiu diante desse processo de adoecimento? Pensamento, Emoção.

Cabe destacar que o momento da coleta de dados é um processo relacional que vai modificando a natureza do encontro, tanto para o pesquisador quanto para o pesquisado. Portanto, a pesquisa de cunho sócio-histórico constitui um espaço intersubjetivo que assume as ações e pensamentos, enquanto produto da inter-relação entre pesquisador/ pesquisado, ambiente/momento de coleta, assim como todo movimento de contradição de sua consciência, consequentemente, produtor de ressignificações e transformações.

Resultados

Dada sua flexibilidade, o instrumento IT enquanto categoria analítica, na área da saúde, pode ser constantemente modificado e utilizado seja individualmente ou em grupo. A apresentação dos resultados foi ordenada segundo as dimensões das categorias analíticas, de tal forma que permitisse responder às questões norteadoras:

1. Homens e Mulheres constroem redes de apoio social de tamanhos e com laços de proximidade e/ou vínculo emocional distintos?
   Categoria de análise: Rede de Apoio Social
   Dimensão analisada: Qualidade e Estrutura da Rede de Apoio Social
   Informações obtidas através do roteiro de entrevistas: Dados sociodemográficos, Rede de apoio Social próxima, significados das relações afetivas/ conjugais e parentais. Significado de família, relações familiares, com quem conversa sobre sentimentos, cuidados e cuidador do mal-estar.
2. Homens e as Mulheres constroem IT de maneiras distintas?
   Categoria de análise: Itinerário Terapêutico
   Dimensão analisada: Autonomia
   Informações obtidas através do roteiro de entrevistas: Práticas alternativas e itinerário de escolha de cuidado. Religião*.
   Resultado: homens e mulheres fazem itinerários terapêuticos distintos:
3. Homens e Mulheres cuidam de si e de outras pessoas de maneiras distintas?
   Categoria de análise: Cuidado e autocuidado

Dimensão analisada: Prevenção de doenças

Informações obtidas através do roteiro de entrevistas: Dieta, fumo, álcool, prática atividade física, lazer, informação sobre saúde. Situação que ativa a Rede de Apoio Social.

Os discursos dos participantes sobre suas experiências construídas nas relações e interações versus as escolhas para sanar o mal-estar indicam que os ITs foram categorizados em:

a) Busca pelo equipamento (serviço) de saúde: ações do usuário;
b) Ação: ações de autocuidado sem o envolvimento de profissionais de saúde;
c) Uso dos recursos disponíveis/saúde: ações que indicam a busca de recursos para promoção da saúde (serviço de saúde, programas sociais, agentes de solidariedade etc.);
d) Explicação da doença: histórias sobre o mal-estar e adoecimento (individual e/ou familiar).

A dimensão de cuidados e/ou ações envolvidas nos ITs pelos quais os participantes optaram antes de acessarem um equipamento de Saúde, foi que as mulheres (47,5%) se automedicam e os homens dizem não fazer nada (41,9%), aguardando melhorar. Se não ocorre melhora, as mulheres passam a desenvolver cuidados caseiros (76,5%), ou seja, receitas caseiras (caldos, sopas), chás, repouso; enquanto os homens dividem-se entre buscar ajuda médica (52,9%) e cuidados caseiros (47,1%). Portanto: as mulheres procuram utilizar os recursos de saúde disponíveis; iniciando seu IT com a busca aos Serviços de Saúde, associada à automedicação[1] e cuidados caseiros; os homens inicialmente não fazem nada e/ou tentam entender ou explicar a causa de seu mal-estar; se não melhoram, buscam os serviços e recursos de saúde disponíveis (através de medicamentos que já tem em casa ou disponíveis na farmácia).

[1]O uso ou a dose inadequada de medicamentos pode acarretar agravos à saúde como resistência bacteriana até reações adversas fatais. Visto que, esta é uma questão ampla a ser discutida e analisada, decidimos utilizar, nessa pesquisa, o termo automedicação, como: autoconsumo de medicamento não prescrito por profissional habilitado ou que já foi prescrito em outra situação de doença (utilizado inadvertidamente).

Discussão/Conclusão

A princípio, o que determinou a maior variação de dados foi o local de coleta, ou seja, a Internet, que permitiu o acesso a quase 50% da amostra, inferindo que essa pode ser uma ferramenta de ampliação do universo simbólico dos atores sociais. Nossos resultados mostraram que a TV, revistas e internet são a primeira fonte de informação sobre saúde. E que a situação que mais ativa a Rede de Apoio Social é, prioritariamente, a 'doença'. Isto é, que para a maioria dos nossos participantes a busca do Serviço de Saúde é feita somente quando a pessoa está em situação de mal-estar 'avançado' (ex: dor aumentada, debilitada) solicitando apoio da sua rede social.

Pudemos verificar rede de apoio social e familiar com aspectos positivos, demonstrando sentimentos de solidariedade, dividindo recursos materiais, ajuda física e emocional, em que a qualidade de dar e receber apoio, assim como a disponibilidade, não foi por vezes percebida pelos participantes, pois esta é, frequentemente, uma percepção subjetiva. As relações de gênero se contrapõem, porém ambas têm a mesma função: fornecer conforto emocional, dar assistência e solidariedade. Nas questões de saúde mental, em que se mobilizaram as redes de apoio, mostrou-se mudanças nas relações de gênero na contemporaneidade, porém a figura feminina continua sendo a primeira cuidadora do lar, dos filhos, dos cônjuges e dos idosos. Alguns participantes apresentaram percepção e explicação de seus problemas de saúde, conseguindo construir uma demanda pelo Serviço de Saúde, enquanto outros não tinham essa potencialidade. Os dados coletados foram utilizados para responder 5 hipóteses e/ou questões norteadoras:

1. Quais as dimensões da rede de apoio social utilizadas por homens e mulheres? Não apresentaram diferenças significativas, com Redes de Apoio Social pequenas (poucas pessoas), mas com laços de proximidade e/ou vínculo emocional.
2. Os homens e as mulheres constroem redes de apoio social com laços de proximidade e/ou vínculo emocional distintos? Sim, mas a estrutura dessa rede é fraca. Ela cumpre a função de solidariedade nas situações de doença para homens e mulheres, mas para os homens também preenche a função de promoção de autonomia.

3. Os homens e as mulheres têm e/ou fazem ITs distintos? Sim. As mulheres buscam de Serviços de Saúde, assim como automedicação/cuidados caseiros; e os homens inicialmente não fazem nada; se não melhoram, buscam os Serviços de Saúde disponíveis.
4. Os homens e as mulheres cuidam de si mesmos de maneiras distintas? Não. Cuidam de si mesmos de maneira semelhante. Desmistificando a ideia de que os homens não se cuidam e de que as mulheres 'se' cuidam mais.
5. Os homens e as mulheres cuidam de outras pessoas de maneiras distintas? Não. Cuidam de outras pessoas de maneira semelhante. Além disso, os homens percebem-se mais como cuidadores de si mesmos do que as mulheres.

Quando uma pessoa não se encontra em pleno estado de bem-estar ou num episódio de doença, ela tem o livre arbítrio de se cuidar ou não. De cuidar-se de vários modos: sozinha, com pouca companhia, muita companhia (muito afeto ou pouco afeto), com soluções de cura 'ditas caseiras' ou comerciais (drogas lícitas/medicações), tratamentos médicos formais ou informais (espirituais, rituais, meditativos...) numa mesma situação ou até diferentemente em outras situações. Dependendo do grau de adoecimento, do estado de fragilidade emocional, social e econômico do momento. Isto quer dizer que, uma pessoa pode procurar vários ITs num mesmo episódio de doença ou em episódios distintos, com atitudes diferenciadas dentro de um mesmo processo de doença, por uma série de fatores situacionais, familiares, psicológicos, econômicos, sociais e culturais.

O IT não é feito individualmente, supõem-se sujeitos transitando e/ou construindo alternativas (experiência subjetivada), mas sim com a participação de uma Rede de Apoio Social mobilizada num processo de situação de mal-estar, de modo a legitimar as escolhas e caminhos utilizados. Cada estratégia de busca tem vantagens e desvantagens, e são escolhidas em função das disponibilidades circunstanciais e das explicações culturalmente aceitas pelo indivíduo e seu grupo, forjado pelas condições socioculturais e pelas relações vivenciais. A relação indivíduo-sociedade é vista como uma relação dialética, na qual um constitui o outro (prática social historicamente constituída) em que todos os elementos internos, que fazem parte do mundo psicológico, são forjados nessas relações.

Suas estratégias variam de acordo com as capacidades, histórias e experiências singulares, no compartilhamento de crenças, práticas sociais e culturais que podem ser ampliadas, adaptadas, modificadas e até descartadas ao longo desse processo. Vale lembrar que, enquanto o sentido é pessoal, o significado é social, evidenciando que a experiência de cuidado e de enfermidade não podem ser expressas de uma única forma, mas na sua multiplicidade de possibilidades.

As categorias Rede de Apoio Social e Itinerários Terapêuticos não existem como entidades ligadas, mas trata-se de uma apropriação pelos pesquisadores na situação investigada e uma interpretação de como os componentes apreendidos se articulam e circunscrevem dialeticamente certas possibilidades de ação, emoção e pensamento. Impõem-se, porém, claros desafios a partir da perspectiva teórico-metodológica da Psicologia Sócio-Histórica em relação ao desmembramento didático de uma determinada práxis para a construção do trabalho empírico e sua análise. Constitui-se como um processo contínuo de produção e produto, uma objetivação da realidade e do investigador que se torna também produto de sua própria produção. Esse é um constante desafio das denominadas ‘práticas de saúde’ voltadas para a ‘promoção da saúde’ e para as necessidades de saúde da população, construindo possibilidades do cidadão ser protagonista do seu cuidado. Um sujeito ativo capaz de adquirir o sentido subjetivo de suas ações com relação aos diferentes espaços sociais em que vive, significa ser capaz de participar ativamente do exercício da sua autonomia e da luta dos seus direitos, ou seja, favorecendo o empoderamento.

Referencias

Aguiar, W.M.J. (2000). Reflexões à partir da psicologia sócio-histórica sobre a categoria ‘consciência’. *Cadernos de* Pesquisa (SP), *110*(julho), 125-142. Recuperado em 16 de junho de 2015, de http://www.scielo.br/pdf/cp/n110/n110a05.pdf

Alves, P.C. (2006). A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, *22*(8), 1547-1554. Recuperado em 16 de junho de 2015, de

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000800003&lng=en&nrm=iso

Gerhardt, T.E. (2009). Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. En R. Pinheiro e R.A. de Mattos (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor* (2a ed., pp.279-300). RJ: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.

Jodelet, D. (1998). A Alteridade como produto e processo psicossocial. En D. Jodelet (Org.), *Representando a Alteridade* (pp. 47-67). Petrópolis, RJ: Vozes.

Molon, S.I. (2011). Notas sobre constituição do sujeito, subjetividade e linguagem. *Psicologia em Estudo*, *16*(4), 613-622. Maringá, PR. Recuperado em 16 de junho de 2015, de http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n4/a12v16n4

Pinho, P.A. e Pereira, P.P.G. (2012). Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *16*(41), 435-450. Botucatu, SP. Recuperado em 16 de junho de 2015, de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832012000200012&lng=pt&tlng

LO LÚDICO COMO ESTRATEGIA DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD Y A LA HOSPITALIZACION DE PACIENTES ADULTOS

Rosely Aparecida Prandi Perrone y Mariângela da Fonte Nogueira Figueiredo

Fundação do ABC – Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul, Brasil

Resumen

Introducción: La enfermedad y la hospitalización representan una ruptura y una discontinuidad de lo cotidiano del individuo. La pérdida de la condición saludable amenaza su integridad. La angustia generada por el diagnóstico y el sufrimiento impuesto por la internación dificultan su proceso de adaptación. **Objetivo:** Investigar los efectos de lo lúdico en la adaptación al proceso de enfermedad y de internación de pacientes adultos. **Método:** Después de un filtro de los pacientes internados, considerando la edad, género y patología, se seleccionan juguetes que posibiliten la aplicación de las principales técnicas lúdicas de forma focal o en sus múltiples intersecciones: sensor – motoras, simbólicas y juegos de reglas. También son usados materiales para expresión gráfica, libros y revistas. Los juguetes son llevados por un jugador, que propone bromas. **Resultados:** Se observó que lo lúdico facilita la adaptación a la enfermedad y a la hospitalización, en la medida que el jugar retira el foco de la situación de internación y favorece el manejo de los cambios impuestos por la enfermedad. Engloba los aspectos personal y social, favoreciendo el aprendizaje en la manera de lidiar con las tensiones y frustraciones para buscar la adaptación. Activa los procesos mentales de forma saludable y favorece el encuentro de nuevos caminos. **Conclusión:** Se constató que lo lúdico minimiza la angustia y la ansiedad generadas por la enfermedad y la hospitalización, posibilitando al paciente adulto la oportunidad de resignificar esa experiencia y recrear una nueva forma de ver el proceso salud – enfermedad, llevándolo a una mejor adaptación al proceso vivido y más adherencia al tratamiento indicado. Se verifico que las actividades pueden ser vistas como acciones preventivas en el sentido de ofrecer soporte para los momentos críticos, en los cuales se necesita buscar fuerzas y equilibrio para seguir la trayectoria de la vida.

Palabras clave: Lúdico, enfermedad, hospital, pacientes adultos.

THE LUDIC AS AN ADAPTATION STRATEGY TO ILLNESS AND HOSPITALIZATION OF ADULT PATIENTS

Abstract

Introduction: The illness and hospitalization represent a break and the individual daily discontinuity. The loss of the condition healthy threatens their integrity. The anguish generated by the diagnosis and the suffering imposed by hospitalization hinder their adjustment process. **Objective:** To investigate the effects of ludic intervenciones in the adaptation to the illness and hospitalization of adult patients. **Method:** After patients' screening, by age, sex and pathology, toys were selected to enable the application of the main ludic techniques in a focal way or in its multiple intersections: sensorimotor, symbolic and rule games. Material for graphic expression such as books and magazines were also used. The toys were brought to the patients by a psychology intern, which proposes ludic interventiones with patients. **Results:** It was observed that the ludic in hospitals with adult patients, facilitates adaptation to illness and hospitalization, because to play takes the focus of hospitalization and favors the management of the changes imposed by the illness. To play encompasses the personal and social aspects, promoting learning in the way of dealing with tensions and frustrations, to seek adaptation. At the same time, active mental processes of a healthy way; connects and awakens past and present and facilitate meetings for paths new. **Conclusions:** Itwas found that the ludic minimizes anguish and anxiety generated by illness and hospitalization, enabling opportunity for reframe this experience and recreate look new of the health- illness, leading him to better adapt to the lived process and adherence greater to prescribed treatment. Ludics activities can be seen as a preventive action to provide support for the critical moments, in which it needs to seek strength to follow the path of life.

Keywords: Ludic, illness, hospital, adult patients.

Introducción

El proceso de enfermarse es una crisis, una rotura e y una discontinuidad en la vida diaria del individuo. La pérdida de la condición saludable pone en peligro su integridad y genera miedo a la pérdida de las habilidades adquiridas. El individuo se

siente vulnerable en la condición humana y necesita rehabilitación y redefinición de los propios valores, pasando por un período de muchos cambios (Amin, 2001; Campos, 1995; Goleman, 1995; Romano, 1999).

Al mismo tiempo, los pacientes hospitalizados se quedan más deprimidos, especialmente cuando se trata de la enfermedad activa. La hospitalización puede ser sentida como un tipo de muerte, porque implica el alejamiento de su casa, su familia y sus amigos, además de representar una invasión de la privacidad y soledad entre extraños. El miedo al sufrimiento, al dolor y a la degeneración puede causar que algunos individuos se sientan como si estuvieran muertos (Kovács, 1996).

La hospitalización también puede inducir a la pérdida de autonomía, lo que genera una serie de sentimientos de malestar y propicia un proceso de despersonalización, dado que la persona es tratada de acuerdo con los síntomas que presenta y no por su singularidad como individuo.

De este modo, la enfermedad y la hospitalización pueden conducir a reacciones psicoassociadas a la enfermedad física, como desorientación temporoespaciais, lentitud del curso de pensamiento, trastornos de la memoria, ataques de ansiedad, entre otros. Estas reacciones están directamente relacionadas con el potencial de adaptación de la persona (Romano, 1999).

Varios estudios indican que más del 50% de las personas que se enferman presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico, principalmente ansiedad y depresión. Se observa que la ansiedad generada por el diagnóstico y el sufrimiento impuesto por el tratamiento aumentan la prevalencia, especialmente la depresión (Romano, 1999; Silva, Aquino y Santos, 2008; Teng, Humes y Demetrio, 2005; Unutzer, Patrick y Marmon, 2002; Vaccarino y Krumholz, 2001).

Considerando que la salud es un fenómeno multidimensional, individual y subjetivo, cuando ocurre la enfermedad y la necesidad de hospitalización, la intervención con enfoque en la salud y la búsqueda de la calidad de vida tienen un gran impacto en el tratamiento e incluso en en afrontamiento del proceso que experimenta el individuo (Thalén-Lindström, Larsson, Glimelius y Johansson, 2013).

Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo investigar los efectos del lúdico como estrategia de adaptación al proceso de enfermedad y la hospitalización de pacientes adultos. El lúdico se caracteriza por el predominio de la asimilación en la

acomodación, es decir, el placer del esfuerzo, que compensa y reequilibra el organismo, llevandole a adaptarse (Piaget, 1971).

Acuerdo con Piaget (1979), todo organismo se mantiene vivo sólo si está en constante interacción con el entorno. Como esta interacción es vital, el organismo se adapta a él a través de dos movimientos opuestos y complementarios: la asimilación y la acomodación. Esta adaptación es esencialmente activa, por lo que la acción caracterisa el ser humano. La acción, por lo tanto, es una organización progresiva del entorno.

En este proceso de interacción con el entorno, el cuerpo es la base de la búsqueda de la adaptación y de la organización a través de experiencias de la vida (Piaget, 1979).

En caso de enfermedad y hospitalización, se observa la falta de posibilidad del paciente interactuar efectivamente con todo lo que quiera, de mantenerse lejos de la familia y los amigos, de sentirse dependiente e impotente, el cuerpo permanece inactivo y puede llevar a un cierre en sí mismo.

La apertura se hace posible a través de la compensación de la tensión, del malestar y del esfuerzo por la acciones que se caracterizan por el predominio de placer, alegría y relajación (Oliveira, 2005). Muchos teóricos enfatizan el lúdico como una importante y significativa de alivio de experiencias dolorosas, conquista del equilibrio emocional y apertura al entorno. Las actividades lúdicas pueden evitar tanto trastornos psicológicos como biológicos. Ellas son vistas como una acción preventiva para proporcionar apoyo a los momentos críticos, en los que se necesita que buscar la fuerza para seguir el camino de la vida (Oliveira, 2006; Pinto, 2004).

Lo lúdico conserva características repetitivas y reproductivas, facilitando frecuentes introducciones, proporcionando un movimiento interactivo natural, que es esencial para el proceso de apertura al entorno. Esta naturaleza interactiva de las actividades lúdicas prepara al paciente para aprender a vivir con la realidad, reparando el daño del sufrimiento y de la ansiedad relacionados a la enfermedad y la hospitalización, llevándole a adaptarse (Oliveira, 2005, 2006).

Método

Participantes

154 adultos, de edades comprendidas entre 60 y 89 años, hospitalizados en la Enfermería Clínica y Quirúrgica en un Hospital Municipal de São Paulo, Brasil, entre diciembre/2013 y mayo/2014.

Materiales

Juguetes y juegos fueron seleccionados para contemplar el momento experimentado por el paciente. Se utilizaron: muñecas; artículos para el hogar; automóviles; dominó; juegos de mesa; juego de cartas; revistas; historietas; libros; y otros, como lápices de colores, crayones y papel.

Las técnicas de intervención se basaron en la curva de evolución de los juegos, de acuerdo a la lectura de Piaget. Se utilizaron las principales técnicas lúdicas de forma focal o en sus múltiples intersecciones: Técnicas Lúdicas Sensoriomotoras - creando situaciones para proporcionar los movimientos del cuerpo en su contexto espacio-temporal de manera espontánea y agradable; Técnicas Lúdicas Simbólicas - las actividades lúdicas que involucran el cuerpo y la imaginación asociada a representaciones plásticas y escénicas; Juego de Socialización - situaciones lúdicas que favorecen la interacción social mientras que constituyen factores de protección, conservación y mantenimiento asociados a los procesos cognitivos de la memoria, el lenguaje, entre otros. Todos los juegos tenían el objetivo de trabajar aspectos afectivo-emocionales y procesos cognitivos de una manera integrada, creando condiciones de agilización y flexibilización de aspectos sensoriomotores, simbólicos y sociales.

Procedimiento

La intervención siguió cuatro momentos:

1º Momento - Una psicóloga y una Brinquedista realizaron un filtro diario de los pacientes hospitalizados, considerando la edad, género y patología, con el fin de seleccionar los juguetes y material gráfico o para lectura.

2º Momento - Los juguetes seleccionados y el material gráfico o para lectura fueron colocados en un carro y llevados a la sala de pacientes por la Brinquedista.

3º Momento - La Brinquedista ofreció juguetes y material gráfico o para lectura, proponiendose a jugar juntos e invitando el compañero a participar también en el juego.

4º Momento – Al terminar la intervención lúdica, la Brinquedista rellenava un protocolo que incluía los datos de identificación, el diagnóstico clínico del paciente, la presencia de trastornos psiquiátricos/neurológicos, la acción lúdica elegida, aceptación/receptividad, uso individual/asociación y la reacción emocional que se apresentó.

Diseño

Se trata de un estudio cuantitativo y cualitativo que presupone un análisis dialéctico, con elementos que se complementan y legitiman una interpretación más amplia de la realidad (Minayo y Sanches, 1993). En este tipo de estudio, las cuestiones pueden ser analizadas en sus aspectos más profundos del punto de vista cualitativo y viceversa (Minayo, 2012).

Resultados

El análisis cuantitativo reveló que los pacientes recibieron entre una y 30 intervenciones lúdicas durante la hospitalización. 61% optó por actividad lúdica individual, y 39% por la actividad en colaboración con la Brinquedista o con sus familias/compañeros. Los materiales para lectura fueron los más elegidos, seguidos del dominó y los juegos de mesa - dama, ludo y ajedrez.

Las principales reacciones observadas durante el juego fueron aceptación, interés y motivación.

En análisis cualitativa se observó que el lúdico retiró el enfoque de la situación de enfermedad y hospitalización, lo que favorece la ruptura de rutina del hospital confirmado por la alta adherencia a las intervenciones.

Discusión/Conclusión

Probando la lectura de Piaget, el lúdico facilitó una adaptación saludable y resignificó experiencias conflictivas y dolorosas, reveladas por la frecuente disponibilidad y estado de ánimo positivo de los pacientes al jugar.

Se observó que participar en actividades lúdicas cumplió con las necesidades de los pacientes de enfrentar los significados personales y emocionales de la realidad vivida. Incluyendo los aspectos personales y sociales, favorecieran un aprendizaje de como soportar tensiones y frustraciones, porque se encontró que jugar fue una estrategia para la reflexión sobre la manera de pensar y sentir de los pacientes, además de facilitar una nueva representación mental del momento (Oliveira, 2006).

Al ser una actividad libre y natural, jugar favoreció la proyección de contenidos amenazantes y negativos, y también resultó ser un desafío en el que generó la necesidad de los pacientes de recrear una nueva mirada sobre el proceso salud/enfermedad; la noción de ser enfermo y ser hospitalizado fue sustituida por estar enfermo y necesitar tratamiento. Por su aspecto lúdico, el desafío se convirtió en atractivo y estimulante, motivando la atención y el razonamiento, llevando a la autonomía y a una dinámica de personalidad más saludable (Oliveira, 2005, 2006), revelados por los comportamientos de mayor adherencia al tratamiento prescrito y mejor relación con el equipo del hospital.

Al mismo tiempo, el juguetón activan procesos mentales de una manera sana, que une el pasado y unirse a la presente a través de narración de cuentos y juegos (que presupone la presencia de otra persona), lo que favoreció el hallazgo de nuevas formas (Piaget, 1979) .

Para jugar, había envoltura corporal y promovió un movimiento espontáneo de renovación, lo que genera placer y la interacción, ya que incluso la actividad individual ha tenido prevalencia, la presencia de Brinquedista para la elección de jugar, siempre presupone una interacción inicial. Por lo tanto, jugar siempre el medio de apertura, compensación y reequilibrar el cuerpo en situaciones de crisis y de conflicto, tales como estar enfermo y hospitalización necessistar (Oliveira, 2005, 2006).

También quedó claro que, como en los bebés, los parámetros psicofuncionales de los pacientes fueron cambiando con el tiempo para lograr una buena regulación. Se notó la dialéctica de la reorganización psicofuncional fue conquistada por la importancia de la interacción que se establece con el medio ambiente, sobre todo para la realización de actividades lúdicas. Había evidencias de que la evolución y el equilibrio de sus estados de sueño/vigilia, hambre/saciedad, atención/habituación y actividad/descanso sufrieron influencia directa de la interacción con el juguete y las actividades lúdicas (Pinto, 2004).

Se constató que las actividades lúdicas proporcionan las condiciones para que la vida suceda independientemente del lugar, del tiempo y de la edad, porque permitió a los pacientes hospitalizados la concepción de un mundo deseado, aliado a la alegría de descubrir, inventar y crear nuevas relaciones (Fortuna, 2007).

Con base en el aporte teórico de Piaget, este estudio reveló que las intervenciones lúdicas en la salud contribuyen a rescatar y mantener el equilibrio interno y los procesos de comunicación y expresión activos. Por conservar las características repetitivas y reproductivas, así como exploratorias e innovadoras, por conciliar actividades corporales, simbólicas y sociales, facilitan las rupturas de resistencia y proporcionan un movimiento interactivo natural, esencial para el proceso de apertura al entorno, creando condiciones de autorregulación para enfrentar situaciones crisis, presentes en el proceso de enfermedad y hospitalización, lo que contribuye a una mayor aceptación de la orientación del equipo dl hospital.

Se constató que el lúdico minimiza la angustia y la ansiedad generadas por la enfermedad y la hospitalización, permitiendo al paciente adulto la oportunidad de resignificar esa experiencia, llevándole a adaptarse mejor a la realidad y una mayor adherencia al tratamiento prescrito. Se observó que las actividades lúdicas pueden ser vistas como una acción preventiva para proporcionar apoyo a los momentos críticos, en los que se necesita para buscar la fuerza y el equilibrio para seguir el camino de la vida.

Los datos mostraron, por último, que la sistematización de las intervenciones lúdicas puede ser caracterizada como una medida de prevención, promoción y preservación de la salud física y psíquica de los pacientes adultos hospitalizados, con repercusiones en la familia y en la sociedad.

Referencias

Amin, T. C. C. (2001). *O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários.* Dissertação de mestrado não-publicada, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.

Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais.* São Paulo: EPU.

Fortuna, T. R. (2007). O Lugar de brincar. *Informativo da Associação Brasileira de Brinquedotecas*. São Paulo, *43*, 3-4.

Goleman, D., (1995). *Inteligência emocional*. New York: Bantam Books.

Kovács, M. J. (1996). *Vida e morte: laços de existência.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Minayo, M. C. S. (Org.). (2012). *Pesquisa social – teoria, método e criatividade.* Petrópoles: Vozes.

Minayo, M. C. S. y Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, 9*(3), 239-262.

Oliveira, V. B. (2005). *Jogos de regras e a resolução de problemas*. Petrópolis: Vozes.

Oliveira, V. B. (2006). *Rituais e brincadeiras*. Petrópolis: Vozes.

Piaget, J. (1971). *A formação do símbolo na criança, imitação, jogo, sonho, imagem e representação de jogo.* Rio de Janeiro: Zahar.

Piaget, J. (1979). *A construção do real na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.

Pinto, E. B. (2004). Baby's psychofunctional symptoms and parents/baby therapeutic consultations. *Estudos de Psicologia, 9*(3), 45-457.

Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, S, S., Aquino, T. A. A. y Santos, R. M. (2008). O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 4*(2), 73-89.

Teng, C. T., Humes, E. C. y Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidade clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica, 32*(3), 149-159.

Thalén-Lindström, A., G. Larsson, Glimelius B. y Johansson, B. (2013). Anxiety and depression in oncology patients; a longitudinal study of a screening, assessment and psychosocial support intervention. *Acta Oncologica Journal, 52*(1), 118-27.

Unutzer, J., Patrick, D. y Marmon, T. (2002). Depressive symptoms and mortality: a prospective study of 2558 older adults. *American Journal de Geriatric Psychiatry*, *10*(5), 521-30.

Vaccarino, V. y Krumholz, H. M. (2001). Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, *38*(1), 199-205.

EFECTO DE LA TERAPIA MINDFULNESS Y TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN ATENCIÓN CONSCIENTE, APERTURA A LA EXPERIENCIA NEGATIVA Y METACONOCIMIENTO EMOCIONAL

Mª Ángeles García-León[*], Mª Isabel Peralta-Ramirez[*], Luis Carlos Delgado-Pastor[**], Manuel G. Jiménez-Torres[*] y Humbelina Robles-Ortega[*]

[*]*Universidad de Granada, España*

[**]*Universidad de Zaragoza, España*

Resumen

Antecedentes: En las últimas décadas se han desarrollado diversas técnicas para la prevención y el control del estrés. Algunas de las técnicas que están teniendo gran efectividad son de tipo cognitivo-conductual (TCC). Más recientemente, se están incorporando nuevas propuestas como las técnicas basadas en Mindfulness (TM). El objetivo ha sido examinar el efecto diferencial de dos tipos de terapia para el control del estrés, un programa TCC y un programa TM, sobre variables como metaconocimiento emocional, atención consciente y apertura a la experiencia negativa. **Método:** Participaron 31 personas (8 hombres y 23 mujeres), con una edad media de 33 años (DT= 10,65), distribuidos en dos grupos (15 personas recibieron TCC y 16 personas recibieron TM). Las variables evaluadas en dos momentos temporales (pretratamiento y postratamiento) han sido: metaconocimiento emocional, atención consciente y apertura a la experiencia negativa. Los instrumentos de evaluación utilizados: Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) y Freiburg Inventario de Mindfulness (FMI). El entrenamiento en el control del estrés en ambos grupos se llevó a cabo durante 14 sesiones semanales. **Resultados:** Tras la aplicación del programa, no se encontró interacción momentosxgrupo en las variables evaluadas. Analizado el pre-pos en cada grupo, observamos un aumento significativo, en ambos grupos en atención consciente, apertura a la experiencia negativa y en las subescalas de reparación emocional y comprensión emocional (en esta última, solo es significativa en el grupo de Mindfulness). Sin embargo, en la subescala de atención/percepción emocional, en ambos grupos se observa una diminución. El tamaño del efecto fue de

medio a alto para ambos grupos en todas las variables significativas. **Conclusiones:** Si bien las técnicas de Mindfulness, tal como se esperaba, mejoran significativamente el metaconocimiento emocional, atención consciente y apertura a la experiencia negativa, también las técnicas TCC, pueden afectar positivamente a estas variables.

Palabras clave: Estrés, mindfulness, terapia cognitivo-conductual, atención consciente.

EFFECT OF MINDFULNESS THERAPY AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY TO COPYNG STRESS IN ATTENTION AWARENESS, OPENING TO NEGATIVE EMOTIONAL AND META-MOOD

Abstract

Background: In recent decades, various techniques have been developed for the prevention and control of stress. Some of the techniques that are having great effectiveness are cognitive-behavioral type (CBT). More recently, new proposals are being incorporated as Mindfulness-based techniques (TM). The aim of our study was to examine the differential effect of two types of therapy for stress management, a CBT program and a TM program on emotional variables as metacognition, mindfulness and openness to the negative experience. **Method:** Participants were 31 people (8 men and 23 women) with a mean age of 33 years (SD = 10.65), divided into two groups (15 people received CBT and 16 people received TM). The variables assessed at two points in time (pretreatment and posttreatment) were: emotional metacognition, mindfulness and openness to the negative experience. The assessment instruments used: Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) and Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). Training in stress management led to 14 weekly sessions. **Results:** After the program, not moment x group interaction was found in the variables evaluated. Analyzed the pre-pos in each group, we observed a significant increase in both groups in mindfulness, openness to the negative experience and subscales of emotional repair and emotional understanding (the latter is only significant in the group of Mindfulness). However, attention subscale / emotional perception in both groups diminution is observed. The effect size was medium to high for both groups in all significant variables. **Conclusions:** While TM, as expected, significantly improve the

emotional metacognition, mindfulness and openness to the negative experience, also the CBT can positively affect these variables.

Keywords: Stress, mindfulness, cognitive-behavioral therapy, attention awareness.

Introducción

Uno de los problemas más extendidos a los que nos enfrentamos en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud es el estrés (Sapolsky, 2008). En las últimas décadas se han desarrollado diversas técnicas para su prevención y afrontamiento. Algunas de las técnicas que están teniendo gran efectividad son de tipo cognitivo-conductual (TCC) (Navarrete-Navarrete et al., 2010; Peralta-Ramírez, Robles-Ortega, Navarrete-Navarrete y Jiménez-Alonso, 2009; Robles y Peralta-Ramírez, 2010). Más recientemente, se están incorporando nuevas propuestas alternativas, las llamadas terapias de tercera generación, tales como las técnicas basadas en Mindfulness (TM) (Delgado et al., 2010b).

En relación al mindfulness, es considerado desde diversas perspectivas como un fin en sí mismo, como una filosofía de vida o modo de conducirse en ella. Aunque no existe una definición única, la definición más comúnmente utilizada lo describe como prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar (Kabat-Zinn, 1994); se trata por tanto, de atención consciente; una experiencia natural, aunque no muy frecuente en la vida cotidiana. Generalmente la atención consciente acostumbra a suceder solo ante situaciones que nos resultan interesantes. Las técnicas de mindfulness proponen dirigir la atención sobre lo que sucede a nuestro alrededor, atender a los detalle y llegar a formar parte de la actividad (Soler et al., 2012). Otras características que también constituyen el estado de mindfulness, son:

La *apertura a la experiencia negativa*, que supone centrarse en lo que sucede y se siente en el momento presente y de esta forma, se permite poner por delante los aspectos emocionales y estimulares frente a la interpretación de ellos (Vallejo, 2006; Walach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht y Schmidt, 2006).

El *metaconocimiento de los estados emocionales* hace referencia a las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas (Rey y Extremera, 2012). Este metaconocimiento estaría

compuesto de *atención a las emociones* (grado en el que las personas creen prestar atención a sus sentimientos), *claridad emocional*, (grado en que las personas creen ser capaces de comprender bien los propios estados emocionales) y *reparación emocional* (grado en que las personas creen ser capaces de regular los propios estados emocionales correctamente, interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos) (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004; Rey y Extremera, 2012).

A la hora de abordar el afrontamiento del estrés algunos estudios se han centrado en comparar la eficacia diferencial de ambos tipos de terapia en variables tradicionalmente ligadas a los objetivos de la TCC, tales como estrés percibido, vulnerabilidad al estrés, y sintomatología asociada al estrés (preocupaciones, ansiedad, depresión, entre otras) (Delgado-Pastor et al., 2013). Delgado-Pastor et al. (2013) encontraron que ambos tipos de técnicas (TCC y TM) son eficaces para disminuir tanto el nivel de estrés percibido como la sintomatología asociada al estrés.

Pero ¿qué ocurre con otro tipo de variables tradicionalmente ligadas al mindfulness? ¿Podrían ser modificadas por otro tipo terapia, como la TCC?

El objetivo de nuestro estudio fue examinar el efecto diferencial de dos tipos de terapia para el control/afrontamiento del estrés (TCC y TM), en variables ligadas a la terapia de Mindfulness. Concretamente: el metaconocimiento emocional, la atención consciente y la apertura a la experiencia negativa.

Método

Participantes

Han participado 31 personas (8 hombres y 23 mujeres), con una edad media de 33,00 años (DT= 10,65) Todos ellos estaban vinculados al ámbito universitario (PDI y PAS). Fueron distribuidos en dos grupos (15 participantes recibieron TCC y 16 recibieron TM). Los criterios de inclusión fueron presentar altos niveles de estrés (medido a través de la Escala de Estrés Percibido EEP de Remor y Carrobles, 2001).

Instrumentos

- *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24; Fernández-Berrocal et al., 2004; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). Evalúa el metaconocimiento de los

estados emocionales, considerando tres dimensiones: percepción/atención, comprensión/claridad y regulación/reparación emocional.

- *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown y Ryan, 2003; Soler et al., 2012). Esta escala evalúa la atención consciente en el momento presente (conciencia plena).
- *Freiburg Inventario de Mindfulness* (FMI) (Walach, et al., 2006). Esta escala evalúa la capacidad de no juzgar el momento presente y la apertura a la experiencia negativa.

Estos tres instrumentos presentan adecuada fiabilidad y validez según estudios de los autores arriba citados.

Procedimiento

El proceso de reclutamiento de los participantes se realizó a través de la Clínica de Psicología de la UGR, ofertando un programa para el control del estrés. Se valoró el nivel de estrés inicial y la asignación de los participantes a los grupos de tratamiento se realizó de forma aleatoria. El programa de tratamiento estaba estructurado en 14 sesiones semanales. Los participantes fueron evaluados en dos momentos temporales (pretratamiento y postratamiento).

Los participantes asistentes al programa de tipo cognitivo-conductual (Robles y Peralta-Ramírez, 2010), trabajaron los siguientes contenidos: Conceptualización del estrés, técnicas de desactivación, técnicas cognitivas -reestructuración cognitiva, autoinstrucciones y parada de pensamiento-, habilidades sociales -derechos asertivos-, técnicas de administración y control del tiempo, control de la ira/hostilidad y humor/optimismo.

Los participantes asistentes al programa basado en *mindfulness* (Delgado et al., 2010a, 2010b) trabajaron: Conceptualización del estrés, claves mindfulness, prácticas de meditación: respiración, foco sensaciones, foco sentidos y movimientos, regulación emocional mindful: metacognición y metainterocepción, reappraisal mindful, visión mindful relaciones, autoestima mindful y cultivo cualidades positivas.

Diseño

El diseño utilizado ha sido un diseño mixto 2x2 con un primer factor de grupos independientes, con dos niveles de tratamiento (TCC y TM) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas (pretratamiento/postratamiento).

Resultados

Tras la aplicación del programa, no se encontró interacción momentosxgrupo en las variables evaluadas. Tampoco se observan diferencias estadísticamente significas entre los grupos al finalizar el tratamiento.

Analizando el factor pre-pos en el grupo de Mindfulness, observamos un aumento significativo en atención consciente (MAAS), apertura a la experiencia negativa (FMI) y en las subescalas de compresión y reparación emocional del metaconocimiento emocional (TMMS). Sin embargo en la subescala de percepción emocional observamos una disminución significativa (ver Tabla 1).

En el grupo de TCC encontramos, igualmente, un aumento significativo en atención consciente (MAAS), apertura a la experiencia negativa (FMI) y en la subescala de reparación emocional (TMMS). No se observan diferencias significativas en las subescalas de percepción y compresión emocional (ver Tabla 2).

El tamaño del efecto fue de medio a alto para ambos grupos en las variables significativas (ver Tablas 1 y 2). Como podemos observar en estas tablas, el tamaño del efecto es mayor en atención consciente y apertura a la experiencia en el grupo TCC, y mayor en metaconocimiento de los estados emocionales en el grupo Mindfulness.

Tabla 1. Grupo de Mindfulness. Medias y desviaciones típicas (DT) en atención consciente (MASS), apertura a experiencia negativa (FMI) y metaconocimiento emocional (TIMMS) en sus tres subescalas.

	Pretratamiento Media (DT)	Postratamiento Media (DT)	*t*	*p*	Tamaño del efecto
MASS	51,27 (14,81)	59,60 (13.36)	-2,64	0,020*	-0,591
FMI	30,88 (8,52)	35,06 (9,20)	-2,79	0,014*	-0,472
TIMMS percepción	26,20 (6,91)	22,80 (7,01)	2,42	0,030*	0,488
TIMMS comprensión	22,38 (4,98)	26,13 (6,29)	-2,98	0,009*	-0,665
TIMMS reparación	21,60 (6,85)	26,87 (7,75)	-3,29	0.005*	-0,722

Tabla 2. Grupo de Terapia Cognitivo-Conductual. Medias y desviaciones típicas (DT) en atención consciente (MASS), apertura a experiencia negativa (FMI) y metaconocimiento emocional (TIMMS) en sus tres subescalas.

	Pretratamiento Media (DT)	Postratamiento Media (DT)	*t*	*p*	Tamaño del efecto
MASS	56,47 (15,43)	66,47 (8.37)	-2,68	0,018*	-0,840
FMI	31,60 (8,61)	36,93 (6,66)	-2,16	0,049*	-0,698
TIMMS percepción	24,14 (7,21)	21,50 (6,78)	1,32	0,209	0,389
TIMMS comprensión	23,93 (4,70)	26,50 (4,67)	-1,76	0,101	-0,549
TIMMS reparación	24,64 (5,00)	28,93 (4,34)	-2,33	0.037*	-0,915

Discusión/Conclusiones

El objetivo de este estudio ha sido examinar el efecto diferencial de dos tipos de terapia para el control del estrés (TCC y TM), centrándonos en variables ligadas a la terapia de Mindfulness (metaconocimiento emocional, atención consciente y apertura a la experiencia negativa). Los resultados obtenidos nos indican que ambos tipos de terapia tienen un efecto positivo en este tipo de variables.

Esperábamos encontrar un aumento significativo en todas las variables en el grupo que recibió el tratamiento con Mindfulness. Y los datos obtenidos apoyan esta hipótesis y van en la línea de los resultados obtenidos en otros estudios (Fernández-Berrocal et al., 2004; Salovey et al., 1995). Hemos obtenido un aumento significativo en atención consciente, apertura a la experiencia negativa y metaconocimiento emocional (comprensión emocional y reparación emocional). Aunque puede llamar la atención que en la subescala de percepción emocional, las puntuaciones hayan disminuido significativamente después de la aplicación del programa, este dato podría explicarse por la ambigüedad de algunos ítems de la subescala que pueden interpretarse con un significado de aprehensión emocional. Además, ese resultado sería congruente con intervenciones de estudios previos en la preocupación crónica (Delgado et al., 2010a).

Nuestros datos también muestran la efectividad de la terapia TCC en el aumento de este tipo de variables. Concretamente, observamos un aumento significativo en atención consciente y apertura a la experiencia negativa y en reparación emocional.

Ambos tipos de terapia, parecen modificar este tipo de variables, aunque como podemos observar en el análisis del tamaño del efecto, la terapia Mindfulness obtiene un mayor efecto en el metaconocimiento emocional (uno de los aspectos que se trabaja de forma importante en dicha terapia), y la TCC obtiene un mayor efecto en atención consciente y apertura a la experiencia negativa.

Estos datos no son tan extraños si tenemos en cuentas que otros estudios han encontrado que ambos tipos de terapia también obtienen resultados en variables tradicionalmente ligadas al ámbito de aplicación de la TCC; nos estamos refiriendo al nivel de estrés percibido y vulnerabilidad al estrés y sintomatología asociada (Delgado-Pastor et al., 2013).

Estos resultados nos plantean una cuestión que deberá ser aclarada en futuras investigaciones ¿son tan diferentes ambos tipos de terapia? ¿Qué procesos internos subyacen a ambos tipos de terapia? Es decir ¿qué es lo que realmente está sucediendo en la persona cuando aplicamos este tipo de terapias?

Los resultados obtenidos hay que interpretarlos con mucha cautela dado que el presente estudio presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, el número de participantes en el estudio es muy reducido, por lo que es recomendable que se amplíe su número en futuras aplicaciones de los programas. En segundo lugar, no tenemos datos sobre el mantenimiento de estos resultados, por lo que conviene hacer un seguimiento de estos resultados a lo largo del tiempo. Y en tercer lugar, hemos de plantearnos si los instrumentos que evalúan estas variables son los más apropiados o sería interesante utilizar otros.

En resumen, con las limitaciones constatadas, podemos concluir que si bien las técnicas de Mindfulness, tal como se esperaba, mejoran significativamente el metaconocimiento emocional, atención consciente y apertura a la experiencia negativa, también las técnicas TCC pueden afectar positivamente a este tipo de variables.

Referencias

Brown, K.W. y Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-48.

Delgado-Pastor, L.C., Amutio, A., Arroyo-Narváez, M.T., Arroyo-Lozano, C., Peralta-Ramírez, M.I. y Robles, H. (2013). Eficacia diferencial de la terapia cognitivo-conductual y de una terapia basada en mindfulness para el afrontamiento del estrés. En R. Quevedo y V. Quevedo (Comps.), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 549-555). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.

Delgado, L.C., Guerra, P., Perakakis, P., Vera, M.N., Reyes del Paso, G. y Vila, J. (2010a) Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 873-882.

Delgado, L.C., Guerra, P., Perakakis, P., Viedma del Jesús, M.I., Robles, H. y Vila, J. (2010b). 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.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004): Validity and reliability of the Spanish modified version of the trait meta-mood scale. *Psychological Reports*, *94*, 751-755.

Kabat-Zinn J. (1994). *Where you go, there you are. Mindfulness meditation in every day live*. New York: Hyperion Books.

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. *Psychotherapy and Psychosomatics, 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 Carrobles, 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.

Rey, L. y Extremera, N. (2012). Inteligencia emocional percibida, felicidad y estrategias distractoras en adolescentes. *Boletín de Psicología, 104*, 87-101

Robles, H. y Peralta-Ramírez, M.I. (2010). *Programa para el control del estrés*. Madrid: Pirámide.

Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C. y Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure & Health* (pp. 125-151). Washington, DC: American Psychological Association.

Sapolsky, R.M. (2008). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés*. Madrid: Alianza Editorial.

Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E. y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatía, 40,* 19-26.

Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *EduPsykhé Revista de Psicología y Psicopedagogía., 5,* 231-253.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmuller, V., Kleinknecht, N. y Schmidt, S. (2006). Measuring Mindfulness-The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences, 40,* 1543-1555.