

# AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2015



**Asociación Española  
de Psicología Conductual**



Compiladores:

M<sup>a</sup> Teresa Ramiro Sánchez y Tamara Ramiro Sánchez

Granada (España), 2015



# **AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2015**

**Libro de Capítulos del VIII Congreso Internacional y  
XIII Nacional de Psicología Clínica**



**Asociación Española  
de Psicología Conductual**

Compiladores:

M<sup>a</sup> Teresa Ramiro Sánchez y Tamara Ramiro Sánchez

Granada-España, 19, 20, 21 y 22 de noviembre de 2015



AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2015  
© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

VIII CONGRESO INTERNACIONAL Y XIII NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
Granada-España, 19, 20, 21 y 22 de noviembre de 2015

Idiomas: español, inglés y portugués.

Autor: VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica. Granada-España, 19, 20, 21 y 22 de noviembre de 2015

Compiladores: M<sup>a</sup> Teresa Ramiro Sánchez y Tamara Ramiro Sánchez.

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@aepe.es](mailto:info@aepe.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 “VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica”, denominado *Avances en Psicología Clínica. 2015*, son de responsabilidad exclusiva de los autores; asimismo, estos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.





## ÍNDICE

### CARTERA DE SERVICIOS DE PSICOLOGIA CLINICA EN UN AREA SANITARIA: ABORDAJE DE LA PRIMERA CONSULTA EN ATENCION PRIMARIA

*Pedro Vega-Vega, María Muñoz-Morente, Luis Miguel García-Paricio y Alejandro Miguens-Uriel.....*20

### FORMULACIÓN TRANSDIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro, M<sup>a</sup> Pilar Arnal-Val, Belén Gago-Velasco y Patricia Navarro-Gómez.....*30

### LIMITACIONES DE LOS ACTUALES MODELOS DIAGNÓSTICOS CATEGORIALES

*M<sup>a</sup> Pilar Arnal-Val, Belén Gago-Velasco, Luis Estévez-Cachafeiro y Patricia Navarro-Gómez.....*40

### MÁS ALLÁ DEL DSM5: LA DIAGNOSIS SISTÉMICA COMO UNA FORMULACIÓN FUNCIONAL PARA LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN ADOLESCENTES

*Belén Gago-Velasco, Luis Estévez-Cachafeiro, M. Pilar Arnal-Val y Patricia Navarro-Gómez.....*49

### EL ESTRÉS MINORITARIO EN PERSONAS TRANSEXUALES

*Cristina García-Gibert, Nuria Asenjo-Araque, Jose Miguel Rodríguez-Molina y Belén López-Moya.....*59

### LA ATENCIÓN FAMILIAR A LOS MENORES TRANSEXUALES

*Nuria Asenjo-Araque, María Escolar-Gutierrez, Águeda Binué-Morales, Laura Portabales-Barreiro, José Miguel Rodríguez-Molina y Antonio Becerra-Fernández.....*68

### IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ATENCIÓN A LA DISFORIA DE GÉNERO

*Águeda Binué Morales, Nuria Asenjo Araque, María Concepción Escolar Gutiérrez, Laura Portabales Barreiro, José Miguel Rodríguez molina y Antonio Becerra Fernández.....*76

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE PERSONAS TRANSEXUALES CUSTODIADAS

*José Miguel Rodríguez-Molina, Águeda Binué y Nuria Asenjo-Araque..... 84*

DESCRIPCIÓN DE LA CASUÍSTICA DE MENORES CON DISFORIA DE GÉNERO

*Laura Portabales-Barreiro, Belén López-Moya, María Concepción Escolar-Gutiérrez, Rocío Portero-García y Nuria Asenjo-Araque..... 92*

REFORMULACIÓN DE LA TEORÍA COGNITIVA SOBRE EL TRASTORNO BIPOLAR: UNA APROXIMACIÓN CON MOVIMIENTOS OCULARES

*Ana García-Blanco, Miguel Ángel Vázquez-Muñoz, María Barberá-Fons y Helena Tobella-Llerena..... 101*

LA DISREGULACIÓN EMOCIONAL: UN FACTOR DE PREDISPOSICIÓN PARA EL DESARROLLO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

*Helena Tobella-Llerena, Ana García-Blanco, Miguel Ángel Vázquez-Muñoz y María Barberá-Fons..... 109*

HACERSE PARTENAIRE DE LOS NIÑOS CON TEA

*Miguel Ángel Vázquez-Muñoz, María Barberá-Fons, Helena Tobella-Llerena y Ana García-Blanco..... 119*

EFFECTOS DEL PSICOBALLET EN FIBROMIALGIA

*Amador Cernuda-Lago..... 128*

INTERVENCIONES ORIENTADAS PSICOANALÍTICAMENTE ANTE LAS PROBLEMÁTICAS ACTUALES EN MÉXICO

*María Cristina Ortega-Martínez y Hugo Pedroza-Falcón..... 135*

MÁS ALLÁ DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA. OBESIDAD MÓRBIDA Y MINDFULNESS: UNA OPORTUNIDAD PARA INICIAR Y MANTENER CAMBIOS

*M<sup>a</sup> África Cruz García, Laia Mollà Cusí y Lucia Pérez Golarons..... 146*

VARIABLES DEL CONTEXTO Y ROL LABORAL EN PERSONAS CON UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

*Susana Argudo y Eva M<sup>a</sup> Muñiz..... 155*

DOLOR DE CABEZA EN TRABAJADORES ESTRESADOS: RELACIÓN CON DIFERENTES FACTORES

*Carmen Hurtado de Mendoza-Sánchez, M<sup>a</sup>. Lourdes Luceño-Moreno y Jesús Martín-García..... 165*



A DINÂMICA CONSCIENTE/INCONSCIENTE À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

*Lígia Márcia Martins*.....174

ACTUALIZACIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS. NUEVAS DROGAS EMERGENTES

*Casandra Gálvez-Calero, Elena Cordero-Gutiérrez, Alicia Ruiz-Toca, Israel Leonés-Torres y Ana Serrano-Ferrer*.....183

INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS: LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

*Ruiz-Toca, Alicia, Leonés, Israel, Gálvez, Casandra, Cordero Gutiérrez*.....192

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN PACIENTES CON ADICCIÓN

*Elena Cordero-Gutiérrez, Casandra Gálvez-Calero, Israel Leonés-Torres y Alicia Ruiz-Toca*.....201

TERAPIA FAMILIAR EN ADICCIONES

*Israel Leonés-Torres, Alicia Ruiz-Toca, Elena Cordero-Gutiérrez, Casandra Gálvez-Calero*.....210

BIOÉTICA NA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA: OS IMPACTOS ÉTICOS E EMOCIONAIS NA PROBLEMÁTICA DO DESTINO DE EMBRIÕES EXCEDENTÁRIOS

*Cynthia Silva Machado e Helen Barbosa Raiz Engler*.....219

LO LÚDICO EN EL HOSPITAL

*Rosely Aparecida Prandi Perrone*.....227

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. UNA VISIÓN INTEGRAL

*Juan José García-Orozco, Rosalía Díaz Bóveda y Mara Segura Serralta*.....237

PSICOTERAPIA POSITIVA GRUPAL ONLINE EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER

*Zalao Orozko, María Lleras, Josu Mujika y Cristian Ochoa*.....246

TRATAMIENTO GRUPAL DEL DUELO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

*José M. Sanz, Isabel María García y Eva Carbajo*.....258

RELAÇÃO ENTRE TDAH, FAMÍLIA E PSICANÁLISE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

*Ana Paula Mucha, Marcela Lança de Andrade e Valeria Barbieri*.....270



DOLOR CRÓNICO: UNA PROPUESTA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON FIBROMIALGIA ATENDIDAS EN LA ASOCIACIÓN CAMINEMOS JUNTOS (ASCAJU)

*Cynthia Córdoba-López*.....280

PESQUISA SOBRE VIOLÊNCIA URBANA NO DISTRITO FEDERAL/BRASIL: O USO DO MÉTODO PSICANALÍTICO

*Katerine da Cruz Leal Sonoda e Terezinha de Camargo Viana*.....290

QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS DOS UTENTES INTERNADOS NAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS DO ALGARVE

*António Duarte, Natércia Joaquim y Cristina Nunes*.....300

A FUNÇÃO ORGANIZADORA DA ESCRITA DE SI NA CLÍNICA DOS ESTADOS-LIMITE

*Eliana Rigotto Lazzarini*.....310

ASPECTOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL IMPLICADOS EN LA SALUD FÍSICA: DIMENSIONES ESPECÍFICAS, VÍAS DE ACCIÓN E INDICADORES DE SALUD

*Noelia Monterde y M<sup>a</sup> Isabel Casado*.....319

EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD TERMINAL Y LA PRESENCIA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

*Alfredo Zamora-Mur y Aranzazu Zamora-Catevilla*.....328

DISTIMIA: TERAPIA GRUPAL DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

*Isabel María García, José Manuel Sanz, Miguel Ángel Cuquerella, Isabel Cano y Eva Carbajo*.....338

POSITIVE ASPECTS OF DEPRESSION: RUMINATION AS AN ADAPTIVE FUNCTION

*Magda Bartoskova, Marcela Sevcikova, Marek Preiss, Tomas Kosicka y Jana Malinakova*.....349

AFRONTAMIENTO PERSONAL Y ATENCIÓN SANITARIA EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: EL PUNTO DE VISTA DE LOS USUARIOS

*Amanda Vega-Núñez, Gisela Amor-Mercado, Amelia Villena-Jimena, Clara Gómez-Ocaña y M<sup>a</sup> Magdalena Hurtado-Lara*.....359



FUNCIONES EJECUTIVAS Y ANSIEDAD EN LA INFANCIA: ESTUDIO DE SU INTERACCIÓN

*M.Álvarez – Calderón, J.A. Portellano – Pérez y T. Montalvo Calahorra.....368*

INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES CON SÍNTOMATOLOGÍA ANSIOSO DEPRESIVA LEVE

*José Manuel Sanz, Isabel María García, Eva Jordá, Miguel Ángel Cuquerella, Isabel Cano y Eva Carbajo.....377*

RESILIENCIA Y SALUD MENTAL EN UNA COMUNIDAD DE VÍCTIMAS DEL CONFLICTO POLÍTICO EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO EN COLOMBIA

*Linda Ortiz-Miranda y Humbelina Robles-Ortega.....388*

ANSIEDAD SOCIAL: UNA EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO GRUPAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE UNA INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE

*Beatriz García-Parreño, Juan Jose Garcia-Orozco y Paula Placencia Morán.....399*

APLICACIÓN DEL PROGRAMA GRUPAL DE DUGAS Y LADOUCEUR A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TAG: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS

*Cristina Tormo-Martín, Regis Villegas y Juan José García-Orozco.....410*

UN CASO CLÍNICO COMPLEJO DE DISFORIA DE GÉNERO

*María Concepción Escolar-Gutiérrez, José Miguel Rodríguez molina y Nuria Asenjo Araque.....420*

ATENCIÓN A LA DISFORIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE EN NAVARRA

*Virginia Basterra-Gortari, Raquel Ruiz-Ruiz, Uxua Ardanaz-Elcid, Javier Diaz-Leiva , Marta Toni-García, Ana Rebolé-Abadía, Yolanda Pérez de Mendiola-Asúa y Lluís Forga-Llenas.....429*

EL PROCEDIMIENTO DE CONSECUENCIAS DIFERENCIALES EN ADULTOS MAYORES EX-CONSUMIDORES DE ALCOHOL

*Victoria Plaza, Elizabeth Meza, Michael Molina y Angeles F. Estévez.....439*

USO DE LA TERAPIA FAMILIAR EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE SALUD MENTAL

<i>Beatriz Mata-Saenz, Samuel Leopoldo Romero-Guillena y Elena Fashho-Rodriguez.....</i>	<i>449</i>
<u><a href="#">PSICOPATOLOGÍA Y FUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA EN LA ESQUIZOFRENIA</a></u>	
<i>Amelia Villena-Jimena, Aránzazu Gutiérrez-Hurtado y M<sup>a</sup> Magdalena Hurtado-Lara.....</i>	<i>460</i>
<u><a href="#">AMBIGÜEDAD Y PSICOSIS: ATRIBUCIÓN DE EMOCIÓN A EXPRESIONES NEUTRAS</a></u>	
<i>Ana Rosa González-Barroso, Alicia Ruiz-Toca, Marta García-Montes y Guillermo Lahera-Forteza.....</i>	<i>469</i>
<u><a href="#">DIMENSIONES DEL TRASTORNO ATENCIONAL Y LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA: UN ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL EMPLEANDO EL TEST DE EJECUCIÓN CONTINUA DE CONNER'S EN POBLACIÓN ESPAÑOLA</a></u>	
<i>Juan Carlos Sanz, Guadalupe Espárrago-Llorca, Adela Hans-Chacón, Alicia Quirós-López, Laura Carrión Expósito, Rafael Lara-Flores y Sergio Ruiz-Doblado.....</i>	<i>480</i>
<u><a href="#">DÉFICIT COGNITIVO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO: CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL DÉFICIT Y MÉTODOS DE EVALUACIÓN</a></u>	
<i>Guadalupe Espárrago-Llorca, Juan Carlos Sanz, Laura Carrión-Expósito, Adela Hans-Chacón, Alicia Quirós-López, Rafael Lara-Flores, Martin L. Vargas y Sergio Ruiz-Doblado.....</i>	<i>490</i>
<u><a href="#">SALUD FAMILIAR Y GESTIÓN FAMILIAR DE LA ENFERMEDAD EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE</a></u>	
<i>Alejandro Jesús de Medina-Moragas, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, María José Fernández-Fernández, Marta Lima Serrano.....</i>	<i>500</i>
<u><a href="#">TERAPIA GRUPAL EN EL MUTISMO SELECTIVO</a></u>	
<i>Inés Bello-Pombo, María Cristina Laiz-Reverte, Yolanda Blaya-Sánchez, Josefa Belén Murcia-Liarte, Silvia Bravo-Gómez y Mercedes Rocío Raposo-Hernández.....</i>	<i>509</i>

OBESIDAD MÓRBIDA EN LA ADOLESCENCIA DESDE LA PERSPECTIVA RELACIONAL – SISTÉMICA

*Jose Joaquin García-Arenas, Jose María Gabari-Ledesma, Antonia Sánchez-López, M<sup>a</sup> Ascensión Albacete-Belmonte, Jesús Onofre Valera-Bernal y M<sup>a</sup> Milagros García-Arenas.....* 518

LA ADOPCIÓN: UNA COMPLEJA REALIDAD

*Teresa Montalvo-Calahorra y Marta Álvarez Calderón.....* 527

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO CON PRE-ADOLESCENTES Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA. EL USO DE LA AUTORIDAD COMO ELEMENTO TERAPÉUTICO

*Olalla García Pineda, Antonio León Maqueda, y Lucía Jiménez García y María José Blanco-Morales Limones.....* 536

ALTA CAPACIDAD + ALTA SENSIBILIDAD

*Rosabel Rodríguez y Helena Alvarado.....* 548

LA CAJA DE ARENA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

*María Victoria Sánchez, Ángel Fernández, Moisés Jiménez, Víctor Ortega, Lara Garrido, Sandra Morán y Bárbara Pérez.....* 557

“WHEN I’M WITH HER... WHEN SHE’S NOT WITH ME...” CHILDREN AND WORKING/NON-WORKING MOTHERS: AN ANALYSIS OF NARRATIVES

*Francesca Gioia, Valentina Boursier and Valentina Manna.....* 566

DETERIORO DE LA FUNCIONALIDAD PSICOSOCIAL SEGÚN EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

*Teresa Sarmiento-Luque, David Busse Olive y Carlos Conesa López.....* 575

PSICOPATOLOGÍA Y PERFIL DE PERSONALIDAD EN LA ENFERMEDAD DE STEINERT

*Izaskun Basterra-Jiménez, Raquel Seijas-Gómez, Pilar Luna-Lario, Javier Tirapu-Ustarroz, Marina Iridoy-Zulet, Ivonne Jericó-Pascual, Teresa Cabada-Giadas, María José Aibar-Luis y José Javier López-Goñi.....* 584

TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA DUAL

*Isabel M<sup>a</sup> De Haro- G<sup>a</sup>, Sara García-Marín y Sara Pérez-Ibars.....* 596

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA STEPPS PARA LA REDUCCIÓN DE LA IMPULSIVIDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

*Mara Segura-Serralta, Cristina Tormo-Martín y Regis Villegas.....606*

ALTERACIONES DE PERSONALIDAD EN PACIENTES ALCOHÓLICOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO

*David Granados-Rodríguez, Ana Aparicio-Minguez, M<sup>a</sup> Carmen Martín-Contero, Juan Carlos Rivera-Aullol y Fernando Domínguez-Gil.....615*

INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA CON EL ALUMNADO TDAH DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA EN LA EXPRESIÓN ESCRITA: PROGRAMA DE INSTRUCCIÓN COGNITIVO-ESTRATÉGICO

*María del Carmen Mondragón Mullor.....624*

PREVALENCIA DEL TDAH Y COMPARACIÓN ENTRE SUBTIPOS TDAH Y FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO EN ALUMNOS DE SEXTO DE PRIMARIA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL PROFESOR

*Ximena Vélez-Calvo, M. Inmaculada Fernández-Andrés, Raúl Tárraga-Minguez, María José Peñaherrera-Vélez, y Pilar Sanz-Cervera.....635*

EFICACIA DE LA EXPOSICIÓN PURA FRENTE LA EXPOSICIÓN GUIADA PARA REDUCIR FACTORES DE RIESGO PROPIOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

*Sandra Díaz-Ferrer, Blanca Ortega-Roldán, José Luis Mata-Martín, Sonia Rodríguez-Ruiz y M. Carmen Fernández-Santaella.....645*

PROCESAMIENTO EMOCIONAL DE IMÁGENES DE ALIMENTOS: SU RELACIÓN CON CONDUCTAS DE RIESGO COMUNES PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y LA OBESIDAD

*Rafael Delgado-Rodríguez, Laura Miccoli, Sonia Rodríguez-Ruiz y M. Carmen Fernández-Santaella.....655*

ESPECIFICIDADES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE INICIO PRECOZ: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

*Montserrat Fonoll-Alonso, Irene Quesada-Suárez y José María Martín-Jiménez.....665*

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE JUEGO PATOLÓGICO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM)/CENTRO DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE (CAD) DE LORCA

*Jesús O. Valera-Bernal, Antonia Sánchez-López, José Joaquín García-Arenas, M<sup>a</sup>. Ascensión Albacete-Belmonte y Julio C. Martín-García-Sancho.....* 675

TRASTORNO CONVERSIVO: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

*Belén López-Moya.....* 685

PERCEPCIÓN DEL DOLOR COMO CONDUCTA OPERANTE. ESTUDIO PRELIMINAR EN TRES CASOS

*José Fernando Calvo-Mauri, Koren Prekler-Peña, Carlos Castor Moreno-Rubio, María Palomo-Monge, Francisco Corral-Pérez, y Antonio Martínez-Lapeña.....* 695

APLICACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL PROTOCOLO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN 10 SESIONES DE WOOLFOLK, R. Y ALLEN, L. PROPUESTA POR MORENO GONZÁLES, S. PARA EL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS BREVE EN UN CASO GRAVE Y DE CURSO PERSISTENTE

*Regis Villegas, Beatriz García-Parreño y Rosalía Díaz-Boveda.....* 705

HIPOCONDRIA Y APEGO. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Rosalía Díaz Bóveda, Mara Segura-Serralta y Cristina Tormo-Martín.....* 717

RESOLUCIÓN DE UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO CON APOYO GRUPAL

*M<sup>a</sup> Ascensión Albacete-Belmonte, Jesús Onofre Valera-Bernal, Antonia Sánchez-López, Jose Joaquín García-Arenas y Julio Cesar Martin García-Sancho.....* 728

FACTORES Y CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

*Agustina Rico Zampetti, Laura Ramis Vasquez, Ana Madrigal Aguilera y Tania Díaz Suárez.....* 738

UTILIZACION DE WAST CORTO POR ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA (MURCIA): UNA HERRAMIENTA PARA EXPLORAR POSIBLES MALOS TRATO EN ACOGIDA

*Antonia Sánchez-López, María Ascensión Albacete-Belmonte, Jesús Onofre Valera-Bernal, José Joaquín García-Arenas y Julio César Martín-Sancho.....* 746



PERFIL DIFERENCIAL DE ALCOHOLISMO FEMENINO Y DIFERENCIAS DE GÉNERO

*Francisca López-Torrecillas, Ana Nieto-Ruiz, Eva M<sup>a</sup> López-Quirantes, M<sup>a</sup> Angustias Olivencia-Carrión.....*754

ASPECTOS SOCIOCULTURALES, INTELIGENCIA ESPIRITUAL Y TIPOS DE APOYO EN EL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: UN ESTUDIO PILOTO

*Nicole Rivera-Berrios, Zayra Ruiz-Acosta, Mónica Vizcarrondo-Oppenheimer, Aynette Ramos-Cardona, Kimberly López-Ramos, Sarah Romero-Rodríguez, Esther Rodríguez-Guerra y José Martínez-González.....*764

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE ANSIEDAD Y PREOCUPACIÓN POR UN HIJO CON UNA ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y PROBLEMAS DE CONDUCTA

*Luis Pinel y Denitsa Gencheva.....*775

EL SÍNDROME DE ASPERGER: ACERCAMIENTO A LAS NECESIDADES DE ESTE ALUMNADO A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

*Francisca Pelegrina-Jiménez, Nuria Calet, y Cristina G. Dumitrache .....*785

¿QUIÉN SE ESCONDE TRAS LA ETIQUETA?: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN UN DISPOSITIVO DE LA RED AMBULATORIA DE SALUD MENTAL

*José María Martín-Jiménez, Irene Quesada-Suárez y Montserrat Fonoll-Alonso .....*795

DISCAPACIDAD INTELECTUAL: APOYO SOCIAL Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

*Begoña Medina-Gómez, Rodrigo Barquín-Cuervo e Isabel García-Alonso.....*806

AUTHENTIC LEADERSHIP AS PREDICTORS OF HEALTH AND WORK SATISFACTION IN HOSPITAL WORKERS

*Manuel Salvador Gomes Araújo y Fátima Conceição Novo Serrão.....*816

A PERSPECTIVA WINNICOTTIANA DE REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA MATERNA

*Antônio Pereira Rabelo e Eliana Rigotto Lazzarini.....*826

TALLERES PSICOLÓGICOS RESILIENTES DE DURACIÓN BREVE EN TERCERA EDAD



<i>Amadeo José Pont-Soler</i> .....	835
<u><a href="#">UNA ESCALA PARA MEDIR EL VÍNCULO EMOCIONAL ENTRE HERMANOS EN POBLACIÓN CON ESQUIZOFRENIA</a></u>	
<i>Rafael Jodar-Anchia, M<sup>a</sup> Teresa Ruiz –Jiménez, Juan Pedro Núñez- Partido y Rufino Meana-Peón</i> .....	844
<u><a href="#">THE PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF A QUESTIONNAIRE FOR MEASURING DELINQUENCY AND CRIME (D-CRIM)</a></u>	
<i>Miguel Basto-Pereira, Ana Miranda, Sofia Ribeiro and Ángela Maia</i> .....	856
<u><a href="#">NEGATIVE AGEING STEREOTYPES: PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF A PORTUGUESE VERSION OF CENVE</a></u>	
<i>Cátia Martins, Helena Martins y Cristina Nunes</i> .....	868
<u><a href="#">DISPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL PARA ACUDIR A UN PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. UN ESTUDIOPRELIMINAR</a></u>	
<i>David F. Carreño, José M. García-Alcázar, Raúl Olea-Pérez y Rubén Uclés-Juárez</i> .....	877
<u><a href="#">ESCALAS DE AJUSTE Y FUNCIONAMIENTO MARITAL. ESTUDIO DE REVISIÓN</a></u>	
<i>Nerea Jiménez-Picón, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez y Marta Lima-Serrano</i> .....	887
<u><a href="#">EFECTO DE LA ELECCIÓN DEL COEFICIENTE DE FIABILIDAD SOBRE LA EVALUACIÓN CLÍNICA</a></u>	
<i>Josu Mujika, Paula Elosua y Zaloa Orozko</i> .....	900
<u><a href="#">A BIOPSYCHOSOCIAL MODEL FOR CLINIMETRIC ASSESSMENT OF MIGRAINE: A PILOT STUDY</a></u>	
<i>Eliana Di Tillo, Giulia Pierangeli, Sabina Cevoli, Pietro Cortelli, Silvana Grandi and Eliana Tossani</i> .....	910
<u><a href="#">RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y CONDUCTAS DE SALUD EN PARTICIPANTES DE LA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO ONCOLÓGICO DE GUADALAJARA, MÉXICO</a></u>	
<i>González-Ramírez Leivy Patricia, De la Roca-Chiapas José María, Martínez-Arriaga Reyna Jazmín, Daneri-Navarro Adrián, Colunga-Rodríguez Cecilia y Del Toro-Valero Azucena</i> .....	920

A PROPÓSITO DE UN CASO. ALEXITIMIA SECUNDARIA A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

*Sergio Sánchez-Reales, Javier Díaz-Leiva, Carmen Caballero-Pelaez y Clara Lacunza-Juangarcía.....932*

PSICOTERAPIA BASADA EN MENTALIZACIÓN EN UN CASO DE TERAPIA FAMILIAR

*Sánchez- López M.V., Fernández- Sánchez A., Ortega- Parra, V., Jiménez M. y Merino Fernández- Pellón, A.....942*

ESTUDIO DE CASO SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TEPT UTILIZANDO EL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

*Paula Placencia-Morán, Cristian Castellano-Badenas, Elena Crespo Delgado, Jorge Osma López, Amparo Malea Fernández y Francisco Pérez Prieto.....951*

COPING MEDIATES THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND POSTTRAUMATIC GROWTH AMONG DISASTER SURVIVORS IN YOGYAKARTA PROVINCE INDONESIA

*Zarina Akbar & Evelin Witruk.....961*

DIFERENCIAS EN ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y HOSTILIDAD RELACIONADAS CON LA EDAD BIOLÓGICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDÍACA PARTICIPANTES DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

*María Concepción Escolar Gutiérrez, Rocío Portero García, Águeda Binué Morales, Laura Portabales Barreiro, Carmen Carcedo Robles y Carmen de Pablo Zarzosa.....970*



**CARTERA DE SERVICIOS DE PSICOLOGIA CLINICA  
EN UN AREA SANITARIA: ABORDAJE DE LA PRIMERA CONSULTA EN  
ATENCION PRIMARIA**

**Pedro Vega-Vega\*, María Muñoz-Morente\*, Luis Miguel García-Paricio\*\*, y  
Alejandro Miguens-Uriel \*\*\***

*\*Unidad de Salud Mental Comunitaria Axarquía. Servicio Andaluz de Salud; \*\*Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria. Sector 1, Hospital San Juan de Dios. Zaragoza;*

*\*\*\*Hospital de Fuerteventura.*

**Resumen**

El proceso de incorporación de la Psicología Clínica a la coordinación y atención de la demanda en Atención Primaria en nuestra Área Sanitaria ha sido paulatino desde su inicio en el 2006. Dicha incorporación supone la creación de agendas de primeras consultas para Psicología Clínica en Atención Primaria, siendo los facultativos de Medicina de Familia los que hacen la derivación directa a dichas agendas. Ello implica el desplazamiento y la presencia de los facultativos de Psicología Clínica en las Zonas Básicas de Salud. Tras un periodo de investigación, en el que se pudo demostrar que establecer la consulta de Psicología en Atención Primaria reduciría la cronificación, la reincidencia y la medicalización innecesaria del malestar asociado a las dificultades cotidianas, y tras un análisis de las ventajas e inconvenientes que supondría la implementación de un abordaje psicológico en un contexto, donde hasta ese momento el abordaje farmacológico era la primera elección de intervención; se generaliza el programa de coordinación y atención a la Primera Consulta de Psicología Clínica a la totalidad de las Zonas Básicas de Salud que componen el Área Sanitaria. Queremos presentar no sólo el proceso de implementación, también otros componentes del programa. La atención psicológica también se completa con una reunión de coordinación y análisis de la demanda y se oferta la posibilidad de un espacio de coterapia y de formación práctica y reciclaje en los modos de manejo de la problemática relacionada con la salud mental.

**Palabras claves:** Primera consulta, Psicología Clínica y Atención Primaria.

## SERVICES PORTFOLIO OF CLINICAL PSYCHOLOGY IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM: APPROACHING THE FIRST CLINICAL CONSULTATION IN PRIMARY HEALTH CARE

### Abstract

Since 2006 progressive efforts have been made to include Clinical Psychology among the services offered under the Primary Health Care umbrella in our administrative region. As patients are referred to us by general practitioners a need arises to plan for those initial consultations. This involves the location of clinical psychologist within the Basic Areas of Healthcare. Initial investigations highlighted that offering clinical psychology interventions as part of primary health care reduced chronicity of presentations, relapses and unnecessary medication of patients experiencing non-pathological discomfort related to life stressors. Following an appraisal of the pros and cons of offering psychological interventions in a setting in which, up to that point, pharmaceutical interventions were the treatment of choice, the program of co-ordination and first clinical psychology consultation is extended to all the basic areas of healthcare in this administrative district. We would like to outline, both the implementation process and the programme's components. Meetings are arranged to coordinate and analyze the demand for psychological services and provisions are made for basic and refresh training in mental health interventions as well as for opportunities to co-facilitate therapy.

**Key words:** First consultation, Clinical Psychology, Primary Health Care.

### Introducción

La incorporación progresiva del psicólogo/a como facultativo y finalmente como especialista en Psicología Clínica ha permitido la apertura del sistema sanitario público a la ampliación y diversificación del abordaje a la psicopatología y problemática de la salud mental más allá de los tratamientos establecidos de corte farmacológico o psicológico de orientación psicoanalista, todavía imperantes (Hornillos, Rodríguez, González y Fernández, 2009). A ello también han contribuido los nuevos planteamientos de gestión sanitaria basados en la búsqueda de una evidencia y eficiencia en los tratamientos, y en la gestión por procesos asistenciales y unidades de

gestión clínica que favorezcan el desarrollo de modelos de buena práctica clínica (Aguilar et al., 2004). Dos de nuestras preocupaciones centrales como profesionales sanitarios especialistas en Psicología Clínica son:

- Cómo evitar los fenómenos de iatrogenia en la intervención en salud mental que pueda favorecer como resultado la cronificación de dichos malestares, en pos de una excesiva psiquiatrización y más reciente pero ya actual psicologización de los malestares, sufrimientos y avatares de la vida.

- Cómo trasladar de manera eficiente nuestras herramientas y conocimientos de atención a la esfera psíquica a la Atención Primaria y a la población general; de manera que podamos complementar un abordaje más integral de la persona en la atención sanitaria comunitaria, y se facilite el papel de persona capacitada y propio agente de cambio para aquellos que demandan ayuda sanitaria.

Desde este marco hacemos nuestra propuesta de ofrecimiento y acercamiento de la atención psicológica a la Atención Primaria en nuestro concreto marco de actuación, el Área Sanitaria Este de Málaga.

Este programa es el fruto de un arduo proceso de incorporación progresiva de nuestra actividad como Psicólogos Clínicos de una Unidad de Salud Mental Comunitaria al ámbito de la Atención Primaria.

Iniciado en el 2006 con la coordinación directa con una Zona Básica de Salud, a la que se han ido añadiendo paulatinamente todas las restantes; y que nos vemos en disposición de formalizarlo como propuesta de programa de atención a la primera consulta de Psicología Clínica a partir del 2010, al incorporarnos al sistema informático general del Servicio Andaluz de Salud y definirse nuestras agendas asistenciales de manera individualizada.

Pese a ello cada paso en el desarrollo del programa ha sido una conquista paulatina por dar a conocer nuestra actividad e ir demostrando su eficacia hasta convertirnos en alternativa válida para un contexto sanitario dominado totalmente por un discurso biológico, patologizado y medicalizado (Gualtero y Turek, 1999; Martínez-Azumendi, Fernández y Beitia, 2001).

Sólo tras este proceso de valoración e implementación se generaliza el Programa de Coordinación y Atención a la Primera Consulta por Psicología Clínica de manera descentralizada al conjunto de las 8 Zonas Básicas de Salud que componen el Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga.

## **Diseño y Proceso de Implementación del Programa de Primeras Consultas de Psicología Clínica en Atención Primaria**

### *Profesionales a cargo del Programa*

Los 2 Psicólogos Clínicos de la Unidad de Salud Mental Comunitaria.

### *Descripción de las Zonas Básicas de Salud y el diseño de sus correspondientes agendas de Primera Consulta*

Nuestra Area Sanitaria comprende 8 Zonas Básicas de Salud, que atienden una población total de 138.500 hab. (BDU 2010).

Existen 4 Zonas Básicas de Salud a las que por su menor población, en torno a 10.000 usuarios, se ofertan 6 primeras consultas al mes para Psicología Clínica.

Un facultativo atiende Viñuela y Algarrobo, otro atiende Benamargosa y Torrox.

Las Zonas Básicas de Salud con una población en torno a los 20.000 usuarios, Vélez Sur, Vélez Norte y Nerja, disponen de 12 primeras consultas de Psicología Clínica al mes, alternando su presencia los dos facultativos.

La última Zona Básica de Salud, Torre del Mar, con una población en torno a los 30.000 usuarios dispone de 18 primeras consultas que también atienden los dos facultativos.

### *Oferta Primeras Consultas*

El número de primeras consultas ofertadas por Facultativo Especialista de Psicología Clínica/mes a Atención Primaria se incrementó de 32 mensuales a 39 para facilitar los diversos ajustes por zona y los posibles incrementos por la accesibilidad. Esto supone unos totales de:

- 78 primeras consultas/mes (al ser sólo 2 FEA de Psicología Clínica).
- 66 primeras consultas/año en cada Zonas Básicas de menor población: Benamargosa, Viñuela, Torrox y Algarrobo.
- 132 primeras consultas /año en 3 Zonas Básicas de mayor población: Vélez Sur, Vélez Norte y Nerja.
- 198 en Torre del Mar.

- Un total de 858 primeras consultas programadas de Psicología Clínica/año en Atención Primaria, 429 por Psicólogo@.

- A ello se añade un número variable, pero significativo de primeras consultas preferentes y urgentes fuera de programa, que tratan de paliar la falta de Psicólogos Clínicos para atender adecuadamente a la población, influyendo muy negativamente en la calidad de la atención.

La calendarización del año se realiza en el mes de Noviembre del año anterior cuando se abre la agenda en nuestro sistema informático (DIRAYA).

### *Metodología*

La realización de la primera consulta de Psicología Clínica en Atención Primaria tiene relevancia por sí misma, por la mera mejora en la accesibilidad y la cercanía al contexto de la población que demanda dicha atención.

Creemos relevante que este acto sanitario se enmarque dentro del espacio de intervención de Atención Primaria en aras a la desestigmatización de los problemas psicosociales y de la atención a la Salud Mental (Belloso y Espín, 2007; Martínez-Azumendi, Araluze, Grijalvo, Beitia y Mendezona, 1995).

Además consideramos fundamental ir más allá y que la Primera Consulta sea contextualizada como parte de la asistencia biopsicosocial de Atención Primaria (Perteger, 1998; Retolaza y Grandes, 2003).

Esto lo concretamos en tres niveles de colaboración:

- **DESPLAZAMIENTO DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS A LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD:** Realización de la jornada de trabajo en los Centros de Salud de Atención Primaria, facilitando la accesibilidad y disponibilidad para la población general, los profesionales de Atención Primaria, y otros dispositivos e instituciones del ámbito local relacionadas.

- **PRIMERAS CONSULTAS:** Supone el desarrollo de agendas específicas para cada Zona Básica en las que el propio Centro de Salud adscribe los usuarios a atender. Es Atención Primaria la que define las necesidades y prioridades de la atención, y el adecuado uso de dicho espacio asistencial.

- **ESPACIO DE COORDINACIÓN:** Además del beneficio directo de la atención asistencial, que siempre nos amenazará con devorarnos, creemos necesario un espacio de reflexión, colaboración y aprendizaje mutuo, lo que implica abrir paréntesis en el

espacio/tiempo del quehacer laboral, que ayuden a desarrollar estrategias de mejora de la atención, análisis de la demanda, priorización de líneas de actuación, desarrollo de espacios de coterapia y habilidades en la intervención conjunta y colaborativa; propia de una concepción global de la salud, biopsicosocial, y por tanto más interdisciplinar que rescate la vieja y denostada idea del trabajo en equipo.

Este último espacio sólo es sostenible desde un claro apoyo institucional que incentive este tipo de dinámicas.

### *Argumentación*

Protocolizar la derivación supone además cubrir tres funciones básicas:

- Disponer de una información previa de la problemática de la persona y de la gravedad de misma, por la disfuncionalidad que provoca y los diferentes contextos con los que interfiere ayuda a priorizar las interconsultas.

- Ayuda al profesional de salud mental a tener un conocimiento de la repercusión de la situación en la persona y en su entorno.

- Permite a los facultativos de Medicina de Familia y Pediatría un mejor conocimiento de las personas que atienden, sus recursos y su contexto.

Desde un primer momento consideramos la demanda de los facultativos de Atención Primaria como adecuada y enmarcada en los límites y objetivos del programa; ya que consideramos que tras los propios usuarios, ellos son las personas con mayor información de la problemática que nos derivan (Galán, Delgado y Altisent, 2004; Loayssa, González y Ruiz, 2007)

Con el funcionamiento del programa ha ido aumentando el conocimiento mutuo, de los ámbitos de saber y de mayor capacidad de intervención y de apoyo mutuo. Así por nuestra parte han aumentado las posibilidades de apoyo farmacológico a nuestras intervenciones por los profesionales de Atención Primaria, o la capacidad de contención de ciertos malestares tras una primera intervención, o para los casos de características similares.

Por parte de los facultativos de Atención Primaria, hay un aumento de contactos personales para consultar información de ciertos casos compartidos, de dudas sobre la posibilidad de intervención o derivación de casos.

Progresivamente va reduciéndose la demanda de mera valoración psicodiagnóstica o de discapacidad; o como meros intermediarios de la intervención

psiquiátrica clásica y psicofarmacológica para ciertas problemáticas de salud mental, en las que el paraguas de la psicopatologización, de la etiología “orgánica” de base, y de la intervención bioquímica como única intervención eficaz, siguen condicionando el supuesto saber y el real quehacer de la actividad sanitaria.

### *Ventajas*

Valoramos una serie de ventajas en este planteamiento de abordaje:

- Integración natural del abordaje psicológico en la realidad asistencial de la Medicina de Familia y la Pediatría, definiéndolo como un espacio colaborativo en el que el facultativo derivante es copartícipe. El cuerpo y la mente no están separados.
- Se recibe como una mejora de la oferta de atención por Atención Primaria.
- No medicalización de las problemáticas relacionales y de la vida cotidiana. Las personas reciben ayuda sin etiquetas psiquiátricas. La problemática de salud mental no se magnifica ni mitifica.
- Se focaliza en el aquí-ahora y en la capacidad de las personas.
- Intervención temprana preventiva de la enfermedad mental.
- Apuesta por la promoción de la salud y el desarrollo positivo.
- Mayor conocimiento e implicación de la familia y el entorno.

### *Dificultades*

Pero también partimos de que nos vamos a encontrar unas dificultades:

- Predominio del modelo médico tradicional como intervención única ante los problemas de salud. Sólo el 20% en Medicina de Familia tienen orientación psicosocial.
- Falta de divulgación e implicación de la organización en el Programa: algunos profesionales, dada la alta inestabilidad de la plantilla en sanidad, no conocen la existencia del programa después años de funcionamiento o no se ha divulgado por los coordinadores.
- Atención Primaria funciona con unos tiempos muy reducidos respecto a Salud Mental. La demanda de Atención Primaria se centra en recibir ayuda para la atención y el manejo de los casos que desbordan una agenda totalmente comprimida, frente al interés de Salud Mental de coordinaciones y formaciones que limiten o reduzcan las derivaciones.

- Limitación para habilitar espacios de análisis y priorización de la demanda, coordinación, coterapia y formación.

- Limitaciones burocráticas para diferenciar la demanda psicológica. El médico interesado en la derivación tiene que definir a mano que es para Psicología y tachar Psiquiatría cuando hay una pestaña específica de Psicología Clínica que no está habilitada.

- Limitaciones administrativas para el flujo de la información: nuestro sistema informático de Historia Clínica separa la información registrada a nivel de Atención Primaria de la información registrada en Atención Especializada. Sólo llega la información a través del correo profesional si le mandamos los informes o entrando en la historia única de salud, para lo que ni ellos ni nosotros disponemos de demasiado tiempo durante las consultas.

- Abuso de derivaciones alternativas o encubiertas no programadas a través de preferentes, interconsultas vía Psiquiatría, o similares.

## **Conclusiones**

Hemos pretendido definir un marco conceptual homogéneo de trabajo, al objeto de ir más allá del mero acercamiento de nuestra intervención como Psicólogos Clínicos al espacio asistencial de Atención Primaria.

Creemos que este acercamiento es un derecho en la mejora de atención de la población, dotándole de una accesibilidad a la asistencia psicológica, recurso que está siendo demandado masivamente por su demostrada eficacia en diversos campos de la salud en el ámbito de la asistencia privada.

Sin embargo no pretendemos que la intervención psicológica en Atención Primaria se convierta en la vulgarización de cuatro recetas generales para aplicar a los problemas “light” de salud mental, y por cualquier profesional con escasos conocimientos de psicología.

Ni tampoco pretendemos que se generalice el error de una psicopatologización masiva de la vida cotidiana, al que ya tanto ha contribuido la asistencia psiquiátrica y psicológica, y los limitados y parciales modelos teóricos psicológicos que en gran medida la sustentan.

Creemos que en el mundo de la Psicología aún hay mucho camino por recorrer para construir puentes hacia un conocimiento más consistente y compatible entre

modelos, y también para definir su aplicación práctica eficiente a los problemas de salud de la población.

Desde esta posición pretendemos dar una atención psicológica a la población, lo más directa, cercana y global posible, entendiendo sus problemas de salud como parte consustancial de su vivir cotidiano en el que la persona y su entorno son los verdaderos protagonistas de su existir biopsicosocial.

Así pues estos serían nuestros ejes de referencia fundamentales:

- La atención psico-social comunitaria debe estar tan cerca como sea posible al espacio social donde se produce la demanda. Es en Atención Primaria donde se produce la demanda y es ahí donde debería encontrar solución, para evitar una medicalización innecesaria, con efectos indeseables tales como el etiquetado y la caracterización de la persona como “enfermo mental”.

- La persona como experta en sus problemas y dificultades.

- El profesional como facilitador y orientador en el modo de afrontamiento y en la búsqueda de soluciones.

- Entrevista centrada en la persona y en ayudar a activar sus propias capacidades de manejo.

## Referencias

- Aguilar, M.E., Hurtado, J., Sagredo, G., Heras, J.C., Estévez, M.L., Linares, L., et al. (2004). Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un EAP: identificando oportunidades de mejora. *Atención Primaria*, 34, 26-31.
- Belloso, J.J. y Espín, J. (2007). Un año de pacientes nuevos en un Servicio de Salud Mental. *Revista Asociación Española de Naeuropsiquiatría*, 99, 39-58.
- Galán, S., Delgado, M.T., y Altisent, R. (2004). Análisis de la relación entre el médico de atención primaria y la industria farmacéutica. *Atención Primaria*, 34, 231-47.
- Gualtero, R. y Turek, L. (1999). Salud mental: encuesta a los médicos de atención primaria. *Revista Asociación Española de Naeuropsiquiatría*, 70, 225-234.
- Hornillos, C., Rodríguez, E., González, F., y Fernández, A. (2009). Presencia física de profesionales de Salud Mental en un Centro de Atención Primaria como forma alternativa de coordinación. Una experiencia piloto. *Revista Asociación Española de Naeuropsiquiatría*, 104, 355-370.

- Loayssa, J.R., González, F. y Ruiz, R. (2007). Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. *Atención Primaria*, 39, 291-7.
- Martínez-Azumendi, O., Araluze, K.J., Grijalvo, J., Beitia, M. y Mendezona, J.I. (1995). Expectativas de la demanda sobre un centro de salud mental comunitario: evaluación de un nuevo cuestionario. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 52, 25-43.
- Martínez-Azumendi, O., Fernández, C. y Beitia, M. (2001). Variabilidad factorial del SCL-90-R en una muestra psiquiátrica ambulatoria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 95-102.
- Perteger, M. (1998). Expectativas y satisfacción de los usuarios de atención primaria. *Revista española de medicina de familia*, 24, 711-718.
- Retolaza, A. y Grandes, G. (2003). Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 171-176.

## FORMULACIÓN TRANSDIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro, M<sup>a</sup> Pilar Arnal-Val, Belén Gago-Velasco y  
Patricia Navarro-Gómez**

*Hospital Universitario Politécnico La Fe de Valencia*

### Resumen

**Antecedentes.** El transdiagnóstico constituye una aproximación integradora, que parte de la investigación de procesos etiológicos cognitivos y comportamentales causales y/o mantenedores de diversos trastornos mentales. El modelo transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Brown y Barlow (2009) plantea, a través de un modelo de triple vulnerabilidad, la existencia de factores subyacentes comunes a los trastornos emocionales, que representarían diferentes manifestaciones de unas vulnerabilidades temperamentales nucleares. Sobre la base de este planteamiento teórico, se desarrolla el Protocolo Unificado (PU) de tratamiento transdiagnóstico para los trastornos emocionales (Barlow et al., 2011). Desde un enfoque transdiagnóstico, Sauer-Zavala y Barlow (2014) plantean que el Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) compartiría estos factores nucleares comunes con el resto de trastornos emocionales. **Método.** Para ilustrar estas consideraciones se presenta el caso de una mujer de 43 años atendida en Centro de Salud Mental, con un diagnóstico de TLP, con trastornos comórbidos de Agorafobia y Trastorno de pánico. Abordando su formulación y tratamiento desde el modelo transdiagnóstico. La presencia de altos niveles de Neuroticismo/Afecto-negativo unida a un contexto de crianza negligente, impredecible, invalidante, con experiencias de separación y maltrato, dificultarían el desarrollo de estrategias de regulación emocional adaptativas. Mecanismos de reforzamiento positivo y negativo mantienen estas estrategias disfuncionales. Se inicia tratamiento basado en el PU para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2011). **Resultados.** Presenta una discreta mejoría, con un seguimiento errático del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico. **Conclusiones.** El modelo transdiagnóstico supone un enfoque atractivo que permite superar las limitaciones del enfoque categorial clásico, a través del diseño de tratamientos que incidan sobre mecanismos nucleares comunes, facilitando diagnósticos personalizados y una mejor comprensión de la comorbilidad.

**Palabras Clave:** Transdiagnóstico, Protocolo Unificado, Regulación Emocional, Trastornos Emocionales, Trastorno de la Personalidad Límite.

## **TRANSDIAGNOSTIC CASE CONCEPTUALIZATION AND TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS: A CASE REPORT**

### **Abstract**

**Background.** Transdiagnostic is an integrative approach from the investigation of cognitive and behavioral processes etiological causes and/or maintainers of various mental disorders. The transdiagnostic approach of emotional disorders arises, through a model of triple vulnerability, the existence of common underlying factors to all emotional disorders, which represent different manifestations of core temperamental vulnerabilities. Based on this theoretical approach, it was developed the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders (Barlow et al., 2011) From a transdiagnostic approach, Sauer-Zavala y Barlow (2014) suggest that Borderline Personality Disorder (BPD) share these common nuclear factors with other emotional disorders. **Method.** To illustrate these considerations, the case of a 43 years old woman treated at a Mental Health Center, with a diagnosis of BPD and comorbid Agoraphobia and panic disorders, is presented, addressing his formulation and treatment from the transdiagnostic approach. The presence of high levels of Neuroticism/Negative-affect and a negligent, unpredictable and debilitating context, with experiences of separation and mistreatment breeding, hamper the development of adaptative emotional regulation strategies. Mechanisms of positive and negative reinforcement keep these dysfunctional strategies. UP based treatment for transdiagnostic treatment of emotional disorders (Barlow et al., 2011) is performed. **Results.** Throughout the treatment, the patient presents a slight improvement, with erratic adherence to psychotherapeutic and pharmacological treatment. **Conclusions.** The transdiagnostic model is an attractive approach that overcomes the limitations of the classic categorical approach, through the design of treatments that focus on core common mechanisms, providing personalized diagnosis and a better understanding of comorbidity.

**Key words:** Transdiagnostic, Unified Protocol, Emotional Regulation, Emotional Disorders, Borderline Personality Disorder.



## Introducción

El enfoque transdiagnóstico permite entender los trastornos mentales sobre la base de procesos cognitivos y conductuales etiopatogénicos, causales y/o mantenedores comunes (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). Los modelos transdiagnósticos se apoyan en tres grupos de evidencias (Belloch, 2012): (1) Estudios que avalan la existencia de dimensiones básicas comunes de orden superior; (2) dimensiones de orden inferior; (3) e investigaciones de psicología básica sobre procesos cognitivos o estrategias de afrontamiento.

El modelo transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Brown y Barlow, 2009) plantea, a través de un modelo de triple vulnerabilidad, la existencia de factores subyacentes comunes a los trastornos emocionales, que representarían diferentes manifestaciones de unas vulnerabilidades temperamentales nucleares. Surgiendo la variabilidad de la influencia de agentes etiológicos más específicos.

El modelo propone la existencia de tres vulnerabilidades:

(1) Vulnerabilidad biológica generalizada (VBP): dos dimensiones de rango superior, con una importante contribución genética, Neuroticismo/Afecto-negativo (N/AN) y Extraversión/Afecto-positivo (E/AP).

(2) Vulnerabilidad psicológica generalizada (VPG): experiencias tempranas y estilos de crianza que favorecen o inhiben el desarrollo de estrategias de regulación y afrontamiento adaptativas.

(3) Vulnerabilidad psicológica específica (VPE): experiencias de aprendizaje en las que el afecto negativo es asociado de forma específica a objetos, eventos o sensaciones.

Eventos vitales estresantes desencadenan la diátesis de N/AN para dar lugar a un síndrome clínico. La presencia de las dos vulnerabilidades generalizadas incrementa el riesgo de experimentar ansiedad generalizada y/o depresión, en función de los valores de N/AN y E/AP. Para el resto de los trastornos de ansiedad, la VPE es activada.

La consecuencia de esta triple vulnerabilidad es la consolidación de estrategias de regulación emocional desadaptativas que contribuyen a la persistencia de los síntomas a través de mecanismos de reforzamiento. Desde este modelo, los trastornos emocionales son conceptualizados como trastornos de desregulación afectiva.

Basado en este planteamiento teórico, Barlow et al. (2011) desarrollan el Protocolo Unificado (PU) de tratamiento transdiagnóstico para aquellos trastornos con

un importante componente emocional. Algunos estudios han analizado la eficacia del PU en formato individual (Farchione et al., 2012) y grupal (Bullis et al., 2015).

El Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) se caracteriza por la presencia de emociones negativas intensas y frecuentes, reacciones disfuncionales ante las experiencias emocionales, así como una alta comorbilidad y solapamiento con otros trastornos emocionales. Sauer-Zavala y Barlow (2014) plantean que, desde una perspectiva transdiagnóstica, el TLP comparte los factores nucleares comunes al resto de trastornos emocionales.

Recientemente, Sauer-Zavala, Bentley y Wilner (2015) han realizado un estudio preliminar para evaluar la eficacia del PU en el tratamiento del TLP con trastornos comórbidos de ansiedad y/o depresión, hallándose una reducción clínicamente significativa sobre los síntomas propios del trastorno de la personalidad, ansiedad y síntomas depresivos, así como un incremento en habilidades de regulación emocional adaptativas.

El objetivo de este trabajo es presentar la formulación y tratamiento desde una perspectiva transdiagnóstica de un caso de TLP.

### **Identificación del paciente y motivo de consulta**

Mujer de 43 años, divorciada, sin hijos, vive sola, en situación de desempleo desde hace cinco años. Es derivada por MAP para seguimiento por agorafobia, con escasa respuesta al tratamiento farmacológico, abuso de benzodiazepinas y clínica afectiva concomitante.

Con inicio a los 11 años, a raíz de episodios sincopales, describe la aparición de síntomas de ansiedad que toman la forma de episodios agudos de crisis de angustia, reactivos a situaciones temidas o al anticipar su afrontamiento. Refiere, también a partir de los 11 años, el desarrollo insidioso de miedos agorafóbicos, por el temor a sufrir un desmayo y no poder escapar o ser auxiliada, con conductas de evitación. También describe un estado de ánimo depresivo, apatía, sentimientos de inutilidad e incapacidad.

La paciente presenta un curso de los síntomas fluctuante, con un nivel de ansiedad basal persistentemente elevado, sin llegar a una remisión completa en ningún momento. Asocia los periodos de mejoría subjetiva a etapas en las que mantenía una relación de pareja.

Refiere dos intentos de suicidio, ambos desencadenados por situaciones conflictivas con sus exparejas. Recurriendo a la ingesta de medicamentos y alcohol o al uso de objetos punzantes. Actualmente persiste ideación tanática pasiva.

Respecto a su psicobiografía, la paciente es la mayor de dos hermanos. Sus padres mantenían una relación conflictiva e inestable, caracterizada por agresividad, maltrato físico y verbal e infidelidades. Los describe como personas frías, distantes y manipuladoras. Con vivencia de abandono y crianza negligente por ambos progenitores.

Cuando la paciente tiene 17 años sus padres se separan, y ambos progenitores se van del hogar quedando ella a cargo de su hermano pequeño, consumidor de cocaína desde los 15 años.

La paciente inicia su primera relación de pareja a los 19 años. En su última relación sufre durante años maltrato físico y psicológico, en un contexto de alcoholismo y consumo de drogas. Finalmente se traslada a un centro de mujeres víctimas de violencia de género.

En relación a su entorno social, la paciente refiere haber permitido que se aprovechen de ella, por considerar las relaciones más íntimas de lo que son realmente y el temor al abandono o la soledad. Actualmente refiere una red de apoyo social reducida.

### **Estrategias de Evaluación**

Se realizó mediante entrevista clínica e instrumentos de evaluación psicométrica:

*Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated* (EPQR-A) (Francis, Brown y Phillipchalk, 1992): Cuestionario con buenos niveles de fiabilidad y validez para las dimensiones de neuroticismo ( $\alpha=.78$ ) y extraversión ( $\alpha=.74$ ) en población española (Sandín, Valiente, Chorot, Olmedo y Santed, 2002). La paciente obtiene una puntuación elevada en Neuroticismo. Evidenciando una predisposición temperamental a experimentar afecto negativo intenso y persistente, con frecuentes fluctuaciones del estado de ánimo, dificultad para la regulación emocional, malestar generalizado crónico, hipervigilancia, percepción de incontrolabilidad y baja percepción de autoeficacia.

*Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS); (Watson, Clark y Tellegen, 1988): Con buenos datos de consistencia interna y validez de constructo ( $\alpha=.87-.91$ ) (Sandín et al., 1999). Obtiene una puntuación significativamente elevada en Afecto Negativo. Marcado por la experiencia de frecuentes e intensas emociones negativas como tensión, culpa, miedo, ira, irritabilidad, vergüenza, ansiedad e inquietud.

Siguiendo el modelo categorial del DSM-5 (APA, 2014), se propone el diagnóstico principal de Trastorno de la personalidad límite (F60.3), con diagnósticos comórbidos de Agorafobia (F40.00), Trastorno de pánico (F41.0) y Trastorno por Consumo de Sustancias (F13.20).

### **Formulación clínica del caso**

La presencia de altos niveles de A/AN (VBG) predice la aparición de una sustancial puesta en marcha de estrategias de regulación emocional disfuncionales. En la psicobiografía (VPG) se aprecia un ambiente inestable, inseguro e impredecible, con experiencias de separación tempranas, maltrato físico y psicológico. Unos progenitores con un estilo de crianza negligente, que no parecían responder de forma apropiada y contingente a las necesidades de apego, o con respuestas contradictorias a dichas necesidades, que dificultarían el desarrollo de una sensación de control sobre el entorno. Generando además, un estilo de vínculo y relación ambivalente y polarizado hacia su entorno social y un estilo cognitivo defensivo ante los conflictos interpersonales. También se hacen patentes las experiencias tempranas de aprendizaje (VPE) mediadas por un ambiente invalidante caracterizado por la crítica y la culpabilización ante la expresión emocional, instaurando temor a las experiencias emocionales. La hipervigilancia facilita la detección de sensaciones interoceptivas, amplificando su intensidad percibida, incrementando la probabilidad de aparición de síntomas de crisis de angustia, inicialmente de carácter inesperado, que por procesos de asociación y generalización física y verbal tornarán predispuestos situacionalmente. Con un estilo cognitivo defensivo, la paciente tiende a atribuir el malestar a señales externas o síntomas físicos, reprimiendo o negando los conflictos interpersonales, de manera que las reacciones emocionales derivadas de éstos, son racionalizadas en un intento de control, y expresadas a través de síntomas físicos que permiten a la paciente lograr cierta atención y validación. Conductas de evitación comportamental (situacional y evitación comportamental sutil) y conductas de evitación emocional y cognitiva) son puestas en marcha como estrategias de regulación ineficaces. Finalmente, los mecanismos de reforzamiento positivo (atención y validación del entorno) y negativo (prevención del miedo, disminución responsabilidades, supresión emocional y negación de conflictos interpersonales) jugarían un papel mantenedor de estas estrategias de regulación emocional desadaptativas.

## Tratamientos

La paciente recibe tratamiento farmacológico en psiquiatría, pautando diazepam 10mg dos comprimidos cada ocho horas, alprazolam 2mg un comprimido cada ocho horas y zolpidem 10mg por la noche.

Dada la comorbilidad entre clínica ansiosa, depresiva y una marcada desregulación afectiva, se inició intervención psicoterapéutica siguiendo el PU (Barlow et al., 2011), que incide sobre los aspectos nucleares subyacentes a la sintomatología.

## Aplicación del tratamiento

Tratamiento psicoterapéutico focalizado en la regulación emocional. Planteando como objetivo principal identificar y corregir los intentos desadaptativos de regulación de la experiencia emocional, facilitando el desarrollo de estrategias más adecuadas a través del procesamiento y la extinción de las respuestas emocionales desproporcionadas en respuesta tanto a claves externas como internas, enfatizando la naturaleza funcional de las emociones.

El PU consiste en ocho módulos de tratamiento, que se pueden adaptar con flexibilidad a las particularidades de cada caso.

1. Motivación: Se emplean ejercicios y técnicas provenientes de la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2015).

2. Psicoeducación emocional: Se revisa la función adaptativa de las emociones y los distintos componentes de la experiencia emocional.

3. Entrenamiento en conciencia emocional: Mediante ejercicios de Mindfulness y de inducción de emociones en las que se monitoriza la interacción entre pensamientos, sensaciones y conductas.

4. Reinterpretación Cognitiva: Se facilitan estrategias para identificar como los patrones de pensamiento e interpretación influyen en las respuestas emocionales. Se fomenta la flexibilidad cognitiva.

5. Evitación emocional y conductas impulsadas por la emoción: Se trabaja la identificación de aquellas conductas específicas que emplea la paciente para prevenir la completa exposición a emociones intensas y la toma de conciencia del efecto paradójico de esta evitación.

6. Conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas: Incrementar la conciencia del rol que las sensaciones físicas juegan en las experiencias emocionales y tomar

conciencia de las sensaciones físicas que ha asociado a las situaciones o emociones que evita.

7. Exposición interoceptiva y situacional: Introducir a la paciente en aquellas situaciones y experiencias que evita, a través de ejercicios de exposición a las emociones.

8. Prevención de recaídas: Se revisan los conocimientos adquiridos y el progreso de la paciente, así como el establecimiento de nuevas metas.

### **Factores relacionados con el terapeuta**

La intervención ha sido llevada a cabo por un único psicoterapeuta formado en el el PU y terapias de tercera generación, con supervisión del caso por parte de otro profesional.

### **Efectividad y eficiencia de la intervención**

A lo largo de la intervención se produce una discreta mejoría de la clínica ansioso-depresiva, con un seguimiento errático del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico.

### **Discusión**

Los modelos transdiagnósticos suponen una potente alternativa que permite superar algunas de las limitaciones e inconvenientes del enfoque diagnóstico categorial. A través de modelos basados en factores etiológicos nucleares comunes a un amplio rango de trastornos, el transdiagnóstico nos permite realizar diagnósticos individualizados basados en conceptos dimensionales y en formulaciones que tienen en cuenta las particularidades de cada individuo. Por otra parte, se sustenta en modelos teóricos asentados en la investigación psicológica que permite una mayor comprensión de factores etiológicos implicados en el inicio y mantenimiento de trastornos mentales sintomatológicamente diferentes, lo que a su vez facilita (como se puede apreciar en el caso presentado) la comprensión y el diagnóstico de la comorbilidad.

A partir de estos modelos, han surgido distintos programas de terapia cognitivo-conductual que permiten una mejor adaptación a las particularidades de cada paciente, además de potenciar la puesta en marcha de tratamientos grupales que permitan optimizar recursos y facilitar la diseminación de los tratamientos.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Asociación Americana de Psiquiatría, Arlington, VA.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., et al. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311.
- Brown, T. A., Barlow, D. H. (2009). A Proposal for a Dimensional Classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271.
- Bullis, J., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., y Barlow, D. H. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Preliminary Exploration of Effectiveness for Group Delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., et al. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678.
- Francis, L. J., Brown, L. B., y Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the revised Eysenck personality questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 443-449.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2015). *La Entrevista Motivacional: ayudar a las personas a cambiar*. Barcelona: Paidós.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psichothema*, 11(1), 37-51.

- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva Frontera en Psicología Clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Olmedo M., y Santed, M. A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (II): Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 207-216.
- Sauer-Zavala, S., y Barlow, D. H. (2014). The case for Borderline Personality Disorder as an Emotional Disorder: Implications for Treatment. *Clinical Psychology Science and Practice*, 21, 118-138.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., y Wilner, J.G. (2015). Transdiagnostic Treatment of Borderline Personality Disorder and Comorbid Disorders: A Clinical Replication. *Journal of Personality Disorders*, 24, 1-17.
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

## LIMITACIONES DE LOS ACTUALES MODELOS DIAGNÓSTICOS CATEGORIALES

**M<sup>a</sup> Pilar Arnal-Val, Belén Gago-Velasco, Luis Estévez-Cachafeiro y Patricia Navarro-Gómez**

*Residentes de Psicología Clínica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia  
(España)*

### Resumen

**Antecedentes.** El modelo biomédico impera en la forma de evaluar y tratar los problemas de salud mental. Coincidiendo con la publicación del DSM-5, se han vertido importantes críticas, algunas desde figuras representativas de la propia Psiquiatría, hacia este modelo, estableciéndose un debate sin precedentes en la historia de la salud mental. La sistematización categorial choca con la noción de dimensión o continuidad entre la normalidad y la psicopatología y no permite considerar el sufrimiento humano como un todo en términos sistémicos. **Método.** Se realiza una revisión bibliográfica de los principales cambios surgidos en el DSM-5, así como de las críticas vertidas desde el ámbito de la psiquiatría y psicología clínica. Por último se recogen algunas propuestas alternativas surgidas desde la Psicología Clínica. **Resultados.** El motivo más importante de controversia es el aumento de diagnósticos psiquiátricos, así como una exigencia menos estricta para los criterios diagnósticos en las categorías antiguamente existentes. Estos hechos pueden traer consigo la psicopatologización de problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos y el uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica. Todo ello ha motivado la búsqueda de alternativas más consistentes en la descripción y clasificación de los trastornos mentales, basadas en sistemas dimensionales. Diferentes propuestas actuales abogan por una psicopatología de base fenomenológica, interesada en describir la estructura de los problemas psicológicos, comprenderlos en la perspectiva de primera-persona y explicarlos en el contexto biográfico y circunstancias de la vida. **Conclusiones.** Sigue siendo un reto de futuro para los sistemas diagnósticos integrar los modelos categoriales y dimensionales. El DSM es una herramienta útil en la práctica clínica para establecer un lenguaje común. Debemos tener en cuenta que el sufrimiento humano es el resultado de una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

**Palabras clave:** modelos diagnósticos categoriales, DSM-5, psicopatologización de la vida cotidiana, modelos diagnósticos dimensionales.

## LIMITATIONS OF CURRENT CATEGORICAL MODELS OF PSYCHIATRIC DIAGNOSIS

### Abstract

**Background.** Nowadays the biomedical model dominates how to assess and treat mental health problems. Coinciding with the publication of DSM-5, it has been poured substantial criticism to this model, some of them from representative figures of psychiatry. It has been established an unprecedented debate in the history of mental health. Categorical systematizing hits with the notion of dimension or continuity between normality and psychopathology and doesn't consider human suffering as a whole in systemic terms. **Method.** It has been made a literature review of the major changes made in the DSM-5, as well as the criticism performed by the field of psychiatry and clinical psychology. Finally it has been collected some alternative proposals emerging from the clinical psychology. **Results.** The most important source of controversy is the increase in psychiatric diagnoses, as well as a less strict requirement for the diagnostic criteria in the formerly existing categories. These events can bring the psychopathologization of everyday life problems, generating false positive patients, stigmatizing patients with psychiatric diagnoses and the widespread and indiscriminate use of drug prescriptions. This has motivated the search for more consistent alternatives based on dimensional systems to describe and classify mental disorders. Different current proposals call for a phenomenological psychopathology base, interested in describing the structure of psychological problems, understanding them in the first-person perspective and in the biographical context and circumstances of life. **Conclusions.** It remains as a future challenge for diagnostic systems to integrate categorical and dimensional models. The DSM is a useful tool in clinical practice to establish a common language. We should consider that human suffering is the result of a complex combination of biological, psychological and social factors.

**Key words:** categorical diagnoses models, DSM-5, psychopathologization of everyday life, dimensional diagnoses models.



## Introducción

Disponer de una clasificación de los trastornos mentales permite poder adoptar un lenguaje común que facilita diversas actividades de importancia, tales como: replicar trabajos de investigación, llevar a cabo acciones interdisciplinarias, trabajar para la homologación de tratamientos, realizar estudios epidemiológicos y analizar la efectividad de las terapias basadas en la evidencia (Sandín, 2013).

Los modelos categoriales basan la definición de los diagnósticos en asociaciones estadísticamente significativas. Sin embargo la fenomenología de los trastornos mentales cuestiona estos modelos que chocan contra la noción de continuidad entre normalidad y psicopatología.

El 18 de mayo de 2013 se publicó la quinta edición del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), rodeado de una intensa polémica. Las críticas al manual comenzaron mucho antes de su publicación, dando lugar a un debate sin precedentes en la historia de la salud mental. Han aparecido numerosas plataformas internacionales de distintos profesionales de la salud mental manifestándose, planteando posturas que oscilan entre pedir la transformación de las clasificaciones hasta las que piden directamente su abolición.

Haciendo un recorrido por la historia de la elaboración de las distintas ediciones de los manuales DSM podemos observar las transformaciones que ha ido experimentando. El DSM I (APA, 1952) apareció en 1952 en el contexto de la Segunda Guerra Mundial. En estos momentos su objetivo estaba centrado en estudiar las secuelas de los veteranos de guerra. El DSM II (APA, 1968) publicado en 1968 apareció bajo una fuerte influencia del psicoanálisis. Sigue un modelo dimensional donde no se habla de trastorno sino de reacciones individuales ante los factores biológicos, psicológicos y sociales. El DSM III (APA, 1980) apareció en 1980 dando un giro importante a las clasificaciones anteriores. Este manual de carácter atórico se presentaba por primera vez bajo una perspectiva biológica y categórica basada en el modelo kraepeliniano de enfermedad mental. En 1994 el DSM IV (APA, 1994) supuso la consolidación y éxito del modelo categorial.

En el proceso de elaboración del DSM 5 se planteó el objetivo de poder realizar un modelo basado en las nuevas aportaciones de las neurociencias que incluyera dimensiones sustentadas biológicamente. El comité directivo a penas incluyó psicólogos

clínicos de prestigio, a diferencia del DSM IV y la representación de los psicólogos en los grupos de trabajo fue limitada (Sandín, 2013).

Las áreas de controversia principales giraron en torno a dos aspectos: el proceso de elaboración del manual y algunos de los cambios introducidos. En cuanto a la construcción del nuevo manual se han criticado aspectos tales como la existencia de cierto grado de secretismo, la existencia de conflicto de intereses en algunos miembros del comité, las propuestas de cambio de paradigma con una mayor orientación hacia lo biológico y lo que se considera una promoción de la medicación de la normalidad.

Debido a estas críticas durante el proceso de elaboración el comité echó marcha atrás en dos de sus propuestas más polémicas: el síndrome de la psicosis atenuada y el trastorno mixto ansioso-depresivo. De haber sido incluidos estos trastornos hubieran supuesto un incremento considerable del número de personas incluidas en las categorías de los trastornos psicóticos y depresivos.

El DSM 5 recoge una serie de cambios a nivel de organización. Desaparece el sistema multiaxial, organizándose ahora en base a tres secciones. La sección II recoge los contenidos de los antiguos eje I y II. Los capítulos se reorganizan siguiendo el ciclo vital e incorpora un enfoque más dimensional que en los anteriores manuales, conscientes de las limitaciones de los modelos categoriales. Sin embargo, esta incorporación es todavía muy limitada, quedando circunscrita al nuevo modelo conceptual de los trastornos de personalidad y a la inclusión de especificadores de gravedad y estando reducida solo a algunos trastornos.

Frente a los modelos categoriales, los modelos dimensionales resultan menos artificiales y aportan mayor información clínica. Como inconvenientes presentan una mayor complejidad.

## **Método**

### *Participantes*

Revisión bibliográfica de artículos y manuales de referencia nacional e internacional sobre las controversias y cambios planteados por el DSM 5.

### *Materiales*



Se toma como fuente los buscadores PUBMED y Google Scholar y se plantean como estrategias de búsqueda: “DSM 5”, “cambios DSM 5/changes DSM 5”, “controversias DSM 5/Controversy DSM 5”.

### *Procedimiento*

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica actualizada sobre los principales cambios aparecidos en el DSM 5, así como las principales críticas vertidas contra éste desde el campo de la psiquiatría y la psicología clínica. Del mismo modo se recogen algunas de las propuestas alternativas surgidas desde la psicología clínica. Entre los resultados de la búsqueda se seleccionan las fuentes más actuales y de mayor relevancia.

### *Diseño*

Revisión bibliográfica de fuentes aparecidas desde el 2013 a la actualidad en torno al tema de estudio.

## **Resultados**

A pesar de los cambios introducidos, el DSM 5 sigue estando basado en un modelo categórico. Por ello una de sus principales limitaciones tiene que ver con la elevada comorbilidad que encontramos en la práctica clínica. Además el nuevo manual incrementa el número de diagnósticos no especificado, apareciendo muchos trastornos para los que no existe un tratamiento específico.

En el DSM 5 se observa un giro hacia la fundamentación biológica de los trastornos, donde cobra una mayor importancia el modelo biomédico. Esto se pone de manifiesto en el cambio de nomenclatura de algunos grupos diagnósticos como por ejemplo los trastornos del neurodesarrollo o los trastornos neurocognitivos. Esto puede traer como consecuencia una mayor presencia de la medicación y una descontextualización de los problemas de salud mental de la experiencia personal y del contexto social, cultural o familiar del paciente.

Otra de las áreas más polémicas del nuevo manual gira en torno a la existencia de umbrales diagnósticos menos exigentes para algunos trastornos (Trastorno de ansiedad generalizada o bulimia nerviosa) respecto al manual anterior, así como la aparición de nuevos trastornos sin una base empírica sólida. Estos dos aspectos pueden conducir a la psicopatologización de problemas de la vida cotidiana, la generación de mayores falsos

positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátrico y a un uso generalizado de la medicación, con el riesgo que puede suponer para algunas poblaciones como la infantil (Echeburúa y Salaberría, 2014).

Entre los diagnósticos de nueva aparición más polémicos se encuentran: el trastorno del estado de ánimo disruptivo y no regulado, el trastorno disfórico premenstrual o el trastorno neurocognitivo leve, lo que podrían considerarse ejemplos de patologización de la normalidad o frutos del propio proceso evolutivo. Por otra parte, trastornos como el trastorno por atracción, el trastorno de excoiación o el trastorno por acaparamiento, también han sido cuestionados por basar su diagnóstico en la existencia de un único síntoma. Ha sido muy controvertido el hecho de que el diagnóstico de depresión mayor no excluya el duelo, así como la extensión del diagnóstico de TDAH a la vida adulta o el hecho de que el trastorno de sintomatología somática no requiera la ausencia de una enfermedad médica.

Una de las figuras más críticas con el nuevo manual ha surgido desde el ámbito de la propia psiquiatría. Se trata de Allen Frances (2014), psiquiatra americano que fue director del grupo de trabajo de elaboración del DSM IV. En su libro *¿Somos todos enfermos mentales?*, vierte duras críticas hacia el presente manual. Con éstas pretende salvar a la gente normal de ser diagnosticada como enferma y ser sometida a tratamientos médicos innecesarios, así como clarificar las fronteras entre lo que son perturbaciones que forman parte de la vida y un auténtico diagnóstico psiquiátrico. Del mismo modo denuncia trastornos que a su juicio están sobrediagnosticados como el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno bipolar en niños o el autismo (Francés, 2014).

Continuando con las críticas surgidas desde la propia psiquiatría, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), antes de la publicación del manual, declaró que no se registrarían por él y que no subvencionarían investigaciones llevadas a cabo en este formato, alegando su debilidad estadística. Apuestan por una nueva clasificación diagnóstica basada en marcadores objetivos y biológicos. Su propósito gira en torno a tratar de definir la psiquiatría como una neurociencia (Insel, 2013).

Profesionales de distintas disciplinas (medicina, psicología, trabajo social) formaron la plataforma Boicot al DSM 5 (The Comitte to boycott DSM 5, 2013), donde dan a conocer diversos estudios científicos que demuestran que los diagnósticos del

DSM tienen poco sustento científico y escasa fiabilidad interjueces. Se muestran a favor de la abolición del actual sistema de clasificación.

Un grupo de profesionales de la psiquiatría británicos elaboraron el comunicado: “No más etiquetas diagnósticas” (Timimi, 2013) donde abogan también por la eliminación del actual sistema. Parten de los siguientes supuestos: los diagnósticos psiquiátricos no son válidos, su uso aumenta la estigmatización, no ayudan en la decisión sobre el tratamiento a elegir, suponen imponer las creencias occidentales sobre los trastornos mentales en otras culturas y existen modelos alternativos basados en la evidencia. Apuestan por un enfoque de rehabilitación basado en el paradigma biopsicosocial.

En el ámbito de la psicología, la Asociación Americana de Psicología (2012) desarrolló la Declaración pública sobre la confiabilidad, validez y seguridad del DSM 5. En ella se insta a distintos tipos de profesionales a evitar el uso del DSM 5. Esta declaración fue apoyada por cerca de cincuenta organizaciones del ámbito de la salud mental, entre ellas el Consejo General de la Psicología de España.

La División de Psicología Clínica de la Asociación Británica de Psicología (British Psychological Society, 2013) denunció las limitaciones del DSM 5 y mostró oposición a la aplicación del modelo biomédico. En su declaración defienden un modelo conceptual basado en la formulación psicológica de los problemas que parte de una perspectiva ideográfica, multifactorial y biopsicosocial.

Desde la Psicología Clínica podemos encontrar diversos modelos alternativos al modelo biomédico: el enfoque transdiagnóstico, el modelo sistémico o el análisis funcional de la conducta. En Alemania existe un sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado. Desde las terapias de tercera generación se propone el trastorno de evitación experiencial o el enfoque contextual. Por otro lado, la terapia humanista promueve al cliente como autosanador activo.

## **Conclusiones**

Hoy en día muchas de las consultas a profesionales de la salud mental se relacionan con aspectos de infelicidad y malestar emocional, pero no con la existencia de un trastorno mental. Tenemos que tener presente que el sufrimiento forma parte de la vida y recordar que ningún comportamiento, pensamiento o sentimiento debe calificarse

como patológico sin evaluar las condiciones contextuales en las que aparece (Echeburúa y Salaberría, 2014).

Sigue siendo un reto de futuro para los manuales diagnósticos integrar el sistema categorial con el enfoque dimensional. No cabe duda de que el DSM resulta muy útil como lenguaje común en la práctica clínica y puede seguir siéndolo.

No parece deseable dirigirnos a la supresión de la subjetividad en los diagnósticos bajo el propósito de lograr un estatuto científico superior.

No podemos olvidar que el sufrimiento humano es el resultado de una compleja combinación de diversos factores: biológicos, psicológicos y sociales.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1<sup>st</sup> Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2<sup>nd</sup> Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> Ed.). Washington, DC: APA.
- Asociación Americana de Psicología. (2012). *Response to the final DSM-5 draft proposals by de Open Letter Committee*. Recuperado de <http://dsm5-reform.com/2012/06/response-to-the-final-dsm-5-draft-proposals-by-the-open-letter-committee/>
- British Psychological Society (BPS). (2013). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift*. Recuperado de <http://www.bpsshop.org.uk/Classification-of-behaviour-and-experience-in-relation-to-functional-psychiatric-diagnoses-Time-for-a-paradigm-shift-P3519.aspx>
- Echeburúa, E., y Salaberría, K. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM 5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32, 65-74.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Madrid: Ariel.

- Insel, T. (2013). *Director's blog: Transforming diagnosis*. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Sandín, B. (2013). DSM-5 ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255-286.
- The Comitte to boycott DSM 5. (2013). *Boycott to DSM 5*. Recuperado de: <http://boycott5committee.com/>
- Timimi, S. (2013). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215.

**MÁS ALLÁ DEL DSM5: LA DIAGNOSIS SISTÉMICA COMO UNA  
FORMULACIÓN FUNCIONAL PARA LA INTERVENCIÓN  
PSICOTERAPÉUTICA EN ADOLESCENTES**

**Belén Gago-Velasco, Luis Estévez-Cachafeiro, M. Pilar Arnal-Val y Patricia  
Navarro-Gómez**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Universitario Politécnico La Fe  
de Valencia*

**Resumen**

La categorización de cuadros psicopatológicos de inicio en la etapa infantil y adolescente supone un gran desafío para los clínicos, basado principalmente en la dificultad para especificar la naturaleza de la sintomatología prominente y de asegurar la validez y estabilidad diagnóstica con la evolución longitudinal del trastorno. La última publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) ha contado con la inclusión de nuevas categorías diagnósticas y especificadores clínicos en un intento de categorizar la psicopatología inicial en episodios tempranos aún pendientes de evolución clínica. Sin embargo, tales intentos son aún insuficientes de cara a la intervención psicoterapéutica, creándose la necesidad de formular hipótesis funcionales que permitan explicar el inicio y mantenimiento de cuadros psicopatológicos graves en la infancia y la adolescencia, más allá de la categorización biomédica. El objetivo del presente capítulo es la presentación del caso clínico de un adolescente de 15 años, ingresado en una sala de hospitalización de adolescentes por alteraciones conductuales graves en el domicilio. El curso de presentación sintomática del cuadro clínico deja pendiente de evolución la delimitación diagnóstica de este primer episodio psicótico. La intervención psicoterapéutica llevada a cabo en este caso partió de un triple objetivo terapéutico: 1) la adherencia al tratamiento; 2) la reincorporación al entorno, y 3) el ajuste de la dinámica familiar. Para el cumplimiento de estos objetivos, se planteó un diagnóstico sistémico basado en hipótesis funcionales, y centrado en las distintas dimensiones de orientación diagnóstica sistémica propuestas por Olson, Rusell y Sprenkle (1983), Selvini (2008) y Linares (2012).

**Palabras clave:** experimento de caso único, diagnosis sistémica, adolescencia, primer episodio psicótico.

## **BEYOND DSM5: SYSTEMIC DIAGNOSIS AS A FUNCTIONAL FORMULATION FOR PSYCHOTHERAPY IN ADOLESCENTS**

### **Abstract**

The categorization of first-episode psychopathology in children and adolescents means a great challenge for clinicians, based on the difficult specification of the nature of prominent symptoms and the confusion about validity and diagnostic stability. The last edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) has included new categories and clinical specifiers, trying to categorize the onset psychopathology in early episodes of mental disorders. However, these attempts are still insufficient for psychotherapy, and require the formulation of functional hypothesis in order to explain the onset and maintenance of clinical episodes, beyond biomedical categories. This chapter aims at the description of a single-case based on an adolescent 15 years old, hospitalized due to severe behavioral disorder. The psychotherapy intervention in this case consisted of three aims: 1) treatment adherence; 2) reincorporation to social environment, and 3) adjustment of family dynamic. Systemic diagnosis based on functional hypothesis was used for this purpose, focused on the dimensional diagnostic approaches proposed by Olson, Russell y Sprenkle (1983), Selvini (2008) and Linares (2012).

**Key words:** single-case experiment, systemic diagnosis, adolescence, first-episode psychosis.

### **Introducción**

La psicopatología de la infancia y la adolescencia encierra peculiaridades específicas que en muchas ocasiones suponen dificultades diagnósticas y de intervención para los clínicos. La insuficiencia de los cambios recientes en las clasificaciones diagnósticas de los modelos biomédicos para abarcar dichas particularidades, supone un inconveniente para el diagnóstico de episodios psicopatológicos graves en edades tempranas, que en muchas ocasiones generan la etiquetación problemática de los menores con una comprometida estabilidad diagnóstica

(Jarbin y von Knorring, 2003; Kim et al., 2011) y la sobremedicalización de las conductas sintomáticas (Welch, Klassen, Borisova y Clothier, 2013).

Desde las corrientes psicoterapéuticas actuales se ha realizado un importante esfuerzo para la formulación de modelos teóricos válidos en la comprensión de la psicopatología, en defensa de la búsqueda de explicaciones psicológicas a los trastornos mentales. En este sentido, la perspectiva sistémica aporta modelos diagnósticos válidos para la formulación de hipótesis y la intervención terapéutica con el paciente y su familia (Linares, 2012).

#### *El modelo circumplejo de Olson, Rusell y Sprenkle (1983)*

Uno de los primeros modelos para la diagnosis sistémica fue el modelo circumplejo formulado por Olson, Rusell y Sprenkle (1983). Estos autores diseñaron una diagnosis relacional clasificando a las familias en un modelo tridimensional en el que cada variable contaba con dos polos extremos que indicaban disfuncionalidad y predisponían a la psicopatología del sistema.

En la dimensión de *adaptabilidad*, evaluaron la capacidad de la familia para adaptarse a condiciones externas cambiantes desde un extremo rígido impermeable al cambio, a un extremo caótico altamente variable, pasando por la estructuración y la flexibilidad como puntos intermedios funcionales.

En la dimensión de *cohesión*, especificaron el nivel de conexión entre los integrantes del sistema, que se extendía desde el desligamiento hasta la aglutinación, pasando por la separación y la conexión como niveles intermedios.

La dimensión de *comunicación* fue propuesta como un aspecto facilitador de las dos anteriores, centrada principalmente en las habilidades de comunicación del sistema.

El modelo circumplejo de Olson, Sprenkle y Rusell hace una clasificación de 25 tipos de familias y parejas, siendo nueve las tipologías de sistemas funcionales, cuatro las extremas y disfuncionales, y doce las intermedias (extremas en una dimensión y equilibradas en otra).

#### *El modelo dimensional de Selvini (2008)*

Matteo Selvini, representante del modelo paradójico de psicoterapia, enuncia un total de doce dimensiones para orientar la diagnosis sistémica sobre la base de la naturaleza sincrónica y diacrónica de los sistemas familiares (Selvini, 2008). En ellas realiza un compendio unificado de los principales enfoques desarrollados por las

distintas escuelas sistémicas, abogando por la importancia de analizar todas ellas en el marco de cada caso clínico.

Las dimensiones recogidas por Selvini son las siguientes: estructural, juego de poder, control, preocupación, conflicto/cooperación, empatía/calor, comunicación y metacomunicación, clausura/apertura al exterior, responsabilización, justicia, miedo y mitología.

### *El diagnóstico relacional de Linares (2012)*

J.L. Linares (2012), psiquiatra y psicoterapeuta familiar, propone un modelo bidimensional para la clasificación de los principales trastornos mentales basado en dos ejes fundamentales: la conyugalidad y la parentalidad. La interacción entre niveles altos y bajos de ambas variables da lugar a cuatro tipos de sistemas, cada uno con su correspondiente organización estructural, emocional y narrativa. Los sistemas familiares funcionales son aquellos que cuentan con una conyugalidad armónica y una parentalidad conservada.

Una conyugalidad disarmónica unida a una parentalidad carencial supone sistemas familiares caóticos propensos a la aparición de crisis, y propios de familias con pacientes con trastorno de personalidad límite y familias multiproblemáticas. Por otra parte, una conyugalidad disarmónica ligada a una parentalidad conservada es la que caracteriza a estructuras triangulatorias, que en caso de ser desconfirmadoras están en la base de trastornos psicóticos, y en caso de ser manipuladoras, de trastornos neuróticos. Por último una conyugalidad armónica en interacción con una parentalidad carencial genera narrativas descalificadoras y rechazantes, relacionadas con trastornos depresivos.

El objetivo del presente capítulo es el análisis del caso clínico de un adolescente desde la perspectiva de la diagnosis sistémica, a fin de plantear una intervención terapéutica centrada en los sistemas relacionales.

### **Identificación del paciente y motivo de consulta**

El paciente identificado es un adolescente de 15 años que acude al Centro de Salud Mental para seguimiento, tras el alta de un primer ingreso en la unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.

El motivo de consulta en el ingreso se centra en un cuadro de alteraciones conductuales graves en el domicilio, que el joven presenta desde hace aproximadamente tres meses. Este episodio se caracteriza por los siguientes síntomas: a) una actitud hostil

y agresiva inusual en el adolescente, b) heteroagresividad verbal y física contra objetos, c) ideación paranoide centrada en sus familiares y vecinos, d) mayor preocupación por temas políticos, e) aislamiento social total, f) abandono de actividades, g) ánimo fluctuante mayoritariamente disfórico y abatido, h) insomnio global, i) nula adherencia al tratamiento farmacológico.

El diagnóstico clínico al alta de la hospitalización es de episodio psicótico y depresivo pendiente de evolución. La demanda de tratamiento se centra en el inicio de una intervención psicoterapéutica en régimen ambulatorio tras la estabilización clínica de este primer episodio psicótico.

### **Estrategias de evaluación**

Las estrategias de evaluación para este caso se centraron en dos entrevistas clínicas familiares exploratorias y cuatro escalas psicométricas.

En ambas entrevistas familiares, se recabó amplia información acerca de la historia clínica del paciente. Aquí se resumen algunos datos familiares. El paciente identificado es el segundo de tres hermanos, el único hijo varón. Su hermana mayor tiene 19 años y tiene pareja. Su hermana pequeña tiene 9 años. Todos los hijos son estudiantes. El padre del paciente es un albañil actualmente en desempleo, y la madre es pensionista. Respecto a las familias de origen de ambos padres, el padre es el cuarto de siete hermanos y la madre la novena de once. No existen antecedentes psiquiátricos familiares paternos; en la familia de origen de la madre, el abuelo sufría algún trastorno psiquiátrico no filiado, un hermano materno se suicidó, dos hermanos maternos fallecieron por toxicomanías, y dos primas maternas del paciente están institucionalizadas en centros penitenciarios por conductas compatibles con trastorno de personalidad.

Las escalas administradas y los resultados obtenidos fueron las siguientes:

-*Cuestionario de Síntomas Revisado (SCL-90)* (González, De las Cuevas, Rodríguez-Abuín y Rodríguez-Pulido, 2002): consiste en un instrumento de autoinforme basado en 90 ítems tipo Likert en relación con la intensidad del estrés percibido por el paciente en las últimas semanas. Los 90 síntomas se clasifican en diez dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de estrés. A continuación se señalan las dimensiones de la escala que obtuvieron puntuaciones significativas: somatización (Pc=85); ansiedad (Pc=95); hostilidad (Pc=99); paranoidismo (pc=95); índice de severidad global (Pc=80).

-*Family of Origin Scale (FOS)* (Hovestadt, Anderson, Piercy, Cochran y Fine, 1985): es un instrumento de 40 ítems para la evaluación de los niveles de salud percibida en la familia de origen. Incluye tres subescalas (autonomía, intimidad y aceptación de la separación) y una puntuación global. Las puntuaciones típicas del paciente en esta escala fueron las siguientes: autonomía (2.3), intimidad (2.8), aceptación de la separación y pérdida (1.9) y puntuación total (2.3).

### **Formulación clínica del caso**

Para la formulación clínica del caso objeto de este capítulo, nos centraremos en los tres modelos descritos en la introducción, a fin de formular una serie de hipótesis relacionales que permiten la comprensión del inicio y evolución de este caso clínico.

#### *El modelo circunplejo de Olson, Rusell y Sprenkle*

Según el modelo de Olson, Sprenkle y Rusell, nos encontraríamos ante una familia con una alta cohesión, baja adaptabilidad y pobres habilidades de comunicación. La tendencia aglutinadora de esta familia se manifiesta en una estructura de límites difusos entre el subsistema parental y filial, donde los roles entre los miembros son confusos y que dificulta la individuación de los hijos. Por otra parte, los bajos niveles de adaptabilidad se manifiestan en los límites rígidos de este sistema respecto a otros sistemas del entorno, dificultando la relación con los recursos y círculos cercanos, viviendo cualquier intrusión como amenazante. No obstante, esta baja adaptabilidad respecto al exterior contrasta con una organización interna caótica del sistema, con escasos límites y una distribución fallida del espacio y el tiempo. Por último, en relación a las habilidades de comunicación, se trata de un sistema con una alta carga de emoción expresada, información inconsistente y escasa validación emocional. Esta descripción tridimensional nos llevaría a considerar este sistema familiar como caóticamente aglutinado en su estructura interna, pudiendo tornarse en rígidamente aglutinado ante la interpretación de una amenaza en el entorno exterior.

#### *El modelo dimensional de Selvini*

En relación a las doce dimensiones propuestas por M. Selvini, se trataría de una familia de límites intergeneracionales difusos, con reglas estructurales limitadas y jerarquía difusa. En este sistema, la hija mayor ocuparía una posición privilegiada,

ejerciendo roles parentalizados, y ocupando una posición entre el padre y la madre. La estructura aglutinada se relaciona en este caso con una comunicación invalidante, donde se producen intromisiones en los pensamientos, sentimientos, acciones y comunicaciones del adolescente. La rigidez de dicha estructura, unida a la posibilidad de un incremento de la independencia por parte de la hermana mayor y justificada por el ciclo vital familiar, podría estar en la base de la precipitación sintomática del adolescente, y la consiguiente homeostasis que éste generaría en el sistema.

Esta dimensión estructural descrita en el párrafo anterior entra en consonancia con el ejercicio del poder y control por parte de la madre y la hermana, en contraste con un padre periférico. Desde esta perspectiva, podría entenderse que la descompensación del síntoma del adolescente produce un grave conflicto dirigido especialmente a la madre y la hermana del paciente identificado, quienes son objeto de los delirios paranoides y la heteroagresividad. En este sentido, el rol de chivo emisario del adolescente supone una injusticia relacional que predispone a la aparición del síntoma, que podría considerarse desde este punto de vista el sacrificio del paciente identificado en aras a un beneficio familiar: la posible independencia de la hermana mayor, la obtención de un recurso económico por enfermedad mental, o el acompañamiento de una madre con carentes habilidades para moverse en el mundo.

Una dimensión muy interesante en el diagnóstico sistémico de esta familia reside en la comunicación y metacomunicación. Las entrevistas familiares dejaron entrever una alta emoción expresada, en especial materna, marcada por la hipercrítica, el control incoherente y la sobreimplicación emocional. Este tipo de comunicación podría generar triangulaciones desconfirmatorias predisponentes a la psicosis.

Respecto al resto de dimensiones recogidas por M. Selvini, se identifica un fuerte factor de clausura del sistema hacia el exterior, con pobres vínculos extrafamiliares y relaciones conflictivas con los recursos.

### *El diagnóstico relacional de Linares (2012)*

A la luz del modelo bidimensional de Linares, podríamos situar este sistema familiar dentro del cuadrante de las caotizaciones, dada la conyugalidad disarmónica (distante) y la parentalidad carencial (hiponormativa y desprotectora). Así, puede

contextualizarse la evolución de incumplimiento terapéutico y de visitas médicas a lo largo de la historia clínica del adolescente, con un largo período de enfermedad sin tratar, formalización del ingreso por el aviso urgente de servicios sociales, absentismo escolar con pobre rendimiento, etc.

En esta línea, se trata de una familia con tendencia a la negligencia, y una pobre función sociabilizante protectora. Tales características estarían en consonancia con familias de origen caóticas y pobremente estructuradas. Todos estos factores, unidos a la intervención de los servicios sociales y los bajos ingresos familiares podrían llegar a considerar este sistema como el propio de una familia multiproblemática.

Considerando estos aspectos junto a los anteriormente señalados en relación al modelo de Olson, Rusell y Sprenkle, podríamos hablar de una familia de adaptabilidad caótica en la que los roles parentales son ejercidos por figuras ajenas o instituciones y el clima familiar está marcado por la emocionalidad y pobremente estructurado.

### **Tratamientos**

La intervención este caso estuvo marcada por un abordaje bio-psico-social que coordinó los recursos sanitarios hospitalarios y ambulatorios, unidos a los recursos sociales. En la dimensión psicoterapéutica, se pautó la intervención familiar sistémica combinada con terapia individual con el paciente identificado.

### **Elección y aplicación del tratamiento**

Las hipótesis funcionales anteriormente señaladas nos facilitan la intervención terapéutica, que en este caso se centra en tres objetivos principales:

- La adherencia al tratamiento: para este fin, es imprescindible que la interacción de los recursos sanitarios con el sistema se desvinculen de los servicios sociales como intermediarios, creando lazos de alianza que promuevan la relación directa con el paciente.
- La reincorporación al entorno: consiste en el trabajo con los vínculos del entorno social, a fin de crear una estructura que permita la apertura de límites rígidos y promueva la diferenciación e individuación del adolescente.
- El ajuste de la dinámica familiar: centrado principalmente en la reestructuración de roles y límites familiares, la consolidación clara de los subsistemas y la

comunicación efectiva, a fin de facilitar la diferenciación de los miembros y la estructuración flexible del sistema familiar.

### **Efectividad y eficiencia de la intervención**

La instauración del tratamiento farmacológico junto con la intervención psicoterapéutica permitió la estabilidad clínica del adolescente, la prevención de la evolución de estados prodrómicos y adaptación social, académica y familiar.

### **Discusión**

La intervención terapéutica en cuadros psicopatológicos graves de inicio en la etapa infantil y adolescente supone un gran desafío para los clínicos, que se enfrentan a la necesidad de formular hipótesis funcionales que permitan explicar su inicio y mantenimiento, más allá de la categorización biomédica. La diagnosis sistémica ha demostrado ser un marco válido de intervención sobre la funcionalidad del síntoma cuando la dinámica familiar y su relación con los recursos sanitarios y sociales suponen un factor clave en la evolución del trastorno.

### **Referencias**

- González, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. J., y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas (adaptación española del SCL-90R de L.R. Derogatis)*. Madrid: Tea.
- Hovestadt, A. J., Anderson, W. T., Piercy, F. P., Cochran, S. W., y Fine, M. (1985). A family of origin scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 287-297.
- Jarbin, H. y von Knorring, A. L. (2003). Diagnostic stability in adolescent onset psychotic disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 15–22. Recuperado de <http://doi.org/10.1007/s00787-003-0300-z>
- Kim, J. S., Baek, J. H., Choi, J. S., Lee, D., Kwon, J. S. y Hong, K. S. (2011). Diagnostic stability of first-episode psychosis and predictors of diagnostic shift from non-affective psychosis to bipolar disorder: A retrospective evaluation after recurrence. *Psychiatry Research*, 188(1), 29–33. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.017>
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.

- Olson, D.H., Russell, C.S. y Sprenkle, D.H. (1980). Circumplex model of marital and family systems, II: Empirical studies and clinical intervention. En J.P. Vicent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment and theory I* (pp. 129-179). Nueva York: Jai.
- Olson, D. H., Russell, C. S. y Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family system, VI: Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Selvini, M. (2008). Doce Dimensiones Para Orientar la Diagnósis Sistémica. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, Redes*, 20, 9-24.
- Welch, S., Klassen, C., Borisova, O. y Clothier, H. (2013). The DSM-5 controversies: How should psychologists respond? *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 54(3), 166–175. Recuperado de <http://doi.org/10.1037/a0033841>

## EL ESTRÉS MINORITARIO EN PERSONAS TRANSEXUALES

**Cristina García-Gibert\***, **Nuria Asenjo-Araque\*\***, **Jose Miguel Rodríguez-Molina\*\*\*** y **Belén López-Moya\*\*\*\***

*\*Parc Sanitari Sant Joan de Déu; \*\*Unidad de Transexualidad e Identidad de Género (UTIG); \*\*\*Unidad de Transexualidad e Identidad de Género (UTIG), Hospital Ramón y Cajal; \*\*\*\*Centro Salud Mental Adultos (CSMA)*

### Resumen

Introducción: El estrés minoritario se deriva principalmente del estigma y el prejuicio sufrido por el hecho de pertenecer a una minoría y que causa problemas de salud en las personas afectadas (Meyer, 2003). Ha sido principalmente investigado en minorías raciales y minorías sexuales y apenas estudiado en relación a las personas transexuales. El objetivo de este trabajo es explorar el punto en que la investigación se encuentra en este momento y sacar algunas conclusiones para futuras investigaciones. Método: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de la base de datos Pubmed, utilizando como palabras clave: minority stress, gender, transgender, transsexual. Se han descartado aquellos artículos que hacían referencia a la población LGB sin mencionar población transexual o bajo la condición de Disforia de Género. Resultados: Se han encontrado 14 artículos con estas características. De ellos puede concluirse que la población que se halla fuera de los estereotipos de género predominantes y más aún las personas transgénero sufren las consecuencias de la discriminación a causa de su condición, siendo víctimas de agresiones por parte de iguales y de la pareja más a menudo que otras personas. Se detectan niveles más altos de ansiedad y depresión, así como repercusiones a otros niveles como elevado consumo de drogas y alcohol y otras conductas de riesgo. Conclusiones: Se concluye la gran importancia ampliar la investigación en otros países para conocer cuál es su situación en este área y la importancia de implantar intervenciones sociales para disminuir la discriminación y victimización que sufren las personas transgénero y otras dentro del abanico de la diversidad de género.

**Palabras clave:** Estrés minoritario, género, transgénero, transexual

## ESTRÉS MINORITARIO EN PERSONAS TRANSEXUALES

### Abstract

Background: Minority stress is derived from stigma and prejudice suffered by the fact of belonging to a minority (Meyer, 2003). It has been widely investigated in racial minorities and sexual minorities, but is almost non-existent literature on minority stress experienced by transgender people. The aim of this study is to explore what is the point where the investigation is at this moment and draw some conclusions for future research. Methods: There has been a bibliographic search through PubMed data base, using as keywords: minority stress, gender, transgender, transsexual. Were discarded items that referred to the LGB (Lesbian, Gay, Bisexual) population only, without mentioning transsexual or on condition of gender dysphoria population. Results: Found 14 items with these characteristics. From them we can conclude that the population is out of stereotypes prevailing gender and even more transgender people are under a higher level of stress, being victims of assaults by peers and partners more often than others. Higher levels of anxiety and depression and impacts on other levels as high consumption of drugs and alcohol is detected. Conclusions: With the data collected must consider people susceptible to stress minority population targeted interventions to prevent harmful consequences associated with this stress to your health. It is necessary in this field initiate research in other countries and that research is focused on the US and also extend it to other groups as most research is directed at transgender women.

**Key words:** Minority stress, gender, transgender, transsexual

### Introducción

Transexualidad es la palabra que usamos para describir a aquellas personas que se perciben del sexo contrario al que se les fue asignado en el momento del nacimiento. Desde el ámbito clínico, suele asociarse con el diagnóstico de Disfória de Género en la clasificación DSM V (American Psychiatric Association [APA], 2013), que implicaría angustia y malestar significativo por la propia vivencia de la transexualidad.

Muchos son los estudios que, desde principios del actual siglo hasta el momento, se han preocupado por la salud en las personas transexuales y en ellos se hace patente una mayor prevalencia de problemas de salud, en concreto problemas relacionados con

la salud mental como, por ejemplo, una mayor prevalencia de depresión, ansiedad (Clements-Nolle, 2001; Hepp, Kraemer, Schynder, Miller y Delsignore, 2005).

En los últimos años va en aumento el uso de un constructo que nos permite entender el contexto en el que se da esta psicopatología, lo que puede facilitarnos también una terapéutica más eficaz en la atención a personas transexuales. Es el concepto de estrés minoritario.

El estrés minoritario se deriva principalmente del estigma y el prejuicio sufrido por el hecho de pertenecer a una minoría y que causa problemas de salud en las personas afectadas (Meyer, 2003). Ha sido principalmente investigado en minorías raciales y minorías sexuales y apenas estudiado en relación a las personas transexuales.

El objetivo de este trabajo es explorar el punto en que la investigación se encuentra en este momento y sacar algunas conclusiones para futuras investigaciones.

## **Método**

### *Participantes*

La población diana de esta investigación son los artículos relacionados con el estrés minoritario sufrido por las personas diagnosticadas de disforia de género o no conformes con su género. También aquellos artículos relacionados con las agresiones físicas o psicológicas dirigidas a estas personas debidas a su condición de género y las consecuencias a nivel de salud mental que conllevan.

### *Instrumentos*

La base de datos que se utilizó para la búsqueda fue Pubmed.

### *Procedimiento*

Se utilizaron como palabras clave: minority stress, gender, transgender, transsexual. Después de obtener un total de 42 artículos que fueron revisados, se descartaron aquellos artículos que hacían referencia a la población LGB (lesbiana, gay y bisexual) sin mencionar la población transexual o bajo el diagnóstico de Disforia de Género. También se descartaron aquellos artículos que hacían referencia al estudio de la salud de personas transexuales, pero sin estudiar su relación con la influencia de los prejuicios sociales, el estigma o la discriminación hacia esta población.

En definitiva, se escogieron aquellos artículos que estudiaban la discriminación o contexto social negativo en personas transexuales y sus consecuencias directas o indirectas en relación a su salud en el marco del modelo de estrés minoritario.

### *Diseño*

El diseño utilizado para la investigación presente fue del tipo revisión.

### **Resultados**

De los 42 artículos que resultaron de la búsqueda en Pubmed con las palabras clave citadas, se desestimaron 34 por no cumplir los criterios de búsqueda. Fueron seleccionados 8 artículos con las características citadas anteriormente. De los artículos recogidos 3 se refieren a población adolescente o joven transexual y 5 a población adulta. De los 5 referidos a población adulta, 4 (80%) recoge población transexual femenina y de éstos, 3 artículos, recogen también información de sus parejas.

Todos ellos utilizan el marco del estrés minoritario a la hora de recoger e interpretar sus datos. Las muestras de población tienen un número elevado y es habitual el uso de internet para la recogida de datos.

Respecto a las investigaciones que incluyen población adolescente o joven, el estudio de Woodford, Kulick, Sinco y Hong (2014), con una muestra de estudiantes jóvenes de 299 LGBTQ (lesbiana, gay, bisexual y queer) obtiene tres resultados: 1) a más expresión atípica del género se da más victimización manifiesta. 2) los estudiantes más jóvenes recibieron más microagresiones y los universitarios más victimización manifiesta, 3) las microagresiones tienen más influencia en la aceptación de uno mismo y el estrés que la victimización.

Posteriormente, Reisner, Greytak, Parsons y Ybarra (2015), a través de un cuestionario en línea, accede a 5.542 adolescentes de 13 a 18 años, concluyendo que los adolescentes con más discordancia con el género asignado al nacer presentaban una probabilidad mayor de consumo de alcohol y otras drogas como la marihuana. Estos adolescentes también sufrían mayor acoso y reportaban más experiencias de bullying, lo que se convertía en predictor de posterior abuso de sustancias ilegales.

En población universitaria, Edwards y Sylaska (2013) examina el nivel de violencia dentro de la pareja en una muestra de 391 jóvenes LGBTQ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero y *queer*). Sus resultados nos muestran mayores niveles de

agresión física y sexual, que están relacionados con una mayor ocultación de la identidad y una mayor homo/transfobia interiorizada.

En población adulta, Bockting, Miner, Swinburne, Hamilton y Coleman (2013) analiza una muestra de 1093 personas transgénero, encontrando una prevalencia elevada de psicopatología: 44,1% de depresión, 33,2% ansiedad y 27,5% somatizaciones. Concluyendo de sus resultados que el estigma social se relaciona de forma positiva con el estrés psicológico y sus consecuencias, además observa que el soporte de los pares (otras personas transgénero) media esta relación.

La revisión de Hoffman, (2014) nos revela también una mayor prevalencia de depresión en mujeres transexuales comparado con la población general, concluyendo que las principales variables influyentes son el soporte social, la violencia recibida y la identidad de género en sí.

Gamarel, Reisner, Laurenceau, Nemoto y Operario (2014) analiza una muestra de 191 parejas de mujeres transexuales y hombres cisgénero (no transexual), obteniendo como resultado que el bajo nivel económico, la discriminación y el estigma dirigido a su relación se asocia con una mayor probabilidad de sufrir sintomatología depresiva. El estigma dirigido a la pareja se asocia también con una menor calidad en la relación.

Andrinopoulos et al. (2014), en una muestra de 670 mujeres transexuales y HSM (hombres que tienen sexo con hombres) obtuvo que la percepción de discriminación hace más fuerte la relación negativa entre el prejuicio interiorizado y el hecho de acceder a pruebas de VIH.

En la investigación llevada a cabo por Reisner, Gamarel, Nemoto y Operario (2014) con 191 parejas de mujeres transexuales y hombre cisgénero, se constata un elevado porcentaje de consumo de tóxicos en mujeres transexuales (31,4%). La discriminación percibida era independiente de este consumo en el caso de las mujeres transexuales, no siendo así en sus parejas, en quien aumentaba la probabilidad de consumir tóxicos en función de la discriminación percibida, como pareja de una persona transexual.

Más de la mitad de la población estudiada percibía sueldos muy por debajo de la media de la población general y las dificultades financieras fueron predictor de mayor consumo de drogas ilícitas en ambos.

En la línea de Woodford et al. (2014), citado anteriormente, existen factores protectores del estrés minoritario, como sería la aceptación de uno mismo, según apunta este autor.

Jokić-Begić, Lauri y Jurin (2014) también destaca factores predictores de mejor ajuste psicosocial en una muestra de 6 personas transexuales tras la cirugía de reasignación de sexo, en este caso señala el elevado estatus socioeconómico y el buen funcionamiento como factores protectores.

## **Conclusiones**

Es importante para los profesionales de la salud tener en cuenta el término de estrés minoritario ya que nos permite comprender qué variables están influyendo en el desarrollo de las diferentes problemáticas de salud que presenta la población transexual.

La revisión presente nos muestra los resultados de la investigación en salud de personas transexuales bajo el prisma de este concepto.

Es importante tener en cuenta que, a pesar de lo reciente de este campo, los estudios existentes tienen muestras importantes, gracias muchas veces a los recursos *on-line*, permitiéndonos resultados con una mayor validez ecológica.

Según los resultados obtenidos, vemos como la discriminación directa y la percibida es un potenciador de psicopatología a muchos niveles, afectando a la autopercepción del individuo, a sus relaciones interpersonales y a su desarrollo vital. Importante es también tener en cuenta que la transfobia interiorizada es en sí un factor de riesgo para sufrir discriminación y agresiones por parte del entorno.

Estos resultados dan luz a otro aspecto importante y poco estudiado que requiere de más atención: los factores protectores frente al estrés minoritario, como es por ejemplo la aceptación de uno mismo.

En base a estos factores podemos desarrollar intervenciones efectivas dirigidas tanto a la prevención (trabajando los entornos sociales: colegio, entorno laboral, familia) como en el tratamiento de la propia transfobia interiorizada y las consecuencias de los prejuicios sociales.

En esta línea la terapia afirmativa (Maylon, 1982) con diversidades sexuales y de género (TDSG) es una alternativa para la atención a esta población, ya que tiene el objeto de facilitar y aliviar el riesgo de estrés, opresión y discriminación social y

familiar, haciendo hincapié en el desarrollo de la aceptación de uno mismo y el trabajo con los propios prejuicios.

Por último, teniendo en cuenta que el campo que aquí tratamos y hemos revisado es muy reciente, apuntaremos algunas recomendaciones en vista de futuras investigaciones.

Vemos que, en su mayoría, la población estudiada pertenece a los Estados Unidos y en nuestro estado no existe aún ninguna investigación que utilice el modelo del estrés minoritario para poder enmarcar la problemática de salud que presentan las personas transexuales en España, por lo que es importante impulsar este tipo de estudios.

Por otra parte, la mayoría de estudios han sido realizados con mujeres transexuales, la población masculina transexual es mucho menos visible y, siendo cierto que la clínica parece mostrarnos que existe menor impacto de los prejuicios sociales en ellos, es necesario que la investigación abarque ambos para poder constatar estas observaciones. Además, a pesar que existen algunos estudios que recogen información acerca de la pareja, es importante añadir el/la compañero/a sentimental de la persona transexual ya que se ha podido constatar que puede sufrir también las consecuencias del estrés minoritario.

Es importante tener en cuenta que estamos tratando con una variable dinámica en el tiempo, poco estable: el contexto social. Los valores que lo constituyen, las creencias y los prejuicios, son cambiantes y hemos podido constatar en nuestra sociedad cierta flexibilidad y apertura en este aspecto. Por este motivo es importante tener en cuenta, a la hora de plantear la investigación en este campo, los diferentes grupos de edad dentro del grupo de personas transexuales, ya que el impacto de dicho contexto cultural no será el mismo, ni tampoco la intervención que se requiera.

Alrededor del término transexualidad, además, se encuentra una multitud y variedad de personas, con un grado u otro de disconformidad con el género asignado al nacer o con las características que se le atribuyen a tal género, como hemos visto, estas personas, por el hecho de no pertenecer al estereotipo de género construido socialmente, reciben también presión social y pueden sufrir las consecuencias negativas de ésta, por lo que también es importante ampliar la investigación teniéndolas en cuenta.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Andrinopoulos, K., Hembly, J., Guardado, M. E., de Maria Hernández, F., Nieto, A. I., y Melendez, G. (2014). Evidence of the negative effect of sexual minority stigma on HIV testing among MSM and transgender women in San Salvador, El Salvador. *AIDS and Behavior*, *19*(1), 60-71.
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne, R. E., Hamilton, A., y Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, *103*(5), 943-951.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman R. y Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, *91*(6), 915-921.
- Edwards, K. M., y Sylaska, K. M. (2013). The perpetration of intimate partner violence among LGBTQ college youth: The role of minority stress. *Journal of youth and adolescence*, *42*(11), 1721-1731.
- Gamarel, K. E., Reisner, S. L., Laurenceau, J. P., Nemoto, T., y Operario, D. (2014). Gender minority stress, mental health, and relationship quality: A dyadic investigation of transgender women and their cisgender male partners. *Journal of Family Psychology*, *28*(4), 437.
- Hepp, U., Kraemer, B., Schynder, U., Miller, N. y Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(3), 259-261.
- Hoffman, B. (2014). An overview of depression among transgender women. *Depression Research and Treatment*, 2014.
- Jokić-Begić, N., Lauri, A., y Jurin, T. (2014). Psychosocial Adjustment to Sex Reassignment Surgery: A Qualitative Examination and Personal Experiences of Six Transsexual Persons in Croatia. *The Scientific World Journal*, 2014(2014).
- Maylon, A. K. (1982). Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of homosexuality*, *7*(2-3), 59-69.

- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology Bulletin*, 129(5), 674.
- Reisner, S. L., Gamarel, K. E., Nemoto, T., y Operario, D. (2014). Dyadic effects of gender minority stressors in substance use behaviors among transgender women and their non-transgender male partners. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 1(1), 63.
- Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., y Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *The Journal of Sex Research*, 52(3), 243-256.
- Woodford, M. R., Kulick, A., Sinco, B. R., y Hong, J. S. (2014). Contemporary heterosexism on campus and psychological distress among LGBTQ students: The mediating role of self-acceptance. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 519.

## LA ATENCIÓN FAMILIAR A LOS MENORES TRANSEXUALES

**Nuria Asenjo-Araque\***, **María Escolar-Gutierrez\*\***, **Águeda Binué-Morales\*\*\***,  
**Laura Portabales-Barreiro\*\*\*\***, **José Miguel Rodríguez-Molina\*** y **Antonio  
Becerra-Fernández\***

*\*Unidad de Identidad de Género (UIG). Hospital Ramón y Cajal. Madrid; \*\*Plaza  
Psicóloga Residente 4º año. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Rotante por la UIG;  
\*\*\*Plaza Psicóloga Residente 2º año. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Rotante por la  
UIG; \*\*\*\*Psicóloga Clínica. Colaboradora en investigación en la UIG*

### Resumen

La disforia de género en la infancia y adolescencia, es una condición de compleja valoración y abordaje. Uno de los pilares básicos en la eficacia del tratamiento de los casos en cuestión, es la familia. Por ello pretendemos describir el trabajo de orientación, información y terapia integrada con las familias que acuden a nuestra Unidad especializada (Unidad de Identidad de Género-UIG), tanto dentro de un abordaje grupal como individual. El tipo de intervención familiar se valora y decide por el psicólogo clínico desde las sesiones iniciales, previa amplia recogida de datos a través de la Guía de Entrevista Clínica. Se establecen dos Grupos de Familias anuales: uno informativo y otro terapéutico. En la UIG de Madrid, desde el año 2007 se ha asesorado e informado a un total de 220 familias. 62 familias han asistido durante 8 años a los grupos de Escuela de Familia Informativa de Psicoeducación. 10 familias han asistido a los grupos terapéuticos de afrontamiento familiar. El resto de familias atendidas hasta llegar al 64 total, han acudido a sesiones individuales de corte familiar. Planteada tanto la metodología, como los resultados de la asistencia nos encontramos en la fase de valoración de la eficacia de la atención familiar ofertada, para lo cual estamos diseñando y validando cuestionarios de satisfacción y de calidad de la atención. Esperamos presentarles los resultados de esta última fase en un futuro próximo.

**Palabras clave:** Disforia de Género, Menores Transexuales, Transexualidad

## FAMILY CHILD CARE OF TRANSGENDER

### Abstract

Gender dysphoria in childhood and adolescence is a complex condition assessment and approach. One of the cornerstones in the treatment efficacy of the cases in question, is the family. Therefore we intend to describe the work of guidance, information and integrated with families who come to our specialized unit (Unit Gender Identity- UIG) both within a group and individual therapy approach. The type of family intervention is assessed and decided by the clinical psychologist from the initial sessions, on a wide collection of data through Clinical Interview Guide. Informative and other therapeutic one, two annual Family Groups are established. In the UIG of Madrid, since 2007 it has been advised and informed a total of 220 families. 62 families have attended for 8 years School groups Informative Family psychoeducation. 10 families have attended the family coping therapeutic groups. The remaining families served until the 64 total have gone to family court breakouts. Raised both the methodology and the results of the assistance we are in the phase of evaluation of the effectiveness of family care offered, for which we are designing and validating questionnaires of satisfaction and quality of care. We hope to present the results of this last phase in the near future.

**Keywords:** Gender Dysphoria, Children Transsexuals, Transgendered

### Introducción

El diagnóstico de Disforia de Género en la Infancia/Disforia de Género en la Adolescencia (DSM-V); (American Psychiatric Association [APA], 2014), antes denominado Trastorno de Identidad de Género en la infancia/adolescencia (DSM-IV-TR) y (CIE-10); (APA, 2005; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000), es un cuadro descrito recientemente. Las Unidades de Identidad de Género han debido ajustar y reelaborar su protocolo de abordaje, dado que es un diagnóstico extenso, complejo y muy individualizado (Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2011; Bergero-Miguel et al., 2004; Spack et al., 2012). Además recientemente, bajo una plataforma de “despatologización” tanto usuarios/as como sus familias reivindican el derecho a ser tratados sin necesidad de etiquetajes en salud mental, evitando así el estigma de enfermedad.

En el plano de actuación multiprofesional, las Unidades Especializadas de Atención a la Diversidad Sexual y de Género, se centran en la evaluación y tratamiento integral de los usuarios/as, ya que con ello se mejora la calidad de vida, disminuye la comorbilidad mental y la propia disforia de género (Coleman, 2009). En el XII Congreso Nacional e Iberoamericano ya se expuso en modo comunicación el desarrollo integral de la Atención a Menores: “La transexualidad en niños y adolescentes: nuestra experiencia en la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Ramón y Cajal de Madrid” (Asenjo-Araque et al., 2013) Por tanto remitimos a su lectura para ilustrar el encuadre de intervención desde la que partimos.

La APA confirma que hay mayores niveles de ansiedad, estado de ánimo y problemas de conducta, especialmente en los jóvenes transexuales o “trans”, así como autolesiones, tendencias suicidas, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias y problemas de la imagen corporal. (APA, 2015). Esta incidencia ha sido atribuida a factores de estrés tales como la intimidación por parte de compañeros, el sufrimiento por la familia, el rechazo de los progenitores, el trauma, la historia de abuso, el acoso, problemas educativos y el malestar con el propio cuerpo. La psicoterapia afirmativa y el tratamiento psicológico y médico de las unidades de género aliviaría parte de los síntomas conductuales y emocionales (WPATH, 2012). La diversidad de género puede estar asociada con el prejuicio, causando angustia psicológica. Esta dificultad no es inherente a la identidad trans o a la inconformidad de género. La identidad individual es un derecho humano fundamental. El proceso transexualizador, de afirmación del género sentido, puede producir alteraciones emocionales que pueden requerir intervención psicológica, individual y familiar que se determinará en cada caso concreto.

La atención a personas con Disforia de Género (DG) implica asegurar una correcta respuesta a la demanda que expone el paciente. La atención a menores bajo esta condición añade características diferenciales que influirán en la exploración y el abordaje posterior (De Vries, Cohen-Kettenis y Delemarre-van, 2006) En los niños y adolescentes se pueden presuponer dificultades en cuanto a la habilidad para expresar su estado, en muchas ocasiones en base al discurso subjetivo de los padres o tutores responsables de su cuidado (Becerra et al., 2010). Los padres acuden a los profesionales con una carga de culpabilidad, desconocimiento y miedo, a menudo demandando un diagnóstico certero y objetivo (Rodríguez-Molina, Asenjo-Araque, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2011) Es necesario, por tanto, discernir con un criterio “objetivo”

qué es lo que demanda el menor y si lo que demanda tiene que ver con el género, en este caso, o más bien con el proceso de reafirmación de su personalidad propio de la edad en la que se encuentra. Se añade la dificultad, muy comentada recientemente, en la literatura, (Steensma, Biemond, de Boer y Cohen-Kettenis, 2011; Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman y Cohen-Kettenis, 2013) de la persistencia o no del diagnóstico de Disforia de Género en la niñez-adolescencia, sosteniendo la mayor parte autores, que la persistencia es dudosa, si se atiende a niños/as que expresaron su género sentido inconforme desde muy corta edad, con respecto a si lo expresaron ya adolescentes, desde los 16 años, que sí persistieron en su género sentido en la edad adulta, y que llevaron a cabo su proceso transexualizador. (Cohen-Kettenis y van Goozen, 1997).

La intervención familiar es básica en la eficacia del tratamiento de los casos en cuestión, dado que en todo momento el menor se apoya en su entorno inmediato para poder materializar su proceso de afirmación de género (Vanderburgh, 2009). Y es en este punto cuando el apoyo profesional dirigido es alentador dentro de un marco familiar de dudas y desorientación y posteriormente del duelo (Worden, 2013) En este texto describimos en detalle el trabajo de orientación, información y terapia integrada con las familias que acuden a nuestra Unidad especializada, tanto dentro de un abordaje grupal como individual.

## **Método**

### *Participantes*

220 familias que asisten a la UIG.

### *Materiales/instrumentos utilizados*

Selección de las familias participantes a través del uso de la Guía de Entrevista Clínica (AEPPT), (Asenjo-Araque y Rodríguez-Molina, 2015).

### *Procedimiento*

El tipo de intervención familiar se valora y decide por el psicólogo clínico desde las sesiones iniciales, previa amplia recogida de datos a través de la Guía de Entrevista Clínica (AEPPT), (Asenjo-Araque y Rodríguez-Molina, 2015).

Entre otras, las áreas fundamentales que se tienen en cuenta son: el genograma (composición familiar, lugar en la fratria, relaciones familiares, convivencia...), la historia de su identidad de género, el impacto actual de su condición y del proceso de afirmación de la identidad sentida, en su vida cotidiana: área personal, laboral, social, y sobre todo familiar.

Se establecen los objetivos a trabajar dentro del seno de la familia y se consensúa, con la misma, la idoneidad y necesidad de este tipo de abordaje.

Tras mantener una sesión clínica multidisciplinar, se derivan las familias a los grupos correspondientes. Así mismo se valoran los casos que se beneficiarían mejor de una intervención individual.

### *Diseño*

Se establecen dos Grupos de Familias anuales: uno informativo y otro terapéutico.

El Grupo Psicoeducativo tiene como objetivos: informar acerca de conocimientos básicos acerca de la Diversidad de género (DG), y acerca del proceso de tratamiento en la UIG, mejora de la calidad de la relación con su familiar, mostrar habilidades de comunicación eficaz con su familiar, manejar adecuadamente situaciones potenciales de conflicto con el entorno, tomar conciencia de la situación real de estas personas, empatizar con las personas en DG, controlar adecuadamente sus emociones y crear redes de apoyo social.

Así mismo, los objetivos del Grupo Psicoterapéutico, son proporcionar un espacio seguro de contención de descarga emocional por parte de los asistentes, aumento de los recursos de afrontamiento de su situación personal y familiar, gestión emocional y afrontamiento del duelo (Tizón, 2013), descenso y control de los niveles de ansiedad y angustia expresados/reprimidos y crear cohesión de grupo que constituya un recurso adecuado de apoyo en su vida cotidiana.

Se informa a las familias del tipo de atención en caso de ser individual: sesiones de atención familiar individual con objetivos terapéuticos o con objetivos únicamente de counselling/acompañamiento.

## Resultados

En la UIG de Madrid, desde el año 2007 se ha asesorado e informado a un total de 220 familias. De este total, 64 son familiares de adolescentes de 12-18 años y de menores de edad menor o igual a 11 años.

Con 28 familias de adolescentes (de 12 a 18 años), se ha realizado una terapia familiar sistémica en sesiones individualizadas, con objetivos orientados a los procesos de: aceptación, descarga emocional, restablecimiento de roles y vínculos afectivos, afrontamiento y apoyo del familiar atendido.

62 familias han asistido durante 8 años a los grupos de Escuela de Familia Informativa de Psicoeducación, de las cuales contabilizamos 21 familias de adolescentes de 12 a 18 años y 10 familias de menores de 11 años.

10 familias han asistido a los grupos terapéuticos de afrontamiento familiar, previa selección por criterios homogéneos, en base a sintomatología clínica reactiva a la condición de su familiar. 2 de las 10 son familiares de menores de 11 años.

El resto de familias atendidas hasta llegar al 64 total, han acudido a sesiones individuales de corte familiar donde los objetivos principales han sido el asesoramiento y el acompañamiento durante el proceso de cambio social y físico, del menor en situación de diversidad de género y/o transexualidad.

Planteada tanto la metodología, como los resultados de la asistencia nos encontramos en la fase de valoración de la eficacia de la atención familiar ofertada, para lo cual estamos diseñando y validando cuestionarios de satisfacción y de calidad de la atención. Los cuestionarios se les presentan a las familias en las primeras sesiones de asistencia a los grupos y posteriormente al finalizar los mismos. De cara a la valoración de la intervención familiar individual, se les pide un cuestionario de valoración de la atención recibida y el cumplimiento de expectativas al respecto una vez finalizada la intervención. Esperamos presentarlos resultados de esta última fase en un futuro próximo.

## Agradecimientos

Mi especial gratitud a todas las familias (padres, madres, hermanos, parejas...) que asisten a los grupos tanto informativos como psicoterapéuticos, con ánimo y esperanza de poder continuar su camino de la mano de su familiar, en un terreno tan inhóspito. Gracias, nuestra mejor actuación la aprendemos junto a vosotros/as.

## Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association, APA. (2015). *Guidelines for psychological practice with transgender and gender non conforming people*. Retrieved from <http://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>
- Asenjo-Araque, N. y Rodríguez-Molina, J. M. (2015). *AEPPT: Áreas de la Entrevista de Evaluación Psicológica a Pacientes con TIG*. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica>
- Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Pérez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid). *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 37(2), 87-92.
- Asenjo-Araque N., Rodríguez J. M., Portabales L., López B., Escolar, M. y Becerra A. (2013). La Transexualidad en niños y adolescentes: Nuestra experiencia en la unidad de trastornos de identidad de género (UTIG) del Hospital Ramon y Cajal de Madrid. En R. Quevedo-Blasco y V. J. Quevedo- Blasco (Comps.), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 773-778). Santiago de Compostela, España.
- Becerra A., Lucio-Pérez M., Rodríguez-Molina J.M., Asenjo-Araque N., Pérez-López G., Frenzi M. y Menacho M. (2010). Transexualidad y Adolescencia. *Revista Internacional de Andrología*, 8(4), 165-171.
- Bergero-Miguel, T., Cano-Oncala, G., Giraldo-Ansio, F., Esteva-de Antonio, I., Ortega-Aguilar, M. V., Gómez-Banovio, M., et al. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 24(89), 9-20.
- Cohen-Kettenis, P. T. y van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263-271.

- Coleman, E. (2009). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1-7. doi:10.1080/15532730902799912
- De Vries, A. L., Cohen-Kettenis, P. T. y Delemarre-van, H. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 83-94.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F. y Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516.
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J. y Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582-590.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 37(2), 61-68.
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A. y Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418-425.
- Tizón, J.L. (2013). *Pérdida, Pena y Duelo*. Barcelona. Herder.
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135-154.
- Worden, J.W. (2013). *El tratamiento del duelo*. Barcelona. Paidós.
- WPATH. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. The World professional Association for Transgender Health 7th Version I. Recuperado de [www.wpath.org](http://www.wpath.org).

## IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ATENCIÓN A LA DISFORIA DE GÉNERO

Águeda Binué Morales\*, Nuria Asenjo Araque\*\*, María Concepción Escolar Gutiérrez\*\*\*, Laura Portabales Barreiro\*\*\*\*, José Miguel Rodríguez Molina\*\*\*\*\* y Antonio Becerra Fernández \*\*\*\*\*

*Hospital Ramón y Cajal de Madrid \*Psicóloga Residente 2º año. Rotante por la Unidad de Identidad de Género (UIG); \*\*Psicóloga Clínica. Unidad de Identidad de Género (UIG); \*\*\*Psicóloga Residente 4º año. Rotante por la Unidad de Identidad de Género (UIG); \*\*\*\*Psicóloga Clínica. Tutelada por la Unidad de Identidad de Género (UIG); \*\*\*\*\*Psicólogo Clínico, Unidad de Trastornos de Identidad de Género. Universidad Autónoma de Madrid; \*\*\*\*\*Médico Endocrino. Jefe de Unidad de Trastornos de Identidad de Género. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares*

### Resumen

**Introducción:** La atención a personas con Disforia de Género (DG) implica asegurar una respuesta adecuada a la demanda que expone el paciente, así como una correcta evaluación psicológica, diagnóstico, y exploración de diferentes áreas de la vida cotidiana del paciente y su funcionamiento. La información sobre la que el profesional se basa, en su mayoría, para llevar a cabo todo este proceso evaluativo, es de carácter subjetivo, o semi-objetivo en algunos momentos, y dada la importancia de la decisión a tomar, el periodo de evaluación suele ser largo. Por tanto, el proceso de diagnóstico diferencial es primordial, amplio, complejo y muy particularizado. **Objetivo:** Se pretende realizar un estudio descriptivo en profundidad sobre diferentes casos que finalmente fueron desestimados tras el periodo de evaluación por no cumplir criterios DSM 5 de Disforia de Género, o bien casos por comorbilidad con otro tipo de psicopatología. **Método:** Análisis descriptivo de la casuística de 4 pacientes (entre los años 2007 y 2014) que se ha llevado a cabo recogiendo historia biográfica, antecedentes personales y psiquiátricos, sintomatología actual y evolución durante el tiempo de evaluación, que se llevado a cabo de manera individual, con la finalidad de realizar adecuadamente el diagnóstico. **Resultados:** Se detallan los aspectos diferenciales para hacer diagnóstico como hipodeseo sexual, aversión al sexo, déficit de la excitación sexual, anorgasmia, vaginismo, dispaurenia, travestismo fetichista, dismorfofobia, así

como otros factores de diversidad de género, además de numerosos trastornos psicopatológicos. **Discusión/Conclusiones:** Se concluye que es fundamental un diagnóstico fiable y válido de la transexualidad, apoyado en un seguimiento riguroso y continuo en base a la evaluación psicológica, que descarte psicopatología incompatible con el diagnóstico primario.

**Palabras clave:** Disforia de género, diagnóstico diferencial, evaluación psicológica

## IMPORTANCE OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF GENDER DYSPHORIA

### Abstract

**Introduction:** Care for people with gender dysphoria (DG) involves ensuring adequate demand that exposes the patient response and proper psychological assessment, diagnosis, and exploring different areas of daily life of patients and their operation. The information on which the professional is based, mostly, to carry all this evaluation process is subjective in nature, or semi-objective at times, and given the importance of the decision to take, the evaluation period usually long. Therefore, the differential diagnosis process is paramount, large, complex and very singular. **Goal:** It is intended to carry out a descriptive study in depth about different cases that were eventually dismissed after the evaluation period for not fulfilling DSM 5 of Gender Dysphoria, or cases of comorbidity with other psychopathology. **Method:** Descriptive analysis of the casuistry of 4 patients (between 2007 and 2014) that was conducted by collecting biographical history, personal and psychiatric history, current symptoms and evolution during the period of evaluation, to be carried out individually, in order to adequately perform the diagnosis. **Results:** Detailed aspects differentials for diagnosis and sexual low attraction, aversion to sex, lack of sexual excitement, anorgasmia, vaginismus, dyspareunia, fetishistic crossdresser, BDD, and other factors of gender diversity, as well as numerous psychopathology. **Conclusions:** We conclude that it is essential a reliable and valid diagnosis of transsexualism, supported by a rigorous and continuous monitoring based on psychological evaluation, psychopathology discard incompatible with the primary diagnosis.

**Keywords:** gender dysphoria, differential diagnosis, psychological evaluation

## **Introducción**

La Disforia de Género consiste en una disconformidad de género por la que una persona de sexo cromosómico determinado, se siente del contrario. (Harry Benjamin, 1948). Este deseo se acompaña de un profundo sentido de rechazo de las características sexuales primarias y secundarias propias.

La elevada complejidad de abordaje diagnóstico y terapéutico inherente a la transexualidad, se traduce en la necesidad de que estos pacientes sean atendidos y valorados desde una unidad especializada e integrada por profesionales de diversas disciplinas sanitarias (Bergero et al., 2004) como es el caso de la Unidad de Identidad de Género (UIG) del H.U. Ramón y Cajal

El trabajo realizado en dicha Unidad se lleva a cabo siguiendo una perspectiva de abordaje integral (a nivel psicológico, sociológico y médico-quirúrgico).

Los criterios recogidos en el DSM 5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) para realizar el diagnóstico de Disforia de Género son los siguientes:

A. Una incongruencia marcada entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, por un mínimo de seis meses y caracterizado por al menos dos de las siguientes características:

Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus características sexuales primarias y secundarias (en adolescentes caracteres sexuales secundarios previstos).

Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que uno siente o expresa (en adolescentes fuerte deseo de impedir el desarrollo de caracteres sexuales secundarios)

Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios correspondientes al sexo opuesto.

Un fuerte deseo de ser del otro sexo, o de otro sexo alternativo del que se le asigna.

Un fuerte deseo de ser tratado como otro sexo, o de otro sexo alternativo del que se le asigna.

Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos o reacciones típicos del otro sexo, o de otro sexo alternativo del que se le asigna.

B. El problema provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

### **Objetivos**

Se pretende realizar un estudio descriptivo en profundidad sobre diferentes casos que finalmente fueron desestimados tras el periodo de evaluación por no cumplir criterios DSM-5 de Disforia de Género, o bien casos por comorbilidad con otro tipo de psicopatología.

Por el momento es imposible realizar el diagnóstico de transexualidad sólo a partir de ciertos criterios objetivos. Este diagnóstico depende de la información suministrada por los pacientes, que a menudo es modificada de forma consciente o no. Para realizar el diagnóstico debemos apoyarnos en una serie de pruebas de evaluación (Asenjo, Portabales, Rodríguez, Lucio y Becerra, 2013), incluida la entrevista, y de los manuales actuales que recogen los diferentes trastornos mentales (DSM Y CIE).

La mayor parte de los instrumentos que se utilizan para la evaluación de personas transexuales tienen que ver o bien con el diagnóstico o bien con la personalidad (rasgos generales, ansiedad, depresión,...). (Rodríguez, Asenjo, Becerra y Lucio, 2013)

### **Método**

#### *Participantes*

Se realiza un análisis descriptivo de la casuística de 4 pacientes (entre los años 2007 y 2014) que se ha llevado a cabo recogiendo historia biográfica, antecedentes personales y psiquiátricos, sintomatología actual y evolución durante el tiempo de evaluación, que se llevado a cabo de manera individual, con la finalidad de realizar adecuadamente el diagnóstico.

#### *Instrumentos*

Las fases del proceso diagnóstico que definimos de la UTIG son las siguientes, de modo que el paciente sigue un itinerario protocolizado de atención:

Primero se realiza una evaluación inicial, previo descarte de trastorno psiquiátrico grave. Se recoge información inicial sobre datos sociodemográficos y de identidad de género a través del Inventario EVI de evaluación inicial (Becerra, Rodríguez, Asenjo y Lucio, 2009). Después se elabora la historia clínica biográfica del paciente (utilizando la Guía de entrevista AEPPT), (Rodríguez y Asenjo, 2015) y se recaban datos específicos respecto a la identidad de género del paciente, mediante la entrevista EDIG (Rodríguez-Molina, Asenjo, Lucio, Pérez-López y Becerra-Fernández, 2011). Posteriormente se profundiza en la evaluación de la estructura de personalidad de los pacientes y sobre la presencia o no de síntomas ansioso- depresivos. Para esto último se utilizan los siguientes cuestionarios: BDI (Beck), GHQ-28 de Goldberg (Goldberg, 1996), MCMI-III (Millon, 2007), ISRA (Cano y Tobal).

### *Diseño y procedimiento*

Se realiza un estudio clínico a través de la revisión de casos desestimados por la Unidad (UTIG de Madrid) entre los años de 2007 y 2014, seleccionando 4 de los casos nombrados para su posterior exposición, haciendo especial relevancia en el proceso de evaluación y en el diagnóstico diferencial de cada uno de ellos.

### **Resultados**

Tras la administración y corrección de las pruebas y junto con la información recabada través de los diferentes instrumentos diagnósticos, se convoca una sesión clínica donde están presentes todos los profesionales que componen la Unidad. Posteriormente se emite un juicio clínico acerca del diagnóstico de Identidad de Género del Paciente que lleva a la siguiente fase. En caso de duda de diagnóstico se prorroga la evaluación para profundizar más sobre determinados aspectos significativos que se hayan puesto de manifiesto en la sesión clínica multidisciplinar.

Los principales diagnósticos que debemos tener en mente a la hora de hacer un buen diagnóstico diferencial serían los siguientes: Hipodeseo sexual, Aversión al sexo, Déficit de la excitación sexual, Anorgasmia, Vaginismo, Dispaurenia, Travestismo fetichista y Dismorfofobia.

Dichos pacientes que fueron desestimados tras el proceso de evaluación se exponen a continuación:

El primer caso fue desestimado para continuar el proceso de cambio (pero sin embargo, sí que permanece recibiendo asistencia psicológica en la Unidad) por no cumplir criterios de Disforia de Género, mostrar inestabilidad en el área familiar, social, laboral y afectiva; y por cumplir criterios de otro diagnóstico: F65.1 Fetichismo travestista. Se trata de un varón (XY) de 44 años, que mostraba dudas en la demanda, siendo esta ambigua. La apariencia era completamente masculina. La demanda real era poder tener un cuerpo de mujer con pene, y la apariencia de mujer solo la deseaba vinculada a la noche. Muestra obsesión con lo femenino a nivel únicamente sexual. Por último, se viste de Drag-queen una vez al mes.

El segundo caso es otro varón (XY) de 27 años de edad, si cumplía criterios de Disforia de Género, pero es desestimado igualmente para continuar con el proceso de cambio por Psicopatología Grave comórbida. Se trata de un paciente con sintomatología psicótica premórbida que afirma no ser un chico. Su apariencia es completamente masculina y refiere aversión a genitales propios. Además, tiene antecedentes de salud mental y muestra en el momento actual sintomatología psicótica.

El tercer caso, también varón (XY) de 46 años, es desestimado por no cumplir criterios y mostrar psicopatología grave. Este paciente cumple criterios de F45.2 Trastorno Dismórfico Corporal. Su aspecto es 100% masculino, heterosexual y demanda únicamente tener cara de mujer. Piensa que la identidad figura en la feminización facial Problemática muy centrada en rasgos faciales.

El último caso desestimado es una paciente mujer (XX) de 26 años, por no cumplir criterios de Disforia de Género, pero sí de F60.31 Trastorno Límite de la Personalidad, con aspecto 100% femenino que siente envidia del cuerpo de los chicos, según verbaliza. Ha protagonizado un intento autolítico planificado y estructurado y consume tóxicos. Tras desestimar el caso hace una experiencia de vida real como chico, pero al tiempo vuelve por la UTIG con aspecto completamente femenino. Ante la presencia de psicopatología grave (inestabilidad en la autoimagen, impulsividad, automutilación, etc.) no se decide continuar con el proceso de cambio.

### **Discusión/ Conclusiones**

La importancia de realizar un cuidadoso diagnóstico y diagnóstico diferencial tiene una sencilla justificación. Nos hallamos ante un importante proceso de cambio, muchos de ellos irreversibles, que repercutirán de manera inequívoca en la vida del

paciente, lo que en este caso está en juego es por tanto su bienestar físico, mental y emocional, de ahí la necesidad de ser estrictos en los criterios. Las consecuencias podrían ser nefastas en ambos sentidos, tanto al hablar de un paciente que sin cumplir los criterios para Disforia de Género se ve inmerso en un proceso de cambio de tal envergadura que no está preparado para asumir, como en el caso de un paciente al que, cumpliendo dichos criterios, se le deniega tal posibilidad a causa de un diagnóstico erróneo.

Con estos casos que pasaron por la UTIG pero que desestimaron refuerza la necesidad de asegurar una respuesta adecuada a la demanda que expone el paciente, así como una correcta evaluación psicológica, diagnóstico, y exploración de diferentes áreas de la vida cotidiana del paciente y su funcionamiento.

### Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asenjo, N., Portabales, L., Rodríguez, J. M., Lucio, M. J. y Becerra, A. (2013). Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Revista Clínica Contemporánea*, 4(2), 161-170.
- Becerra, A., Rodríguez, J. M., Asenjo, N., y Lucio, M.J. (2009). *EVI: Entrevista de Valoración Inicial. Documento sin publicar*. Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid.
- Bergero, T., Cano, G., Giraldo, F., Esteva, I., Ortega, M. V., Gómez, M., et al. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89(ene.-mar.), 1-13.
- Goldberg, D. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire): guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (2007). *MCMI-III Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid: TEA.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo, N., Lucio, M. J., Pérez-López, G., y Becerra-Fernández, A. (2011). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *SEMERGEN Medicina de Familia*, 37(2). 61-68.

Rodríguez, J. M, Asenjo, N., Becerra, A., y Lucio, M. J. (2013). Guía De Entrevista Para El Análisis Funcional De Conductas En Personas Transexuales. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 150-154. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es>

Rodríguez, J. M., y Asenjo, N. (2015). *AEPPT: Entrevista de Evaluación Psicológica a Pacientes con TIG* (Documento sin publicar). Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal.

## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE PERSONAS TRANSEXUALES CUSTODIADAS

**José Miguel Rodríguez-Molina\*<sup>\*\*\*</sup>, Águeda Binué\* y Nuria Asenjo-Araque\***

*\*Unidad de Identidad de Género, Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid;*

*\*\*Universidad Autónoma de Madrid*

### **Resumen**

Antecedentes: El tratamiento de la Disforia de Género o Transexualidad, como fenómeno emergente, está dando lugar a numerosas situaciones para las que los profesionales de la Psicología no siempre están bien preparados. Aunque no tendría por qué ser así, la transexualidad se ha vivido por muchas personas desde la marginalidad. La realización de actos delictivos, generalmente contra la salud pública (transporte de drogas) como medio para obtener acceso a las cirugías de reasignación en clínicas privadas en las que no hay listas de espera, se ha convertido en una lacra que azota a esta población. Por ello es cada vez más habitual tener que atender a usuarios de los servicios de atención a personas transexuales, esposados o con la presencia en el despacho de miembros de los Cuerpos de Seguridad del Estado. Método: Se elaboró en sesiones clínicas, un listado de dificultades potenciales que presenta la atención a esta población. Posteriormente se puso a prueba valorándose con cada paciente, la pertinencia de la inclusión de cada ítem del listado. Se aplicó a quince pacientes. Se realizaron estadísticas descriptivas y se seleccionaron los ítems pertinentes. Resultados: Se encontraron clínicamente dificultades relevantes en cuanto a la demora en la obtención de citas, la falta de privacidad en las mismas y las dificultades para la expresión de género en la institución penitenciaria. Conclusiones: La población transexual custodiada es más difícil de evaluar que la población transexual general. El conocimiento de las particularidades de estos procesos de evaluación facilita el desempeño del psicólogo. Se dan recomendaciones para resolver algunos de los problemas actuales.

**Palabras clave:** Transexualidad, Disforia de género, pacientes custodiados.

## PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF GUARDED TRANSGENDER PEOPLE

### Abstract

**Background:** The treatment of Gender Dysphoria or Transgenderism as an emerging phenomenon is leading to many situations for which the psychologists are not always well prepared. Although it is not necessary, transgenderism has been lived by many people from the marginality. Conducting criminal acts, usually against public health (drug dialing) as a means to gain access to the reassignment surgeries in private clinics where no waiting lists, has become a strong affliction for this population. Therefore, it is increasingly common to have to assess users, handcuffed and with the presence in the office of members of the Security Forces of the State. **Method:** a list of potential difficulties of attention to this population was developed in clinical sessions. Subsequently the relevance of including each item in the list was assessed. It was applied to fifteen patients. Descriptive statistics were performed and related items were selected. **Results:** Clinically relevant difficulties regarding the delay in getting appointments, lack of privacy in the interviews and the difficulties of gender expression in the correctional institution were found. **Conclusions:** assessing guarded transsexual population is more difficult than the overall transgender population. Knowledge of the characteristics of these evaluation processes will provide a better psychologist's performance. Recommendations to resolve some of the current problems are given.

**Keywords:** Transgenderism, Gender dysphoria, guarded patients.

### Introducción

La transexualidad es un fenómeno conocido desde hace siglos pero que en las últimas décadas está cobrando especial relevancia, apareciendo con asiduidad ante la opinión pública y demandándose tratamientos transexualizadores, que ha venido incrementándose grandemente en los últimos diez años (Esteva et al., 2012; Gómez-Gil et al., 2006).

El incremento de la demanda de atención ha traído además la aparición de nuevos fenómenos. Uno es la transexualidad infantil, cuya demanda se está incrementando grandemente (Asenjo-Araque et al., 2015; Becerra-Fernández et al., 2010).

Otro es la aparición de un número significativo de casos de usuarios que están cumpliendo condena en una Institución Penitenciaria (IP) y que acuden a la consulta custodiados por la Guardia Civil.

Por otro lado, aunque hay escasos estudios relativos a personas transexuales en IP (Torres-Rodríguez, 2013), queda claro que el tratamiento de personas en IP es siempre difícil (Boira, López, Tomás-Aragón y Gaspar, 2013; Fresia, 2015). No hablamos de intervenciones en el seno de la propia IP, sino de pacientes que acuden de forma ambulatoria a la consulta, pero custodiados por la Guardia Civil. Tampoco se contempla el caso de aquellos usuarios que aun estando cumpliendo condena, lo están en Tercer Grado Penitenciario, con lo que acuden solos a sus citas.

La práctica clínica de los psicólogos de la Unidad de Identidad de Género de Madrid, mostró inicialmente diversos problemas: Desde los relativos a la logística de las citas, que legalmente no pueden dársele al propio paciente, sino que se le pide a la IP que la solicite, la presión para acelerar los procesos de evaluación o para obtener un determinado resultado de dicha evaluación, la posible agresividad del usuario, problemas relativos a la falta de privacidad y otros.

Por todo ello se planteó la necesidad de hacer un estudio acerca de la problemática específica que plantea la custodia de estos pacientes durante el proceso de evaluación de la transexualidad.

## **Método**

### *Participantes*

En total se aplicó consecutivamente a todos los quince sujetos que presentaban la condición de acudir a la consulta custodiados por la Guardia Civil. El porcentaje de aceptación de los que cumplían la condición fue del 100%. El porcentaje de sujetos que presentaba la condición fue de quince sobre ochocientos, lo que representa que un 1,875% del total de usuarios de la Unidad acuden custodiados.

Con anterioridad a iniciar el estudio, ya se había atendido en la Unidad a otros cuatrocientos usuarios aproximadamente, habiendo un número de ellos, que no se puede precisar, que acudían custodiados.

*Instrumento*

A través de una serie de sesiones clínicas se elaboró un listado de ítems relativos a potenciales problemas que podía presentar esta evaluación. Dicho listado se utilizó posteriormente como registro con cada usuario que acudía custodiado.

Los diecisiete ítems pueden verse en la Tabla 1.

Tabla 1

Listado de ítems sobre dificultades en la evaluación de usuarios custodiados

ÍTEMS:	si/no
1. La burocracia y la no autonomía para el manejo de sus citas, producen un alargamiento en el período entre citas y por tanto del período de evaluación, lo que molesta al paciente.	
2. Dificultades de manejo de autonomía en la gestión de sus citas médicas.	
3. La finalización de la evaluación determinará si sigue en un módulo de su sexo biológico o del sentido y el período de evaluación se le hace muy largo.	
4. El resultado de la evaluación determinará si sigue en un módulo de su sexo biológico o del sentido.	
5. El paciente amenaza veladamente al psicólogo o psicóloga.	
6. Los agentes de la Guardia Civil insisten en permanecer dentro del despacho y al paciente (o al psicólogo o psicóloga) le da vergüenza hablar de ciertos temas necesarios en la evaluación de la transexualidad.	
7. El paciente entra esposado y se quita las esposas por su cuenta.	
8. Hay sospechas fundadas de que el paciente intenta obtener ventajas de su diagnóstico, por ejemplo una reducción de condena si es mujer o ser cambiado a un módulo en el que piensa vender drogas.	
9. El paciente no puede hacer vida del sexo sentido (ropa, pelucas,...) ya que la I.P. se lo impide.	
10. El sujeto lleva muchos años en prisión y no hay familiares disponibles, por lo que no hay forma de tener información sobre su identidad de género previa.	
11. La pareja también está en una I.P. lo que hace que las demandas del paciente puedan verse afectados.	

Tabla 1 (continuación)

12.	El paciente duda de la confidencialidad de lo expresado por miedo a su utilización y no da toda la información necesaria.
13.	Los aspectos relacionados con su sexualidad en la institución penitenciaria no son los habituales.
14.	Presunción de baja sinceridad en entrevistas por prejuicios relativos al delito cometido.
15.	Efectos del TH si ya lo siguen: En hombres transexuales: con testosterona tópico que implica a veces, agresividad e impulsividad por encima de la media. En mujeres: Con estrógenos y anti andróginos tópico que implica a veces, promiscuidad, conductas sexuales de riesgo, adicciones.....
16.	Demasiado ansioso por conseguir una aceleración del proceso, solo presionan y no colaboran con la evaluación.
17.	Su conducta afecta negativamente a la estigmatización de la población de personas transexuales.

*Procedimiento*

El diseño fue descriptivo sin grupo control. Cada registro fue cumplimentado por el psicólogo correspondiente a cada usuario, al estilo de lo que se hace con otras pruebas de gran implantación como la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), ampliamente utilizada en el ámbito clínico (Kay, Fisbein y Opler, 1987).

**Resultados**

Los resultados pueden verse resumidos en la Tabla 2.

Tabla 2

Resultados del listado de ítems sobre dificultades en la evaluación de usuarios custodiados

ítem nº	Nº de usuario PROBLEMA	Porcentaje de usuarios PROBLEMA
1	13	87%
2	14	93%
3	11	73%

Tabla 2 (continuación)

4	14	93%
5	14	93%
6	8	53%
7	1	7%
8	1	7%
9	13	87%
10	14	93%
11	5	33%
12	3	20%
13	1	7%
14	6	40%
15	2 (de 6 en tratamiento)	33%
16	8	53%
17	4	27%

Los ítems que resultaron más relevantes fueron los números 2 (*Dificultades de manejo de autonomía en la gestión de sus citas médicas*), 4 (*El resultado de la evaluación determinará si sigue en un módulo de su sexo biológico o del sentido*), 5 (*El paciente amenaza veladamente al psicólogo o psicóloga*) y 10 (*El sujeto lleva muchos años en prisión y no hay familiares disponibles, por lo que no hay forma de tener información sobre su identidad de género previa*), con un porcentaje todos ellos del 93%.

A continuación estuvieron los ítems 1 (*La burocracia y la no autonomía para el manejo de sus citas, producen un alargamiento en el período entre citas y por tanto del período de evaluación, lo que molesta al paciente*) con el 87% y 3 (*La finalización de la evaluación determinará si sigue en un módulo de su sexo biológico o del sentido y el período de evaluación se le hace muy largo*) con el 73%.

Dada el bajo número de sujetos no tiene sentido calcular desviaciones típicas, ni otra estadística descriptiva.

## Discusión

Los principales problemas que presenta la evaluación de estos usuarios están relacionados con las dificultades para obtener las citas, lo que les genera ansiedad y además alarga el proceso. Esta ansiedad viene a sumarse a la que suele encontrarse en

esta población aún sin estar en una IP (Asenjo, Portabales, Rodríguez, Lucio y Becerra, 2013; Rodríguez-Molina, Asenjo-Araque, Becerra-Fernández y Lucio-Pérez, 2015).

Igualmente, el resultado de la evaluación, que es importante para cualquier persona transexual, lo es más aún para estos usuarios, ya que de ello depende en muchas ocasiones que estén en un módulo del sexo sentido o no.

La estancia en la IP presenta dificultades per se, ya que la persona no siempre puede expresar el género sentido y tampoco puede hacer una vida social que podamos considerar equiparable a la que haría fuera de dicha IP. Tampoco suele haber fácil acceso a información por parte de pareja o familiares.

Se suelen dar además, ciertas amenazas veladas por parte del usuario, si bien sin llegar a la agresión física ni verbal.

Un problema que no recoge el listado de ítems, por no ser aspectos del propio sujeto, pero que dificulta la evaluación, es el hecho de que algunos pacientes son trasladados de IP a otra Comunidad Autónoma. Como no todas las Comunidades tienen Unidades de Identidad de Género, ni existe un organismo oficial que agrupe a todas las Unidades, (aunque los profesionales sí se coordinen extraoficialmente), generalmente estos traslados suponen que le paciente pierde el tratamiento y debe reiniciar todo el proceso. Por ello haría falta una mayor coordinación entre El Ministerio del Interior y las Unidades, así como entre las propias Unidades.

Se precisaría más evaluación para detectar mejor la problemática de esta población, así como estudios multicéntricos, para detectar problemas diferentes en función del lugar de procedencia.

## Referencias

- Asenjo, N., Portabales, L., Rodríguez, J.M., Lucio, M.J. y Becerra, A. (2013). Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Revista Clínica Contemporánea*, 4(2), 161-170. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5093/cc2013a13>
- Asenjo-Araque, N., García-Gibert, C., Rodríguez-Molina, J.M., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M.J. y Grupo GIDSEEN. (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 33-36.

- Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M.J., Rodríguez-Molina, J.M., Asenjo-Araque, N., Pérez-López, G., Rabito-Alcón, H.F., et al. (2010). Transexualidad y adolescencia. *Revista Internacional de Andrología*, 8(4), 165-71.
- Boira, S., López, Y., Tomás-Aragonés, L., y Gaspar, A. R. (2013). Intervención psicológica en la comunidad en hombres condenados por violencia de género. *Anales de Psicología*, 29(1), 19-28.
- Esteva, I., Gómez-Gil, E., Cruz-Almaraz, M.A., Martínez-Tudela, J., Bergero, T., Oliveira, G., et al. (2012). Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 203-210.
- Fresia, L. A. (2015). *Ámbito penitenciario y subjetividad: complejidad y límites éticos en la práctica del psicólogo en las cárceles* (Doctoral dissertation).
- Gómez-Gil, E., Trilla-García, A., Godás, T., Halperin-Rabinovitch, I., Puig-Domingo, M., Vidal-Hagemeijer, A., et al. (2006). Estimación de la prevalencia, incidencia y razón de sexos del transexualismo en Cataluña según la demanda asistencial. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(5), 295-302.
- Kay, S.R., Fisbein, A. y Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-76.
- Rodríguez-Molina, J.M., Asenjo-Araque, N., Becerra-Fernández, A. y Lucio-Pérez, M.J. (2015). Escalas de depresión y ansiedad para personas transexuales. *Revista Psicología Caribe*, 32(1), 53-80. doi: <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.1.5433>
- Torres-Rodríguez, M.I. (2013). Crimen, Pasión y Muerte: una visión geográfica de la experiencia travesti en las cárceles masculinas de Santiago de Chile. *Global Journal Human Social Science*, 13(3), 1-12.

## DESCRIPCIÓN DE LA CASUÍSTICA DE MENORES CON DISFORIA DE GÉNERO

**Laura Portabales-Barreiro \***, **Belén López-Moya \*\***, **María Concepción Escolar-Gutiérrez \*\*\***, **Rocío Portero-García \*\*\*\*** y **Nuria Asenjo-Araque \*\*\*\*\***

*Hospital Ramón y Cajal. Madrid \*Psicóloga Clínica. Colaboradora en Investigación en la Unidad de Identidad de Género (UIG); \*\*Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal. Madrid; \*\*\*Plaza Psicóloga Residente 4 año. Rotante por la Unidad de Identidad de Género (UIG); \*\*\*\*Plaza Psicóloga Residente 3 año. Rotante por la Unidad de Identidad de Género (UIG); \*\*\*\*\*Psicóloga Clínica. Unidad de Identidad de Género (UIG)*

## Resumen

**Introducción.** Desde la Unidad de Identidad de Género se lleva a cabo el abordaje multiprofesional con aquellos pacientes menores de edad que manifiestan síntomas de disforia de género, y con sus familias. Remitiéndonos a la exposición descriptiva del recorrido establecido para la atención de estos pacientes (publicada en el Libro de Capítulos: Avances en Psicología, VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica, 2013), consideramos necesaria una revisión de los datos expuestos de cara a su difusión actualizada. **Objetivos.** Se pretende la exposición cuantitativa del número de casos de menores atendidos desde la Unidad así como la evolución de los mismos, datos de gran relevancia de cara a estimar la magnitud de dicho fenómeno, y que permitirá la puesta en marcha de la mejor respuesta en la atención a esta demanda.

**Método.** Se presentará el flujograma y casuística de pacientes menores de edad divididos en dos subgrupos: infancia (hasta los 11 años) y adolescencia (de 12 a 17 años), atendidos desde la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG), ubicada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, desde el año 2007 (fecha de nacimiento de la Unidad) hasta el momento actual. **Resultados.** Se expondrán los datos cuantitativos relativos al número de casos así como la evolución de menores de edad, con la clínica mencionada, que han sido atendidos por la Unidad en dicho plazo.

**Conclusiones.** Debido a que en los últimos años el número de menores con sospecha o diagnóstico de Disforia de Género ha aumentado, es necesaria una adecuada recogida de datos y cuantificación de los mismos con el fin de asegurar una adecuada atención sociosanitaria a este colectivo.

**Palabras Clave:** Identidad de género, Transexual Masculino, Transexual Femenino, Disforia de género.

## DESCRIPTION OF CASES OF CHILDREN WITH GENDER DYSPHORIA

### Abstract

**Introduction.** Since the Unit Gender Identity Disorder takes place the multi approach to those patients under age displaying symptoms of gender dysphoria, and their families. Referring to the descriptive exposure route established for the care of these patients (published in the Book Chapters: Advances in Psychology, VI International Congress and XI National Clinical Psychology, 2013), we consider it necessary to review the data presented ahead its current diffusion. **Goals.** Quantitative exposure in the number of cases of children in care from the unit and the evolution thereof, data of great relevance for estimating the magnitude of this phenomenon is intended, and that will allow the implementation of the best response in the attention to this demand. **Method.** Children (up to 11 years) and adolescents (12 to 17), served from the Unit Gender Identity Disorder (UTIG), located at: the flowchart and casuistry of patients younger than age divided into two subgroups will be presented Hospital Universitario Ramón y Cajal in Madrid, since 2007 (date of birth of the unit) to date. **Results.** Quantitative data on the number of cases and the development of minors, the clinic mentioned, which have been attended by the Unit in this period will be presented. **Conclusions.** Because in recent years the number of children with suspected or diagnosed has increased Gender Dysphoria adequate data collection and quantification thereof in order to ensure adequate social care for this group is necessary.

**Keywords:** Identidad de género, Transexual Masculino, Femenino Transexual, Disforia de género.

### Introducción



En el año 2009 llegan los primeros casos de menores de 18 años a la Unidad de Identidad de Género (UIG), lo que nos lleva a preguntarnos el motivo por el que es en ese momento, y no en otro anterior o posterior, en que comienzan a llegar estos casos.

La cautela y la observación (de la situación familiar, demanda del menor y la familia....) serán el denominador común del proceso de “intervención” con menores transexuales. Entrecomillamos la palabra intervención por las numerosas peculiaridades que ésta presenta (que se expondrán en posteriores apartados), siendo más parecida a un seguimiento que una intervención propiamente dicha.

El tema que tratamos ya resulta controvertido en adultos, por lo que tratándose de menores lo es más todavía. En los últimos años la disconformidad con el género ha sufrido una evolución conceptual:

- Trastorno de Identidad de Género/Sexual (DSM-IV-TR y CIE-10), (American Psychiatric Association [APA], 2005; OMS, 2000)
- Disforia de Género (DSM-5); (APA, 2014)
- Disconformidad con el género hoy, abogando por una perspectiva despatologizadora y descriptiva en torno a la identidad de género, frente al diagnóstico psiquiátrico, que en nuestro caso afecta a un sujeto inmaduro, inmerso en proceso un proceso de desarrollo y sujeto a continuo cambio y evolución. El término disforia continúa usándose para referirse a uno de los síntomas.

Sin embargo, esta condición todavía se recoge en los principales manuales diagnósticos como el DSM-5 (APA, 2014) donde se estipula para Disforia de Género en adultos y adolescentes [302,85] los siguientes criterios:

A. Una incongruencia marcada entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, por un mínimo de seis meses y caracterizado por al menos dos de las siguientes características:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus características sexuales primarias y secundarias (en adolescentes caracteres sexuales secundarios previstos).

2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales primarios o secundarios, a causa de una marcada una congruencia con el sexo que uno siente o expresa (en adolescente fuerte deseo de impedir el desarrollo de caracteres sexuales secundarios).

3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios correspondientes al sexo opuesto.

4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo, o de otro sexo alternativo del que se le asigna.

5. Un fuerte deseo de ser tratado como otro sexo, o de otro sexo alternativo del que se le asigna.

6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos o reacciones típicos del otro sexo, o de otro sexo alternativo del que se le asigna.

B. El problema provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

En menores, entre la clínica predominante encontramos:

- Un inicio durante la primera infancia, es decir, los primeros 5 ó 6 años de vida.
- Un intenso rechazo del comportamiento, atributos y atuendos del propio sexo.
- Deseo (o insistencia) de pertenecer al sexo opuesto.
- Preocupación constante con el vestido, juegos y actividades del sexo opuesto.
- Marcadas y persistentes preferencias por el papel y compañeros del otro sexo.

Se trata en definitiva de una situación de discordancia entre el sexo mental y el biológico, que produce niveles de angustia o disforia en distintos grados (Becerra-Fernández et al., 2010).

El desarrollo de la Identidad Sexual pasa por diferentes etapas, así podemos diferenciar un primer momento, en torno a los 3 años donde tiene lugar un proceso de autosexación, referido principalmente a la diferenciación hombre versus mujer establecida en base a cuestiones puramente biológicas, frente a la adquisición de una Identidad o constancia de género (en torno a los 4 años) que además de los aspectos físicos (sexo) integra los sociales y culturales (género), es decir, el conjunto de roles, estereotipos y conductas tipificadas y asignadas socialmente a cada sexo.

## **Método**

El menor acude derivado habitualmente desde el centro de atención primaria, a través de su pediatra y, previo paso por admisión del hospital, es recibido por el coordinador de la unidad (endocrinólogo) quien remite al menor y su familia a los psicólogos clínicos de la misma. Como ya hemos comentado la labor de estos en relación al menor será de mera observación, recogida de datos, apoyo, orientación y

seguimiento. Una vez alcanzada la mayoría de edad, el sujeto iniciará el protocolo de intervención previsto para estos casos, sujeto siempre a la individualización del caso.

### *Participantes*

Todos aquellos menores de 18 años que, desde el año 2009, acuden derivados a la Unidad de Identidad de Género, un total de 76 menores.

### *Materiales*

Se examinó y computó el total de historias clínicas de pacientes menores de edad y sus familias atendidos desde 2009 en la Unidad.

### *Procedimiento y Diseño*

Se dividió en dos subgrupos al número total de menores derivados a la Unidad de Identidad de Género:

- Acceden a la Unidad siendo menores, pero en la actualidad son mayores de edad: un total de 41 sujetos.

- Menores de edad: un total de 35 sujetos.

A su vez, ambos grupos fueron divididos en 3 subgrupos:

- Menores de 11 años

- Menores entre 12 y 14 años

- Menores entre 15 y 17 años

### **Resultados**

En relación al primer grupo, acceden siendo menores, un total de 41 sujetos, encontramos el siguiente reparto: el 98% de la muestra (40 sujetos) formarían parte del grupo de 15 a 17 años frente al 2% restante que pertenecería al grupo de 12 a 14 años.

En lo relativo al segundo grupo, menores con un total de 35 sujetos, encontramos que nuevamente el grupo mayoritario (un 51% de la muestra) pertenece al grupo de 15 a 17 años, un 9% al de entre 12 y 14 años y, algo que llama poderosamente nuestra atención, el 40% restante de la muestra pertenece al grupo de menores de 11 años, subgrupo de nueva aparición que lo hace situándose casi a la cabeza, hecho del que podemos concluir que los menores que acceden a la unidad son cada vez de más corta edad.

Podemos establecer como perfil tipo del menor que es atendido desde nuestra unidad, un sujeto de 4 años (momento en que comienzan verbalizar disconformidad con el género asignado), con buen apoyo familiar que acude a la Unidad manifestando una imagen social acorde a la identidad sentida.

El reparto por sexos sería de un 59% transexuales femeninas frente al 41% restante transexuales masculinos, haciendo siempre referencia al sexo sentido.

El proceso de valoración (temprana y cualitativa) recoge, entre otros aspectos de interés, los siguientes:

- Eventos críticos en el desarrollo (presencia de sucesos vitales traumáticos, bullying, abuso o maltrato....)
- Presencia de problemas familiares, emocionales y/o comportamentales en el pasado o momento actual.
- Posible existencia de Desajuste Adaptativo.
- Relatos y descripción del “vivirse niños o niñas” desde la infancia /adolescencia
- Valoración del nivel de madurez del menor
- Impacto actual y previsible del cambio en su vida cotidiana a nivel personal, académico, familiar y social.
- Demandas del menor y la familia (información, asesoramiento, tratamiento: bloqueadores hormonales...)
- Casos con posible existencia de un comportamiento de género cruzado o no normativo. Niños que sin ninguna disforia o malestar con su identidad de género (acorde al sexo) manifiestan conductas socialmente atribuidas al otro sexo, siendo el entorno, y no el niño, quien parece experimentar malestar ante este tipo de conductas de rol, sin existir, insistimos, problemas en el niño con la propia identidad de género.

Cabe por tanto diferenciar entre la adquisición de la Identidad de Género (autoclasificación como niño o niña) frente a la adquisición del Rol Sexual (papel asignado en nuestra sociedad a mujeres y hombres, en que se designan las características, códigos, ideales... a los que deben ajustarse y que nos permiten reconocernos y ser reconocidos como uno u otro).

Por su parte, el proceso de Intervención Psicológica se sustenta sobre la base de la Psicología Afirmativa, es decir, el diseño de un abordaje psicológico poco intervencionista, no partidista (no vamos forzar el desarrollo en ninguna dirección favoreciendo el desarrollo de una identidad sobre otra) y no intensivo, a menos que se

valore la necesidad de una intervención más directa (por ejemplo ante la presencia de ideación autolítica, cambios en la dinámica familiar, elevado nivel de malestar que interfiera de manera significativa en la vida familiar, social o académica del menor...).

Nos limitaremos por tanto a:

- La observación de la evolución y desarrollo psicosexual del menor
- Acompañamiento psicológico en el proceso de afirmación del género:

Autorealización (estimulando la auto-exploración y auto-aceptación de todas las facetas de sí mismo) de modo que se apoye el desarrollo de su identidad, no se trata por tanto de promover una transición de género sino simplemente una *afirmación* del mismo.

El núcleo de la intervención consiste en facilitar el **apoyo y asesoramiento** necesarios para el manejo diario de la disforia con el menor, familia y entorno próximo que favorezcan un adecuado ajuste social del menor a su entorno inmediato.

La intervención familiar, por su parte, pretende formar y dotar de soporte emocional a familiares, favoreciendo su implicación de modo que actúen como figuras de apoyo para el paciente y aliados para nosotros (facilitando el proceso). Algunas de las actuaciones en esta esfera incluirían:

- Observación de la Dinámica familiar tras el inicio del proceso
- Formación con objeto de incrementar en los niveles de conocimiento básicos

(información contrastada y actualizada) sobre la disconformidad con el género y el futuro Proceso de Tratamiento en la UIG (protocolo de abordaje que en la mayoría de edad tendrán que enfrentar) y comprensión acerca de lo que le está ocurriendo y está sintiendo el menor, que les permita tomar conciencia (empatizar) con la situación real en que se encuentra.

- Asesoramiento/Orientación: se ofrecen pautas de actuación ante situaciones nuevas y cotidianas que enfrentan sin saber muy bien cómo: llamar por el nombre de identidad sentida, explicar a profesores y familiares lo que ocurre, cambio de colegio....

- Descarga y Soporte Emocional: se permite la libre expresión del malestar emocional, pensamientos y sentimientos (como la rabia, el malestar, la incompreensión o la no aceptación de la situación en sus orígenes, muchas veces soterrados por las familias generadores de culpa) con objeto de disminuir los niveles de disforia, promover el alivio (reducción de la carga emocional) y favorecer una adecuada gestión y control emocional.

- Entrenamiento en diversas habilidades que mejoren la calidad de la relación (Entrenamiento en habilidades de comunicación y manejo de situaciones potenciales de conflicto).

En menores la intervención pasa además por el centro de estudios, a través de la adecuada coordinación entre profesionales del ámbito académico y sanitario, para la consecución de los objetivos, tratando de adelantarse y paliar posibles complicaciones (especialmente en lo relativo al mundo académico y en su relación con iguales). Se ofrece además asesoramiento y pautas, y tiene lugar un intercambio de impresiones que como clínicos nos aporta una valiosa información de menor por tratarse de una observación del mismo en su entorno natural.

### **Discusión/Conclusiones**

Consideramos que es fundamental una valoración del menor, apoyada no solamente en instrumentos objetivos, sino en un seguimiento complementario riguroso y continuo hasta su mayoría de edad. Es necesaria la confirmación de que el proceso de afirmación del género persiste en el tiempo. En relación a este hecho, se encuentran cifras muy dispares, encontrándose datos de persistencia que oscilan desde un 27 hasta un 81% en función del estudio (Asenjo-Araque et al., 2015).

Es necesario no intervenir favoreciendo la expresión de uno u otro sexo, sino limitarnos a apoyar al menor y a la familia. El trabajo conjunto con la familia es básico, para asegurar tanto el diagnóstico fiable, como la buena evolución del menor dentro del protocolo descrito.

Respecto a la prescripción de tratamiento hormonal en menores de edad, hay una gran controversia. Este tratamiento tiene pros y contras. Respecto a los aspectos positivos se considera el hecho de que cuanto antes la persona comience el tratamiento menos se desarrollarán las características del sexo biológico, en el caso de que se confirme que existe disconformidad con el género, favoreciéndose el desarrollo del sexo sentido. Sin embargo, no están claros los posibles efectos secundarios o influencia en otros aspectos de la persona. Desde nuestro punto de vista, lo más recomendable es la prudencia, valorando de manera individualizada cada caso (atendiendo a variables como la edad, el desarrollo psicológico y emocional del sujeto, etc.)

En cuanto a la pregunta que nos hacíamos respecto a por qué hasta el año 2009 no acudían los menores a la Unidad, consideramos que entre otros factores están la

despatologización de la disconformidad con el género, así como el mayor conocimiento y concienciación en esta materia.

El objetivo final de la atención a menores no es otro que el de favorecer un desarrollo psicológico natural, es decir, una adecuada y gradual definición o construcción del autoconcepto y de la verdadera identidad sentida, en los diferentes contextos y facetas de la vida, promoviendo así la calidad de vida del menor.

### Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2005). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asenjo-Araque, N., García-Gilbert, C., Rodríguez-Molina, J. M., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M. J., y grupo GIDSEEN (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 33-36.
- Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M. J., Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Pérez-López, G., Frenzi-Rabito, M., et al. (2010). Transexualidad y Adolescencia. *Revista internacional de Andrología*, 8(4), 165-171.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1992). *Clasificación Internacional de las enfermedades. Décima revisión (CIE-10)*. Madrid: OMS.

## REFORMULACIÓN DE LA TEORÍA COGNITIVA SOBRE EL TRASTORNO BIPOLAR: UNA APROXIMACIÓN CON MOVIMIENTOS OCULARES

**Ana García-Blanco<sup>\*\*</sup>, Miguel Ángel Vázquez-Muñoz<sup>\*\*\*</sup>, María Barberá-Fons<sup>\*\*\*</sup>  
y Helena Tobella-Llerena<sup>\*\*\*\*</sup>**

*\*Grupo de Investigación en Perinatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe;*

*\*\*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Valencia; \*\*\*Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia; \*\*\*\*Servicio de Psiquiatría. Hospital de Sagunto. Valencia*

### Resumen

**Objetivo:** Existe un interés creciente por estudiar los factores psicológicos implicados en el Trastorno Bipolar (TB) ya que los factores biológicos no pueden explicar por completo la expresión y la polaridad de los síntomas. El modelo cognitivo de Beck es el más extendido, aunque la evidencia no siempre ha apoyado sus postulados. Este trabajo examina las variaciones patológicas de las emociones mediante la caracterización de los sesgos atencionales en el TB. **Método:** Se compararon pacientes con TB en cada uno de los episodios (manía, depresión, eutimia) y un grupo de controles sanos. Los participantes tenían que comparar la valencia afectiva de dos imágenes (feliz/amenazante/neutral vs. neutral), mientras que sus movimientos oculares eran registrados. Se examinó si la orientación inicial, el “enganche” atencional y la asignación global de la atención eran determinados exógenamente (es decir, por la valencia afectiva de los estímulos) o endógenamente (es decir, por el estado de los participantes). **Resultados:** La orientación inicial fue capturada exógenamente por las imágenes emocionales. El “enganche” y la asignación global fueron capturadas de manera endógenamente, es decir, todos los pacientes con TB, independientemente de su episodio, prefirieron las imágenes amenazantes a diferencia de los controles. **Conclusiones:** El sesgo hacia la información amenazante incluso en periodos de eutimia podría reflejar un marcador de vulnerabilidad en el TB. La teoría de Beck no explica dicho sesgo-rasgo amenazante en el TB, el cual es una cualidad compartida con los trastornos psicóticos.

**Palabras clave:** trastorno bipolar, movimientos oculares, atención, emoción

## **REFORMULATION OF THE COGNITIVE THEORY ABOUT BIPOLAR DISORDER: AN APPROACH WITH EYE-MOVEMENTS**

### **Abstract**

**Objective:** There is growing interest in studying the psychological factors involved in Bipolar Disorder (BD) due to biological factors cannot fully explain the expression and the polarity of symptoms. Beck's cognitive model is the most widespread, although evidence has not always supported its hypothesis. This paper examines the pathological changes of the emotions through the characterization of attentional biases in BD. **Method:** We compared BD patients in their different episodes (mania, depression, euthymia) together with a group of healthy controls. Participants had to attend to images affective valence (happy / threatening / neutral vs. neutral) while their eye movements were recorded. Examined whether the initial orientation, attentional engagement and the overall allocation of care were determined exogenously (i.e., the emotional valence of stimuli) or endogenously (i.e., the mood of the participants). **Results:** The initial orientation was captured exogenously by the emotional images. The engagement and the overall allocation were endogenously captured (i.e., all BD patients, regardless of their episode, preferred threatening images unlike controls). **Conclusions:** The bias towards threatening information even in euthymic periods may reflect a marker of vulnerability in BD. Beck's theory does not explain this bias-threatening feature in TB, which is a quality shared with psychotic disorders.

**Key words:** bipolar disorder, eye-movements, attention, emotion

### **Introducción**

¿Qué tiene que ver la emoción con la atención? El objetivo del estudio de estados emocionales es la comprensión de la dinámica conductual subyacente, donde es necesario considerar conjuntamente los procesos afectivos con los procesos cognitivos. Los estados de ánimo (tanto normales como patológicos) están relacionados con patrones característicos de procesamiento de la información emocionalmente relevante

(MacLeod, Mathews y Tata, 1986), donde la atención tiene un papel fundamental. La atención es considerada un mecanismo que va a determinar cómo se filtra la información percibida por nuestros sentidos y/o cómo se asignan los recursos cognitivos a la información seleccionada, permitiendo nuestra adaptación en relación a las demandas del entorno. Así, por ejemplo, la excesiva atención a la información amenazante puede generar reacciones de ansiedad (véase Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, y van IJzendoorn, 2007, para un meta-análisis), de la misma forma que la incapacidad para dejar de atender a pensamientos intrusivos negativos puede generar tristeza (Gotlib y Joormann, 2010).

Los estudios que examinan la interacción atención-emoción en psicopatología pretenden caracterizar el procesamiento atencional hacia la información emocional en pacientes con un trastorno mental. En concreto, la información emocional concordante con la sintomatología de los individuos (por ejemplo, la información relacionada con la tristeza para pacientes con depresión) es atendida de manera diferente (a menudo dándole prioridad) que la información no-emocional (neutral) (Bower, 1981). A estos efectos relacionados con la psicopatología afectiva se denominan “sesgos atencionales congruentes con el estado de ánimo”, los cuales reflejan el vínculo entre la información emocional, que provoca un efecto sobre la atención, y el trastorno mental de la persona. En este capítulo se revisan los estudios que han examinado la interacción entre atención-emoción en el trastorno bipolar. No obstante, como podremos observar, la ausencia de evidencia empírica concluyente hasta la fecha podría deberse a que los sesgos atencionales en el trastorno bipolar afectarían no a la atención de manera generalizada sino a modalidades y niveles de procesamiento específicos (Yiend, 2010).

## **Método**

### *Participantes*

Se realiza una revisión de los estudios sobre sesgos atencionales que comparan simultáneamente 4 grupos de participantes: pacientes con trastorno bipolar durante un episodio maniaco, durante un episodio depresivo, y durante un periodo asintomático o de eutimia, junto con un grupo de controles sanos.

### *Materiales*

Para evaluar los sesgos atencionales hacia estímulos emocionales se emplearon caras y escenas con diferente valencia emocional (alegría, amenaza, tristeza, neutra). Se utilizó una tecnología de seguimiento de los movimientos oculares para cuantificar donde se dirigía la atención de los participantes. Esta metodología nos permite construir una foto convergente de qué es exactamente lo que está pasando cuando las personas con trastorno bipolar atienden a la información con cariz afectivo.

### *Procedimiento*

El seguimiento de los movimientos oculares se ha propuesto con un nuevo paradigma para ofrecer un índice relativamente continuo del procesamiento de la información visual debido a que los cambios en la posición de la mirada son guiados y seguidos por cambios en el foco atencional (ver Rayner, 2009, para una revisión). Esta nueva forma de medida de la atención hacia la información visual está teniendo un incremento importantísimo en la investigación, principalmente en población normal o con problemas de ansiedad y depresión (Weierich, Treat, y Hollingworth, 2008). Otra de las ventajas del registro de movimientos oculares es que evitan los problemas de lentitud y variabilidad en las respuestas motoras observadas en algunos trastornos psiquiátricos (Mathews, Ridgeway y Williamson, 1996). En este sentido, la metodología de los movimientos oculares es ideal como medida de la atención selectiva de estímulos complejos presentados simultáneamente y que compiten por la atención del observador, constituyendo una prueba sólida sobre los sesgos del procesamiento de la información (Hermans, Vansteenwegen y Eelen, 1999). Además, el registro de los movimientos oculares es útil para evaluar si los sesgos atencionales cambian durante largos periodos de tiempo ya que el escaneo y re-escaneo de las diferentes imágenes visuales es evaluado. Principalmente, existen dos tipos de tareas de seguimiento ocular que han investigado los sesgos atencionales hacia estímulos emocionales:

*Tarea de antisacada.* El registro de los movimientos oculares aporta una excelente estrategia para evaluar los distintos componentes de la orientación atencional, con la tarea de antisacada se puede evaluar además si la orientación atencional puede ser sometida a un control voluntario por parte del sujeto. En cada ensayo, mientras los participantes están mirando un punto central de fijación, un estímulo aparece repentinamente a la izquierda o a la derecha del mismo. La tarea consta de dos tipos de

bloques, i) bloques de prosacada, donde los participantes han de dirigir su mirada al estímulo en cuanto aparece, y ii) los bloques de antisacada, donde los participantes han de evitar mirar el estímulo y, en su lugar, dirigir la mirada al lado contrario de la pantalla. De esta manera, la tarea de prosacada requiere una orientación atencional hacia el estímulo que aparece de manera repentina, mientras que la tarea de antisacada requiere que los participantes realicen un control inhibitorio de una prosacada refleja o automática y genere voluntariamente una antisacada hacia la posición en espejo. Así, la tarea de antisacada constituye una medida precisa de los procesos cognitivos arriba-abajo que influyen en la atención selectiva (v.g., creencias, estado ánimo,...), lo cual es especialmente importante en personas con psicopatología (ver Hutton y Ettinger, 2006, para una revisión). Resulta especialmente interesante la versión emocional de la tarea de antisacada, donde el estímulo periférico es emocional (v.g., caras tristes y caras alegres) en vez de neutral (v.g., un cuadrado) (Reuter, Jäger, Bottlender y Kathmann, 2007).

*Tarea de visualización libre.* Las tareas de libre visualización son útiles para evaluar si los sesgos atencionales se mantienen a lo largo del tiempo cuando se da una competencia entre estímulos emocionales para llamar la atención (ver Armstrong y Olatunji, 2012, para un meta-análisis). En esta tarea los participantes tienen que centrar su atención en punto central de fijación y luego han de mirar a unos estímulos (entre 2 y 4, v.g., palabras, caras o imágenes complejas) de diferente valencia (alegre, triste, amenazante o neutral) presentados simultáneamente durante 3-30 seg.

### *Diseño*

A continuación hacemos una revisión por las distintas tareas de movimiento oculares para evaluar los sesgos atencionales en los diferentes episodios del trastorno bipolar.

## **Resultados**

### *Tarea de antisacada*

García-Blanco, Perea y Salmerón (2013) trataron de examinar los efectos de los distintos episodios del trastorno bipolar (manía, depresión y eutimia) sobre los mecanismos de control inhibitorio que operan sobre la atención. Estos autores aplicaron una tarea de anti- y pro- sacadas con expresiones faciales como estímulos (tristeza,

alegría y neutral). Los participantes bien tenían que mirar la cara (bloque de prosacada) o mirar al lado contrario de la cara (bloque de antisacada). Los individuos con manía cometieron más errores de antisacada en respuesta a las caras alegres que en las caras neutras, mientras que los individuos con tristeza cometieron más errores de antisacada en respuesta a las caras tristes. Estos resultados no se dieron en los individuos eutímicos y sin patología. Estos autores llegaron a la conclusión de que las personas con manía y depresión presentan un deterioro en su capacidad para inhibir el impacto de las expresiones faciales que son congruentes con su estado de ánimo.

#### *Tarea de visualización libre*

García-Blanco, Salmerón, Perea y Livianos (2014) presentaron simultáneamente 4 escenas emocionales complejas (amenaza, triste, alegre, y neutra) durante 20 segundos a pacientes con trastorno bipolar en cada uno de sus episodios. Mientras que no se observaron diferencias entre los grupos en las etapas iniciales del procesamiento de la información (probabilidad de primera fijación, latencia, fijaciones de primer paso y tiempo de fijaciones de primer paso), sí que aparecieron diferencias entre los pacientes con trastorno bipolar y el grupo control cuando se computó el tiempo total de fijación a lo largo de los 20 segundos en cada imagen. Los individuos con depresión bipolar atendían menos a los estímulos alegres. Y lo más interesante de todo, es que todos los grupos de pacientes, incluidos aquellos que no presentaban síntomas en el momento de la evaluación (i.e., eutimia) mostraron una mayor atención a las imágenes amenazantes. Por tanto, esta preferencia hacia los estímulos amenazantes en el trastorno bipolar constituye un rasgo del trastorno. Es importante mencionar aquí que la presentación simultánea de hasta cuatro estímulos presenta confusión ya que no se sabe la relevancia de cada imagen emocional con respecto a los estímulos neutros. En este sentido, García-Blanco, Salmerón y Perea (2015) en un estudio posterior aplicaron una tarea de visualización libre a pacientes con trastorno bipolar en cada uno de sus episodios. En esta ocasión, presentaron una imagen emocional (alegre o amenazante) junto con una neutra durante 3 segundos. Los resultados mostraron que al igual que sucedía en el estudio previo, todos los pacientes con trastorno bipolar, incluidos los eutímicos, mostraban una mayor atención hacia las imágenes amenazantes.

## Conclusión

En su conjunto, los estudios de seguimiento han sido capaces de resolver dudas que sobre los procesos de atención selectiva en otros trastornos del estado de ánimo como la depresión unipolar que las medidas de tiempo de respuesta tradicional no fueron capaces de abordar. En este sentido es de particular interés aplicar este tipo de tecnología a los pacientes con trastorno bipolar teniendo en cuenta las características distintivas con la depresión unipolar (Mitchell y Malhi, 2004) que pueden influir tanto sobre sus preferencias atencionales como afectar de manera diferencial a los distintos componentes de la atención. En este sentido conviene reformular las teorías cognitivas existentes (Beck, 1979), si bien existe evidencia que apoya la presencia de esquemas cognitivos positivos en la manía y negativos en la depresión, recientes estudios apuntan a que el procesamiento de la información en el trastorno bipolar, son más complejos que lo que se pensaba inicialmente. El sesgo hacia la información amenazante incluso en periodos de eutimia podría reflejar un marcador de vulnerabilidad en el trastorno bipolar, lo cual podría ser considerada una cualidad compartida con los trastornos psicóticos.

## Referencias

- Armstrong, T., y Olatunji, B.O. (2012). Eye tracking of attention in the affective disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 32, 704-723.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., y Van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36(2), 129.
- García-Blanco, A., Perea, M., y Salmerón, L. (2013). Attention orienting and inhibitory control across the different mood states in bipolar disorder: An emotional antisaccade task. *Biological Psychology*, 94, 556-561.
- García-Blanco, A., Salmerón, L., y Perea, M. (2015). Attentional capture by emotional scenes across episodes in bipolar disorder: Evidence from a free-viewing task. *Biological Psychology*, 108, 36-42.

- García-Blanco, A., Salmerón, L., Perea, M., y Livianos, L. (2014). Attentional biases toward emotional images in the different episodes of bipolar disorder: An eye-tracking study. *Psychiatry Research*, 215, 628-633.
- Gotlib, I. H., y Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285.
- Hermans, D., Vansteenwegen, D., y Eelen, P. (1999). Eye movement registration as a continuous index of attention deployment: Data from a group of spider anxious students. *Cognition and Emotion*, 13(4), 419-434.
- Hutton, S. B., y Ettinger, U. (2006). The antisaccade task as a research tool in psychopathology: a critical review. *Psychophysiology*, 43(3), 302-313.
- MacLeod, C., Mathews, A., y Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 15.
- Mathews, A., Ridgeway, V., y Williamson, D. A. (1996). Evidence for attention to threatening stimuli in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 695-705.
- Mitchell, P. B., y Malhi, G. S. (2004). Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disorders*, 6(6), 530-539.
- Rayner, K. (2009). Eye movements and attention in reading, scene perception, and visual search. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 62(8), 1457-1506.
- Reuter, B., Jäger, M., Bottlender, R., y Kathmann, N. (2007). Impaired action control in schizophrenia: The role of volitional saccade initiation. *Neuropsychologia*, 45(8), 1840-1848.
- Weierich, M. R., Treat, T. A., y Hollingworth, A. (2008). Theories and measurement of visual attentional processing in anxiety. *Cognition and Emotion*, 22(6), 985-1018.
- Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and Emotion*, 24(1), 3-47.

## LA DISREGULACIÓN EMOCIONAL: UN FACTOR DE PREDISPOSICIÓN PARA EL DESARROLLO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

**Helena Tobella-Llerena\***, **Ana García-Blanco\*\***, **Miguel Ángel Vázquez-Muñoz \*\***  
**y María Barberá-Fons\*\*\***

*\*Psiquiatra. Hospital de Sagunto; \*\*Psicólogo Clínico. H.U. P. La Fe, Valencia;*

*\*\*\*Psiquiatra. H.U.P La Fe, Valencia*

### Resumen

**Antecedentes:** La mayoría de los modelos teóricos propuestos para el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) reconocen la disregulación emocional como un aspecto prominente de este trastorno. Es más, el modelo biosocial sugiere que esta característica juega un papel clave en el desarrollo del TLP. La disregulación emocional abarca una amplia gama de dificultades relacionadas con la experiencia emocional. Dos dimensiones se han englobado en este término: i) la disfunción afectiva, que se refiere a la frecuencia, intensidad y duración de la experiencia y expresión emocionales; y ii) los problemas en la regulación emocional, es decir, las dificultades para tolerar y modular las respuestas emocionales, así como las dificultades para controlar el comportamiento dependiente del estado de ánimo. Una de las facetas de la disfunción afectiva es la reactividad emocional, que en el TLP aparece como una elevada sensibilidad hacia señales emocionales. **Método:** La investigación centrada en la reactividad emocional está en auge, y se ha producido en un marco conductual, siendo la evaluación de los sesgos atencionales la medida experimental que permite valorar si existe una elevada sensibilidad hacia señales emocionales. La tarea de localización del punto evalúa la tendencia a centrar la atención hacia señales emocionales faciales. **Resultados:** Los estudios que se han realizado muestran resultados modestos pero sugieren la tendencia del adolescente con TLP hacia señales emocionales amenazantes. **Conclusiones:** La evidencia es limitada para generalizar el concepto de reactividad emocional como índice de sensibilidad hacia señales emocionales faciales. Sin embargo existe un patrón interesante relacionado con el procesamiento de las señales amenazantes entre jóvenes mujeres con TLP.

**Palabras clave:** disregulación emocional, trastorno límite de la personalidad, adolescentes, sesgos atencionales, tarea de localización del punto.

## **EMOTIONAL DYSREGULATION: A PREDISPOSING FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

### **Abstract**

**Antecedents:** Most of the theoretic models of Borderline Personality Disorder (BPD) consider the emotional dysregulation as a relevant aspect of the disorder. In fact, the biosocial model suggests this entity as a core construct in the development of BPD. The term emotional dysregulation includes two dimensions: i) the affective dysfunction, which refers to the frequency, the intensity and the duration of the emotional experience; and, ii) the emotion regulation problems, such as the difficulties in modulating the emotion responds and controlling the dysregulated mood dependent behavior. One of the characteristics of the affective dysfunction is the emotional reactivity, which appears to be affected to some emotional cues in the BPD. **Methods:** The research has been produced in a conductual framework, and the evaluation of attentional bias has become the best method to study the facial emotional cues. The emotional face dot probe task allows the research in this way. **Results:** The results suggest that adolescents with BPD have a heightened sensibility to fear cues. **Conclusions:** The evidence is limited but it seems to exist an interesting pattern of the emotional processing of some social cues among female adolescents with BPD.

**Keywords:** emotional dysregulation, borderline personality disorder, adolescents, attentional bias, emotional face dot probe task.

### **Introducción**

El Trastorno de la Personalidad (TP) es el punto final de un complejo proceso biopsicosocial. El diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) no surge de novo en la etapa de joven adulto. Más bien, existen precursores fiables del TLP que pueden ser identificados y tratados de forma temprana en el desarrollo. En este sentido, el diagnóstico de TP en adolescentes ha sido y es un tema controvertido. Para

diagnosticar un individuo de TP antes de los 18 años, los rasgos deben presentarse al menos durante 1 año (así lo refleja el manual diagnóstico DSM IV (DSM), (American Psychiatric Association [APA], 2005) y el reciente manual de clasificación diagnóstica DSM 5 (DSM), (American Psychiatric Association [APA], 2013). Esto, ha conllevado que estos pacientes no lleguen a ser diagnosticados, y consecuentemente, la investigación centrada en esta población ha sido lenta. Afortunadamente, la relevancia que han adquirido la prevención, la temprana identificación y por tanto la temprana intervención de las enfermedades, ha permitido ganar terreno en este campo. Como en otros trastornos mentales, un mejor conocimiento del proceso de desarrollo del trastorno es necesario para la identificación y prevención precoz.

Existen varios enfoques para conceptualizar el trastorno límite en la infancia y adolescencia. En el caso de la psicología del desarrollo, se busca identificar vulnerabilidades y factores de riesgo asociados con elevada probabilidad a la aparición tardía del TLP. En este sentido, la forma de presentación de la patología límite puede ser muy heterogénea. Muchos adultos con TLP muestran diferentes formas en su desarrollo hasta tener el trastorno. Del mismo modo, una persona puede mantener un único diagnóstico de forma estable a lo largo de su desarrollo, como la fobia social o la depresión. En el TLP, se han observado ambos patrones psicopatológicos (Crowell, Kaufman y Beauchaine, 2014).

El modelo biosocial del TLP, inicialmente elaborado por Linehan, y posteriormente desarrollado por Crowell y colaboradores (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009) plantea que los precursores del TLP aparecen tempranamente en el desarrollo e incluyen vulnerabilidades biológicas heredables que son potenciadas por el riesgo ambiental. De acuerdo con este modelo, el desarrollo del TLP suele ocurrir en individuos que heredan rasgos de impulsividad de sus padres, y adquieren pobres habilidades en la regulación emocional, sobre todo a través de los mecanismos de socialización. La combinación de la impulsividad rasgo con una labilidad emocional mantenida en un contexto familiar de alto riesgo, en el adolescente, promueve estrategias de afrontamiento desadaptativas y se genera en el adolescente con patología límite la dificultad de establecer relaciones interpersonales apropiadas.

Basándose en los cimientos de este modelo biosocial, otros autores han planteado el modelo de cascadas emocionales para entender mejor cómo la reactividad emocional está conectada con el comportamiento disregulado en aquellas personas con TLP (Selby

y Joiner, 2009). Este modelo propone que las personas con TLP experimentan de manera incrementada la emoción negativa, en cuanto a frecuencia e intensidad, lo que conlleva una disregulación en el comportamiento como resultado de la cascada emocional. Ésta, comienza con la experimentación de un evento desagradable, que deja a la persona en un estado de rumiación acerca de lo sucedido. Entra entonces en un círculo que se retroalimenta, con aumento de la emoción negativa, y mayor rumiación. El resultado implica un estado de animadversión emocional acuñado como cascada emocional.

En este modelo, los comportamientos disregulados surgen durante las cascadas emocionales. Estos comportamientos (gestos autlesivos, abuso de sustancias, conductas bulímicas, conductas agresivas o conductas suicidas) tienen la finalidad de distraer a uno mismo de la rumiación, proporcionando sensaciones físicas intensas donde centrarse en lugar de la rumiación.

Es importante tener en cuenta que una vez la cascada de emociones entra en un círculo intenso, en el que se siguen alimentando dichas emociones, es muy difícil frenar la cascada por lo que distracciones menos potentes no permiten un distanciamiento adecuado del problema, y por tanto esto puede explicar que conductas más adaptativas como leer o irse a caminar no son usadas para la distracción. El individuo con TLP termina utilizando el comportamiento disregulado como estrategia de afrontación.

Aunque las cascadas emocionales pueden explicar múltiples trastornos, se sugiere que el TLP es el trastorno psicopatológico prototipo caracterizado por dicho mecanismo.

En este capítulo, se expone una revisión teórica de la investigación centrada en la disregulación emocional y la reactividad emocional en adolescentes con TLP, a través de la evaluación de los sesgos atencionales.

## **Método**

### *Participantes*

Se realiza una revisión de estudios sobre la evaluación de sesgos atencionales que incluyen población adolescente con indicios de trastorno bipolar.

### *Materiales*

Para examinar cómo la información emocional modula la atención, hemos incluido aquellos estudios que utilizaban palabras, rostros, o escenas con diferente valencia emocional (alegría, amenaza, tristeza, neutral).

### *Procedimiento*

Se han seleccionado estudios centrados en población adolescente, que hayan cumplido criterios de TLP, a los que se les ha evaluado con tareas de procesamiento emocional. La búsqueda realizada se ha hecho a través de la base de datos Pubmed, utilizando como términos Mesh, “adolescent” y “borderline personality disorder” y añadiendo a la búsqueda “attentional bias” y “emotional dysregulation”. Una vez revisados los textos tras la búsqueda inicial, se completó la inclusión de estudios mediante búsqueda manual.

### **Resultados**

El término disregulación emocional se ha aplicado a problemas relacionados con la frecuencia, intensidad y duración de respuestas emocionales, así como la dificultad en modular la experiencia emocional de una forma adaptativa y efectiva. Abarca una amplia gama de dificultades relacionadas con la experiencia emocional y su modulación (Matusiewicz, 2014).

Algunos autores desglosan la disregulación emocional en dos dimensiones acerca de las dificultades emocionales. La primera es la disfunción afectiva, que se refiere a la intensidad, frecuencia y duración de la experiencia emocional. La segunda, hace referencia a los problemas en la regulación emocional, es decir, las dificultades para tolerar y modular las respuestas emocionales.

La primera faceta, la disfunción afectiva, incluye reacciones emocionales marcadas hacia provocaciones aparentemente menores. Se trata de respuestas emocionales extremas, que se dan de forma frecuente y prolongada. La segunda faceta, los problemas en la regulación emocional, hace referencia a las dificultades para tolerar y modular las respuestas emocionales. Esto incluye el uso de estrategias de regulación emocional inefectivas o desadaptativas, así como las dificultades para controlar el comportamiento dependiente del estado de ánimo.

El estudio del fenómeno disregulación emocional se ha producido dentro del marco conductual. Por tanto, para evaluar de forma experimental si los adolescentes con TLP responden diferente a las señales emocionales, muchos estudios se han centrado en la reactividad emocional (una característica de la disfunción afectiva que explica la tendencia a tener respuestas emocionales hacia estímulos de baja intensidad).

Uno de los métodos utilizados ha sido la evaluación de los sesgos atencionales, que hacen referencia a la tendencia a focalizar la atención de forma desproporcionada hacia estímulos relevantes. Para ello, se utiliza la tarea de localización del punto, que permite el estudio experimental de los sesgos atencionales hacia caras emocionales. Los participantes, durante la tarea, observan en una pantalla diferentes caras emocionales (alegre, triste, amenazante...) con su par neutro. Se muestra a continuación un estímulo indeterminado, y se les pide que respondan a dicho estímulo, midiendo así el tiempo de reacción y evaluando si existe sesgo hacia algunas emociones en concreto.

En un estudio (Jovev, 2012) examinaron los sesgos atencionales hacia señales emocionales en una muestra de adolescentes. El tamaño de la muestra era de 21 casos y 20 controles. El diagnóstico de TLP se evaluó con un cuestionario de síntomas. Utilizaron la tarea de localización del punto, usando caras emocionales de enfado, alegría y amenaza, con sus pares neutros. Los resultados indicaron que el sesgo atencional se observó hacia el miedo, no hacia la alegría o al enfado. El grupo control no mostró ningún sesgo atencional. Se concluyó que los resultados evidenciaban un sesgo atencional hacia señales subliminales relacionadas con el miedo, lo cual se ha interpretado como una elevada reactividad emocional en jóvenes TLP, hacia señales amenazantes.

Teniendo en cuenta esta reactividad hacia señales emocionales como característica del TLP, algunos autores han hipotetizado que los jóvenes con TLP son capaces de detectar expresiones faciales con bajo nivel de expresividad. Del mismo modo, también se ha sugerido que las personas con TLP mostrarían mayor precisión en reconocer e identificar expresiones emocionales de baja intensidad. Otros, sugieren que estas personas tienden a hacer atribuciones negativas de expresiones emocionales neutras.

Siguiendo la línea de la investigación experimental, se han llevado a cabo estudios con tareas de reconocimiento facial (Snowden, Craig y Gray, 2013) donde se les muestra a los participantes de forma progresiva expresiones cada vez más expresivas. Se les pide que respondan tan pronto detecten la expresión que se les muestra y deben

identificar la etiqueta adecuada que define dicha emoción de una lista con posibles respuestas. Los resultados mostraron en uno de los estudios (Robin, 2012) que el grupo TLP necesitó mayor intensidad en la expresión facial para identificar las emociones de ira y felicidad. En otro estudio (Jovev, 2011), no hubo diferencias en la intensidad para detectar las emociones correctamente. Por otro lado, se ha encontrado, en la mayoría de estudios, diferencias entre sexos, siendo las mujeres adolescentes con TLP las que tienden a ser más sensibles hacia expresiones sutiles de miedo (Matusiewicz, 2014).

En general, los resultados parecen sugerir que los jóvenes con TLP exhiben una específica, más que generalizada, reactividad hacia señales amenazantes.

Otra forma de examinar la disfunción afectiva en el TLP ha sido utilizando tareas más complejas, evaluando de forma subjetiva y fisiológica las respuestas emocionales hacia situaciones estresantes, es decir, valorar si existe una elevada reactividad hacia estresores sociales en adolescentes con TLP. En este sentido, un estudio (Tragesser, Lippman, Trull y Barrett, 2008) evaluó la intensidad con la que los participantes valoraban sus emociones tras leer una escena donde las burlas eran las protagonistas, a su vez se les preguntaba por la probabilidad de iniciar una serie de comportamientos. Los resultados sugirieron que los individuos con rasgos TLP tendían a responder a la burla con comportamientos vengativos o con respuestas evitativas debido a la intensidad de sus emociones. En otro estudio (Lawrence, Chanen y Allen, 2011), a través del uso del Cyberball (un juego virtual en el que el participante es sistemáticamente excluido en un juego en el que hay que coger la pelota, con otros tres participantes) evaluaron el efecto de la exclusión sobre el estado de ánimo. El grupo TLP mostró emociones más intensas, sin embargo no hubo diferencias en el grado de emociones cuando respondían al rechazo. En otro estudio (Woodberry, Gallo y Nock, 2008) se valoró el efecto de la validación o la invalidación, en diferentes medidas de respuesta emocional, en jóvenes chicas con rasgos TLP. Los participantes tenían que contestar un anagrama y recibían un comentario de validación o de invalidación durante el ejercicio. El grupo TLP no mostró una respuesta emocional intensa, sí se apreció un aumento de la emoción positiva cuando eran validados. No hubo diferencias entre el grupo control

De forma global, no parece existir una evidencia consistente con que los jóvenes con TLP exhiban una elevada reactividad hacia estresores sociales, lo que sugiere que la relación entre el TLP y la disfunción afectiva pudiera ser más compleja.

En este sentido, se ha propuesto que este trastorno debe desarrollarse en individuos con disfunción afectiva y otras vulnerabilidades temperamentales. En algunas investigaciones, se ha tenido en cuenta la presencia del rasgo impulsividad como factor de vulnerabilidad añadido. Lo que se ha observado es que la gravedad del TLP se ha asociado con una elevada impulsividad. En varios estudios, la mayor gravedad en la sintomatología TLP detectada en individuos con TLP asociaba disfunción afectiva y desinhibición, siendo esta variable la que marcaba las diferencias entre los grupos. Por tanto sugieren que el rol moderado de la impulsividad pudiera jugar un papel importante entre la disfunción afectiva y el TLP.

### **Discusión/Conclusiones**

La evidencia es limitada para generalizar el concepto de reactividad emocional como índice de sensibilidad hacia señales emocionales faciales. Sin embargo existe un patrón interesante relacionado con el procesamiento de las señales amenazantes entre jóvenes mujeres con TLP. En general, los resultados son modestos acerca de la relación entre el TLP y las respuestas a señales emocionales sociales o estresores sociales. Las muestras utilizadas han sido fundamentalmente de la comunidad, de colegios, existiendo pocos estudios con muestras clínicas. En muchos estudios, la selección de los grupos con diagnóstico de TLP se ha hecho con un cuestionario de sintomatología límite (incluyendo al participante en el grupo de TLP cuando puntuaban 3 ó más ítems positivos).

Actualmente, hay muy poca investigación prospectiva que permita establecer conclusiones acerca de la interacción entre la disfunción afectiva y los problemas en la regulación emocional en el desarrollo del TLP. Sin embargo, hay estudios que buscan caracterizar la naturaleza y la extensión de la disregulación emocional entre adolescentes con TLP por lo que es necesario seguir investigando en este campo.

### **Referencias**

- American Psychiatric Association (APA). (2005). *Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, *135*, 495-510.
- Crowell, S. E., Kaufman E. A., y Beauchaine, T. P. (2014). A Biosocial Model of BPD: Theory and Empirical Evidence. En C. Sharp y J. Tackett (Eds.), *Handbook of borderline personality disorder in Children and Adolescents* (pp. 143-157). Springer New York.
- Jovev, M., Chanen, A., Green, M., Cotton, S., Proffitt, T., Coltheart, M., et al. (2011). Emotional sensitivity in youth with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *187*(1), 234-240.
- Jovev, M., Green, M., Chanen, A., Cotton, S., Coltheart, M., y Jackson, H. (2012). Attentional processes and responding to affective faces in youth with borderline personality features. *Psychiatry Research*, *199*(1), 44-50.
- Lawrence, K. A., Chanen, A. M., y Allen, J. S. (2011). The effect of ostracism upon mood in youth with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *25*(5), 702-714.
- Matusiewicz, A. (2014). Emotion Dysregulation Among Adolescents with Borderline Personality Disorder. En C. Sharp y J. Tackett (Eds.), *Handbook of borderline personality disorder in Children and Adolescents* (pp. 177-194). Springer New York.
- Robin, M., Pham-Scottez, A., Curt, F., Dugre-Le, C., Speranza, M., Sapinho, D., Corcos, M., Berthoz S., Kedia G. (2012). Decreased sensitivity to facial emotions in adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, *200*(2), 417-421.
- Selby, E. A., y Joiner, T. E. Jr. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, *13*, 219-229.
- Snowden, R. J., Craig, R., y Gray, N.S. (2013). Detection and recognition of emotional expression: Effects of traits of personality disorder and gender. *Personality and Individual Differences*, *54*, 158-163.
- Tragesser, S. L., Lippman, L. G., Trull, T. J., y Barrett, K. C. (2008). Borderline personality disorder features and cognitive, emotional, and predicted behavioral reactions to teasing. *Journal of Research in Personality*, *42*(6), 1512-1523.

Woodberry, K. A., Gallo, K. P., y Nock, M. K. (2008). An experimental pilot study of response to invalidation in young women with features of borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 157(1), 169-180.

**HACERSE PARTENAIRE DE LOS NIÑOS CON TEA**

**Miguel Ángel Vázquez-Muñoz\*, María Barberá-Fons\*, Helena Tobella-Llerena\*\*  
y Ana García-Blanco\*\*\*\*\***

*\*Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia; \*\*Servicio de Psiquiatría. Hospital de Sagunto. Valencia; \*\*\*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Valencia; \*\*\*\*Grupo de Investigación en Perinatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. España*

**Resumen**

**Introducción:** La disregulación emocional es un fenómeno común a muchos trastornos mentales que suele asociarse con la experimentación de traumas tempranos. En los Trastornos del Espectro Autista (TEA) se manifiesta por un bloqueo radical de toda emoción. Se produce una escisión entre las emociones y el intelecto. La comunicación y la interacción social quedan profundamente alteradas. La ausencia de regulación de lo emocional por lo simbólico impide la interpretación de los estímulos externos e internos que se tornan intrusivos. El sujeto experimenta el entorno de forma caótica y desarrolla una respuesta autística. **Método:** Descripción de una secuencia clínica en dos tiempos. (1) encapsulamiento: Niño de 15 meses con afección médica que había tenido un desarrollo adecuado y congruente con su afección. Un acontecimiento traumático (aislamiento por ingreso en UCI) produce un corte biográfico con una respuesta del niño de retracción de su vínculo al mundo y el desarrollo de un TEA. (2) desencapsulamiento: se produce a la edad de 5 años, gracias a una intervención del terapeuta caracterizada por una modulación de la incidencia intrusiva del entorno y un interés por la actividad espontánea e iniciativas del niño. **Resultados:** Los niños con TEA desarrollan una doble estrategia congruente con su experiencia del mundo. Se caracteriza por dos tipos de actividades: las de autodefensa y las de autoconstrucción (autotratamiento). Un tratamiento que tome en cuenta las características de este funcionamiento, facilita el establecimiento de nuevos vínculos más adaptativos y regulados de los niños con su entorno y una atenuación de la sintomatología. **Conclusiones:** El funcionamiento subjetivo de los niños con TEA responde a una lógica que se puede describir. Tomarla en cuenta, facilita el acercamiento a estos niños, la

adhesión de éstos al tratamiento y la obtención de soluciones inéditas menos desadaptativas.

**Palabras clave:** Disregulación emocional, autismo, TEA, psicoanálisis, tratamiento.

## BECOMING A PARTNER FOR ASD CHILDREN

### Abstract

Introduction: Emotional dysregulation is a phenomenon common to a lot of mental disorders which is usually associated to early traumatic experiences. In Autism Spectrum Disorders (ASD) it appears as a radical block of all emotions. A scission takes place between emotions and mind. Communication and social interaction are deeply altered. The symbolic does not regulate the emotional, and this lack of regulation prevents the autistic subject from interpreting external and internal stimuli, which become intrusive, thus making him or her experiment the environment in a chaotic way and respond following these subjects' typical pattern. Method: Description of a clinical sequence in two moments. (1) encapsulation: 15-month-old child with a medical condition who so far had had a suitable development coherent with his condition. A traumatic event (isolation ensuing admission in an intensive care unit) produces a biographical cut which triggers the child's response: the retraction of his link to the world and the development of ASD. (2) desencapsulation: it takes place at the age of 5, thanks to the therapist's intervention which consisted of a modulation of the environment's intrusive incidence and an interest in the child's spontaneous activity and initiative. Results: Children with ASD develop a double strategy coherent with their experience of the world. It features two types of activities: those of self-defence and those of self-construction (self-treatment). A treatment which takes into account the characteristics of this way of working, enables the establishment of new links - more adaptive and regulated - of the child with his or her environment, as well as a lessening of the symptoms. Conclusions: The subjective functioning of ASD children follows a logic which can be described. Taking this logic into account makes it easier to approach these children, their bonding to the treatment and the achievement of new and less disadaptive solutions.

**Key words:** Emotional dysregulation, autism, ASD, psychoanalysis, treatment.

## Introducción

La disregulación emocional es un fenómeno común a muchos trastornos mentales que suele asociarse con la experimentación de traumas tempranos. En los Trastornos del Espectro Autista (TEA) se manifiesta por un **bloqueo radical de toda emoción** en lo que se puede considerar una defensa masiva ante la angustia. Respuestas globales como el encapsulamiento o comportamientos tales como taparse los oídos, evitar la mirada, no responder cuando alguien se dirige a ellos, el mutismo y las estereotipias entre otros son ejemplos de ello.

Dicho bloqueo produce una escisión entre las emociones y el intelecto; separa al sujeto de su vida emocional.

Algunos autores y autistas de alto nivel, que han escrito sobre su experiencia, lo han descrito:

- H. Asperger: carecen “*ante todo de armonía entre el afecto y el intelecto*” (Asperger, 1944).

- D. Williams: Trató de comunicarse apropiándose de los signos del lenguaje, pero hablando una lengua separada de sus afectos. Subrayaba que no podía expresar simultáneamente emociones y palabras (Maleval, 2011, pp. 69-93). Una voz interior le decía “*Las emociones son ilegales*” (Williams, 1992, p. 298; Williams, 1996, p. 96)

- T. Grandin: “*Mis decisiones no son gobernadas por mis emociones, nacen del cálculo*” (2006). Comparaba su forma de pensar a la de un ordenador.

La comunicación y la interacción social quedan profundamente alteradas. La ausencia de regulación de lo emocional por lo simbólico impide la interpretación de los estímulos externos e internos que se tornan intrusivos para el autista que experimenta el entorno de forma caótica y responde con la defensa autística.

## Método

### *Participantes*

Se trata de un estudio de caso único. Concretamente, se presenta una viñeta clínica que describe dos momentos en la historia de un niño diagnosticado de Síndrome de Dravet que cumplía criterios de un Trastorno del Espectro Autista.

### *Materiales*

La revisión del caso clínico se hace a partir de los datos incluidos en la historia clínica y de las observaciones registradas por en la consulta de Rehabilitación psicológica por parte de un psicólogo clínico.

### *Procedimiento*

Se describen dos momentos en la historia clínica: (1) Encapsulamiento: describe el momento en el que el niño, a los 15 meses de edad, retrae su interés por el mundo como respuesta a una experiencia traumática. (2) Desencapsulamiento: producido a los 5 años en el primer encuentro con un terapeuta que interviene tomado en cuenta las características de la lógica del funcionamiento autístico y modula su intervención para no resultar intrusivo y desencadenar la respuesta de defensa.

Niño de 5 años diagnosticado de Síndrome de Dravet, un síndrome epiléptico grave de la infancia refractario al tratamiento farmacológico, que suele cursar con un enlentecimiento del desarrollo cognitivo. Estos niños sufren crisis muy frecuentes. Tuvo la primera a los 5 meses. A los 15m ya había tenido 20 y tomaba medicación anticomicial que lo dejaba sin fuerzas. Sin embargo ello no impidió que desarrollara un vínculo con el entorno congruente con su afectación: la familia no apreció alteraciones en la comunicación ni en la interacción social. La reciprocidad socioemocional y las conductas comunicativas verbales y no verbales estaban presentes en sus relaciones con los miembros de su familia: mirada significativa, acercamiento social activo, protoimperativos y protodeclarativos, primeras palabras emitidas con intención comunicativa, juegos de reciprocidad con la pelota, etc.

A los 15 meses le pusieron la vacuna triple vírica y tuvo una reacción que precisó de un ingreso en UCI. Según los padres tenía las manos sujetas y estaba lleno de cateters. En esa época las visitas estaban restringidas a dos momentos durante el día. El segundo día de ingreso cuando la madre entró a visitarle, el niño volvió la cara hacia otro lado rechazando ese encuentro. A partir de entonces se mantuvo ausente, dejó de hablar y mirar y se encapsuló.

Frances Tustin (Child Guidance Clinic de la Tavistock Clinic en Londres) describe el encapsulamiento como una modalidad defensiva masiva que responde a una experiencia de separación traumática de la madre (Tustin, 1981). Para este niño frágil psíquicamente por las crisis convulsivas frecuentes y los efectos secundarios de la

medicación, esta separación y las condiciones del ingreso, tuvieron en él un efecto traumático que rompió su vínculo con el mundo generando una defensa autística.

Lo conocí a los 5 años en la consulta del médico rehabilitador con quien pasaba visita. El niño cumplía criterios de TEA. La madre me contaba lo que le había pasado: el nivel de comunicación que el niño tenía antes de aquel ingreso, el corte y la desconexión a partir de entonces.

Mientras la madre me hablaba el niño jugaba con un objeto algo alejado y aparentemente ausente. En ese momento no compartía juegos, ni había mirada ni solía responder cuando se le llamaba. Sin embargo, me di cuenta que en la lejanía de su juego ausente, el niño parecía interesado y escuchaba lo que la madre estaba diciendo. Cuando ésta terminó su relato, me acerqué a él como algunos autores aconsejan (Baio, 2001), respetando su reserva con la mirada que viven como una intrusión y genera una reacción de defensa que dificulta que nos puedan escuchar. Me puse a su lado, me dirigí a él sin mirarle y le relaté lo que su madre me había contado haciéndome eco de lo mal que se habría sentido.

La madre me contó después que durante toda mi intervención el niño me estuvo mirando y atendiendo de forma sostenida, cosa que no hacía desde aquel ingreso. Este encuentro tuvo un efecto de desencapsulamiento para este niño. Dos semanas después me entrevisté con la madre y me relató que en el colegio habían apreciado la recuperación de la mirada y el interés por los otros niños. Tuve otra entrevista quince días más tarde. La madre me confirmó la recuperación de la mirada y la atención también en el entorno familiar. En el área verbal había introducido la oposición 'si-no', antes solo decía 'no'; había llamado a la prima por su nombre, decía hola con la mano y en el colegio también había iniciado la participación en actividades conjuntas imitando a su profesora. A partir de entonces con el apoyo de un tratamiento comenzó a restablecer lazos con el entorno y un desarrollo en diferentes áreas al nivel que le permite su discapacidad, ahora más visible, y su condición de autista, ahora atenuada.

## Resultados

La viñeta presentada nos ofrece datos sobre procesos que en otros casos se pueden inferir a partir de las conductas y manifestaciones sintomáticas de los sujetos autistas, pero no vincular directamente a acontecimientos concretos. En este caso observamos:

- Hasta los 15 meses, un desarrollo de los afectos y la comunicación e interacción social congruente con las características del individuo: afección médica, retraso cognitivo.

- A los 15 meses, se produce un corte brusco, en este caso vinculado a una experiencia traumática: el niño no tiene instrumentos para integrar esa situación que desborda sus recursos adaptativos y la experiencia se torna traumática desencadenando la respuesta autística.

- La decisión del niño que vuelve la cabeza cuando entra la madre cuestiona la idea de un automatismo en las conductas autísticas debidas al trastorno y apoya la hipótesis de una subjetividad en estos niños más allá de la sintomatología.

- En la escena descrita en el momento (2), se puede apreciar, la simultaneidad de las conductas de aislamiento con su juego repetitivo y el interés desde su aparente ausencia por el relato materno que lo implicaba emocionalmente.

Lo emocional no está ausente, está bloqueado, no es compartido. El autista se interesa desde afuera, la estrategia defensiva es prioritaria.

Diversas conductas cotidianas de los autistas ilustran esta estrategia, por ejemplo, niños que miran por *el rabillo del ojo*, giran la cabeza hasta el punto en el que la mirada deja de parecer tal; la acción retardada (cuando se le pide o se le ofrece algo, lo ignora, y cuando nadie le atiende, responde), las frases aisladas de niños mutitas, etc.

Los síntomas característicos descritos en los TEA se pueden leer a partir de una doble estrategia de los niños que es descrita por diversos autores, Di Ciaccia (2001), Egge (2006), Laurent (2012), Maleval (2009):

- **La autodefensa:** Protegerse de un entorno potencialmente dañino y de cualquier emoción interna que experimenta de forma perturbadora. No ha constituido una identidad mínima para filtrar e interpretar los estímulos externos, ni una idea de cuerpo propio que le permita acoger y regular las emociones. La experiencia del autista es de caos e intrusión. Toda atención dirigida al niño es inoperante o percibida como pura agresión. El caparazón autístico cumple ahí su función protectora ante la experiencia angustiante por la identidad no constituida.

- **Autoconstrucción:** El sujeto se muestra cerrado al sentido y a la vida en común, pero no está pasivo ante la angustia que su situación de vulnerabilidad le genera. De una forma solitaria y sin contar con el otro --más allá de un uso puramente instrumental-- desarrolla espontáneamente actividades, intereses y comportamientos en un intento de

regular y estabilizar el entorno (la realidad) y su desbordamiento en el cuerpo. Habilita diferentes recursos:

- Uno fundamental es la estabilización de la realidad por *la inmutabilidad*: nada puede cambiar de sitio para que el niño pueda habitar ese espacio, si no la realidad muta radicalmente, la angustia emerge y la crisis se puede desencadenar.

- Ejecuta ciertos *movimientos* que lo pacifican: estereotipias.

- El uso atípico de ciertos *objetos*, llamados autísticos, que cumplen una doble función: animan y pacifican a estos niños. Salen del aparente desinterés y se muestran muy implicados en sus actividades con esos objetos que no suelen tener un objetivo de intercambio. Sin embargo, en esa implicación encontramos algo de la emoción puesta en juego que resulta asumible para el niño y aprovechable terapéuticamente.

- Un uso del otro (adulto de referencia o iguales) u objetos como *un doble* a través del cual intenta participar en el mundo manteniendo su emoción a salvo.

- Interés por ciertas *islas de conocimiento*: saberes técnicos específicos que desarrollan de forma exhaustiva (vías de comunicación y transportes, ciudades y geografía, estaciones de esquí, etc.) y sin valor de intercambio. Pueden tener una evolución que los vincule socialmente. Muchas personas con autismo son capaces de manejarse con destreza y precisión con sistemas simbólicos y lógicos puros en los que no hay un compromiso de lo emocional.

## Conclusiones

Hacerse partenaire de los niños TEA.

¿Cómo ayudarles? Si tomamos en cuenta en los TEA la vertiente emocional, podemos encontrar una lógica al *funcionamiento autístico* --ya esbozada en este artículo-- y las marcas de un sujeto, con su experiencia particular de las cosas y una estrategia en sus respuestas coherente con esa experiencia. Todo ello nos aleja de la imagen deficitaria que se suele ofrecer de los autistas.

Este acercamiento a la patología y a los pacientes se basa en los desarrollos conceptuales sobre la constitución y funcionamiento del aparato psíquico elaborado por el psiquiatra y psicoanalista Jacques Lacan (1901-1981). Orienta a los clínicos sobre cómo acompañar a estos niños y nos permite concebir una forma de abordaje a partir del establecimiento de nuevos anudamientos entre el lenguaje y los afectos:

- Permite encontrar una lógica a respuestas que no se corresponden con el sentido compartido.

- Promueve el respeto por la reserva del niño y evita forzamientos de sus defensas que provocan un cierre mayor. Da claves sobre como dirigirse a ellos para no resultar invasivos.

- Hacerse partenaire de un autista supone partir de las actividades que para el niño son accesibles, invirtiendo la modalidad habitual de aplicación de técnicas normalizadoras.

- El niño, a su vez, con la ayuda de un partenaire no intrusivo puede desarrollar un trabajo en el que se implica y constituir:

- Ciertos rasgos identitarios que le permitan presentarse ante los otros (identidad).

- Una idea de cuerpo propio en el que alojar sus emociones, reconocerlas y establecer vías de regulación funcionales.

Es muy interesante que la investigación experimental acepte el reto de abordar con sus instrumentos la dimensión emocional que tiene una incidencia crucial en la psicopatología y en la clínica. Considero fundamental una mayor la conexión y articulación entre la investigación experimental y la clínica.

## Referencias

- Asperger, H. (1944). Die autistischen Psychopathen im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.
- Baio, V. (2001). Joe, el niño de la cuerdecilla: El trabajo del equipo y de los padres. Lo que nos enseña el niño autista. En Ministerio Aferi Esteri. Embasciata d'Italia (Ed.), *Desarrollos Actuales en la Investigación del Autismo y Psicosis Infantil en el Área Mediterránea* (pp. 42-54). Madrid.
- Di Ciaccia, A. (2001). Una práctica al revés. En Ministerio Aferi Esteri. Embasciata d'Italia (Ed), *Desarrollos actuales en la investigación del autismo y psicosis infantil en el Área Mediterránea*. Madrid.
- Egge, M. (2008). *El tratamiento del niño autista*. Madrid: Ed.Gredos.
- Grandin, T. (2006). *Pensar en imágenes. Mi vida con el autismo*. Barcelona: Ed. Alba.
- Laurent, E. (2013). *La batalla del autismo. De la clínica a la política*. Buenos Aires: Grama Ed.

Maleval, J.C. (2009). *El autista y su voz*. Op. Cit.

Maleval, J. C. (2011). *El autista y su voz*. Madrid: Ed. Gredos.

Tustin, F. (1981). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona: Ed. Paidós.

Williams, D. (1992). *Si on me touche, je n'existe plus*. Paris: Ed Robert Lafont.

Williams, D. (1996). *Quelqu'un quelque part*. Paris: Ed J'ai Lu.

## EFFECTOS DEL PSICOBALLET EN FIBROMIALGIA

**Prof. Dr. Amador Cernuda-Lago**

*Instituto Universitario Danza Alicia Alonso, Universidad Rey Juan Carlos*

### **Resumen**

**Antecedentes.** Estamos ante una enfermedad que no encuentra prueba orgánica aparente para explicar un dolor intenso y difuso, acompañado por una gran cantidad de síntomas como son: sueño no reparador, fatiga, síntomas de depresión y ansiedad, rigidez por las mañanas, síndrome de colon irritable. Desde el Psicoballet se trabaja con el cuerpo, con el movimiento, y con la expresión. El objetivo básico de esta aproximación psicoterapéutica a través del arte, es que los cambios en el movimiento tendrán como consecuencia cambios a nivel psíquico y emocional. Se pone la atención en el dolor con la pretensión de que la persona lo explore a través de su cuerpo y de su movimiento en un espacio seguro y acompañado por personas con la misma situación, lo que facilita la comunicación. **Método.** Este estudio se desarrolló con un grupo de 27 mujeres diagnosticadas de fibromialgia y en tratamiento farmacológico, de una media de edad de 41 años. Antes de empezar el proceso y al terminarlo se les hicieron varias entrevistas clínicas y se aplicaron diferentes pruebas de evaluación psicológica. Se les aplica el Test STAI de Spielberger, el de Autoestima de Rosenberg y el POMS. Recibieron veinte sesiones de 90 minutos de duración (60 minutos de Psicoballet y 30 minutos de técnicas cognitivas), a razón de una sesión semanal durante 5 meses. **Resultados.** Indican reducción de la fatiga, de la ansiedad, de la depresión y de la percepción del dolor y un aumento del vigor, mejora de la autoimagen y de la autoestima. **Conclusiones.** La actividad físico artística que aporta el Psicoballet mejora la calidad de vida de este tipo de pacientes, fortaleciendo su capacidad de comunicación, mejorando la autoestima y el vigor, reduciendo la fatiga y la percepción del dolor.

**Palabras Clave:** Fibromialgia, danza, Psicoballet, dolor, autoestima.

## EFFECTS OF THE PSICOBALLET IN FIBROMYALGIA

### Abstract

Background. We are facing here a disease does not find organic test to explain an intense and diffuse pain, together with a great quantity of symptoms such as sleep problems, fatigue, depressive symptoms and anxiety, morning stiffness, irritable bowel syndrome. From the Psicoballet, the person works with the body, with the movement and with the expression. The objective psychotherapy is through the art as, developed and practiced with patients, that the changes in the movement will produce changes on the psychic level and emotional level. They pay attention to the pain trying that the person explore through the body and the movement and in a secure space and with other people in the same situation, that will make all communication very easy. Method. This study was performed with a group of 27 women diagnosed of fibromyalgia and pharmacological therapy, of a middle ages of 41 years. Before beginning the process and on having finished it several clinical interviews were done to them and there were applied different tests of psychological evaluation: Spielberger's STAI and Rosenberg's Self-Esteem Scale and POMS. They received twenty sessions of 90 minutes (60-minute session of Psicoballet and 30-minute session of cognitive technologies). A session a week for 5 months. Results. They indicate reduction of the fatigue, of the anxiety, of the depression and of the perception of the pain and an increase of the vigour, improvement of the self-image and of the self-esteem. Conclusions. The activity physicist artistic that contributes the Psicoballet improves the quality of life of this type of patients, strengthening their capacity of communication, improving the self-esteem and the vigour, reducing the fatigue and the perception of the pain.

**Keywords:** Fibromyalgia, dance, Psicoballet, pain, self-esteem.

### Introducción

Estamos ante una enfermedad que no encuentra prueba orgánica aparente para explicar un dolor intenso y difuso, que está acompañado por una gran cantidad de síntomas de todo tipo como son: sueño no reparador, fatiga, síntomas de depresión y ansiedad, rigidez por las mañanas, síndrome de colon irritable. Desde el Psicoballet se trabaja con el cuerpo, con el movimiento, y con la expresión. El objetivo básico de esta

aproximación psicoterapéutica a través del arte es que los cambios en el movimiento tendrán como consecuencia cambios a nivel psíquico y emocional con la intención de que la persona se descubra y explore su mundo interior. Se pone la atención en el dolor a nivel físico y psicológico con la pretensión de que la persona lo explore a través de su cuerpo y de su movimiento en un espacio seguro y acompañado por personas con la misma situación, lo que favorece la comunicación y el dinamismo grupal.

La tarea de definir la fibromialgia es muy complicada tanto para pacientes como para médicos, psicólogos y terapeutas de diferentes campos de intervención. El solapamiento de la fibromialgia con otras enfermedades que cursan con dolor crónico confunde más el panorama. En la actualidad se siguen desarrollando a diferentes niveles un buen número de estudios que tratan de reducir esta incertidumbre.

Autores como Kirmayer y Robbins (1991) opinan que los sujetos que sufren, ya sea el síndrome de colon irritable, fatiga y/o astenia crónica y fibromialgia, comparten muchos de sus síntomas, pudiendo incluso llegar a formar parte de un único síndrome de somatización, habiéndose demostrado que los síntomas que los pacientes manifiestan se categorizan más como un conjunto de diferentes síndromes funcionales, que como un único trastorno de somatización.

Existe gran similitud entre la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, enfatizado por muchos investigadores: Buchwald y Garrity (1994), Buchwald, Goldenberg, Sullivan y Komaroff (1987), Komaroff y Goldenberg (1989) y Goldenberg, Simms, Geiger y Komaroff (1990).

Wessely y Hotopf (1999) estiman que cerca de un 70% de los sujetos con fatiga debilitadora durante más de seis meses tienen además dolor muscular difuso y, entre un 85 y un 95% de los pacientes con fibromialgia, se quejan de fatiga. Además, el término “mialgia” recoge parte del término encefalomielitis miálgica (myalgic encephalomyelitis), que es un componente o síntoma del síndrome de fatiga crónica (Wessely y Hotopf, 1999). Los puntos sensibles (tender points) que dan una característica definitiva a la fibromialgia, según Kamaroff y Goldenberg (1989), también son comunes al síndrome de fatiga crónica. Buchwald (1996) señala que el trastorno de sueño también es común a ambas enfermedades.

Aaron, Burke y Buchwald (2000) realizaron un estudio en el que concluían indicando que realmente existe un solapamiento entre los diferentes síntomas de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. Afirmaban, además, que se estima que

entre un 20% y un 70% de personas con fibromialgia cumplen los criterios del síndrome de fatiga crónica. Por otro lado, entre un 35% y un 70% de las personas que sufren el síndrome de fatiga crónica, reúnen los criterios de la fibromialgia. Estas cuestiones comentadas de solapamiento nos hacen comprender la dificultad de comprensión del término fibromialgia, que no puede ser reducido al campo de la reumatología porque no es un trastorno específico. Pese a la ausencia de consenso clínico, en algunos países los enfermos de fibromialgia pueden recibir una pensión por discapacidad. Pese a que el término fibromialgia es muy moderno, esta enfermedad, a nivel reumático, se conoce desde el siglo XVI. Entonces ya se hablaba de la existencia de puntos sensibles, o lo que en inglés llaman “tender points”, descritos como dolores musculares que sólo pueden ser localizados al ser presionados (Kellner, 1991). Este mismo autor describe como en 1904 Williams Gowers habla pioneramente de fibrositis, definiéndolo como un reumatismo muscular, una fibrositis muscular o un tipo de inflamación. En 1952 Travell y Rinzler introducen el término de síndrome de dolor miofascial, para definir las áreas doloras que se detectan al tocar. En 1986, Smythe describe una serie de criterios para el diagnóstico de lo que el denomina fibromialgia.

Dawson y Tiidius (2005) recomiendan el uso del ejercicio físico para esta dolencia. Para determinar los protocolos de ejercicio de los pacientes con fibromialgia se debe primero tener lo más claro posible el diagnóstico, ya que este tipo de población no posee la misma respuesta fisiológica al ejercicio y presenta niveles basales bajos en ciertas hormonas, como la hormona del crecimiento (Dawson y Tiidus, 2005).

En estudios con ejercicio aeróbico y de flexibilidad se encuentran diferentes adaptaciones del sistema neuromuscular; además ya existen varios meta-análisis donde se trabajaron protocolos de ejercicio con tamaños de efecto considerables en las variables físicas y psicológicas y según los cuales se recomienda hacer estudios individualizados de los diferentes casos en el ámbito personal, ya que este padecimiento varía de paciente a paciente. Se sugiere entrenamientos de baja intensidad, como caminar, aeróbicos de bajo impacto, movimientos de brazos y actividades acuáticas; la frecuencia puede variar de 1 a 2 veces por semana y aumentar a 3 y 4 veces como máximo a un 75% de FCmax y con una duración de 10 a 30 min. Tanto la intensidad como la frecuencia del ejercicio son compatibles con el trabajo de ballet, que se encuentra dentro de estos parámetros. Por lo que, intentar una experiencia con los métodos del Psicoballet creados en Cuba, Fariñas (1990) y Cernuda (2012), en principio

parece muy adecuado, tal como sugieren otros trabajos realizados previamente con poblaciones de cáncer y de sida en los que el ejercicio moderado como el que se practica en Psicoballet ha dado resultados muy positivos en la calidad de vida de los pacientes. Cernuda (2013).

En un estudio realizado por Bojner (2003) en el que emplea la danza como terapia en fibromialgia, encuentra cambios en las hormonas del estrés, como en el cortisol (que aumenta la actividad mental y física), en el de hidroepiandrosteronsulfato (que proviene de la glándula adrenal, los altos niveles reflejan bienestar) y en la prolactina (que se incrementa en situaciones de estrés y pérdida de poder) y en la neuropeptina Y, relacionada con la percepción de dolor, presión arterial, y peso; aunque pueden ser atribuibles a que los pacientes con fibromialgia poseen anormalidades en sus ejes hipotálamo-pituitaria-adrenal y crean perturbaciones en sus hormonas de estrés. En la video-interpretación de la experiencia es donde señala que se observaron cambios significativos en movimientos dolorosos, movilidad y energía vital, lo cual les ayuda a su auto-imagen. Por ello, Bojner aconseja el uso de las terapias no verbales como un excelente tratamiento para personas con dolor, gracias al aumento de señales positivas. (Bojner, 2003).

## **Método**

### *Participantes*

Se ha trabajado con 27 mujeres, de una media de edad de 41 años, diagnosticadas de fibromialgia y en tratamiento farmacológico.

### *Instrumentos*

Se les aplica el test STAI de Spielberger, el de Autoestima de Rosemberg y el POMS.

### *Procedimiento*

Antes de empezar el proceso y al terminarlo se les hicieron varias entrevistas clínicas y se aplicaron diferentes pruebas de evaluación psicológica. Recibieron veinte sesiones de 90 minutos de duración (60 minutos de Psicoballet, y 30 minutos de técnicas cognitivas), a razón de una sesión semanal durante 5 meses.

## Resultados

Indican reducción de la fatiga, de la ansiedad, de la depresión y de la percepción del dolor y un aumento del vigor, mejora de la autoimagen y de la autoestima.

## Conclusiones

La actividad físico artística que aporta el Psicoballet mejora la calidad de vida de este tipo de pacientes, fortaleciendo su capacidad de comunicación, mejorando la autoestima y el vigor, reduciendo la fatiga y la percepción del dolor.

## Referencias

- Aaron, L.A., Burke, M. y Buchwald, D. (2000). Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Archives of Internal Medicine*, 160, 221-227.
- Bojner, E. (2003). Dance/Movement therapy and changes in stress-related hormones: a study of fibromyalgia patients with video-interpretation. *The Arts in Psychotherapy*, 30, 255-264.
- Buchwald, D. (1996). Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: similarities and differences. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22, 219-243.
- Buchwald, D. y Garrity, D. (1994). Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia and chemical sensitivities. *Archives of Internal Medicine*, 154, 2094-2053.
- Buchwald, D., Goldenberg, D., Sullivan, J. y Komaroff, A. (1987). The chronic active Epstein-Barr virus e infection syndrome and primary fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 30, 1132-1136.
- Cernuda, A. (2012). Arte social comunitario y aplicaciones clínicas del Psicoballet. 40 años de experiencia cubana. En E. Santos y F. J. Coll (Coords.), *Libro de Actas Congreso Internacional de Intervención Social, Arte Social y Arteterapia* (pp. 1-11). Murcia. Editorial Universidad de Murcia.
- Cernuda, A. (2013). Efectos de un programa de Psicoballet cognitivo conductual en un grupo de enfermos de sida. En R. González, R. Fernández, R. Arce, M. Ferradas, y C. Freire (Coords.), *Psicología y Salud II. Salud física y mental* (pp. 275-284) Granada: GEU Editorial.

- Dawson, K. y Tiidus, P. (2005). Physical Activity in the Treatment and Management of Fibromyalgia. *Critical Reviews, Physical and Rehabilitation Medicine*, 17(1), 53-64.
- Fariñas, G. (1990). *Temas de Psicoballet*. Ed. Hospital Psiquiátrico de La Habana. Revisión Cuba.
- Goldenberg, D., Simms, R., Geiger, A. y Komaroff, A. (1990). High frequency of fibromyalgia in patients with chronic fatigue seen in primary care practice. *Arthritis & Rheumatism*, 33, 381-387.
- Kellner, R. (1991). *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. USA, Washington D.C.: American Psychiatric Press Inc.
- Kirmayer, L. y Robbins, J. (1991). *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. USA, Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Komaroff, A. y Goldenberg, D. (1989). The chronic fatigue syndrome: definition, current studies and lessons for fibromyalgia research. *Journal of Rheumatology*, 16, 23-29.
- Smythe, H. (1986). Tender points: evolution of concepts of the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *American Journal of Medicine*, 81(3a), 2-6.
- Travell, J. y Rinzler, S.H. (1952). The myofascial genesis of pain. *Postgraduate Medicine*, 11(5), 452-34.
- Wessely, S. y Hotopf, M. (1999). Is fibromylgia a distinct clinical entity? Historical and epidemiological evidence. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 13(3), 427-436.

## INTERVENCIONES ORIENTADAS PSICOANALÍTICAMENTE ANTE LAS PROBLEMÁTICAS ACTUALES EN MÉXICO

**María Cristina Ortega-Martínez\* y Hugo Pedroza-Falcón\*\***

*\*Universidad Autónoma de Querétaro / Asociación Universitaria de Pesquisa en Psicopatología Fundamental; \*\*Universidad Autónoma de Querétaro*

### Resumen

Las problemáticas actuales del ser humano, han mostrado ciertos rasgos distintos de la época (individualismo, cosificación y nihilismo); ante los cuáles, la pregunta es ¿Qué hace la clínica psicoanalítica? Siendo una de las prácticas clínicas de mayor tradición. ¿Es parte de los síntomas actuales o provee de formas de enfrentarlo para producir algo distinto en el ser humano? De tal manera que el estudio se ha enfocado en identificar lo que los clínicos de México, con práctica orientada psicoanalíticamente observan como las patologías actuales y sus propuestas sobre cómo abordan dichos aconteceres, si existe alguna forma de intervención distinta, para observar la pertinencia del psicoanálisis hoy en día, en nuestro país, a través de entrevistas realizadas a expertos y por oportunidad. Esto también con el interés particular de que siendo el psicoanálisis la disciplina a transmitir en la Universidad Autónoma de Querétaro, se distingan sus posibles aplicaciones o bien las modificaciones que se sugieren se incluyan en dicha transmisión para que los alumnos encuentren el enlace entre la teoría y la práctica. De las entrevistas se concluye que son las patologías del sin límite, de la desimbolización y el goce. Dentro de las propuestas está la elaboración del lazo social a partir de los grupos, acompañamiento terapéutico, la reflexión sobre la propia locura (ecocidio) y el análisis –la formación- de los psicoanalistas. Es la vuelta a la lectura de la ortodoxia freudiana para recuperar la escucha analítica, a pesar de la utilización de dispositivos no freudianos, como los grupos, el acompañamiento, las miradas distintas. Encontrar el punto de anclaje entre la teoría que debe sostenerse y la práctica que debe renovarse sin arriesgar ni la una ni la otra.

**Palabras clave:** Psicoterapias, psicoanálisis, clínica, propuestas

## **PSYCHOANALYTICALLY ORIENTED INTERVENTIONS TO CURRENT PROBLEMS IN MEXICO**

### **Abstract**

Current problems of human beings, have shown certain traits other than the time (individualism, reification and nihilism); before which the question is, What does the psychoanalytic clinic? It is one of the most traditional clinical practices. Is it part of the presenting symptoms or provides forms of face to produce something different in humans? So that the study has focused on identifying what clinicians Mexico, with psychoanalytically oriented practice observed as the current conditions and their proposals on how to address these happenings, if any other form of intervention, to see the relevance of psychoanalysis Today, in our country, through interviews with experts and opportunity. This also with particular interest that psychoanalysis discipline being transmitted at the Autonomous University of Queretaro, its possible applications or suggested modifications included in this transmission are distinguished for students to find the link between theory and the practice. Interviews conclude that pathologies are unlimited, the desymbolization and enjoyment. Among the proposals is the development of the social bond from the groups, therapeutic support, reflection on madness itself (ecocide) analysis and training-of-the psychoanalysts. It is a return to the reading of Freudian orthodoxy analytic listening to recover, despite the use of non-Freudian devices, such as groups, accompaniment, different looks. Find the anchor point between theory and practice should be held to be.

**Key Words:** Psychotherapy, psychoanalysis, clinic, proposals

### **Introducción**

El modelo teórico que se usará de base es el psicoanalítico, respecto al método que se utiliza ante problemáticas o sufrimientos. Desde una mirada crítica, en el sentido de analizar qué tan pertinentes o factibles son las propuestas que se plantean como estrategias a seguir en la práctica clínica orientada psicoanalíticamente.

Existe la propuesta psicoanalítica clásica de Freud, que pretendía como finalidad del análisis hacer consciente lo inconsciente, traducir los síntomas en palabra, hablar

para no actuar, elaborar, para conseguir cumplir con las dos tareas fundamentales del ser humano: amar y trabajar.

Lacan propone como parte de la clínica el reconocimiento del propio deseo. Ambos autores privilegian la palabra, aunque hay algunas posturas que se nombran lacanianas que hablan de la clínica de lo real.

Sin olvidar que las propuestas se hicieron en un contexto determinado y tanto Freud como Lacan se enfrentaron a hechos tal vez semejantes pero matizados por la época en la que aparecieron, es pues oportuno ver si hay algo que modificar en la clínica psicoanalítica o se puede seguir haciendo lo mismo, se tiene que seguir escuchando de la misma manera. Es bien sabido, que hay cosas del método psicoanalítico o mejor dicho de la práctica que han cambiado, como el uso del diván, el tiempo de escucha, ya no diaria como la hacía Freud, esto influido también por las ideas Lacanianas, con su escansión. Sin embargo hay que mirar con sentido crítico para saber si esto es aún posible o debe adaptarse o modificarse, agregarse o cambiar en algún modo para enfrentar lo que se vive actualmente.

Freud desde un principio propuso una forma de trabajo que se ha ido perdiendo y que planteó muy tempranamente en su texto de *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*, donde aclara desde la primera página que el significado de la expresión <<Tratamiento psíquico>> se refiere a “tratamiento desde el alma -ya sea de perturbaciones anímica o corporales- con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre. Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra...” (Freud, 1890/1998, p. 115). Ahí señala que no es un encuentro donde alguien sabe lo que le pasa al otro y las razones se imponen. No comenta que el psicoanalista desde su formación intelectual va a curar al paciente, sino que es desde el alma, por supuesto aquí aún no habla de inconsciente, pero está marcando que el recurso para la cura es la palabra y la fuente de ella, el alma –con todas sus connotaciones-. Pero además indica que la palabra tiene que transcurrir, es decir no se proporciona algo del orden de la cura, desde el silencio o la carencia de una escucha pasiva y simplemente receptora de todo cuanto dice el que pide ayuda, sino que debe dársele una respuesta, una palabra, que incluso más adelante en ese mismo trabajo Freud habla de la función balsámica de la palabra. Eso es recibir una respuesta –no una interpretación hay que aclarar- por parte del psicoanalista. Una palabra que quizás sea una pregunta o

una afirmación, una mención, pero que instaure el asunto de que hay un encuentro discursivo y que no sólo es escuchado el paciente, sino que es comprendido o atendido.

a) Las variables de trabajo son:

Variable independiente = Propuestas de trabajo clínico orientado psicoanalíticamente

Variable dependiente = problemáticas actuales del ser humano caracterizadas por el individualismo, la cosificación y el nihilismo.

b) Dado que es un estudio cualitativo con diseño de teoría fundamentada, las entrevistas realizadas se analizarán (análisis de resultados) a partir del descubrimiento de categorías o temas que abundan en las entrevistas para de ahí revisar la relación entre dichas categorías y a partir de ahí elaborar una teoría.

Partimos de la pregunta ¿Cuál es en estos días la cura psicoanalítica y que no implique empujar al sujeto a su soledad?

¿Qué ofrece la clínica psicoanalítica a las problemáticas actuales?

¿Qué modificaciones o interés más particular sobre cuestiones de método o técnicas tiene el psicoanálisis para enfrentar las problemáticas actuales?

Y de ahí, puesto que la clínica psicoanalítica está enfocada en el “caso por caso” no puede pretenderse una generalización, por tanto habrá que buscar cuáles propuestas están emergiendo en la actualidad ante los problemas de ahora.

Por eso la pregunta principal es:

¿Cuáles son las propuestas de quienes realizan práctica clínica orientada psicoanalíticamente para trabajar con problemas actuales?

El objetivo general:

Identificar las propuestas de trabajo de algunos clínicos de orientación psicoanalítica ante los problemas actuales en México.

Objetivos particulares:

- Definir las principales problemáticas actuales ante las que el psicoanálisis puede tener pertinencia

- Revisar las propuestas de algunos clínicos de orientación psicoanalítica sobre la manera en su práctica de afrontar tales problemáticas

- Distinguir los elementos esenciales que contienen las propuestas respecto al método, técnicas o estrategias en la práctica clínica psicoanalítica

## Método

### *Recursos materiales y humanos*

Medio electrónico de recopilación de la información

Entrevistador

Entrevistados

### *Participantes*

#### Criterios de inclusión

- Clínicos con orientación psicoanalítica que tengan práctica actualmente
- Que residan en México
- Acepten ser entrevistados respecto al tema
- Disponibilidad de tiempo para la entrevista

#### Criterios de exclusión

- Clínicos cuya orientación no sea psicoanalítica
- Clínicos que aunque tengan dicha orientación, no tengan práctica actualmente
- Clínicos que no residan en México

Muestra: Se utilizó una muestra por oportunidad, que es todo aquel clínico que cumpla con los criterios de inclusión en el período de enero a junio del 2014 y que acepte ser entrevistado, aunque por la naturaleza de la investigación también se pueden considerar muestra de expertos

### *Procedimiento*

1. Se realizaron entrevistas abiertas (en persona o por medio electrónico) donde la pregunta principal es ¿Qué ofrece la clínica psicoanalítica ante las problemáticas actuales? Mencionando las que se han desarrollado teóricamente (individualismo, cosificación y nihilismo) y partiendo de lo que el clínico enfrenta en su cotidianidad – adicciones, problemas de pareja, familiares, depresiones, etc.-

2. Se analizaron los datos elaborando categorías y temas, para luego observar cuál es la relación entre las categorías y qué teoría puede emerger de ahí.

3. Se compararon los resultados con algunos de los elementos principales del método psicoanalítico clásico y el lacaniano para saber hasta donde son en realidad modificaciones o no.

*Diseño*

Es una investigación cualitativa con diseño de teoría fundamentada, con la muestra por oportunidad.

**Resultados**

Tabla 1

*Resultados de las entrevistas formados en categorías*

<b>Entrevistados</b>	<b>Problemáticas</b>	<b>Factores</b>	<b>Propuesta de intervención</b>
Carlos Varela Nájera	Violencia generalizada, a partir del déficit de atención, niños indigos, hiperactividad.	Otras formas de malestar – diferentes formas de nombrar (el goce) – hay una mutación. Exceso de goce – caída del nombre del padre-desimbolización.	<i>Clinica del lazo social-</i> trabajo en grupos; lo cual consiste en promover una relación de transferencia en el ámbito institucional educativo, que permita un trabajo de simbolización en niños.
Viviana Berger	Manifestaciones del goce que se presentan fuera de los límites del lenguaje. Síntomas (Sinhome), ejemplos: Trastornos de alimentación (bulimia y anorexia), adicciones, alcoholismo, ataques de pánico,	Evolución de los tiempos – transformación progresiva. Declinación del Nombre-Del-Padre. No hay matriz simbólica.	Escucha detallada de la particularidad del síntoma. El psicoanálisis ofrece una salida muy interesante y muy novedosa, pues es la vía que permitiría al sujeto liberarse del encapsulamiento en el goce

depresión y asuntos de violencia.

autístico, hacia las contingencias del deseo.

Clínica de niños: dificultades en la atención o comportamientos autísticos, trastornos del lenguaje y los síntomas de siempre (fobias, terrores nocturnos, enuresis).

Tabla 1 (continuación)

Alfredo Flores	Narcicismo, bulimia, anorexia, relaciones con la cibernética, comportamientos de transgresión.	Cambio en las características de las patologías. Hay vínculos que no se daban en otros tiempos. Exacerbación del narcisismo. No hay un proceso de elaboración simbólica.	Grupo reflexivo terapéutico. No podemos tener como una idea clara de cómo vamos a intervenir, sino que estar muy pendiente en lo que se escucha.
Wendolyn Valencia	Bullying, problemas alimenticios, autismo, problemas somáticos y psicósomáticos, cáncer, lupus.	Se presentan diferentes pero se siguen presentando las clásicas como la histeria, aunque no de manera tan aparatosa.	No hay propuesta, sigue la dinámica y el método psicoanalítico, pero incluye elementos tecnológicos (iPad, películas).

Victoria Fenik	Trastornos de alimentación, depresión, autolesiones.	Esta época aprovecha otros tipos de vestimenta de estas patologías. Desfragmentación.	Ante la falta de demanda hace un acompañamiento terapéutico (reparar las relaciones).
----------------	--	---	---

José Eduardo Tappan Merino	El estrés, TDAH, anorexia, bullying, son nombres nuevos de fenómenos que siempre han existido.	Los problemas cotidianos de la época y cultura siguen siendo los mismos, lo que se examina es la estructura. El vacío existencial podría ser de esta época. No poder conocer el deseo.	La intervención sigue siendo la misma, que la persona descubra la responsabilidad subjetiva de sus conflictos. La formación de los analistas, el pasar por el propio análisis y no sólo la academización del psicoanálisis.
----------------------------	--	--	---

Tabla 1 (continuación)

Néstor Braunstein	La violencia.	Hay manifestaciones que no se veían antes, pero hay otras que siguen siendo las mismas. Inconsciente constituido a partir de significantes (de lo no dicho). Desafío de la Ley. Dificultad de renunciar al goce. Sustitución de la realidad materia a la	Habrà que reconstruir esa historia sobre la base de indicios no siempre confiables y sabiendo del riesgo de confundir una construcción con una completa invención, tanto más peligrosa cuanto más convincente o cuanto mayor sea su capacidad para
-------------------	---------------	--	--

		<p>realidad virtual que dificulta los límites con el goce.</p>	<p>satisfacer los intereses del sujeto.</p>
<p>Francisco Landa Reyes</p>	<p>Anoréxicas, quirúrgicas, de fisionomía, actos violentos contra sí o contra otros, estados de pánico, TDA, formas inestables en adultos (trastornos fronterizos o bipolaridad).</p>	<p>Hay modificaciones, la manifestación de un pathos que parece no solicitar un saber que lo descifre, o en todo caso, que se gesta como un grito que no viene de un lugar de sujeto. Es relativo a las realidades clínicas del analista.</p>	<p>Posición clínica del therapôn. La verdadera aportación clínica del therapôn viene desde la sutura que él ha podido realizar entre la vivencia autodestructiva del pictograma de displacer, y la recuperación del curso pulsional hacia representaciones pictográficas de placer y deseo en las que se refuerza el eros que busca la repetición de éstas.</p>
<p>Luis Tamayo Pérez</p>	<p>Tabla 1 (continuación) Delirio de celos, erotomanía, farmacodependiente y criminal.</p>	<p>Hay nuevas locuras. La época, (diferentes guerras).</p>	<p>Cobrar conciencia de la locura propia (uno cura propia porque hacemos psicoanálisis) y después transmitirla, lo que implicaría que uno tiene que comenzar por su propio análisis. (Ecocida).</p>

Antonio Bello Avatares clínicos / mismas Toma en cuenta la No hay propuesta.  
 Quiroz estructuras clínicas (neurosis, época, pero las estructuras son las mismas de antes.  
 psicosis y perversión). Modos en que se instituye la negación (negación de la castración del Otro) a partir del tránsito por el Edipo.

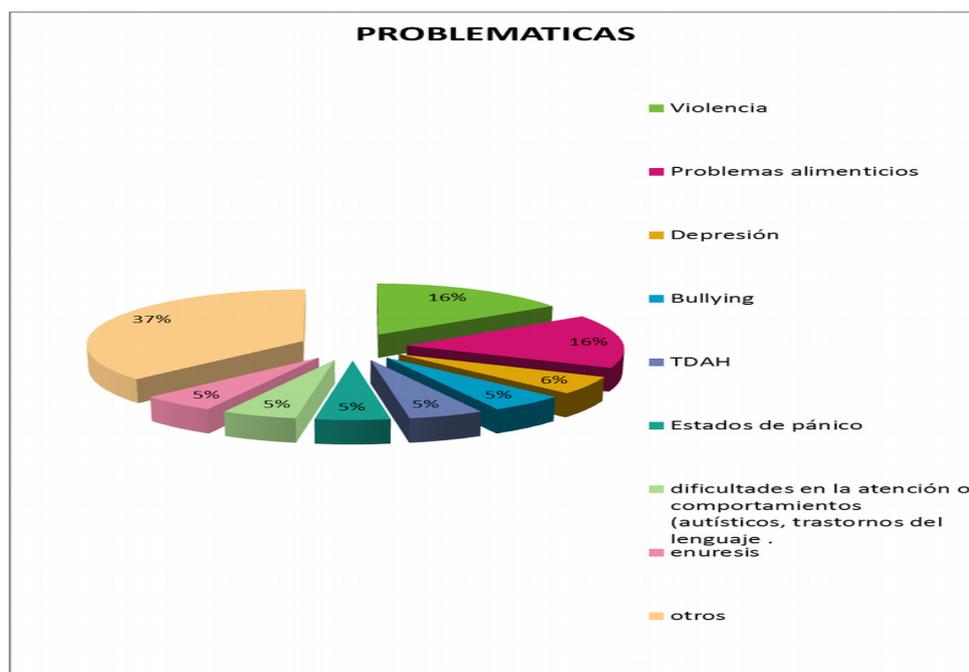


Figura 1. Gráfica de Problemáticas

**Discusión/Conclusiones**

Como se ve en la Figura 1, respecto a los malestares que dicen se encuentran en la práctica clínica: 60% dicen que presentan un cambio; 20% que el malestar está en el nombrar; 20% que se presentan nuevos malestares, pero también los viejos. Problemáticas: 16% violencia; 16% problemas alimenticios; 6% depresión; 5% bullying; 5% TDAH; 5% estados de pánico; 5% dificultades en la atención o

comportamientos (autísticos, problemas del lenguaje); 5% enuresis; 37% otros. Factores: 14% caída del Nombre-Del-Padre; 14% desimbolización; 14% época; 10% exceso de goce (jouissance); 48% otros. Propuesta de abordaje: 60% no; 40% sí. Por cuestiones de extensión, no se anexan las gráficas

Presentándose como pre-conclusiones, puesto que la investigación aún no termina, lo que se puede ver en los comentarios de los clínicos que trabajan orientados psicoanalíticamente, es que coinciden en que el malestar actual no cambia en mucho, es decir sigue siendo parte del ser sujeto del inconsciente el que exista el sufrimiento, con caras nuevas tal vez, una cara menos neurotizante, menos reprimida y más aventada al gozar, al sin límite, a los desbordamientos, por la falta de una autoridad, de un nombre del padre que funja, aunque con sus fallas, como ese límite. Las propuestas, hasta ahora, como se puede observar en la tabla 1, giran en torno a sostener la escucha, la escucha de lo no dicho y a mover el deseo, el deseo de hablar, así como algo fundamental que es en la formación de psicoanalista, tener el propio análisis.

La importancia de este tipo de investigaciones, residiría en los cuestionamientos que pueda producir, por ejemplo, el preguntarnos sobre los malestares que se presentan en la actualidad, pero principalmente reflexionar sobre nuestro quehacer en la clínica psicoanalítica ante dichos malestares psíquicos y, de ser preciso; formular ciertos replanteamientos teóricos, pero sobre todo prácticos, que permita un mejor entendimiento y atendimiento de los mismos. Así pues, con el presente trabajo de investigación podemos dar cuenta de algunas formas de intervención que clínicos psicoanalíticos están realizando, como es la clínica del lazo social- trabajo en grupos, acompañamiento terapéutico (reparar las relaciones), grupos terapéuticos, posición clínica del *therapôn* y la transmisión de la toma de conciencia de la locura propia (ecocida). Así mismo, mediante las entrevistas a los clínicos, pudimos conocer (desde su experiencia y práctica) cuales son las principales problemáticas o malestares que se presentan actualmente, como son: problemas alimenticios, violencia, depresión, bullying, TDAH, estados de pánico, enuresis, dificultades en la atención o comportamiento, entre otras, también se infirió que la forma en que se están configurando los malestares en la actualidad, tendrían vinculación con la caída del nombre del padre, la desimbolización, la época y el exceso de goce, el cual desde los psicoanalistas entrevistados, sería una característica de nuestra época.

Hay que visitar, hay que releer, hay que cuestionar, ya que estos actos implican una dinámica constante en el campo psicoanalítico, es decir, de un constante movimiento del analista en su práctica, del estudioso en la teoría, ésta es la importancia de la investigación. Además, dar cuenta del acontecer del país, no quedarnos en que el sufrimiento es exclusivamente del mundo interior, sino de la conexión del sujeto con sus circunstancias, lo que habla sin palabras, lo que se vive a diario, lo que como sociedad y país vivimos. En fin, estudiar y hacer psicoanálisis. Estando a la altura de la época, responder lo que a gritos se nos pide escuchar, atender el dolor propio y del otro. Y la comprensión de la dimensión ética y profesional que el devenir psicoanalista implica.

### Referencias

Freud, S. (1998). *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)* (Tomo I, Obras Completas). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1890).

**MÁS ALLÁ DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA.  
OBESIDAD MÓRBIDA Y MINDFULNESS: UNA OPORTUNIDAD PARA  
INICIAR Y MANTENER CAMBIOS**

**M<sup>a</sup> África Cruz García\***, **Laia Mollà Cusí \*\*** y **Lucia Pérez Golarons\*\***

*\*Psicóloga clínica adjunta. Hospital del Mar; \*\*Psicóloga interna residente. Hospital del Mar. Servicio de psiquiatría. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD).*

*Hospital del Mar- Parc de Salut Mar. Barcelona*

**Resumen**

**Antecedentes:** La obesidad mórbida (OM) es una condición cada vez más prevalente a nivel nacional y mundial, que implica la aparición de complicaciones médicas de alto riesgo y un elevado coste sanitario. A las Unidades de OM y Cirugía Bariátrica (CB) llegan pacientes que han mostrado ausencia de respuesta a manejos previos más conservadores. En España, el trabajo del psicólogo clínico (PC) en dichas Unidades multidisciplinares empieza a tener mayor relevancia. El PC puede tanto realizar las valoraciones del estado de salud mental de los candidatos a CB como ofrecer la atención psicológica indicada, tal como recomiendan las principales Guías Clínicas (GC). Recientemente, está en auge el estudio de la eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) y otros tratamientos que incluyen ejercicios de mindfulness. ¿Hay evidencia científica que apoye que dichos tratamientos ayudan a mejorar los resultados en pacientes con OM, sometidos o no a CB? **Método:** En este capítulo, tratamos de dar respuesta a esta pregunta utilizando dos estrategias: una revisión bibliográfica actualizada, y la descripción de la experiencia clínica de un programa piloto de psicoterapia grupal breve con pacientes vinculados a una Unidad de CB. **Resultados:** Hay evidencia científica, en pacientes con problemas de obesidad, a favor de que la TCMB grupal y los tratamientos que incluyen ejercicios de mindfulness pueden ayudar a mejorar diferentes aspectos. La mejoría se evidencia, al menos a corto y medio plazo, en la reducción de malos hábitos alimentarios habitualmente asociados a la OM (atracción, pica) y/o en un estilo de afrontamiento más adaptativo. **Discusión:** el Mindfulness se presenta como una herramienta básica y prometedora dentro de los tratamientos psicológicos en el abordaje multidisciplinar de la OM.

**Palabras clave:** cirugía bariátrica, obesidad, mindfulness, tratamiento psicológico.

**BEYOND BARIATRIC SURGERY.  
MORBID OBESITY AND MINDFULNESS: A CHANCE FOR INITIATING  
AND MANTAINING CHANGES**

**Abstract**

**Background:** Morbid obesity (MO) is a condition increasingly prevalent in both national and global levels, which implies the appearance of highly risky medical complications and a high health care cost. Patients that have shown a lack of response to previous more conservative treatments are referred to MO and Bariatric Surgery (BS) units. In Spain, the role of the clinical psychologist (CP) in such multidisciplinary units is beginning to be more relevant. The CP can make the mental health assessment to BS candidates and also offer the psychological attention suitable, as recommended by the Clinical Guidelines (CG). Recently there is an increasing interest on studying the efficacy of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and other treatments that include mindfulness exercises. Is there scientific evidence that supports these treatments can help improve the outcomes in MO patients, undergoing BS or not? **Method:** In this chapter, we aim to respond this question using two strategies: an actualized literature review and the description of a pilot study consisting on brief group psychotherapy with MO patients' groups and patients treated in a BS unit.

**Results:** There is scientific evidence, within patients with obesity problems, which supports that both group MBCT and treatments that include mindfulness exercises can help them improve in different areas. The improvement is evidenced, at least short and medium term, by reducing bad eating habits normally associated with MO (binge eating, grab) and/or by keeping a more adaptive coping style. **Discussion:** Mindfulness is presented as a basic and promising component within the psychological treatments in the multidisciplinary MO approach.

**Keywords:** bariatric surgery, obesity, mindfulness, psychological treatment

## Introducción

La Obesidad Mórbida (OM) es una condición de origen multifactorial (factores biológicos, psicológicos y socioculturales) cuya prevalencia en la población mundial está aumentando año tras año. En Europa la prevalencia ha aumentado al 15,7% en adultos y al 4% en niños (Gellner y Domschke, 2008).

En España también se ha registrado una tendencia al ascenso en la prevalencia de la obesidad. En 1987, año de la primera Encuesta Nacional de Salud, el 7,4% de la población mayor de 18 años tenía un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. En los últimos datos, recogidos en 2011, el porcentaje de este grupo ascendía hasta el 17% (Ministerio de Sanidad, 2013).

La obesidad mórbida se define por un IMC igual o superior de 40, o de un IMC igual o mayor de 35 ante la presencia de al menos una enfermedad significativa o de una discapacidad grave. Las personas con OM son más vulnerables a un conjunto de patologías orgánicas (diabetes, hipertensión, artropatías...) y psicológicas (depresión, ansiedad...) (Amigo, Fernández y Pérez, 2009). Los datos de prevalencia junto con los riesgos asociados hacen que la OM se considere actualmente un problema grave de salud que además supone un elevado coste sanitario.

Dado el conocimiento de la influencia que los factores psicológicos (la regulación emocional, autocontrol, autoeficacia...) tienen en los patrones de alimentación y, en consecuencia, en el desarrollo y/o mantenimiento de la obesidad, el tratamiento psicológico resulta un componente esencial del abordaje multidisciplinar (National Health and Medical Research Council, 2013).

En los últimos años está en auge la investigación respecto a qué tratamientos psicológicos, o componentes de los mismos, mejoran los resultados obtenidos a corto y a largo plazo.

El mindfulness es una de las aportaciones que más se están investigando. Jon Kabat-Zinn (1990) define por primera vez el mindfulness (en castellano: “atención plena”) como la capacidad para “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar”. Kabat-Zinn ha conceptualizado y sistematizado la práctica de dicha capacidad a través de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM).

El Mindfulness se ha constituido como un componente importante en las llamadas terapias de 3ª generación en psicología. Este conjunto de terapias se caracterizan por adoptar una perspectiva más experiencial, enfatizando la importancia de cambiar la

relación con la experiencia interna (sensaciones, cogniciones o emociones) a través de la aceptación, en lugar de pretender eliminarla o modificarla.

El objetivo que persigue la enseñanza y práctica tanto de la técnica del Mindfulness como de la TCBM es disminuir al máximo, o incluso eliminar, el sufrimiento innecesario a través de cultivar el insight sobre el funcionamiento de la propia mente y de la naturaleza del mundo material.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el objetivo de este capítulo es saber qué nos puede ofrecer esta herramienta del Mindfulness en el tratamiento psicológico de la población que consulta por problemas de obesidad.

## **Método**

En primer lugar, se lleva cabo una revisión de los tratamientos psicológicos, para pacientes con obesidad basados en el mindfulness o que lo incluyan como un componente del tratamiento. Se realiza una búsqueda bibliográfica en Pubmed y en revistas específicas de artículos referenciados. La búsqueda se realizó en marzo de 2015, acotando los resultados a los artículos publicados entre 2010 y 2015. Para la búsqueda se combinaron las siguientes palabras: *bariatric surgery*, *obesity*, *mindfulness* y *psychological treatment*, en el título, abstract y palabras clave. Se han incluido los estudios que miden el impacto de la intervención sobre medidas conductuales y/o emocionales relacionadas con la obesidad (atracción, comer emocional...). Se han excluido los artículos dirigidos al tratamiento de la obesidad en menores de edad, así como en pacientes con un diagnóstico de Anorexia Nerviosa y/o Bulimia Nerviosa.

En segundo lugar, se aporta la descripción de la experiencia clínica de un programa piloto de psicoterapia grupal breve con pacientes, pre- y post-CB, vinculados a una Unidad de OM. En los grupos se incluye la psicoeducación en mindfulness y la práctica de ejercicios de la técnica como herramienta básica.

## **Resultados**

### *Revisión bibliográfica*

Los estudios revisados aportan datos a favor del uso del Mindfulness como herramienta útil en el ámbito de los problemas de obesidad. A continuación, resumimos los resultados de los artículos revisados.

En la revisión de O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz y Black (2014) incluyeron 21 estudios seleccionados de una muestra inicial de 1296 artículos. Eligieron aquellos que estudiaban un tratamiento basado en el mindfulness o que lo incluyera como componente del tratamiento. Además, debían contener resultados cuantitativos respecto a conductas relacionadas con la obesidad y estar publicados en inglés en alguna revista que incluya revisión por dos expertos (*peer reviewed*). En los resultados, observaron que el 86% de los estudios informan de mejoras en las medidas conductuales estudiadas. En relación a los atracones, la mayoría de estudios mostraron mejorías en la frecuencia y/o la severidad, con un tamaño del efecto de pequeño ( $d$  de Cohen = 0,36) hasta grande ( $d$  de Cohen = 3,02). El único estudio que no mostró mejoría utilizaba el mindfulness-based stress reduction (MBSR) como programa de tratamiento, focalizando la intervención únicamente en la reducción del estrés. Las intervenciones dirigidas al comer emocional mostraron tamaños del efecto de moderados ( $d$  de Cohen=0,53) a grandes ( $d$  de Cohen=0,90), usando como intervención tratamientos cognitivos combinados con mindfulness, *mindfulness-based eating awareness training* (MB-EAT) y terapias de aceptación. Por último, los estudios con intervenciones dirigidas al comer por estímulos externos informaron de tamaños del efecto de moderados ( $d$  de Cohen = 0,53) a grandes ( $d$  de Cohen = 0,70).

En la revisión sistemática de Katterman, Kleinman, Hood, Nackers y Corsica (2014) utilizaron el método PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*; Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y PRISMA group, 2009) e incluyeron el estudio de los tratamientos basados en mindfulness como primera intervención y que valora los resultados atendiendo a medidas de atracones, comer emocional y/o cambios en el peso. Incluyeron 14 estudios que comprendían intervenciones de 6 a 16 semanas consecutivas. Observaron efectos significativos en la reducción de episodios de atracón en distintas poblaciones (pacientes de CB, pacientes con diagnóstico de abuso de sustancias y trastorno por atracón, y pacientes sin diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria). Concluyeron que los tratamientos que basan su intervención en la enseñanza y uso de mindfulness ayudan a mejorar las conductas alimentarias desadaptativas (disminución de los episodios de atracón).

Por último, en el estudio de Levin, Dalrymple, Himes y Zimmerman (2014) analizaron, en una muestra clínica de 820 pacientes con OM (80,8% mujeres) y a la espera de ser valorados para una posible CB, la relación entre 5 facetas específicas del

mindfulness y una variedad de conductas alimentarias problemáticas normalmente relacionadas con la obesidad (picoteo, atracones...). Se valoraron cinco facetas específicas del mindfulness, con el Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ); (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006), fueron: 1) ser consciente; 2) observar; 3) actuar con conciencia: describir el momento presente y sus cualidades; 4) actitud de “no juzgar”; 5) actitud de tomar la “distancia mínima necesaria”. Los resultados encontraron que las facetas de actuar con conciencia y sin juzgar, y en menor medida, describir lo observado y no reactivarse, se relacionan con presentar menos alteraciones conductuales comiendo (menor frecuencia de episodios de atracones y de comer emocional).

### *Experiencia clínica*

Tras 1 año de experiencia en grupos psicoeducativos breves con pacientes vinculados a la Unidad de OM, donde el mindfulness se ha propuesto como una herramienta para iniciar el cambio de hábitos, hemos observado que una mayoría de los que concluyen el tratamiento valoran el mindfulness como una estrategia útil. Los pacientes, tanto pre- como post-CB, que afirman haberla llegado a integrar en su rutina, describen que el mindfulness les ayuda a fomentar “a parar y tomar conciencia”; otros resumen que les permite “estar más atentos y sentirse más tranquilos” respecto a lo que perciben les acontece en cada momento, especialmente: antes, durante y después de cada ingesta.

La puesta en marcha de éste proyecto de intervención grupal breve se relaciona con varios factores, y el fundamental es el haber recibido apoyo de varios miembros del Equipo Multidisciplinar. Tras la revisión teórica y la consulta a otras Unidades de Obesidad decidimos poner en marcha (psicóloga clínica adjunta y PIR) los “Grupos de aprendizaje”. Diseñamos un grupo de 6 sesiones (90’/sesión), de frecuencia quincenal y dirigido a los pacientes, tanto pre- como post-CB, que voluntariamente quisieran participar. Se informa de que es un grupo básico para fomentar el aprendizaje y el apoyo mutuo.

El objetivo principal de la intervención grupal diseñada es: fomentar la responsabilidad en la gestión de la propia salud, principalmente a través de mejorar el auto-cuidado (focalizando principalmente en los hábitos alimentarios). Las normas

básicas para garantizar un buen funcionamiento grupal se explicitan: confidencialidad, asistencia y puntualidad.

La herramienta principal que modelamos es la de “resonar emocionalmente” (las emociones se comparten sin necesidad de “taparlas”, con una actitud empática), favoreciendo luego la elaboración grupal de dicha resonancia.

El mindfulness es introducido desde la 2ª sesión como una herramienta básica en el propio auto-conocimiento respecto al funcionamiento de nuestra mente, a la vez que, como una forma de entrenar la atención focalizada en lo que acontece en el “aquí y ahora”. Cabe advertir que no a todos los pacientes les sirve por igual, dado que muchas variables condicionan también su indicación y su éxito (motivación, horas de práctica, etc.). Hasta el momento actual, no hemos tenido en los grupos ningún paciente para el que la práctica de Mindfulness fuera desaconsejada, pero advertimos que es importante tenerlo presente en caso se detecte a algún paciente muy vulnerable (elevado grado de disociación, etc.). A partir de la 2ª sesión se les explica un ejercicio básico de focalización en la respiración para iniciar la práctica de mindfulness. Este ejercicio será practicado al inicio de cada una de las restantes sesiones. Después de dicha práctica abrimos siempre una ronda para compartir la experiencia de cada miembro del grupo y entender o tratar de aclarar las posibles dudas/inquietudes que surgen.

Es en la 4ª sesión cuando proponemos la práctica del mindfulness centrado en los hábitos alimentarios. Pretendemos, así, fomentar una actitud más consciente respecto a: qué y dónde compramos los alimentos, cómo los preparamos, cómo los servimos (presentación en el plato y en la mesa) y, sobre todo, cómo los saboreamos e ingerimos. Es el ejercicio de comer consciente el alimento que cada uno haya escogido traer a la sesión lo que ocupa gran parte de la misma. Se explicita la importancia de recordar lo vivenciado y trabajado en la sesión grupal fuera de la misma. Se les motiva para que hagan un trabajo constante y consciente que permita poner en práctica y generalizar en su rutina, poco a poco, el aprendizaje de lo practicado en sesión. Insistimos en que es así como se facilita que realmente el mindfulness se transforme en una herramienta útil.

Todos los pacientes suelen mostrarse sorprendidos y muy gratificados con esta sesión. En la ronda de elaboración, post-ejercicio de “comer consciente”, se ponen en evidencian patrones de malos hábitos alimentarios, muchas veces familiares y transgeneracionales: “en mi casa siempre hemos tragado, sin masticar, y así sigo; hay que trabajar, y luego por la noche uno se da la recompensa; etc,”.

### **Conclusiones**

1. Los estudios sobre la eficacia de Mindfulness en personas con problemas de obesidad, ya sea en la modalidad de tratamiento principal (TCBM) como en otros tratamientos que la incluyen como herramienta co-adyuvante, han mostrado resultados preliminares satisfactorios. A corto plazo se ha constatado que contribuye a disminuir los episodios de atracones y/o de comer emocional.

2. Para obtener conclusiones más sólidas se precisa mejorar el diseño de las investigaciones, incluyendo la medición de la propia variable independiente (ej: línea base de capacidad de mindfulness, etc), grupos controles (ej: comparar con pacientes en lista de espera), aleatorización a las condiciones de tratamiento, y seguimientos a medio y largo plazo sobre los resultados inicialmente obtenidos.

3. Futuras investigaciones son necesarias para determinar cuáles son las mínimas condiciones de encuadre (duración, frecuencia, etc) que ha de tener una intervención basada en Mindfulness, u otra TC que lo incluya como herramienta co-adyuvante, para que los resultados obtenidos con pacientes con obesidad resulten clínicamente significativos, y que se mantengan a medio y largo plazo.

4. En la experiencia clínica piloto descrita, con grupos psico-educativos breves que incluyen el mindfulness como herramienta transversal, observamos: mejora en la capacidad reflexiva, y aumento de la motivación e implicación para iniciar pequeños e importantes cambios de hábitos (tanto alimentarios, como de ejercicio físico, y de estilo comunicativo). No hemos estudiado aun empíricamente, qué parte de esta mejoría puede atribuirse a la inclusión de la técnica del Mindfulness como componente de tratamiento en el trabajo grupal.

### **Referencias**

Amigo, A., Fernández, C., y Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

- Baer, R.A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Gellner, R., y Domschke, W. (2008). Epidemiology der Adipositas. *Journal Der Chirurg*, 79(9), 807-818. doi: 10.1007/s00104-008-1534-6
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delacorte Press.
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M. y Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating behaviours*, 15(2), 197-204.
- Levin, M., Dalrymple, K., Himes, S., y Zimmerman, M. (2014). Which facets of mindfulness are related to problematic eating among patients seeking bariatric surgery? *Eating behaviors*, 15(2), 298-305.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012-2013*. Recuperado el 30 de junio 2015 de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., y PRISMA group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), 1006-1012.
- 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.
- O'Reilly, G.A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., y Black, D.S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity Reviews*, 15(6), 453-461. doi: 10.1111/obr.12156

## VARIABLES DEL CONTEXTO Y ROL LABORAL EN PERSONAS CON UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Susana Argudo y Eva M<sup>a</sup> Muñiz

*Centro de Rehabilitación Laboral Latina*

### Resumen

Con el presente trabajo pretendemos ilustrar la importancia de las variables del contexto en los procesos de cambio del rol clínico al rol laboral. Esta perspectiva, que parece obvia cuando aplicamos el análisis a población normal, es eclipsada por la enfermedad en la población con un diagnóstico psiquiátrico. Desde nuestra experiencia, cualquier recurso terapéutico, en este caso los centros de rehabilitación laboral (CRL), y los diferentes contextos formativos y laborales pueden ejercer una doble influencia. Por un lado facilitan la recuperación de cierto nivel de empleabilidad y rol de trabajador, aunque pueden convertirse en cómplices de su cronificación si la etiqueta diagnóstica se convierte en filtro de la valoración de desempeño. En los procesos de rehabilitación laboral se corre el riesgo de tomar como principal indicador de competencia el desempeño de la persona en las áreas pre-laborales, sin tener en cuenta cómo el contexto (lugar en el que se evalúa y se interviene sobre los déficits) ejerce un papel fundamental en la construcción de la identidad y el rol. Los contextos formativo-laborales requieren de estrategias de inclusión reales para adaptarse a la diversidad funcional de sus trabajadores. Nuestro principal objetivo es analizar y minimizar las variables de los contextos rehabilitadores y sociolaborales que empeoran la salud mental de los ciudadanos e interfieren en el desarrollo del rol laboral.

**Palabras clave:** variables del contexto, rol laboral, diversidad funcional, diagnóstico

## CONTEXT VARIABLES AND WORK ROLES IN PEOPLE WITH A PSYCHIATRIC DIAGNOSIS

### Abstract

In this paper we illustrate the importance of context variables in the process of changing clinical role in job role. This perspective, which seems obvious when we apply the analysis to normal population is dwarfed by the disease in people with a psychiatric diagnosis. From our experience, any therapeutic resource, in this case occupational rehabilitation centers, and the different training and work contexts can have a double influence. On the one hand, facilitate the recovery of some level of employability and a worker role, but can also become complicit in their chronicity, if the diagnostic label becomes filter performance appraisal. In the process of vocational rehabilitation is a risk of taking as the main (sometimes the only) indicator prior to step a job competition, the performance of the person in pre-employment workshops or areas, regardless of how the meaning of context (a place where it is evaluated and intervenes on deficits) itself plays a key role in building the identity and role. On the other hand, training and employment contexts require real inclusion strategies to adapt to the functional diversity of its employees. Our main objective, therefore, is to analyze and minimize the variables of rehabilitation and social and labor contexts worsening mental health of citizens and interfere in the development of work roles

**Key words:** context variables, work role, functional diversity, psychiatric diagnosis

### Introducción

*...existimos desde el momento en que un otro piensa en nosotros y no al revés...  
Bajo esta premisa queda clara la responsabilidad del observador como puente hacia la salud o hacia la enfermedad? (Velasco, 2015)*

La construcción de la identidad es un proceso relacional, enmarcado en un contexto sociohistórico. Requiere de la validación social de determinadas características que se ponen de manifiesto en el desempeño de los roles que nos son asignados a lo largo del ciclo vital. En el ejercicio de esos papeles cada persona se asemeja a los miembros de la comunidad, también se diferencia de ellos. Las características compartidas proporcionan la seguridad de la pertenencia mientras que los rasgos

diferentes impiden que cada individuo se confunda con los demás (Íñiguez, 2001). Nuestra sociedad prima la homogeneidad funcional, las diferencias hacen que la conducta sea menos predecible, generan incertidumbre y distorsiones en el funcionamiento grupal. Como indican González y Pérez (2007) los problemas de la vida son la materia primera de la que están hechos los “trastornos mentales”. Cuando la persona se conduce de un modo alejado de los convencionalismos culturales se clasifica en una de las categorías diagnósticas psiquiátricas que, dependiendo del grado de gravedad y de su significado cultural, colonizan en mayor o menor medida el resto de la identidad (hasta hacer desaparecer los rasgos que antaño le permitían sentirse perteneciente a su comunidad) y condicionan la asunción de roles con significación social como el laboral. La esquizofrenia es uno de los diagnósticos con consecuencias más devastadoras en este sentido. Como señalan González y Pérez (2007) “la esquizofrenia no se aviene del todo bien con la propia noción de enfermedad, porque acaso el “esquizofrénico” sea más una categoría de persona que una categoría de enfermedad”. Una categoría de persona sobre la que se cuestiona la posibilidad de ejercer adecuadamente roles como la parentalidad o el trabajo cualificado y a la que se le asigna un rol clínico<sup>1</sup> de por vida.

Las narrativas actuales en torno al sufrimiento psíquico se fundamentan en paradigmas biologicistas que explican las crisis psíquicas como el producto de una “avería” genética (Caille, 1990) lo que hace que la identidad enferma se extienda hasta etapas en las que aún no estaba el síntoma. Sin embargo, desde el enfoque sistémico (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981) el síntoma, no pertenece solo al sujeto, se sitúa en el espacio relacional. Este planteamiento nos permite analizar la “discapacidad” de la sociedad para integrar la complejidad y diversidad del ser humano. Introducir por tanto, las variables contextuales en la ecuación identidad-salud mental-rol, nos permite desresponsabilizar al sujeto y ayudar a transformar los elementos que hacen de la sociedad un lugar insalubre.

El mercado laboral actual es extremadamente exigente. Desatiende las necesidades personales. Poco a poco se van abriendo los procesos de selección a personas con discapacidad por sufrimiento psíquico. Las expectativas son bajas respecto a su desempeño laboral y altas respecto a la probabilidad de absentismo por enfermedad

---

<sup>1</sup> “Adecuada” conciencia de enfermedad (acepta dócilmente la etiqueta, así como el curso y el pronóstico que conllevan), toma la medicación que le ha sido pautada (independientemente de los efectos en su vida) y colabora en los procesos de rehabilitación aunque no tengan sentido para él

El diagnóstico tiene mayor valor predictivo que su cualificación o experiencia previa.

La re-construcción del rol laboral se ve dificultado por:

- Ausencia de oportunidades realistas y significativas (precariedad laboral).
- Dinámicas relacionales derivadas del rol clínico:

- Empresas que exigen homogeneidad de desempeño en los trabajadores independientemente de sus condicionantes psicosociales.

- Trabajadores que hacen un esfuerzo por mostrar un desempeño impecable o, si ocultan su discapacidad establecen relaciones laborales forzadas que generan inseguridad y suspicacia mutua.

A lo largo de este trabajo, abandonaremos la lógica lineal que pone el foco en la persona y adoptaremos una perspectiva circular, como los contextos (rehabilitador y formativo-laboral) y las personas con un diagnóstico psiquiátrico se condicionan mutuamente en el proceso de abandono del rol clínico y de adquisición de un rol laboral. Para ello hemos realizado un análisis de las peculiaridades de los contextos y formulado propuestas para favorecer la inclusión.

## **Método**

Análisis de variables relevantes del contexto laboral: ambientales, sociales, organizacionales y principales fuentes de estrés.

Realizamos dos reuniones desde la metodología de grupo de discusión, con menos participantes de lo recomendado. Grupo 1: 6 profesionales de empresas con convenio de colaboración con CRL (2011 y 2015). Grupo 2: 5 usuarios trabajadores y estudiantes.

Realizamos preguntas abiertas para generar debate. Grabamos los debates para rescatar los aspectos relevantes de las narrativas. Se recogió la perspectiva del equipo multidisciplinar del CRL Latina.

## **Resultados (extractos de narrativas)**

### Usuarios CRL

- **¿Qué variables del contexto facilitan y dificultan para mantener un trabajo con salud? ¿Diferencias entre empleo normalizado y protegido?**

*La gente te trata bien si no saben el diagnóstico que tienes.*



*Formación a empleados sobre lo que nos pasa.*

*Comentar las dificultades, si pones en antecedentes a tu jefe tienes más libertad, más margen de error.*

*Lo más importante es la comunicación y el ambiente.*

*Facilita que te traten como un igual. Adaptación en las dos direcciones.*

*La comunicación es muy importante. Llos roces y los problemas de desempeño que es normal tener al principio, nadie nace sabiendo, hay que resolverlos al día.*

*Condiciones laborales. No sé por qué el tiempo de una persona vale más dinero que el de otra (contratos con certificado de discapacidad peor remunerados).*

• **¿En qué facilita y en qué dificulta la intervención del CRL en los procesos?**

*Ya saben que puedo tener algún problemilla. Me da seguridad (intermediación CRL).*

*Seguimiento no persecuimiento. Equilibrio entre confianza y seguimiento.*

*Aquí uno se desenvuelve de una manera cómoda, no hay rigidez. Te hace tener ganas de seguir luchando.*

*Resalta mis capacidades.*

*Tener una trayectoria fijada y unos objetivos, es más difícil tener un seguimiento cuando no vienes al CRL.*

*Intermediación con la empresa para conseguir una entrevista.*

*Empresas*

• **¿Qué variables del contexto facilitan y dificultan para mantener un trabajo con salud?**

*Dificultades propias de su personalidad más que de su diagnóstico.*

*Nos ha permitido encontrar los agujeros negros de nuestra actividad, no estaba hecho el procedimiento, no estaba claro.*

*Los comunes a que cualquier trabajador se adapte al puesto. Damos facilitadores a personas con enfermedad mental cuestiones que sería ideal se incorporaran a la empresa ordinaria.*

*Dar pautas para que el otro se sienta seguro. Generar espacios para ello y vea que hace un buen trabajo.*

*Presentarle al referente en la empresa, organigrama, aclarar funciones, donde están los productos, herramientas...*

*El facilitador fundamental es la conciencia de integración de la empresa. No hay política de inclusión real.*

*Estar atentos a las preguntas que hacen, esto nos facilita la tarea. Es una responsabilidad y tiempo.*

*El trato construye espacios. No hablar de los otros sin los otros. Reivindicar la seguridad para sentirte inseguro, gestionar la incertidumbre. Confianza y sinceridad. Una clave “no a la infantilización”. Cuidar las expectativas de esta persona como las de otras.*

• **¿En qué facilita y en qué dificulta la intervención del CRL en los procesos?**

*Fundamental el acompañamiento del CRL y la entidad al trabajador. La empresa da cosas por hechas.*

*No tengo pautas precisas de cosas que no debo hacer. No tengo el diagnóstico y sé que algo hay. Me gustaría que me dijeran: eres la tutora, hazlo como siempre, como tú sabes.*

## **Conclusiones**

### *Los contextos rehabilitadores*

En la C.A.M., las personas diagnosticadas de psicosis, trastornos graves de la personalidad u otras patologías severas y de larga duración tienen la posibilidad de ser derivadas a los recursos de rehabilitación laboral, pertenecientes al Plan de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental de la Consejería de Políticas Sociales y Familia<sup>2</sup>. En la actualidad existen 22 Centros de Rehabilitación Laboral. Los requisitos, tener un rango de edad de 18 a 55 años y psicopatológicamente estables. Nos encontramos con ciudadanos con deseo de incorporarse al trabajo, que en general, acuden al recurso con un rol clínico, un funcionamiento cognitivo, emocional y psicomotor afectado por los psicofármacos y una identidad social basada en la “avería”. En el significado de un recurso rehabilitador está contenida la idea de “reparación del individuo”, desde el procedimiento de derivación (los servicios de salud mental establecen unos objetivos de intervención basados en áreas deficitarias) hasta los procesos de colocación en los que se valora el ajuste persona-puesto atendiendo

<sup>2</sup>[http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_InfPractica\\_FA&cid=1142614831629&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142614831629&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura)

fundamentalmente a las competencias-déficits del individuo y, poniendo menos acento en la capacidad/discapacidad de los entornos comunitarios para incluir a este futuro trabajador. El proceso de reconstrucción del rol laboral se intenta llevar a cabo a través de diferentes acciones fundamentalmente centradas en el individuo, se obvia que el propio contexto rehabilitador introduce unas dinámicas relacionales que no se asemejan a las propias de los contextos sociolaborales. Se actúa en función del rol de “persona en proceso de recuperación”, se espera que surja el rol laboral antes de dar el paso a contextos sociolaborales. El recurso en su conjunto se convierte en un refugio frente a una realidad hostil y son necesarias acciones de vinculación progresiva con la comunidad para que no se bloquee el proceso de autonomía.

#### *Los centros especiales de empleo*

Según el BOE-A-1985-25591<sup>3</sup> el objetivo principal de estos centros “es realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos, a la vez que sea un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal”.

“Por servicios de ajuste personal y social, se entenderán los de rehabilitación, terapéuticos, de integración social, culturales y deportivos que procuren al trabajador minusválido del Centro Especial de Empleo, una mayor rehabilitación personal y una mejor adaptación en su relación social”. Sin embargo, lo que nos encontramos en muchos casos es que exigen un alto rendimiento, con condiciones de trabajo similares a la empresa ordinaria, carecen de una evaluación precisa de las necesidades de adaptación de cada persona, no disponen de adaptaciones específicas (suelen consistir en simplificar la tarea). Hay una tendencia a ser contratados para externalizar servicios, los sistemas de apoyo son insuficientes y por tanto, no se dan las condiciones para que se constituyan en una transición a empleo ordinario.

#### *Contextos formativo-laborales con intermediación del CRL*

---

<sup>3</sup>[http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_InfPractica\\_FA&cid=1132042963197&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1142358865500](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1132042963197&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1142358865500)

Inserciones por mediación del CRL. Implica un diálogo acerca del trabajador, en el que éste no suele estar presente. Se comunican las competencias, se media en situaciones de conflicto y negocian las adaptaciones necesarias para favorecer la inclusión.

El gran reto es crear espacios intersubjetivos (D'Angelo, 2004) que faciliten el intercambio directo entre los responsables de la entidad y la persona, de manera que haya un mejor conocimiento entre ambas, incrementando la capacidad inclusiva de la primera y la capacidad de adaptación de la segunda.

### *Contextos laborales ordinarios*

El trabajador se incorpora a una empresa donde no conocen su diagnóstico o discapacidad ya que no hay intermediación del CRL.

El trabajo ordinario no es flexible. Se exige una productividad óptima en poco tiempo. En principio trabajar en un contexto ordinario proporcionaría una identidad normalizada, aunque suelen producirse dificultades de adaptación a contextos nuevos con procedimientos rígidos, que se miran desde la óptica de la insuficiencia por la entidad y de la discapacidad por parte del trabajador. La experiencia subjetiva está colonizada por una identidad psiquiatrizada que impide decodificar las dificultades en términos relacionales, reconocer variables que podrían modificarse para que el desempeño mejorara.

### *La co-creación de contextos laborales inclusivos*

Varios autores han introducido el enfoque sistémico en el análisis de espacios formativo-laborales (Rosell y Más, 2003; Segredo, García, López, León y Perdomo, 2015) puesto que permite pensar en términos de interconexión, relaciones y contexto. Todo sistema tiene una estructura (funciones, tareas, responsabilidades), un estilo de comunicación, un grado de flexibilidad/rigidez para adaptarse a las diferencias entre los individuos que lo componen, adaptación al cambio y capacidad de resolver situaciones de crisis que está mediada por los elementos anteriores. Si pensamos en los contextos que transita la persona con un diagnóstico psiquiátrico para recuperar el rol laboral sería importante tener en cuenta:

- **Estructura** definiendo la jerarquía empresarial, personas y niveles de apoyo, funciones, protocolos de funcionamiento, derechos y deberes.

- **Comunicación**, creando canales de comunicación eficientes, devoluciones de desempeño periódicas que faciliten el ajuste persona-puesto, primar las necesidades de adaptación sobre el diagnóstico

- **Flexibilidad** de adaptación a trabajadores diferentes realizando un análisis de riesgos psicosociales del contexto, creando espacios seguros para “sentirse inseguro” y realizando los ajustes necesarios que favorecen el bienestar y la salud mental de cualquier persona trabajadora.

### **Reflexión final**

La adquisición de un rol laboral es un proceso relacional. Supone llevar a cabo las tareas, asumir las responsabilidades que el grupo de referencia espera de un trabajador. Implica que el grupo reconozca al trabajador como tal y actúen con él en función del rol. Para que las personas con un diagnóstico psiquiátrico adopten un rol laboral deben difuminarse en el espacio intersubjetivo el rol clínico que se les ha asignado a través de la etiqueta. Este proceso no es un acto individual. Requiere el reconocimiento de la diversidad funcional que supone el sufrimiento psíquico, que se brinden oportunidades para aprender las tareas propias del rol, con unas condiciones facilitadoras durante el tiempo suficiente para que sean integradas en la identidad y reconocidas por los demás. Es necesario analizar las variables de los contextos que pueden facilitar o dificultar este proceso y realizar acciones para ampliar su capacidad inclusiva. Estas acciones serán un beneficio para todos los trabajadores.

### **Agradecimientos**

Gracias a Paco, Víctor, Federica, Ruth, Ana C, Daniel, David, Sonia, Ana M, Borja y Arantxa. Trabajadores recuperándose de un modo u otro de las batallas de la vida. Personas comprometidas en cambiar los contextos para que sean más saludables, colaborando en crear una comunidad inclusiva.

### **Referencias**

- Caille, P. (1990). *Familias y terapeutas. Lectura sistémica de una interacción*. Buenos Aires: Nueva visión.
- D'Angelo, O. (2004). La subjetividad y la complejidad. Procesos de construcción y transformación individual y social. En Centro de Investigaciones Psicológicas y

- Sociológicas (Ed.), *Problemas sociales de complejidad*. La Habana, Cuba.  
Recuperado de <http://168.96.200.17/ar/libros/cuba/angelo14.rtf>
- González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Íñiguez, L. (2001). Identidad: De lo Personal a lo Social. Un Recorrido Conceptual. En E. Crespo (Ed.), *La constitución social de la subjetividad* (pp. 209-225). Madrid: Catarata.
- Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de los Centros Especiales de Empleo definidos en el artículo 42 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido. *Boletín Oficial del Estado*, 294, 38811-38812.
- Rosell, W., y Más, M. (2003). El enfoque sistémico en el contenido de la enseñanza. *Educación Médica Superior*, 17(2), 0-0.
- Segredo, A. M., García, A. J., López, P., León, P., y Perdomo, I. (2015). Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 115-129.
- Velasco, R. (2015). En la búsqueda del otro. *Norte de Salud Mental*, 23(51), 72-79
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

## **DOLOR DE CABEZA EN TRABAJADORES ESTRESADOS RELACIÓN CON DIFERENTES FACTORES**

**Carmen Hurtado de Mendoza-Sánchez\***, **M<sup>a</sup>. Lourdes Luceño-Moreno\*\*** y **Jesús Martín-García\*\***

*\*Sociedad Española de Ansiedad y Estrés (SEAS); \*\*Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología*

### **Resumen**

**Introducción:** El estrés laboral causa o agrava enfermedades, puede influir negativamente en la salud produciendo a nivel físico dolor de cabeza entre otros síntomas y a nivel psicológico ansiedad. **Objetivo:** La investigación pretende conocer si existe relación entre la percepción de estrés y el dolor de cabeza y si los trabajadores estresados que tienen dolor de cabeza presentan mayor ansiedad y peor percepción de los riesgos psicosociales que aquellos que no tienen dolor de cabeza y están estresados. **Método:** La muestra general está constituida por 260 participantes, el 53,8 % mujeres y el 46,2% hombres, con una media de edad de 38,8 años. De todo el grupo se seleccionaron solo a los trabajadores estresados (n= 110) efectuando los análisis sobre estos últimos, el 39,1% son hombres y el 60,9% mujeres con una media de edad de 37,89 años. Los instrumentos utilizados son: Cuestionario de datos socio demográficos, Cuestionario DECORE para la evaluación de los riesgos psicosociales y Cuestionarios ISRA y STAI para la medición de las diferentes facetas de ansiedad. **Resultados:** Los trabajadores estresados que presentan dolor de cabeza tienen una peor percepción de los riesgos y mayor ansiedad que aquellos trabajadores estresados que no tienen dolor de cabeza. **Conclusiones:** Los resultados hallados se encuentran en la misma línea de otras investigaciones, por lo que es fundamental mejorar el ambiente y condiciones laborales ya que influyen en la salud de los trabajadores.

**Palabras clave:** estrés, dolor de cabeza, riesgos psicosociales, ansiedad.

## **HEADACHE IN STRESSED WORKERS RELATIONSHIP WITH DIFFERENT FACTORS**

### **Abstract**

**Introduction:** Work stress causes or aggravates diseases and can adversely affect to the health by causing, among other symptoms, headache at physical level and anxiety at psychological level. **Objective:** The investigation aims to determine whether a relationship exists between perceived stress and the headache and if the stressed workers with headaches show a higher anxiety and worse perception of psychosocial risks than those stressed workers without headache. **Method:** The general sample consisted of 260 participants, 53.8% women and 46.2% men, mean age 38.8 years. From the total group, only the stressed workers (n = 110) were selected, and only on them the analysis was performed, 39.1% men and 60.9% women with a mean age of 37.89 years. The instruments used are: Demographics data questionnaire, DECORE Questionnaire for the evaluation of psychosocial risks and ISRA and STAI questionnaires for measuring different facets of anxiety. **Results:** The Stressed workers who have headaches have a worse perception of psychosocial risks and higher anxiety than those stressed workers who do not have headache. **Conclusions:** The results found are in the same line with other researches, so it is essential improve the ambience and working conditions since they influence the health of workers.

**Keywords:** stress, headache, psychosocial risk, anxiety

### **Introducción**

El estrés y el modo de afrontarlo se suelen asociar con el dolor de cabeza (Matud, García y Matud, 2006). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) el 47% de los adultos han sufrido por lo menos una cefalea en el último año. Existen más de 150 tipos de dolor de cabeza, divididos en dos grandes grupos: cefaleas primarias donde se hallan más del 90% de las mismas siendo el principal síntoma el dolor de cabeza y cefaleas secundarias que son consecuencia o se agravan por otra enfermedad. Por lo que respecta al estrés y la salud según la encuesta efectuada a más de 49.000 empresas de Europa por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (OSHA, 2014), la situación actual del mundo laboral hace que se produzca mayor nivel

de estrés y riesgo de deterioro de la salud física y mental. Estudios e investigaciones nos indican la relación que existe entre el estrés laboral y el dolor de cabeza.

### *Objetivo*

La investigación pretende conocer si hay diferencias en una muestra incidental de trabajadores estresados, entre los que nos indican haber tenido dolor de cabeza y los que no y si existe relación con la percepción que tienen de los riesgos psicosociales (apoyo organizacional, recompensas, control, demandas cognitivas y los índices demandas-control, demandas-recompensas e índice global del riesgo), ansiedad (cognitiva, fisiológica, motora, total, ante la evaluación y estado - rasgo de ansiedad) y otras variables como practica de ejercicio.

### **Método**

#### *Participantes*

De una muestra general formada por 260 participantes trabajadores de diferentes sectores en el que el 53,8% son mujeres y el 46,2% son hombres, con una media de edad de 38,8 años, se seleccionaron solo a los trabajadores estresados, por lo que la muestra final está constituida por 110 trabajadores estresados, el 60,9 % mujeres y el 39,1 % hombres, una media de edad de 37,9 años, de diferentes sectores en los que la mayoría tiene estudios universitarios, el 75,4 %.

#### *Instrumentos*

Se les aplicó un cuestionario de datos socio demográficos, el Cuestionario DECORE (Luceño y Martin, 2008) para la evaluación de los riesgos psicosociales; el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2007) y el Cuestionario STAI, *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1986) ambos para la medición de la Ansiedad.

La fiabilidad de los Cuestionarios aplicados es la siguiente: en DECORE la consistencia interna presenta índices mayores a 0.80 en todas las escalas, en ISRA oscila entre 0,95 y 0,99 y en STAI oscila entre 0,90-0,93 para la subescala Estado y 0,84 y 0,87 para la subescala Rasgo.

En cuanto a la validez de los Cuestionarios, en DECORE el análisis factorial confirmatorio y exploratorio corroboró el modelo de cuatro factores, en ISRA se obtiene una validez convergente con STAI de 0,61 y con el cuestionario STAI se encontraron correlaciones positivas y significativas con otras medidas de ansiedad entre ellas con la Escala de Ansiedad de Cattell (Cattell, 1989) 0,85.

### *Procedimiento y Diseño*

Se formaron dos grupos (trabajadores estresados con dolor de cabeza y sin dolor de cabeza en los últimos doce meses) con los sujetos que participaron en la investigación, para comprobar la percepción de los riesgos psicosociales, ansiedad y salud.

Se trata de un estudio transversal con una muestra incidental. Se efectuaron diferentes análisis para ver si existe relación entre las variables medidas con los Cuestionarios de riesgos psicosociales, ansiedad, estado actual, dolor de cabeza y práctica de deporte (correlaciones bivariadas) y si existe diferencia en la percepción de riesgos psicosociales y ansiedad (análisis de varianza).

### **Resultados**

En las correlaciones bivariadas efectuadas con los distintos factores medidos en los Cuestionarios utilizados en cuanto a los riesgos psicosociales, ansiedad, estado actual (satisfecho, motivado, estresado), práctica de deporte y dolor de cabeza comprobamos que existen correlaciones en el sentido de que en los trabajadores estresados el dolor de cabeza correlaciona de forma positiva y significativa con una peor percepción de control (.189\*) y mayores índices de riesgo (demandas-control .234\*, demandas-recompensas .201\* e índice global .234\*); mayor ansiedad (cognitiva .265\*\*; fisiológica .312\*\*; motora .248\*\*; evaluación .233\* y total .304\*\*; ansiedad estado .252\*\* y rasgo .265\*\*); una mayor percepción de estrés (.233\*) y menor práctica de deporte (-.378\*).

Por tanto existe una correlación positiva y significativa entre dolor de cabeza y percepción de riesgos psicosociales (control e índices de riesgo), ansiedad, estrés y la práctica de deporte en los trabajadores estresados.

En los análisis de varianza efectuados para las dimensiones e índices del Cuestionario DECORE observamos que los trabajadores estresados que indican que han

tenido dolor de cabeza tienen puntuaciones mayores, por lo que perciben unas mayores demandas en su trabajo, menores recompensas, menor apoyo organizacional que los que no han tenido dolor de cabeza. Las diferencias solo son estadísticamente significativas en cuanto a que consideran que tienen menor control del trabajo y en los tres índices de riesgo índice demanda-control, demanda-recompensas y en el índice global de riesgo; por tanto la percepción del riesgo en el trabajo es mayor que en los trabajadores estresados que no tienen dolor de cabeza (Tabla 1)

Tabla 1

ANOVA del factor dolor de cabeza para las dimensiones e índices de DECORE

DECORE	NO	SI	F	Sig.
	(n <sup>a</sup> =31)	(n <sup>b</sup> =79)		
Dimensiones e Índices	M (DT)	M (DT)		
Apoyo Organizacional	44,87 (16,85)	51,25 (21,71)	2,162	n.s.
Demandas Cognitivas	65,74 (15,71)	70,18 (15,12)	1,874	n.s.
Control	49,23 (18,88)	57,19 (18,69)	4,020	*
Recompensas	46,10 (21,82)	49,14 (20,83)	0,462	n.s.
Índice Demanda Control	54,97 (17,81)	64,15 (17,13)	6,259	*
Índice Demanda				
Recompensas	53,55 (13,22)	60,78 (16,92)	4,569	*
Índice Global del Riesgo	52,29 (13,88)	61,03 (17,35)	6,269	*

Nota: n<sup>a</sup>= Número de participantes sin dolor de cabeza; n<sup>b</sup>=Número de participantes con dolor de cabeza;

M = Media; DT= Desviación Típica; F = Estadístico F de Fisher-Snedecor; Sig =Nivel de significación observado

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

En los análisis de varianza efectuados para las dimensiones de ansiedad, medida con los Cuestionarios STAI e ISRA, comprobamos que existe diferencia en los dos grupos de trabajadores, se encuentran más ansiosos los trabajadores estresados que tienen dolor de cabeza que aquellos que no tienen dolor de cabeza, bien en ansiedad estado como en el rasgo de ansiedad, también en los tres sistemas de respuesta,

cognitiva, fisiológica y motora y en la situación generadora de ansiedad: evaluación, (Tabla 2).

Tabla 2

*ANOVA del factor dolor de cabeza para las dimensiones de ANSIEDAD, Cuestionarios ISRA y STAI*

ANSIEDAD CUESTIONARIO	NO (n <sup>a</sup> =31)		SI (n <sup>b</sup> =138)		F	Sig.
	M	(DT)	M	(DT)		
Sistemas:						
Ansiedad Cognitiva	52,74	(23,36)	72,14	(34,88)	8,130	**
Ansiedad Fisiológica	24,24	(21,92)	47,63	(35,60)	11,614	**
Ansiedad Motora	24,26	(24,00)	41,68	(33,26)	7,049	**
Ansiedad Total	101,24	(61,98)	161,45	(93,17)	11,000	**
Situaciones:						
Ansiedad Evaluación CUESTIONARIO	37,76	(20,79)	59,4	(29,89)	13,660	***
STAI						
Ansiedad Rasgo	19,16	(8,50)	24,86	(9,77)	8,131	**
Ansiedad Estado	19,94	(8,16)	25,87	(11,10)	7,303	**

Nota: n<sup>a</sup>= Número de participantes sin dolor de cabeza; n<sup>b</sup>=Número de participantes con dolor de cabeza; ISRA = Inventory of Situations and Responses of Anxiety; STAI = Inventory of State - Trait Anxiety M = Media; DT= Desviación Típica; F =Estadístico F de Fisher-Snedecor; Sig =Nivel de significación observado

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

Por tanto los resultados de la investigación indican que los trabajadores estresados con dolor de cabeza puntúan más alto que los trabajadores estresados sin dolor de cabeza en todas las mediciones de los riesgos psicosociales del Cuestionario DECORE, las diferencias son estadísticamente significativas en la variable Control y en todos los índices de riesgo, por lo que tienen una mayor percepción de riesgo y en todas

las escalas de ansiedad, del Cuestionario ISRA y STAI. Además presentan más ansiedad aquellos trabajadores que han tenido dolor de cabeza en comparación a los que no han tenido dolor de cabeza con diferencias estadísticamente significativas (Tablas 1 y 2).

### **Conclusiones - Discusión**

Según los resultados del estudio efectuado podemos concluir que aquellos trabajadores estresados con dolor de cabeza tienen mayor percepción de riesgos psicosociales (peor control e índices de riesgo) presentan una mayor ansiedad de todos los tipos y situaciones medidos y practican menos deporte que aquellos trabajadores estresados que no tienen dolor de cabeza.

En la investigación efectuada con el grupo de 260 trabajadores, de toda la muestra analizada, más del 80% han tenido algún tipo de dolencia y el mayor porcentaje se produce en cuanto a los dolores de cabeza (53,10%) (Hurtado de Mendoza, 2013). Estos resultados coinciden con los hallados en diferentes estudios.

Como ya hemos indicado el dolor de cabeza se asocia con estrés y el modo de afrontarlo (Matud et al., 2006) y entre las dolencias como consecuencia del estrés que sufren los trabajadores se encuentra el dolor de cabeza. La ansiedad y el estrés percibido se relacionan de modo negativo con la autopercepción que una persona tenga de su buena salud y de modo positivo con una buena condición física (Craft, 2005; Remor y Pérez-Llantada, 2007; Shirom, Toker, Berliner, Shapira y Melamed, 2008). Algunas investigaciones han constatado la relación entre ansiedad y problemas de salud, entre ellos el dolor de cabeza (Cano-Vindel, 2011; Hurtado de Mendoza-Sánchez, Luceño-Moreno, Aparicio-García y Martín-García, 2014).

La Organización Mundial de la Salud recomienda para el tratamiento del dolor de cabeza además de una medicación eficaz también prescripción de modificaciones sencillas del modo de vida. Health Consumer Powerhouse (2012) empresa sueca de investigación en su estudio efectuado en 35 países europeos ha encontrado correlación directa entre la prevalencia del dolor de cabeza y los indicadores de calidad de vida de las personas que lo sufren como por ejemplo el estrés laboral.

### **Referencias**

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, OSHA. (2014). *Segunda encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (Esener-2)*.

- Bilbao: Autor. Recuperado el 7 de Octubre de 2015, de <https://osha.europa.eu/es/surveys-and-statistics-osh/esener>
- Cano-Vindel, 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.
- Cattell, R. B. (1989). *Cuestionario factorial de personalidad 16PF*. Madrid: TEA.
- Craft, A. (2005). *Creativity in schools: Tensions and dilemmas*. London: Routledge.
- Health Consumer Powerhouse. (2012). *Euro headache Index, EHI, 2012*. Suecia: Autor. Recuperado el 29 de Noviembre de 2015 de <http://www.healthpowerhouse.com/files/2012-EHCI/EHI-2012-report.pdf>
- Hurtado de Mendoza, C. (2013). *Percepción de riesgos psicosociales, estrés, ansiedad, variables de salud y conciliación de la vida laboral-familiar en trabajadores y trabajadoras* (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Hurtado de Mendoza-Sánchez, C., Luceño-Moreno, L., Aparicio-García, M. E. y Martín-García, J. (2014). *La salud de los trabajadores: El dolor de cabeza y su relación con otras variables*. Poster presentado al VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica. Sevilla, España.
- Luceño, L., y Martín J. (2008). *DECORE. Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales*. Madrid: Ediciones TEA.
- Matud, M. P., García, M. A., y Matud, M. J. (2006). Estrés y malestar en el profesorado. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 63-76.
- Miguel-Tobal, J. J., y Cano-Vindel, A. (2007). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual* (6 rev. ed.). Madrid: Ediciones TEA.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Cefaleas*. Ginebra: Autor. Recuperado el 5 de Febrero de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>
- Remor, E., y Pérez-Llantada, M. C. (2007). La relación entre niveles de la actividad física y la experiencia de estrés y de síntomas de malestar físico. *Interamerican Journal of Psychology*, 41, 313-322.
- Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., Shapira, I., y Melamed, S. (2008). The effects of physical fitness and feeling vigorous on self-rated health. *Health Psychology*, 27, 567-575.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: Ediciones TEA.

## A DINÂMICA CONSCIENTE/INCONSCIENTE À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

**Lígia Márcia Martins**

*Professora da Universidade Estadual Paulista (UNESP) Faculdade de Ciências,  
Bauru, São Paulo, Brasil*

### **Resumo**

O estudo das dimensões consciente e inconsciente do psiquismo humano marca as próprias origens da psicologia como ciência e profissão. Enfoques prevalentes ora sobre uma dimensão ora sobre outra conduziram a interpretações distintas e antagônicas que foram, ao longo do tempo, firmando-se nas diversas matrizes, ou abordagens, do pensamento psicológico. Segundo Vygotski, os rumos dicotômicos trilhados pela psicologia determinaram mudanças lógico-metodológicas tendo em vista a ampliação dos princípios de estruturação da própria ciência psicológica. Com esse empenho Vygotski, Luria e Leontiev se conduziram na direção da sistematização da teoria histórico-cultural, fundamentando-a nos princípios metodológicos materialista-dialéticos. Por essa via, conferiram ao psiquismo humano um enfoque unitário, pelo qual as dimensões consciente e inconsciente resultam apreendidas como polos opostos, todavia, interiores um ao outro. À luz deste referencial teórico-metodológico, esse estudo tem como objetivo apresentar a concepção histórico-dialética acerca da dinâmica consciente/inconsciente, tendo em vista contribuir com a análise sistêmica dos fenômenos psíquicos. Trata-se de uma investigação de natureza metodológica bibliográfica que tem como preceito de base, para a análise da dinâmica consciente/inconsciente, a definição histórico-cultural de psiquismo como unidade material/ideal responsável pela formação da imagem subjetiva da realidade objetiva por meio das funções psíquicas em suas intervinculações e interdependências. Conclui-se desse estudo: a) o conteúdo da consciência é dado pelo significado da palavra – o não verbal resulta oculto e foge ao controle consciente; b) o significado da palavra se forma e se transforma na relação ativa sujeito-objeto; c) características específicas do desenvolvimento das funções psíquicas operam sobre os conteúdos da consciência; d) o psiquismo humano não se limita à sua vertente consciente, por isso é lícito considerar que o inconsciente é potencialmente consciente e vice versa.

**Palavras-chave:** Psicologia Histórico-Cultural; Psiquismo; Consciência; Inconsciente.

## **DYNAMICS CONSCIOUS /UNCONSCIOUS IN THE LIGHT OF HISTORICAL AND CULTURAL PSYCHOLOGY**

### **Abstract**

The study of conscious and unconscious dimensions of the human psyche, marks the own origins of psychology as a science and profession. Prevalent approaches, now about one dimension, now about other, led to different and antagonistic interpretations that were, over time, establishing itself in the various headquarters, or approaches, the psychological thought. According to Vygotsky, the dichotomous paths trodden by psychology determined logical and methodological changes with a view to expanding the principles for structuring own psychological science. With this commitment Vygotsky, Luria and Leontiev was led toward the systematization of cultural-historical theory, the justification for it in the materialist-dialectical methodological principles. In this way, they gave the human psyche a unitary approach, in which the conscious and unconscious dimensions result perceived as polar opposites, nevertheless interior to each other. In light of this theoretical framework, this study aims to present the historical and dialectical conception of conscious / unconscious dynamics, in order to contribute to the systemic analysis of psychic phenomena. This is a research literature methodological nature that is based on the precept for the analysis of conscious / unconscious dynamics, the historical-cultural definition of psyche as a material unit / ideal responsible for the formation of subjective image of objective reality through psychic functions in their intervenciones and interdependencies. It is concluded from this study: a) the content of consciousness is given by the meaning of the word - the verbal results not hidden and beyond the conscious control; b) the meaning of the word is formed and becomes the active subject-object; c) specific characteristics of the development of psychic functions operate on the contents of consciousness; d) the human psyche is not limited to your conscious side, so it is permissible to consider that the unconscious is potentially conscious and vice versa.

**Keywords:** Psychology Historical-Cultural; Psyche; Conscience; Unconscious.

## Introdução

O estudo das dimensões consciente e inconsciente do psiquismo humano marca as próprias origens da psicologia como ciência e profissão. Enfoques prevalentes ora sobre uma dimensão ora sobre outra conduziram a interpretações distintas e muitas vezes antagônicas que foram, ao longo do tempo, firmando-se nas diversas matrizes, ou abordagens, do pensamento psicológico. Segundo Vygotski, os rumos dicotômicos trilhados pela psicologia conduziram-na a problemas praticamente insolúveis, a determinarem mudanças lógico-metodológicas tendo em vista a ampliação dos princípios de estruturação da ciência psicológica. Aclarar a natureza do comportamento especificamente humano, isto é, de um ser histórico-socialmente formado balizou os estudos deste autor e foi nesse diapasão que ele destacou o problema da consciência como um dos pontos nevrálgicos para a consolidação da psicologia como uma ciência autônoma.

## Método

Trata-se de uma investigação de natureza metodológica bibliográfica, ou seja, teórico-conceitual e independente de pesquisa de campo ou laboratório, pela qual visamos apresentar a concepção histórico-dialética acerca da dinâmica consciente/inconsciente à luz da psicologia histórico-cultural, tendo em vista contribuir com a análise sistêmica dos fenômenos psíquicos. Para tanto, utilizamos como material de análise as produções de Vygotski no período de 1925 a 1933 e que conferem centralidade ao fenômeno da consciência, a saber: *La conciencia como problema de la psicología del comportamiento; El significado histórico de la crisis de la psicología; El método instrumental em psicología; La psique, la conciencia, el inconsciente; Sobre los sistemas psicológicos; El problema de la conciencia*. Uma vez delimitado o material de pesquisa, orientamos a análise do mesmo pelos seguintes procedimentos, próprios à investigação bibliográfica: identificação da ideia diretriz e das ideias secundárias dos textos; diferenciação e comparação das ideias entre si a fim de determinar a importância relativa de cada uma delas no conjunto das produções do autor; compreensão do significado dos conceitos apresentados e suas correlações e; finalizando o processo, procedeu-se à operação de síntese, isto é, integração racional dos dados descobertos no conjunto organizado das ideias vigotskianas sobre o tema em

investigação - dinâmica consciente/inconsciente, cujos resultados estão apresentados na sequência.

## Resultados

Para introduzir o tratamento dispensado à temática consciente/inconsciente optamos por fazê-lo localizando-a nas origens da psicologia histórico-cultural, em tempos nos quais, sobretudo Vygotski, colocava em foco a análise do objeto da psicologia como ciência. Já em 1925, em artigo denominado *A consciência como problema da psicologia do comportamento*, Vygotski se posicionou radicalmente crítico em relação ao enfoque adotado pela reflexologia, apontando como um de seus limites a construção de um sistema psicológico que pretere o conceito de consciência. Para ele, no referido sistema: “Se apaga radicalmente toda diferença entre o comportamento do animal e do homem. A biologia traga a sociologia e a fisiologia a psicologia” (Vygotski, 1997, p. 41).

Evidenciando sua discordância em relação à premissa da reflexologia ao pressupor a possibilidade de explicar o comportamento do indivíduo sem recorrer a fenômenos subjetivos, ou, ao inferir possível uma “psicologia sem psique” (idem, 42), o psicólogo bielorrusso identifica esta posição epistêmica como a outra face do dualismo próprio à psicologia subjetivista, em suas pretensões de estudar uma psique pura e abstrata. Coloca o problema da natureza da consciência no centro da psicologia científica e, por coerência metodológica ao materialismo dialético, anuncia a premência por investigações que a abordem sem fissuras, sobretudo no que tange às relações entre os fenômenos conscientes e inconscientes.

No bojo da análise realizada por Vygotski aos sistemas teóricos desenvolvidos até então no campo da psicologia e sistematizada no célebre ensaio *O significado histórico da crise da psicologia. Uma investigação metodológica*, datado de 1927, o autor retoma o problema da natureza do comportamento humano, evidenciando agora os limites da psicologia tradicional, passível de ser caracterizada como uma grande árvore, repleta de ramos, mas carente de caule! Ou seja, uma ciência multifacetada como resultado da ausência de uma base comum, a fornecer a unidade mínima de análise entre suas diversas correntes ou especificidades teóricas.

A carência de uma psicologia geral e, por conseguinte, de um princípio ou ‘lei’ geral a orientar as investigações psicológicas conduziram a inúmeros caminhos,

marcados por divergências radicais em relação aos parâmetros de análise psicológica e formulações teórico-metodológicas dela decorrentes. Nessa direção, Vygotski analisa os sistemas psicológicos que cultivam dicotomias, a exemplo de individual/social, normal/patológico, consciente/inconsciente, etc. Foi nessa esteira que também anunciou sua discordância em relação aos enfoques que conferem centralidade ao conceito de inconsciente tomando o comportamento patológico como critério de referência. Segundo Vygotski (1997) para a psicologia tradicional qualquer pessoa com uma patologia, tomada como objeto de estudo, seria alguém em maior ou menor grau normal e deveria ser definida com respeito à normalidade. Já para outros sistemas qualquer pessoa normal seria mais ou menos patológica e deveria ser interpretada como uma variante de algum tipo patológico.

Ao longo da exegese que faz acerca das várias correntes psicológicas em relevo nas décadas iniciais do século XX, Vygotski mapeia três posições analíticas à raiz das quais o comportamento humano vinha sendo explicado. Uma posição compreenderia os sistemas teóricos que consideram a pessoa normal como protótipo e o indivíduo patológico como uma variante do mesmo, mas que, com isso, dicotomizam o tratamento dispensado ao psiquismo entre normal e/ou patológico. Diferentemente, outros sistemas conferem centralidade ao fenômeno patológico, considerando a normalidade uma variante sua, assumindo um critério metodológico segundo o qual a natureza e a essência do fenômeno ou objeto psíquico – o inconsciente, se revela de forma mais evidente em sua manifestação extrema, patológica.

Na terceira posição, os embates entre normal e patológico, consciente e inconsciente desaparecem, à medida que conferem protagonismo à psicologia animal empírica. A psicologia animal impõe-se, assim como lastro para uma psicologia científica e ponto de partida para a análise objetiva do funcionamento psíquico. Todavia, alerta Vygotski (1997), a psicologia animal deriva da biologia, que formula seus construtos no âmbito das ciências da natureza, que se firmam como fontes de onde derivam os métodos investigativos e os princípios que resultam deles tendo em vista explicar o comportamento.

Ao analisar estas três posições teóricas, Vygotski evidencia quão controversa a psicologia se revela e, mais uma vez, destaca as consequências nefastas advindas da ausência de uma base científica comum para a psicologia, isto é, de uma concepção geral e articulada que delimite o objeto da psicologia. Com esse intuito, conclama a

formulação da psicologia histórico-cultural como intento de superação de tais controvérsias, haja vista que, para o autor, uma ciência geral surge da necessidade de se unir os diferentes ramos do conhecimento que, não obstante a heterogeneidade que os marca se tocam e se entrelaçam, ainda que de modo aleatório. Trata-se, pois, da construção do conhecimento na perspectiva da totalidade.

Conforme postula no artigo intitulado *A psique, a consciência e o inconsciente*, datado de 1930, Vygotski chama-nos a atenção para a importância psicológica destes três termos, todavia, apela sobre eles um enfoque que supere tanto os vieses idealistas quanto materialistas mecanicistas. Para essa tarefa anuncia a necessária mudança metodológica acerca dos fenômenos psíquicos, a conduzir na direção de uma psicologia dialética. Ao propô-la, enfatiza a unidade dos processos psíquicos – no que se inclui sua base material, fisiológica, uma vez que desgarrados do conjunto todos os processos resultam incompreensíveis. Do atendimento a esta perspectiva decorrem duas afirmações basilares da psicologia histórico-cultural, quais seja: a afirmação da natureza social do desenvolvimento humano e a definição de psiquismo como unidade material/ideal - representada pelo seu lastro orgânico/concreto e ideativo/abstrato, graças a qual se edifica a imagem subjetiva da realidade objetiva – ‘mundo interior’, por meio de um sistema interfuncional.

Assim concebendo o psiquismo humano, em trabalho intitulado *Sobre os sistemas psicológicos*, em 1930 Vygotski caracteriza o referido psiquismo como unidade de funções psíquicas – sensação, percepção, atenção, memória, linguagem, pensamento, imaginação, emoção e sentimento, que ao longo do desenvolvimento do indivíduo, se especializam e se complexificam graças aos nexos e conexões que entre si estabelecem. Afirma, ainda, que nos estágios iniciais do desenvolvimento tais conexões se caracterizam tanto pelo primitivismo e indiferenciação das funções quanto pelo imediatismo e espontaneidade com a qual operam. Porém, as conexões interfuncionais sofrem profundas transformações pela mediação e internalização dos signos culturais. É, pois, a apropriação do universo simbólico representado pelas alianças entre linguagem e pensamento que descortinam as possibilidades para que, continuamente, novas e mais complexas conexões interfuncionais ocorram.

A imagem subjetiva resultante do sistema psíquico nas etapas iniciais da vida se revela sincrética, um emaranhado de representações que carrega consigo a elementaridade da captação sensorio-perceptual, da atenção espontânea, da memória

involuntária e, sobretudo, a ausência do significado simbólico do mundo e das experiências da pessoa nele, haja vista a incipiência do processo de formação de conceitos. Segundo Vygotski (1995) y Vygotski (2001), a linguagem não é apenas um meio para se compreender e influenciar os demais, mas uma forma de se compreender a si mesmo. Suas conexões com o pensamento, a quem compete captar o objeto no conjunto de relações objetivas que o sustentam e edificar conceitos aptos a representá-los por meio da palavra, operam como fator propulsor das mais decisivas transformações do sistema interfuncional que caracteriza o psiquismo humano.

Para o autor é este sistema dinâmico que baliza a consciência e a autoconsciência, numa correlação permanente entre a vida intelectual e a vida afetiva sintetizada na personalidade das pessoas. Destaca que a consciência possui estrutura semântica, instituída por significados e sentidos que orientam a relação do indivíduo com o mundo externo e interno. Nessa direção, o autor afirma o papel da palavra na constituição da referida estrutura, colocando em foco a inexistência de palavra sem significado, mas afirmando também que nem toda palavra possui significado lógico, posto que a correspondência lógica da palavra aos fenômenos reais resulta do lento e complexo processo de apropriação da cultura e formação de conceitos. Ou seja, o significado da palavra não é constante posto que a conexão entre pensamento e linguagem também não o é, de sorte que a estrutura semântica que sustenta a consciência se modifica e se desenvolve, na dependência da atividade que vincula sujeito e objeto e sustenta a dinâmica do sistema psíquico.

Conforme disposto por Vygotski em artigo intitulado *O problema da consciência*, datado de 1933, o significado da palavra – e a partir dela, os inúmeros significados atribuídos aos fenômenos experienciados, refrata uma dada estrutura de generalização. Toda generalização, por sua vez, resulta de critérios que destacam propriedades específicas e regulares entre objetos/fenômenos e tais princípios não são estáticos, mas mudam e se transformam ao longo da vida, conduzindo, conseqüentemente, a mudanças nas estruturas de generalização e nos próprios significados delas resultantes.

Seguindo essa linha de raciocínio, o autor afirma que as relações interfuncionais engendram os significados, isto é, a atividade da consciência, por conseguinte, a estrutura do significado resulta condicionada pela estrutura da consciência como sistema. Destarte, Vygotski (1997, p. 129) conclui que “a análise semiótica é o único método adequado para estudar a estrutura do sistema e o conteúdo da consciência”.

Vygotski (2001) observa, ademais, que o estudo do sistema psíquico e suas funções se justifica não apenas na apreensão do desenvolvimento e formação dos processos psicológicos, mas sobretudo, quando se trata de sua desintegração, tal como manifesta na psicopatologia. Nas alterações dos processos psicológicos o que se verifica é a desintegração dos sistemas complexos edificados ao longo da vida coletiva da pessoa, sobretudo, daqueles de mais recente formação. Por isso, via de regra, em situação de alteração mental os conteúdos e modos de comportamento de mais remota formação (conteúdos infantis) se destacam, passando a ocupar o lugar da estrutura semântica da consciência radicada prioritariamente em funções psíquicas superiores.

### **Discussões/Conclusões**

Na perspectiva vigotskiana a análise da consciência demanda: o reconhecimento de seus vínculos com o *sistema* instituído pelas funções psíquicas; a clareza de que são os signos que modificam as relações interfuncionais; reconhecer que sua manifestação e seu alcance refletem um aspecto qualitativo do psiquismo humano. O domínio consciente sobre a imagem psíquica amplia o alcance da mesma, dado que torna a consciência uma via de acesso fundamental ao objeto que reflete. Todavia, a imagem consciente do objeto/vivência não é sinônimo do mesmo, de sorte que entre objeto e imagem não existe correspondência absoluta. Por isso, toda imagem conterá dimensões consciente e inconsciente.

O sistema psíquico opera, continuamente, a formação de imagens e cabe notar que o grau de iluminação (consciência) da imagem resulta dependente do grau/qualidade da percepção, da atenção, da memória e, sobretudo, da representação conceitual/verbal do fenômeno e de sua tonicidade afetiva, o que permite inferir o inconsciente como polo oposto e interior à própria consciência. Ilustra essa hipótese o fato de que comportamentos automatizados (a exemplo de tarefas sensitivo-motoras) possam ocorrer sem mediação voluntária e direcional da consciência. Há que se reconhecer lacunas e descontinuidades lógicas na formação da imagem subjetiva da realidade objetiva, o que conduz à constatação de inúmeras influências inconscientes no psiquismo e no comportamento humano. A tomada de consciência não deixa de ser uma luta sem tréguas contra seu oposto.

Ademais, haja vista a estrutura semântica da consciência, a produção vigotskiana lança luz ao estabelecimento de relações fundamentais entre o desenvolvimento da fala

e os domínios conscientes acerca da imagem subjetiva da realidade objetiva. Há que se considerar que nos momentos iniciais de vida, as marcas das experiências resultam sob a forma de impressões sensoriais carentes de significados, mas não por isso deixam de existir e influenciar o conjunto de representações em formação.

À medida do desenvolvimento da linguagem, na qualidade de sistema de signos, tais impressões sensoriais integram-se, ou não, ao sistema conceitual em construção e, deste percurso resulta um fato de significativa importância para a análise da dinâmica consciente/inconsciente, qual seja: se nos momentos iniciais de vida a vivência condiciona os fatos que culminam como marcas sensoriais, no transcurso da formação do sistema conceitual os fatos a se fazerem representados destacam-se em função de relações com o referido sistema, e não dos fatos em si mesmos – a percepção se torna categorial e abre possibilidades para inúmeras formas de generalização. Por conseguinte, o dado nuclear na análise da personalidade radica na relação ativa da pessoa com seu entorno físico e social, pela qual se apropria dos significados culturais atribuindo-lhes um sentido particular e único, radicado em sua própria experiência concreta.

Conclui-se desse estudo: a) o conteúdo da consciência é dado pelo significado da palavra – o não verbal resulta oculto e foge ao controle consciente; b) o significado da palavra se forma e se transforma na relação ativa sujeito-objeto; c) características específicas do desenvolvimento da memória operam sobre os conteúdos da consciência; d) o psiquismo humano não se limita à sua vertente consciente, por isso é lícito considerar que o inconsciente é potencialmente consciente e vice versa.

### **Referências**

- Vygotski, L.S. (1995). *Obras Escogidas* (Tomo III). Madrid: Visor.
- Vygotski, L.S. (1997). *Obras Escogidas* (Tomo I). Madrid: Visor.
- Vygotski, L.S. (2001). *Obras Escogidas* (Tomo II). Madrid: Visor.

## ACTUALIZACIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS. NUEVAS DROGAS EMERGENTES

**Cassandra Gálvez-Calero\***, **Elena Cordero-Gutiérrez\*\***, **Alicia Ruiz-Toca\***, **Israel Leonés-Torres\*** y **Ana Serrano-Ferrer\***

*\*Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid. España;*

*\*\*Centro de Atención Integral al Drogodependiente de Móstoles, Madrid. España*

### Resumen

Antecedentes: existen datos sobre la asociación entre abuso de drogas en la niñez y adolescencia y mayor riesgo posterior de consumo de tóxicos. En la última década en España existe una estabilización del uso de drogas ilegales, con tendencia ascendente de consumo de nuevas sustancias psicoactivas. Se ha señalado la importancia de conocer por parte de la comunidad científica, asistencial y médica información actualizada y con evidencia científica sobre las sustancias de abuso, que permita un abordaje terapéutico interdisciplinar, desarrollo y aplicación de medidas preventivas de consumo. Para ello, parece necesario disponer de información renovada y consensuada respecto a las características sociodemográficas de los consumidores y patrones de consumo en población adolescente española, tipos de sustancias asociadas y nuevos patrones de uso y toxicidad. Método: hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre nuevas drogas emergentes, datos sociodemográficos de los consumidores, prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas, factores asociados al consumo y percepción del riesgo entre población adolescente española. Resultados: actualización de datos con la encuesta “ESTUDES” sobre la situación y las tendencias de consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años, “Encuesta sobre alcohol y drogas” en España, informes de la Comisión Clínica de la Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Emergentes, e Informe Mundial sobre las Drogas de 2012 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) respecto a la comercialización no regulada de nuevos compuestos sintéticos. Conclusiones: las nuevas drogas psicoactivas son una amenaza para la salud pública, sin existir políticas internacionales de regulación. Se necesitan métodos de clasificación de las nuevas sustancias para facilitar la investigación y así desarrollar estrategias de intervención

terapéuticas con mayor eficacia.

**Palabras clave:** drogas en España, jóvenes y drogas, drogas emergentes, actualización.

## **DRUG ABUSE UPDATE. NEW EMERGING DRUGS**

### **Abstract**

**Introduction:** there is a verified association between the drug abuse among children and teenagers and a higher risk of later substance abuse. There has been a stabilization of the abuse of illegal drugs in Spain during the last 10 years, but at the same time the abuse of new recreational drugs has increased. Therefore the scientific community needs to be informed about the current situation on the matter to be able to develop an interdisciplinary therapeutic approach as well as a preventive program to avoid the very beginning of the abuse. So it seems necessary to know about the demographic characteristics of the abuser and the abuse pattern of the Spanish adolescent community as well as different types of drugs used and the toxicity of them. You can find scientific reviews analysing the different aspects of the researches done until now, but they seem to lack renewed and agreed information in relation to the therapeutic approach. **Method:** due to this fact we decided to make a bibliographic research on the new psychoactive substances, the sociodemographic data of the abusers, the prevalence of the abuse of different kinds of drugs, the abuse associated factors and the risk perceptions of the adolescence population in Spain. **Results:** we are showing the ESTUDES poll data including the abuse drug trends among the 14-18 years population, “Encuesta sobre alcohol y drogas” in Spain, reports the Clinical Commission of the Government Delegation for the National Plan on Emerging Drugs, and World Drug Report 2012 of the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) regarding marketing of new unregulated synthetic compounds. **Conclusions:** New psychoactive drugs are a threat to public health, without existing international regulatory policies. Methods of classification of new substances are needed to facilitate research and develop therapeutic intervention strategies more effectively.

**Keywords:** Drugs in Spain, youth and drugs, emerging drugs, update.

## Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad el uso de sustancias psicoactivas ha estado presente. La conducta de búsqueda de intoxicación por parte de los seres humanos puede atender un instinto biológico tan potente como la búsqueda de alimentación, de sueño o de sexo (Siegel, 2005). Es de esta forma en que los opiodes, la cocaína, las plantas alucinógenas, entre otras muchas sustancias, forman parte de la historia evolutiva del ser humano.

La adicción, lleva a la búsqueda y consumo compulsivo de drogas a pesar de sus consecuencias perjudiciales. Debe ser entendida como una enfermedad crónica y recurrente que afecta el cerebro y la conducta. El consumo inicial puede depender de la voluntad del individuo que lo realiza, pero con el consumo continuo, la capacidad de una persona para ejercer el autocontrol puede verse seriamente afectada. Este deterioro en el autocontrol es el sello distintivo de la adicción.

Se han identificado muchos de los factores biológicos y ambientales involucrados y se está comenzando a investigar las variaciones genéticas que contribuyen al desarrollo y al avance de la enfermedad. Estudios de imágenes cerebrales de personas con adicciones muestran cambios físicos en áreas del cerebro que son esenciales para el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje y la memoria, y el control del comportamiento (Fowler, Volkow, Kassed y Chang, 2007). Estos cambios podrían alterar la forma en la que funciona el cerebro y pueden ayudar a explicar los comportamientos compulsivos y destructivos de la adicción. Al igual que con cualquier otra enfermedad, la vulnerabilidad a la adicción varía de persona a persona, y no existe un solo factor que determine si una persona se volverá adicta a las drogas.

Aunque consumir drogas a cualquier edad puede desencadenar una adicción, las investigaciones muestran que cuanto más temprana es la edad de iniciación a las drogas, más probable es que la persona desarrolle problemas graves, incluida la adicción (Lynskey et al., 2003).

Las drogas emergentes son aquellas sustancias psicoactivas de reciente aparición, también conocidas como nuevas sustancias psicoactivas (NSP), y de carácter sintético. Estas sustancias aparecen en el mercado para ser utilizadas como sustancias de abuso, sobre todo por población joven con fines lúdicos y cuya toxicidad, en muchos casos, no está perfectamente establecida (Haroz y Greenberg, 2005). Carecen de regulación según la Convención de Narcóticos de 1961 ni por la Convención de Sustancias psicoactivas

de 1971, se pueden obtener fácilmente por internet y por tanto suponen una amenaza para la salud pública.

La mayor parte de los estudios publicados hablan de un aumento de las llamadas “nuevas drogas”, así como del papel cada vez más relevante que juega Internet en la compraventa de estupefacientes. Numerosas páginas webs promocionan dichas sustancias, que ante la naturaleza virtual y la globalidad de Internet, la dificultad de aplicar medidas restrictivas legales, y su relativo anonimato y rapidez, favorecen su comercio y distribución. Este fácil acceso por parte de la sociedad, contrasta con la escasez de recursos científicos en relación a las sustancias. Es por ello que disponer de una compilación de información y actualización de datos al respecto, resultaría interesante.

El objetivo de nuestro trabajo es realizar una búsqueda bibliográfica sobre el consumo actual de sustancias en España, con especial atención a la población joven, así como obtener información actualizada sobre drogas emergentes y orientar el desarrollo y evaluación de intervenciones destinadas a reducir el consumo y los problemas asociados.

## **Método**

Se realizó una revisión bibliográfica actualizada utilizando como fuente PUBMED, aplicando como estrategia de búsqueda: "drogas en España", "jóvenes y drogas", "drogas emergentes", "actualización". Además se han revisado distintos manuales básicos de referencia a nivel nacional sobre el tema.

Realizamos una selección de los artículos publicados con fecha desde 2005 a 2015, centrándonos en 25 artículos de revisión sistemática o metaanálisis.

Hemos agrupado la información obtenida en diferentes temas generando un índice que se incluye a continuación y que es el que se ha empleado para resumir la bibliografía.

- Actualización del consumo de sustancias.
- Población adolescente española y consumo de drogas.
- Drogas emergentes y legislación.

## Resultados

### *Actualización del consumo de sustancias*

En 2013 el consumo de drogas se ha visto incrementado en al menos 3 millones de personas, según datos obtenidos en el Informe Mundial sobre las Drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD], 2015), manteniendo la estabilidad con respecto al consumo de drogas ilegales.

Una de las encuestas de mayor muestra poblacional en adultos de toda Europa realizada en España es la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas (EDADES) (Plan Nacional Sobre Drogas [PNSD]. Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2015). EDADES (2015) incluye como novedad preguntas que permiten valorar la incidencia de consumo de drogas y otras sobre el consumo problemático de cannabis.

Según los resultados obtenidos, las drogas más consumidas en España son las drogas legales como el tabaco, alcohol e hipnosedantes. Existen datos contradictorios respecto al género en prevalencia y patrón de consumo de drogas legales, coincidiendo en un consumo más extendido entre los hombres de las drogas ilegales (PNSD, 2014).

En la actualidad el consumo de drogas ilegales se encuentra en mínimos históricos, incluyendo un descenso entre los consumidores de cannabis. A pesar de ello, debemos destacar un mayor número de personas que se iniciaron en el consumo de cannabis respecto a quienes comenzaron a consumir tabaco, posiblemente en relación a la baja percepción y desconocimiento de sus riesgos.

El cannabis se ha convertido en la primera droga en España con demanda de tratamiento, con aumento entre los consumidores con patrón de consumo diario, existiendo un 2,2% de la población española de 15 a 64 años (más de 700.000 personas) que cumple los criterios requeridos para el diagnóstico de consumo problemático de cannabis.

El policonsumo se consolida entre los consumidores de drogas, existiendo datos que relacionan el consumo de alcohol sobre todo si es intensivo con mayor prevalencia de consumo de otras drogas. El cannabis está presente en el 90% en los policonsumos de drogas ilegales. El consumo de NSP también suele realizarse en forma de policonsumo, sobre todo con intención de experimentar.

### *Población adolescente española y consumo de drogas*

En España se realiza de forma bienal desde 1994 la Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) (PNSD, 2014) contando con una muestra amplia de estudiantes de 14 a 18 años de edad que es comparable a nivel internacional.

Hemos analizado los datos obtenidos que señalan que el porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas aumenta con la edad, siendo la edad media de inicio en el consumo de 13 y los 16 años.

Por grupos de edad, las prevalencias de consumo son mayores en el grupo entre 18 y los 64 años (adultos). En cambio el consumo intensivo de alcohol en forma de botellón y borracheras así como el consumo de cannabis es más elevado en el grupo de 15 a 17 años.

Las sustancias más consumidas por los estudiantes españoles de 14 a 18 años son el alcohol, tabaco y cannabis, con tendencia ascendente de consumo de hipnosedantes. El cannabis es la sustancia ilegal más consumida, se asocia a peor rendimiento escolar, existiendo datos de hasta un 16% de consumidores de riesgo en el último año.

El patrón de policonsumo es un patrón cada vez más extendido entre los estudiantes españoles. Un 35% de los jóvenes encuestados realiza policonsumo de drogas.

En el consumo de drogas entre los adolescentes se ha analizado la percepción del riesgo así como la disponibilidad a las sustancias. El consumo de tóxicos entre los estudiantes es mayor entre aquellos que salen por la noche y entre los que llegan más tarde a casa, siendo la prevalencia de consumo de cualquier droga mayor entre los que perciben un mayor número de amigos-iguales consumidores de esa droga (PNSD, 2014). El alcohol es la droga percibida con mayor disponibilidad entre los jóvenes, con más de un 90% entre los encuestados, seguida del cannabis e hipnosedantes. La percepción del riesgo es baja con respecto al alcohol y consideran que es más peligroso el consumo de tabaco que el de cannabis.

### *Drogas emergentes y legislación*

De forma exponencial aparecen en el mercado NSP no controladas bajo leyes internacionales que plantean un verdadero problema de salud pública. La UNODC ha clasificado a las NSP en seis categorías: cannabinoides sintéticos, catinonas sintéticas,

fenetilaminas, ketamina, piperazinas y sustancias relacionadas con la fenciclidina, triptaminas y otras sustancias.

De composición y efectos en su mayoría desconocidos, en el Informe Europeo sobre Drogas de 2015 se han identificado un total de 541 nuevas sustancias psicoactivas, un aumento del 20 por ciento en comparación con el año anterior (OEDT, 2015).

A pesar de los recursos destinados al control, estas sustancias se comercializan normalmente a través de internet donde se enfatiza su condición de legalidad (García-Repetto y Luisa, 2011), lo que supone una rápida y sencilla distribución. Su venta se realiza como “sales de baño”, “inciensos”, “abono para plantas”, teniendo en común su venta como legal highs o euforizantes legales.

Datos estadísticos obtenidos en el informe de 2015 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), informan de un crecimiento en los últimos 5 años de vendedores online identificando en 2013 al menos 651 sitios webs (OEDT, 2015). El Estudio Internet Snapshot en España de 2013, incluye en el proyecto Snapshot europeo a España en la búsqueda de información sobre páginas webs dedicadas a la venta online de NSP, encontrando 88 páginas webs en castellano y 11 de ellas en España (Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía, 2013).

## **Conclusiones**

El mercado actual de venta de drogas podemos considerarlo complejo en relación a su dinámica, con rapidez de cambio y ampliación.

A fin de diseñar planes eficaces de actuación en cuanto a medidas de tratamiento y prevención, se hacen necesarias medidas de regularización legal de forma coordinada, con un intercambio seguro de información y a su vez más estudios que permitan a la comunidad científica conocer los efectos en el organismo humano de las sustancias consumidas.

Ante datos sobre la alta facilidad percibida y bajo riesgo en el consumo por los jóvenes, faltan más estudios que favorezcan conocer el perfil de consumo en población joven y que permitan actuación precoz con intención de disminuir los efectos de las drogas a largo plazo.

## Referencias

- Fowler, J.S., Volkow, N.D., Kassed, C.A., y Chang L. (2007). Imaging the addicted human brain. *Sci Pract Perspect*, 3(2), 4-16.
- García-Repetto, R. y Luisa, M. (2011). Drogas emergentes: una perspectiva medicolegal. *Revista Española de Medicina Legal*, 37(2), 76-82.
- Haroz, R. y Greenberg, M.L. (2005). Emerging drugs of abuse. *Med Clin North Am*, 89, 1259-76.
- Lynskey, M.T., Heath, A.C., Bucholz, K.K., Slutske, W.S., Madden, P.A.F., Nelson, E.C., et al. (2003). Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA*, 289(4), 427-33.
- Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía. (2013). *Informe 2013. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de [http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2\\_Informe\\_2013.pdf](http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2_Informe_2013.pdf)
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2015). *Informe Europeo sobre Drogas 2015: Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas 2015. Recuperado de [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_239505\\_ES\\_TDAT15001E\\_SN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_ES_TDAT15001E_SN.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONUDD. (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*. Recuperado de [http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)
- Plan Nacional sobre Drogas, PNSD. (2014). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES) 2012/2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Recuperado de [http://www.mssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/1402105031412575192\\_1.ppt](http://www.mssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/1402105031412575192_1.ppt)
- Plan Nacional sobre Drogas, PNSD. Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2015). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2013/2014*. Recuperado de <http://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/Documents/Encuest>

a%20sobre%20alcohol%20y%20drogas%202013-14.pdf

Siegel, R.K. (2005). *Intoxication: The universal drive for mind altering substances*.  
Rochester, United States: Park Street Press.

## INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS: LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

**Ruiz-Toca, Alicia\***, **Leones Torres, Israel \***, **Gálvez Calero, Casandra\*** y **Cordero Gutiérrez, Elena\*\***

*\*Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, Spain;*

*\*\*Centro de Atención Integral al Drogodependiente de Móstoles, Móstoles, Madrid*

### Resumen

Introducción: Los trastornos mentales relacionados con sustancias son causa y consecuencia común de diversas problemáticas dentro del ámbito de la Salud Mental. La complejidad biográfica, relacional y sintomática en este tipo de trastornos conlleva la necesidad de realizar un abordaje psicoterapéutico que revise y permita integrar en una historia vital comprensible y aceptable, formas más funcionales de relación. Objetivo: Analizar el efecto de la terapia narrativa sobre el consumo de alcohol en un caso de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Método: Se desarrolló una psicoterapia basada en estrategias narrativas en el caso de una paciente de 38 años derivada por consumo de alcohol. Presentaba una historia de abusos sexuales durante la infancia y un consumo de 16 cervezas semanales, con clínica ansioso depresiva compatible con TEPT. Se estableció como objetivo de trabajo la regulación emocional elaborando una narrativa coherente, comprensiva y compleja que permitiera incorporar el suceso traumático, a lo largo de 25 sesiones quincenales de 50 minutos. Se evaluaron síntomas de ansiedad (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), depresión (Beck Depression Inventory, BDI) y consumo alcohólico (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) al inicio, al final y 6 meses después de la terapia. Resultados: Los síntomas depresivos iniciales (BDI: 40) disminuyeron al finalizar la terapia (BDI: 15), y 6 meses después (BDI: 13). Los síntomas de ansiedad iniciales (STAI: AE: 46 AR: 55) cumplían el mismo patrón; (STAI: AE: 20 AR: 28) y (STAI: AE: 17, AR: 25), así como el consumo de alcohol inicial (AUDIT: 22) tras la terapia (AUDIT: 6) y 6 meses después (AUDIT: 5). Conclusiones: El apoyo psicoterapéutico sobre una narrativa más coherente y plausible favorece la regulación afectiva y la disminución progresiva en el consumo de alcohol.

**Palabras clave:** trastornos relacionados con sustancias, alcohol, Psicoterapia Narrativa, drogodependencias.

## INTERVENTION IN SUBSTANCE-RELATED DISORDERS: INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY

### Abstract

**Introduction:** Substance-related mental disorders are both a common cause and consequence of several problems in the field of Mental Health. The biographical, relational and symptomatic complexities of these disorders require a psychotherapeutic approach that reviews more functional forms of relationship and allows their integration into an understandable and acceptable life story. **Objective:** To analyze the effect that narrative therapy has on alcohol consumption in a case of posttraumatic stress disorder (PTSD). **Method:** A psychotherapy based on narrative strategies was developed for the case of a 38-year-old female patient undergoing treatment for alcohol consumption. She had a history of sexual abuse during childhood and a weekly consumption of 16 beers, showing symptoms of depression and anxiety that were compatible with PTSD. The established scope of work consisted of regulating the emotions by developing a coherent, comprehensive and complex narrative that would incorporate the traumatic event along 25 50-minute sessions at biweekly intervals. Symptoms of anxiety (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), depression (Beck Depression Inventory, BDI) and alcohol consumption (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) were evaluated at the beginning and at the end of the therapy, as well as 6 months later. **Results:** The initial depressive symptoms (BDI: 40) fell at the end of therapy (BDI: 15), and 6 months later (BDI: 13). The initial symptoms of anxiety (STAI: AE: AR 46: 55) followed the same pattern: (STAI: AE: 20 AR 28) and (STAI: AE: 17, AR 25); as well as the alcohol consumption at the beginning (AUDIT: 22), after the therapy (AUDIT: 6) and 6 months later (AUDIT: 5). **Conclusions:** The psychotherapeutic support based on a more coherent and plausible narrative contributes to an affective regulation and a gradual decrease in alcohol consumption.

**Keywords:** substance abuse, alcohol, narrative psychotherapy, substance abuse disorders.

## **Introducción**

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España. Hasta hace dos décadas, el alcoholismo femenino prácticamente no se investigaba y, por lo tanto, no se conocía casi nada de la prevalencia, causas, y consecuencias clínicas y sociales de esta adicción en el sexo femenino (Pérula de Torres et al., 2005). El consumo de alcohol en las mujeres se ha relacionado con la violencia interpersonal, incluso con aquellas experiencias que se remontan a situaciones traumáticas infantiles (Cloitre et al., 2014). Las personas que han sufrido experiencias traumáticas con frecuencia construyen un relato pobre y fragmentado de su vida y su identidad. La Terapia Narrativa (TN) tiene como objetivo construir una narrativa de vida coherente y comprensiva mediante la inclusión de aquellas vivencias y conceptos, que han quedado fuera del relato vital, co-creando junto con el paciente una historia alternativa que defina una identidad consistente a lo largo del tiempo (White y Epston, 1993).

Otras estrategias complementarias a la TN, como el mindfulness, han conseguido efectos que favorecen la regulación emocional y han demostrado su eficacia en tratamiento de conductas adictivas como el alcohol (Khanna y Greeson, 2013).

Existe escasa literatura a cerca de los beneficios de la TN sobre el consumo de alcohol en mujeres que presentan un diagnóstico de TEPT. Por este motivo el objetivo de este estudio es valorar los efectos de las estrategias narrativas combinadas con mindfulness sobre la regulación emocional y el consumo de alcohol.

## **Método**

### *Participantes*

Identificación del paciente: La paciente era una mujer de 38 años derivada desde el Servicio de Psiquiatría por dependencia de alcohol y sintomatología ansioso depresiva. Había sido derivada por el servicio de urgencias del Hospital comarcal a consultas de Salud Mental tras un segundo intento autolítico hacía un año, después de una fuerte discusión con su madre.

Motivo de la consulta: La paciente deseaba abandonar el hábito alcohólico, y conseguir una estabilidad emocional que le permitieran poder seguir una vida normalizada y funcional para poder hacerse cargo de sus dos hijos menores y conseguir mayor autonomía con respecto a su familia de origen.

Historia del problema: La paciente era la hija mayor de una familia de 5 miembros. Convivió con sus dos hijos menores y una pareja sentimental que mantenía desde hacía 8 años, momento en el que abandonó la actividad laboral. Relató a lo largo de las primeras entrevistas de evaluación una historia familiar traumática de abusos sexuales paternos que habían conllevado a una dinámica familiar disfuncional y precursora de déficits relacionales en la paciente. Desde la infancia adoptó un rol de cuidadora y protectora tanto con su madre como con sus hermanas menores, haciéndose cargo de la actividad y responsabilidades domésticas y familiares. Inició el consumo de alcohol en el momento en el que se independizó del entorno familiar con su expareja y padre de sus hijos, a la edad de 18 años, con consumos ocasionales hasta el nacimiento de su primer hijo con 21 años. Se mantuvo abstinenta hasta los 30 años cuando cesa la actividad laboral. Desde entonces refiere un consumo de alcohol progresivamente más importante, desde 2 o 3 cervezas dos días a la semana, hasta un consumo actual de 16 cervezas y 8 licores combinados con una frecuencia de 2 o 3 días a la semana en lugares de ocio como bares o pubs, con finalidad evasiva. La paciente continuó a lo largo de los últimos 8 años una pauta de dependencia alcohólica abandonando responsabilidades domésticas y de cuidado personal, que repercutían en la crianza de sus hijos y la relación con su pareja. La paciente describió una relación conflictiva con sus padres y las dificultades para mantenerse al margen de los problemas económicos y de relación entre ellos, a pesar de los intentos por distanciarse de ambos.

Descripción de las conductas problema: De acuerdo con los criterios propuestos en la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Test Revision (DSM-IV-TR), además de la dependencia alcohólica, la paciente presentaba clínica ansiosa compatible con un diagnóstico de TEPT crónico de inicio demorado, con pesadillas, irritabilidad, evitación de temas y contextos relacionados con los abusos sexuales e hipervigilancia. También presentaba un cuadro depresivo mayor con apatía, anergia, anhedonia, alteraciones en el apetito y sueño, con ideas de muerte. En el año pasado había realizado dos intentos de suicidio con sobreingestas farmacológicas con previsión de rescate de los que hacía crítica completa en el momento actual.

Se estableció como meta de tratamiento la regulación emocional elaborando una narrativa coherente, comprensiva y compleja que permitiera incorporar el suceso traumático, incluyendo recursos y capacidades excluidas en la narrativa dominante, saturada por el problema. Los objetivos terapéuticos se centraron en el trabajo con la

sintomatología depresiva-ansiosa, a través de una regulación emocional de sentimientos negativos como la tristeza, la rabia o el miedo, que permitirán un manejo más adecuado de la clínica ansiosa.

### *Materiales*

Para la evaluación de las variables dependientes: síntomas ansiosos, síntomas depresivos y consumo de alcohol, se seleccionaron las siguientes escalas.

1. *Beck Depression Inventory* (BDI), (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Es un instrumento de 21 ítems en el que se evalúa la intensidad de la depresión. Existen 4 categorías en función de la puntuación total; mínima (0-9 puntos), leve (10-16), moderada (17-29) y grave (30-63). El punto de corte para determinar clínica depresiva se sitúa en 18 puntos. La adaptación de este instrumento a la población española ha demostrado una consistencia interna de 0,85 (Vázquez y Sanz, 1999).

2. *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Este inventario se compone de veinte ítems para cada una de las dos subescalas (ansiedad estado y ansiedad rasgo). La escala de respuesta es de tipo Likert, puntuando desde 0 (nada) hasta 3 (mucho). Este instrumento ha demostrado una fiabilidad de 0,90 en ansiedad rasgo y de 0,94 en ansiedad estado para población española, de acuerdo a los estudios de Guillén-Riquelme y Buela-Casal (2011).

3. *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), (Rubio, Bermejo, Caballero y Santo-Domingo, 1998). Este cuestionario de 10 preguntas incluye información sobre el consumo de alcohol relativo al año anterior. Su versión en español, explora la cantidad y frecuencia del consumo, trastornos relacionados con el alcohol, los síntomas de dependencia y las consecuencias negativas del consumo de alcohol. Las preguntas puntúan de 0 a 4, salvo la 9 y 10, que pueden puntuar 0, 2 o 4. Los estudios de Pérula de Torres et al. (2005), consideran una puntuación de corte de 7 en mujeres como indicador de consumo de riesgo. Dichos estudios han demostrado una alta fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,93, una sensibilidad del 89,6% y una especificidad del 97,5%, para población femenina.

### *Procedimiento*

La intervención se llevó a cabo con un tratamiento basado en estrategias narrativas y técnicas de mindfulness a lo largo de 25 sesiones quincenales de 50 minutos

de duración en consultas ambulatorias. Las 3 primeras citas se dedicaron a elaborar una historia detallada de la paciente y la realización de los test psicométricos. Se mantuvo desde el primer contacto con la paciente el interés por promover la alianza terapéutica a través de sus tres principios fundamentales definidos por Bordin (1979) como objetivos terapéuticos, tareas y relación paciente-terapeuta, que conformaría el modelo de trabajo durante todo el proceso terapéutico. Se dedicaron 20 sesiones a construir una narrativa compleja que incluyera de una forma más comprensiva y aceptable las experiencias de abuso paternas que presentaba la paciente, al tiempo que constituyera una perspectiva no saturada por la dependencia alcohólica y la autocrítica. En cada sesión se debatía sobre un período concreto de su vida, que la paciente escribía bajo el trazo de una línea horizontal que reflejaba el paso del tiempo. En la siguiente sesión se repasaba todo lo escrito anteriormente y se continuaba con el siguiente momento vital que para la paciente supusiera un período importante. El objetivo en un primer momento, tal y como han propuesto otros estudios basados en TN (Cloitre et al., 2014) era poder crear una representación de su familia y figuras de referencia desde una perspectiva acrítica, satisfactoria y empática, incluida ella misma. Se hizo especial hincapié en la elaboración del suceso traumático mediante una exposición progresiva. Se recurrió a técnicas de mindfulness para regular el estado emocional de la paciente durante la exposición a los recuerdos traumáticos y escenas cargadas afectivamente, con el objetivo de incorporar sucesivamente las diferentes vivencias sensoriales, emocionales y experienciales negadas. Posteriormente, se instaba a la paciente a considerar esta escena desde el momento presente, y su edad actual, con los recursos aprendidos, y su capacidad de comprensión adulta, a diferencia de la perspectiva infantil en la que se había quedado fijada. Junto con la paciente se iba construyendo una narrativa alternativa, más comprensiva y menos invalidante, en el que la paciente adquiriría un papel más capaz de enfrentar el suceso traumático. La paciente se convirtió en la nueva narrativa en el potencial elemento de ayuda de sí misma adquiriendo un rol de cuidadora de su *yo infantil*. Se dedicaron las dos últimas sesiones para elaborar la despedida y realizar un proceso de recapitulación de las estrategias aprendidas en la terapia. Aunque el hábito de consumo alcohólico no se trabajó directamente, explorar las dinámicas de relación y afrontamiento aprendidas con su familia de origen, así como la construcción de una narrativa alternativa más autónoma y capaz, sirvieron a la paciente para darse cuenta de la funcionalidad que hasta ahora había cumplido el alcohol, y desarrollar

nuevas estrategias de afrontamiento ante los problemas en su vida actual.

### *Diseño*

Diseño de caso único intrasujeto longitudinal, con medidas pretratamiento y postratamiento repetidas al final de la intervención y a los 6 meses de seguimiento, para las variables dependientes; síntomas depresivos, síntomas ansiosos y consumo de alcohol.

### **Resultados**

En el proceso de evaluación previo al inicio del tratamiento, la paciente obtuvo una puntuación en el BDI de 40, en el STAI Ansiedad Estado (AE) de 46, en el STAI Ansiedad Rasgo (AR) de 55, y de 22 puntos en el AUDIT. Al finalizar la intervención todas las puntuaciones disminuyeron hasta conseguir los siguientes valores: BDI: 13, STAI: AE: 20, AR: 28 y AUDIT: 6. Tras 6 meses de seguimiento las puntuaciones fueron: BDI: 15, STAI: AE: 17, AR: 25, y AUDIT: 5.

### **Discusión y conclusiones**

Este estudio evalúa los efectos de estrategias narrativas y técnicas de mindfulness, en síntomas ansioso-depresivos y consumo de alcohol en una paciente con experiencias de abusos infantiles. Los síntomas depresivos iniciales (BDI: 40) disminuyeron tras la terapia (BDI: 15), y 6 meses después (BDI: 13). Los síntomas de ansiedad iniciales (STAI: AE: 46 AR: 55) cumplían el mismo patrón al finalizar la terapia; (STAI: AE: 20 AR: 28) y 6 meses después (STAI: AE: 17, AR: 25). El consumo de alcohol inicial (AUDIT: 22), fue significativamente menor tras la terapia (AUDIT: 6), consiguiendo valores por debajo del consumo de riesgo, establecidos en las investigaciones (Pérula de Torres et al., 2005), que se mantuvieron 6 meses después (AUDIT: 5). Estos resultados son consistentes con diversos estudios, en los que se demuestra la eficacia de la TN para la regulación afectiva en personas con TEPT (Cloitre, Petkova, Wang y Lu Lassell, 2012; [Erbes](#), [Stillman](#), [Wieling](#), Bera y [Leskela](#), 2014). Algunos estudios también han confirmado la eficacia de técnicas narrativas como la escritura para reducir el consumo de alcohol (Young, Rodríguez y Neighbors, 2013) y las ventajas del mindfulness en regulación emocional y hábito alcohólico (Khanna y Greeson, 2013). Aunque los datos obtenidos hacen pensar en los beneficios que estas técnicas podrían tener sobre este tipo de pacientes, es necesario tener en cuenta la escasa representabilidad del estudio al

analizar la intervención en un único caso. Futuros estudios deberían replicar el trabajo realizado con ensayos que incluyan grupos experimentales más amplios en comparación con grupos de control.

## 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.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Cloitre, M., Henn-Haase, C., Herman, J.L., Jackson, C., Kaslow, N., Klein, C., et al. (2014). A multi-site single-blind clinical study to compare the effects of STAIR Narrative Therapy to treatment as usual among women with PTSD in public sector mental health settings: study protocol for a randomized controlled trial. *Trails Journal*, 15, 197-207.
- Cloitre, M., Petkova, E., Wang J., y Lu Lassell, F. (2012). [An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse.](#) *Depression and Anxiety*, 29, 709-717.
- [Erbes, C.R., Stillman, J.R., Wieling, E., Bera, W., y Leskela, J. \(2014\). A pilot examination of the use of narrative therapy with individuals diagnosed with PTSD.](#) *Trauma Stress*, 27, 730-733.
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 3, 510-515.
- Khanna, S., y Greeson, J.M. (2013). A Narrative Review of Yoga and Mindfulness as Complementary Therapies for Addiction. *Complementary Therapy Medicine*, 21, 244-252.
- Pérula de Torres, L. A., Fernández-García, J. A., Arias-Vega, R., Muriel-Palomino, M., Márquez-Rebollo, E., y Ruiz-Moral, R. (2005). Validez del cuestionario AUDIT para la detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol en mujeres. *Medicina Clínica*, 125, 727-730.
- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M.C., y Santo-Domingo J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en

- Atención Primaria. *Revista Clínica Española*, 198, 11-4.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Young, C.M., Rodríguez, L. M., y Neighbors, C. (2013). Expressive Writing as a Brief Intervention for Reducing Drinking Intentions. *Addictive Behaviors*, 38, 2013-2017.

**PSICOTERAPIA DE GRUPO EN PACIENTES CON ADICCIÓN**

**Elena Cordero-Gutiérrez\*, Casandra Gálvez-Calero\*\*, Israel Leones-Torres\*\* y  
Alicia Ruiz-Toca\*\***

*\*Centro de Atención Integral al Drogodependiente de Móstoles; \*\*Hospital  
Universitario Príncipe de Asturias*

**Resumen**

Antecedentes: la psicoterapia de grupo es utilizada frecuentemente para el tratamiento de las adicciones, pero algunos autores se plantean si se debe a que es un tratamiento eficaz o a motivos económicos. Método: realizar una revisión bibliográfica de las líneas de investigación en psicoterapia de grupo para pacientes con adicción. Resultados: en la línea de tratamientos eficaces, la Terapia Cognitivo Conductual se muestra eficaz a la hora de abandonar el consumo de alcohol, pero no es así a la hora de mantener la abstinencia y evitar recaídas. En otras adicciones, no hay tratamientos establecidos en formato grupal y la mayoría de las intervenciones se muestran probablemente eficaces en psicoterapia individual. Hay otra línea encaminada a buscar cómo se producen los procesos de cambio en psicoterapia de grupo normalmente desde otras orientaciones, como interpersonal y humanista. Desde esta línea se plantea la importancia del abordaje integral combinado con la psicoterapia grupal. Hay estudios que buscan factores curativos de grupo, en especial en pacientes con alcoholismo, que presentan resultados inconsistentes. Yalom apuntó acerca de que estos factores cambian en función del momento grupal y de los individuos dentro del grupo. La investigación centrada en los momentos de cambio intenta establecer las condiciones para el cambio. Conclusiones: aún queda mucho por avanzar en la investigación de la psicoterapia de grupo en pacientes con adicciones, pareciendo prometedores estudios que están encaminados en saber qué es lo que produce el cambio más que en medir si se produce. Estas investigaciones ponen de relieve la importancia de tener terapeutas con formación en terapia de grupo y capacidad para crear un buen vínculo terapéutico y buena cohesión a nivel grupal.

**Palabras clave:** psicoterapia, psicoterapia de grupo, drogadicción, revisión bibliográfica

## GROUP PSYCHOTHERAPY IN DEPENDENT INPATIENTS

### Abstract

**Introduction:** group psychotherapy is frequently used in addictions treatment, even though some authors consider about whether it is because it is an effective treatment or because of economic reasons. **Method:** conduct a literature review about the lines of research in group psychotherapy for patients with addiction. **Results:** In the line of effective treatments, cognitive behavioral therapy has been shown to be effective in leaving the consumption of alcohol, but not so when it comes to maintaining abstinence and prevent relapse. In other addictions, there are no established treatments in a group format and most effective interventions are those which occur probably in an individual psychotherapy format. Another line aims to find how change processes occur in group psychotherapy usually from other orientations, such as interpersonal and humanistic. From this point of view, the importance of the comprehensive approach combined with group psychotherapy arises. Some studies are seeking curative group factors, especially in patients with alcoholism, which have inconsistent results. Yalom pointed out that these factors change over time depending on the group and individuals within the group. The research on moments of change seeks to establish the conditions for change. **Conclusions:** there is still so much to advance in the research of group psychotherapy for patients with addictions, but the studies that are aimed to know what causes the change rather than measure if it occurs seem to be promising. These studies highlight the importance of having trained therapists in group therapy and ability to create a good therapeutic relationship and good cohesion at the group level.

**Keywords:** psychotherapy, group psychotherapy, drug-addiction, literature review

### Introducción

La terapia de grupo en adicciones tiene características específicas que dificultan el trabajo del psicoterapeuta de grupo. En palabras de Yalom (en Palacios, 2009) *“El tratamiento de grupo con alcohólicos es desalentador. Los enfoques de grupo tradicionales se han mostrado hace tiempo tan ineficaces que los conductores de grupo profesionales han abandonado los intentos de dirigir tales grupos.”*

Sin embargo, se utiliza frecuentemente para el tratamiento de las adicciones. Pero, ¿se debe a que es un tratamiento eficaz o a motivos económicos? El objetivo de este capítulo es revisar la investigación realizada a este respecto.

### **Método**

Se realizó una revisión bibliográfica actualizada de las líneas de investigación en psicoterapia de grupo para pacientes con adicción para ver el estado de la cuestión.

Para la revisión bibliográfica se utilizó PSICODOC y PUBMED. La estrategia de búsqueda en PSICODOC ha sido “psicoterapia de grupo” y “adicciones”, en PUBMED “group psychotherapy” y “drug-addiction”. De esta revisión, se seleccionaron artículos que son revisiones o actualizaciones de los resultados de la investigación desde diferentes enfoques de psicoterapia de grupo. También se utilizó otros artículos o manuales conocidos por los autores.

### **Resultados**

Secades y Fernández (2001) realizan una revisión sobre los tratamientos psicológicos eficaces en las adicciones a nicotina, alcohol, cocaína y heroína, tanto en formato individual como en grupal. Como la adicción a nicotina no es una droga que se trate habitualmente en centros especializados en adicciones, queda fuera del ámbito de interés de este trabajo.

Con respecto al tratamiento de la adicción al alcohol, encuentran que el programa de Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA) es el que cuenta con mejor soporte empírico. Este programa, de aplicación individual o grupal, utiliza métodos operantes para conseguir reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional. El Entrenamiento en Habilidades Sociales se ha demostrado consistentemente más efectivo que el tratamiento «tradicional» del alcoholismo, pero en varios estudios publicados, la aplicación del Entrenamiento en Habilidades Sociales no obtuvo resultados positivos sobre el consumo de alcohol y otras conductas asociadas. El entrenamiento en Prevención de Recaídas tiene evidencia empírica en comparación con el no tratamiento o con el consejo médico tradicional. Se ha encontrado que los pacientes que están en psicoterapia de grupo mejoran su grado de compromiso, tienen tasas más altas de abstinencia, mejoran en un número de variables relacionadas con la calidad de vida, mejoran su transición de tratamiento interno a tratamiento ambulatorio y son más proclives a volver a las citas de seguimiento, aunque estos resultados se han

encontrado con diferentes tipos de orientaciones, objetivos, técnicas y liderazgos (Martín, 2002). Con respecto a la Terapia conductual familiar y de pareja, no existen conclusiones válidas. A pesar de que existen trabajos que han encontrado resultados positivos, en mi experiencia (Cordero y Ruiz, 2015) existen graves problemas en este tipo de terapia familiar y de pareja, entre los cuales destacaría:

- Debido a la diferencia de opiniones entre los profesionales acerca de lo que es un buen manejo del paciente con adicción, en centros diferentes se llegan a dar recomendaciones diferentes e incluso incompatibles entre sí, generando desconcierto en los familiares.

- El familiar acude con la idea de que hay una solución única y buena a un problema complejo. Esto no es real, pero los programas cognitivo conductuales pueden alentar esta creencia.

- En ocasiones, se generan dinámicas disfuncionales en el grupo de familiares entre los que hacen las cosas “bien” y los familiares que hacen las cosas “mal”.

- Por último, si se da una prescripción contraria a lo que el familiar considera positivo, incongruente con su historia y su forma de ser, la mera información no va a hacer que se modifique su conducta. Si se ejerce presión a este respecto, el paciente dejará de verbalizar la conducta pero no dejará de realizarla.

Con respecto al tratamiento de la adicción a la cocaína, tanto el Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo como la Terapia Cognitivo-Conductual de Habilidades de Afrontamiento, aparecen aplicadas primordialmente en formato individual. Los autores no encuentran datos de eficacia en formato grupal, y la terapia cognitivo conductual en formato individual se considera un tratamiento probablemente eficaz.

Para el tratamiento de la adicción a la heroína, los estudios cuentan con numerosas limitaciones metodológicas, a destacar la escasez de trabajos empíricos bien controlados y con seguimientos a largo plazo, la heterogeneidad de los tratamientos empleados y la frecuente combinación con tratamientos farmacológicos (especialmente con metadona y naltrexona). No encuentran datos acerca de la psicoterapia en formato grupal. En general, los programas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la heroína tienen una confianza clínica moderada y son considerados tratamientos probablemente eficaces.

La conclusión de este artículo es que la terapia de conducta cuenta con

tratamientos empíricamente validados para tratar la adicción a algunas sustancias, pero muestran mejores resultados dentro de programas multimodales o multicomponentes más amplios, frecuentemente en combinación con terapia farmacológica. En otras adicciones estos tratamientos no tienen evidencia empírica suficiente como para ser considerados tratamientos eficaces. El problema es que a esta eficacia relativa de los tratamientos, se le añade que las tasas de recaídas a largo plazo son altas (Secades y Fernández, 2001).

Por otro lado, los intentos de comparar entre terapia individual y terapia de grupo han obtenido resultados poco claros. Existe evidencia acerca de que los pacientes que están en psicoterapia grupal mejoran su grado de compromiso, tienen tasas más altas de abstinencia, mejoran en un número de variables relacionadas con la calidad de vida, mejoran su transición de tratamiento interno a tratamiento ambulatorio y son más proclives a volver a las citas de seguimiento (Martin, 2002). Pero estos resultados se han obtenido con diferentes tipos de orientaciones, objetivos, técnicas y liderazgos.

Existe otra línea de investigación, centrada específicamente en la psicoterapia de grupo, que se centra en los factores terapéuticos de grupo. Los factores curativos o terapéuticos son los mecanismos de cambio que actúan en el grupo (Vinagrov y Yalom, 1996). Los factores terapéuticos de Yalom serían once:

1. Infundir esperanza
2. Universalidad: sensación de alivio al apreciar que no están solos, no son los únicos que sufren de esa manera.
3. Transmisión de información: no sólo del terapeuta, sino también de otros miembros
4. Altruismo: ayuda mutua entre los miembros del grupo
5. Desarrollo de las técnicas de socialización: en el grupo se aprenden nuevos modos de relacionarse a través del feedback sincero que se ofrecen unos a otros
6. Comportamiento imitativo: aprendizaje vicario.
7. Catarsis: que se produce gracias a la expresión de emociones
8. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: en el grupo se repiten los conflictos familiares tempranos y se recapitulan de forma correctiva.
9. Factores existenciales: se tratan los problemas existenciales que atañen al ser humano, a saber, la muerte, el aislamiento, la libertad y la falta de sentido.
10. Cohesión de grupo: no sólo en relación al terapeuta y a cada miembro del grupo

sino también la relación del grupo como un todo

#### 11. Aprendizaje interpersonal

Este tipo de investigación suele ser llevada a cabo con grupos de psicoterapia centrada en el aquí y ahora. Esta terapia intenta que el cada participante comprenda sus interacciones en el grupo. Es una terapia centrada en el presente, en el momento del grupo y es ahistórica. Se resta importancia al pasado y a la vida exterior, a favor del “aquí y ahora” del grupo.

Yalom realizó un instrumento para evaluar el grupo desde los Factores Curativos producidos por el grupo y percibidos por el paciente (Cuestionario de Yalom para Factores Curativos de grupo). Utilizando dicho instrumento, se han evaluado grupos de pacientes con alcoholismo para obtener los factores curativos de grupo. Los resultados han sido inconsistentes. Colli y Zaldívar (2002) encontraron que los Factores Curativos más importantes fueron altruismo, comprensión de sí mismo, recapitulación correctiva de la familia, aprendizaje interpersonal y cohesión de grupo. Feeney y Dranger (en Colli y Zaldívar, 2002) sin embargo encontraron catarsis, insight, aprendizaje interpersonal insumo, cohesión y esperanza. Kanas y Barr (en Colli y Zaldívar, 2002) encontraron los siguientes factores: esperanza, altruismo, cohesión grupal, aprendizaje interpersonal producto y universalidad. Demirbaş, Doğan e İlhan (2012) encontraron, en contradicción con otros estudios, que en pacientes con alcoholismo el altruismo y la identificación fueron los factores menos valorados. Tampoco encontraron diferencias significativas entre los factores seleccionados por los pacientes que mantuvieron la abstinencia y los que recayeron, por lo tanto, no serviría para hacer predicciones de pronóstico.

El problema de la investigación sobre factores terapéuticos de grupo radica en que la importancia de los factores terapéuticos cambia según diversos factores (Vinagrov y Yalom, 1996). Los factores que más influirían serían:

- La clase de grupo: los factores con mayor importancia dependerá de si se trata de un grupo con pacientes internos o con pacientes externos, o si se trata de un grupo de autoayuda.

- La fase de la terapia: no es solamente que en las diferentes fases de la terapia vaya cambiando la importancia de los factores de grupo, sino que además la forma en que afecta cada factor puede ser diferente dependiendo de la fase. La importancia de adaptar la intervención en función de la fase de la terapia, debido a que en cada fase se

trabajan conflictos diferenciales, es apoyada por otros autores (Población, 1997).

- Diferencias individuales entre los pacientes: entre todos los factores disponibles, cada paciente elige los que mejor se adecuan a sus necesidades y problemas.

Por tanto, a pesar de la importancia de estos factores en el curso y evolución de la terapia de grupo, en la investigación centrada en averiguar qué factores son los más importantes en la terapia de grupo en pacientes con adicción con el objetivo de sacar conclusiones de cara a mejorar estos tratamientos, los resultados han sido inconsistentes y poco claros.

Las investigaciones anteriores, aunque dan cuenta de terapias que podrían ser eficaces en el proceso de cambio de un paciente con adicción dentro de un grupo, no dan cuenta de cómo se da este cambio. En la investigación con los componentes del cambio terapéutico, se ha observado que la alianza terapéutica, la competencia del terapeuta y la adherencia al tratamiento influyen significativamente en el resultado final del tratamiento (Krause et al., 2006; Valdés et al., 2005). Esto concuerda con las observaciones de otros autores (Palacios, 2009). El proceso de cambio total es el resultado de cambios sucesivos y progresivos. Los momentos de cambio más frecuentes en terapia de grupo de pacientes con adicción son el entendimiento de sí mismo (*insight*), el ser guiado, la autorreflexión y asumir la responsabilidad. Los pacientes que manifiestan un cambio de opinión con respecto a sí mismo y a los demás son los que, por lo general, obtienen resultados más significativos en el tratamiento. En la terapia de grupo, el ajuste comunicacional y emocional entre los participantes es la base para que se desarrolle una relación de confianza que posibilite la construcción de nuevas formas de interpretar la realidad. También resulta fundamental el compromiso y la motivación por parte de los pacientes.

### **Discusión/Conclusiones**

La investigación sobre la psicoterapia en adicciones aún tiene mucho que avanzar. Aunque hay evidencias acerca de la eficacia de algunos tratamientos para determinado tipo de adicciones, en la mayoría de las adicciones estos resultados todavía no muestran evidencia como para ser considerados tratamientos validados. Además, incluso en los programas que presentan mejor soporte empírico, a largo plazo se observa una tasa de recaídas elevada.

A pesar de esto, parece existir un acuerdo en profesionales acerca de que es

considerado beneficioso y eficaz. Existen evidencias a favor de que los pacientes incluidos en terapia de grupo tienen mayor motivación y adherencia y mejoran en algunas variables, más que en terapia individual. Se debe realizar mayor investigación y seguimiento para poder llegar a conclusiones más consistentes. Esto es difícil debido a que la psicoterapia de grupo en adicciones se realiza desde diversas corrientes y diferentes técnicas, normalmente dentro de programas multicomponente.

Además de la investigación acerca de la eficacia de la terapia, la investigación centrada en saber qué aspectos de la terapia de grupo muestran mayor relevancia para promover y mejorar el cambio parece prometedora. Aunque cuenta con dificultades debido al objeto de estudio, sí que parece haber un acuerdo entre profesionales en la importancia de un terapeuta con formación en terapia de grupo (conocimiento sobre cómo dirigir un grupo, saber en qué estado se encuentra el grupo y los participantes del mismo y cuáles son los principales motores de cambio para cada momento grupal e individual) y capacidad para crear un buen vínculo terapéutico y buena cohesión a nivel grupal.

## Referencias

- Colli, M., y Zaldívar, D. (2002). Factores Curativos en psicoterapia de grupo: su evaluación y análisis en una muestra de alcohólicos rehabilitados. *Adicciones*, 14, 381-391.
- Cordero, E., y Ruiz, A. (2015). Psicodrama y relaciones de poder en grupos de familiares de adictos. *Vínculos*, 4, 56-60.
- Demirbaş, H., Doğan, Y. B., y İlhan, I. O. (2012). The Relationship Between the Group Therapeutic Factors and Relapse in Alcohol Dependent Inpatients. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25, 119-124.
- Krause, M., De La Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., et al. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325
- Martín, L.J. (2002). Tratamientos psicológicos. *Adicciones*, 14, 409-420.
- Palacios, L. (2009). Psicoterapia de grupo en adicciones femeninas. *Vínculos*, 1, 50-69.
- Población, P. (1997). *Teoría y práctica del juego en psicoterapia*. España: Fundamentos.
- Secades, R. y Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la

drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.

Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarri, O., Ben-Dov, P., et al. (2005). Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. *Psykhé*, 14, 3-18.

Vinogradov, S., Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

**TERAPIA FAMILIAR EN ADICCIONES**

**Israel Leonés-Torres\***, **Alicia Ruíz-Toca\***, **Elena Cordero-Gutiérrez\*\*** y **Casandra Gálvez-Calero\***

*\*Psicólogo Interno Residente. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid); \*\*Psicóloga Clínica. CAID Móstoles (Madrid)*

**Resumen**

*Antecedentes:* Se ha demostrado que la aparición de una adicción suele provocar una crisis y desestructuración en el seno de la familia del consumidor, e incluso con el tiempo, la propia adicción se convierte en un eje central a partir del cual se organiza la vida de estas familias. Por este motivo, cada vez con mayor frecuencia, se requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento. *Objetivo:* Describir la estructura y el funcionamiento relacional de familias en la que alguno/s de su/s miembro/s presenta una drogodependencia. *Método:* Se realiza una revisión bibliográfica sobre los diversos autores que han resaltado la importancia de los factores familiares con respecto a la adicción a las drogas de ciertos individuos, describiendo sus principales hipótesis sobre la génesis y el mantenimiento de la adicción así como las intervenciones derivadas de las mismas. Dada la evolución de los estudios dedicados a este campo, nos centraremos en aquellos autores que definen que el problema de la adicción a las drogas tiene una función en la estructura relacional de la familia entera. *Resultados:* Se presentará la tipología de los toxicómanos de Luigi Cancrini, el problema de la adicción a las drogas como un proceso de “pseudoindividuaación” de M. Duncan Stanton y T. Todd, el modelo conceptual de Thomas C. Todd y su explicación basada en los ciclos evolutivos, el modelo etiopatogénico relacional de la adicción de S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiazio y R. Mazza, el trabajo con mujeres de M. Cristina Ravazoola y la incorporación de una perspectiva de género de C. Fernández y colaboradores. *Conclusiones:* Teniendo en cuenta las consecuencias tan graves derivadas de una adicción, se hace necesario ampliar el marco observacional a la familia sin obviar aspectos intrapsíquicos, a fin de mejorar las relaciones intrafamiliares y potenciar su recuperación biopsicosocial.

**Palabras clave:** toxicomanía, terapia familiar, hipótesis sistémicas, intervención

terapéutica

## FAMILY THERAPY ADDICTION

### Abstract

**Background:** It has been shown that the appearance of an addiction often leads to a crisis and disintegration within the consumer's family, and even over time, the addiction itself becomes a central hub from which life is organized these families. For this reason, more and more often, it is required that the family collaborate and get involved in the treatment. **Objective:** To describe the structure and operation of relational families in which one/s of their member/s uses a drug. **Method:** A literature review on the various authors who have highlighted the importance of family factors regarding drug addiction of certain individuals is made, describing their main hypotheses about the genesis and maintenance of addiction and interventions derived from the same. Given the evolution of the studies dedicated to this field, we will focus on those authors who define the problem of drug addiction has a role in the relational structure of the whole family. **Results:** the type of drug abusers Luigi Cancrini, the problem of drug addiction as a process of "pseudoindividuation", M. Duncan Stanton and Todd, the conceptual model of Thomas C. Todd and his explanation is presented based in evolutionary cycles, the relational model of addiction etopatogénico Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R., work with women and M. Cristina Ravazoola incorporation a gender perspective, Fernández. C. et al. **Conclusions:** Given the very serious consequences of an addiction, it is necessary to extend the observational framework without forgetting the family intrapsychic aspects, in order to improve family relationships and strengthen their biopsychosocial recovery.

**Keywords:** substance abuse, family therapy, systemic hypothesis, therapeutic intervention

### Introducción

Inicialmente las toxicomanías eran un problema muy reducido que afectaba a personas que trabajaban en contextos sanitarios, con fácil acceso a la heroína y a mórnicos, así como personas aquejadas de enfermedades que requerían sustancias con

un alto efecto sedativo o curativo. En este contexto, las primeras aportaciones terapéuticas provenían del psicoanálisis, en lo relativo al problema de alcoholismo, centrándose en aspectos intrapsíquicos que requerían una terapia individual.

Tras apreciar el difícil manejo terapéutico con estos pacientes, la baja cura funcional y el alto porcentaje de recaídas que presentaban al volver a sus contextos familiares, y teniendo en cuenta que a principios de los años 60 se encontraba emergiendo la terapia familiar, se decidió incluir a la familia en los tratamientos. En un inicio, como una forma de ofrecer soporte y contención al paciente, que posteriormente derivó en abordajes sistémicos de la adicción. Esto hizo, que cada vez con mayor frecuencia, se buscara la implicación y colaboración de la familia en el tratamiento.

La investigación sobre familias de drogodependientes, tiene un inicio relativamente reciente que data a finales de los años 70 en Estados Unidos, momento en el que se desarrolló una enorme difusión de este problema social (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999). Entre las investigaciones que se centraron en este campo, se podían diferenciar dos enfoques completamente distintos, que contribuyeron a su avance. Por un lado, algunos investigadores empezaron a centrarse en factores que aparecían en la dinámica de la familia como el orden en la fratría, la relación del adicto con sus padres, etc. Por otro lado, algunos terapeutas sistémicos empezaron a presentar trabajos terapéuticos con estas familias que contribuyeron a mostrar sus formas de intervenir con ellas. En esta primera etapa, la relación de la toxicomanía con la familia era explicada en términos más bien parciales y no suficientemente explicativos como madres sobreprotectoras, padres periféricos y/o hijos sobreinvolucrados. Pero más adelante, empezaron a llevarse a cabo investigaciones donde la hipótesis que se planteaba era que la adicción cumplía una función relacional en la vida de estas familias. De esto se derivaba, que si no había un cambio en la estructura familiar era muy difícil hacer desaparecer el síntoma, es decir, la adicción.

El objetivo del siguiente artículo es presentar aquellos modelos más significativos de esta última tradición, que tenía como finalidad describir la estructura y el funcionamiento relacional de estas familias donde uno o varios miembros presenta una toxicomanía y como a raíz de sus investigaciones, estos autores desarrollaron hipótesis sistémicas sobre la génesis y el mantenimiento de la adicción así como sus recomendaciones terapéuticas a la hora de intervenir con estos sistemas familiares.

## Método

Se realiza una revisión bibliográfica sobre los principales autores que han conceptualizado la adicción a sustancias como un síntoma que cumple una función principal en la estructura relacional de la familia del consumidor, de lo que se deriva que si no hay modificación en la estructura del sistema es muy difícil hacer desaparecer el síntoma.

Para realizar el presente trabajo se utiliza como fuente PUBMED aplicando como estrategia de búsqueda “family therapy addiction”; además de revisar distintos manuales básicos de referencia a nivel nacional e internacional sobre terapia familiar y específica del campo de las drogodependencias.

Aparecen destacados los siguientes autores que han realizado estudios con familias con problemas de uso de drogas:

- Cancrini (1991) y su tipología de los toxicómanos
- Stanton y Todd (2009) y su problema de “pseudoindividuación”
- Todd (1981) y su modelo conceptual basado en los ciclos evolutivos y el abuso de las drogas
- Cirillo et al. (1999) y su modelo etiopatogénico relacional de la adicción
- Ravazzola (1997) y su trabajo con mujeres “Condicionadas para ser incondicionales”
- Fernández y González (2010) y su incorporación de una perspectiva de género en la atención del consumo de drogas y la violencia familiar.

## Resultados

Luigi Cancrini (1991) diferenció cuatro tipos de adicción características de las familias de toxicómanos señalando que podían existir familias que no cumplieran criterios en esta clasificación

- Toxicomanías traumáticas: Además de existir cierta diversidad, la adicción no cumplía una función en la estructura familiar sino que el adicto solía recurrir a las sustancias como una forma de afrontar una experiencia que pudiera ser traumática para él, es decir, derivaba de una dificultad para poder verbalizar una experiencia dolorosa y de un problema surgido dentro de una relación concebida como confiable y segura. En estos casos, se recomienda un abordaje terapéutico individual, sin necesidad de incluir a

la familia aunque si contar con su apoyo y contención emocional.

- Toxicomanías de neurosis actual: Suele ser la más prototípica y se caracteriza por la implicación de uno de los padres (generalmente el del sexo opuesto) en la enfermedad del hijo, el papel periférico del otro padre, presencia de un triángulo perverso y una diferenciación en la fratría donde el hijo tóxico es el malo y otro de los hijos el bueno, así como una comunicación donde aparecen mensajes contradictorios y una gran rapidez y violencia en el desarrollo de conflictos. En estos casos, el autor si que considera incluir a la familia actual con el objetivo de introducir cambios en el sistema.

- Toxicomanías de transición: en estas familias, aparecen frecuentemente mensajes incongruentes y paradójicos donde toda la familia hacen un esfuerzo por no definir sus relaciones intrafamiliares ignorando el mensaje dado por los otros miembros. A diferencia de la anterior, ambos padres se encuentran implicados en la enfermedad del hijo y la polaridad en la fratría estaría más definida desde el hijo fracasado versus hijo exitoso. Se recomiendan dos tipos de intervenciones: por un lado, oponerse a la visión de la familia definiendo la toxicomanía como un problema interpersonal más grave y trabajando de forma directa sobre el control del síntoma; por otro lado, con intervenciones contraparádójicas, prescribiendo el síntoma ante familias muy resistentes al cambio

- Toxicomanías sociopáticas: Suelen aparecer con mayor frecuencia en clases marginales y en familias con una elevada desorganización familiar. Suelen estar marcadas por comportamientos antisociales y una rápida asimilación de la droga al estilo de vida del adicto. También es característico la ausencia de relaciones sociales y una marcada disfuncionalidad familiar. En estos casos, el pronóstico de la terapia suele ser negativo ya que la derivación viene dado por vías externas, legales o judiciales, con escasa motivación a la hora de implicarse en los tratamientos. Para este tipo de toxicómano la intervención comunitaria es especialmente útil, con el objetivo de buscar un grupo sustitutiva a la familia que pueda acogerlo de manera preventiva y terapéutica.

Stanton y Todd (2009), a raíz de su trabajo con familias de adictos y realizando una revisión bibliográfica sobre las publicaciones presentadas hasta ese momento, vieron que la adicción mas allá de los propios beneficios de la sustancia ofrecía una resolución paradójica a la familia: seguir manteniéndola intacta o propiciar la individuación del hijo. Observaron que en estas familias había una alta interdependencia

emocional entre sus miembros y un elevado miedo a la separación, por lo que al hijo adicto le resultaba muy difícil separarse de ellos. Ante conflictos familiares, el hijo establecía relaciones externas refugiándose en las drogas lo que le generaba una sensación falsa de independencia que llamaron “pseudoindividuación”. La adicción es vista por la familia como una incapacidad personal para abandonarles lo que también a ellos les exime de la responsabilidad de reconocer y propiciar su autonomía; también bajo el efecto de las drogas los hijos se animan a rebelarse contra sus padres siendo castrados por ellos desde una argumentación de intoxicación lo que fracasa sus intentos de diferenciación aunque sea desde el síntoma. La intervención requiere incluir a la familia de origen con independencia de si el individuo tiene ya creada su familia nuclear o se encuentra independizado dado los fuertes lazos afectivos que todavía mantiene con ellos.

Tood (1981), desarrolla su modelo conceptual basado en los ciclos evolutivos y el abuso de las drogas, señalando que existen dos etapas del ciclo vital en las que hay un mayor riesgo de producir una toxicomanía: la adolescencia por lo que implica en cuanto a la asunción de nuevas responsabilidades y un mayor acercamiento al grupo de pares, especialmente a las relaciones sexuales; y la etapa de emancipación dada la crisis familiar que suele llevar asociada. Este autor planteo una gama de intervenciones familiares: intervenciones de estructuración reforzando desplazamientos evolutivos adecuados y la posibilidad de aparición del síntoma, intervenciones de reencuadramiento que bloqueen la función del síntoma e intervenciones paradójicas rechazando las pautas de conducta precedentes. Describió un proceso de fases en la adicción y tratamiento:

- Preadicción: no existe adicción fisiológica ni consecuencias negativas
- Adicción temprana: aunque pueda aparecer los indicadores anteriores, el paciente se encuentra en fase de negación fomentando la propiamente familiar
- Tocar fondo: se acude a terapia por fuentes externas lo que facilita la negación de la familia
- Pretratamiento: el paciente no es el comprador de la terapia sino alguno de sus miembros. Importante poder vincular al miembro familiar con la terapia.
- Tratamiento temprano: el paciente reconoce la necesidad de tratamiento. Se suele trabajar de manera individual para conseguir la abstinencia
- Post-tratamiento o sobriedad temprana: el paciente consigue la abstinencia pero

hay una alta tasa y riesgo de recaídas.

- Verdadera sobriedad: el paciente se empieza a desvincular de todos sus tratamientos individuales, momento idóneo en el que se puede llevar a cabo un terapia familiar o de pareja dado el cambio actitudinal y motivacional del paciente.

Cirillo et al. (1999), desarrollaron el modelo etiopatogénico relacional de la adicción en base a su trabajo realizado con familias de heroinómanos. Observaron que en estas familias existía una transmisión intergeneracional de traumas y carencias afectivas de los padres hacia los hijos que habían sido poco reconocidas o elaboradas en su vida anterior. Para ello, desarrollaron un formato de terapia familiar en el que se buscaba la exploración consecutiva de 7 fases de la familia: las familias de origen, la formación de la pareja, la relación de la madre y el hijo en la infancia, la adolescencia, el paso al padre, el encuentro del hijo con la sustancia estupefaciente y las estrategias utilizadas para controlar el síntoma así como los mecanismos que contribuyeron a cronificarlo. Como novedad, señalar que a diferencia de los anteriores modelos, este enfoque terapéutico se aproxima más a la cibernética de segundo orden, en concreto a las terapias narrativas donde se busca la deconstrucción de la historia emocional de la familia del adicto. Estos autores consideran que una óptica trigeneracional no culpabiliza a nadie, permite que todos se identifiquen como miembros de un sistema que se encuentra en sufrimiento, proporciona mayor alivio y genera una mayor implicación y colaboración en el proceso terapéutico.

Ravazzola (1997), en su trabajo con familias de adictos, encontró que la socialización de las mujeres estaba muy vinculada a la conducta adictiva de sus esposos o hijos, sin que necesariamente tuvieran que presentar también una adicción. Observo que su inclusión en el mundo de las drogas estaba relacionada a un estar bien con el otro, a saber que siente y acompañarle. También encontró que con los adictos aparecían una serie de prescripciones sexistas que podían culpabilizar a las mujeres en caso de aparición de una recaída, es decir, no tenían que protestar y debían permitirles todos los problemas asociadas a su conducta adictiva, tenían que desempeñar su rol de cuidadora y externalizaban el origen de la toxicomanía lo que provocaba en el esposo una desresponsabilización de su drogodependencia. Esto provocó que desarrollara un trabajo paralelo con estas mujeres donde se buscaba, que en la interacción entre ellas mimas, pudieran desmontar estas creencias falsas con la finalidad de generar una mayor competencia personal, cambiar su relación asimétrica con el familiar y una mayor

efectividad en el tratamiento del adicto.

Fernandez y González (2010) en el trabajo realizado con las familias que acudían a su centro de integración familiar encontraron una serie de características comunes en sus pautas de relación y sistemas de creencias, en lo relativo a sus formas de relación, patrones de género y sus construcciones explicativas de la situación. Entre ellas, una alta tolerancia al uso de sustancias, baja percepción de riesgo asociado al consumo, algún tipo de violencia familiar y una serie de trastornos psicosociales relacionados con la adicción. Vieron que una dificultad en estas familias para abandonar el consumo, tenía que ver con la falta de una matriz social que les ofrecía contención y apoyo externo, es decir, o carecían de relaciones sociales o las que tenían eran muy disfuncionales. Para ello combinaron diversas estrategias de intervención familiar con la finalidad de fomentar este tipo de red social así como una comprensión de la historia del sistema familiar y una deconstrucción tanto del adicto como de sus familiares.

### **Conclusiones**

Dada la dificultad de estos pacientes en el establecimiento de vínculos con los profesionales sanitarios y teniendo en cuenta que muchos de los que acuden a los dispositivos de drogas, se niegan a la inclusión de su familia en su proceso terapéutico, en ocasiones porque desconocen su adicción y en otras porque hay un alta resistencia motivada por diferentes factores, se hace necesario incentivarles con la necesidad de contar con ellos para enriquecer su tratamiento psicoterapéutico. Sería recomendable poder desarrollar protocolos de actuación ajustados a las características individuales de cada usuario con el objetivo de conseguir incluir a la familia.

En este contexto, y teniendo en cuenta las consecuencias tan graves derivadas de una adicción, se hace necesario contar con la familia sin obviar aspectos intrapsíquicos, con el fin de mejorar las relaciones intrafamiliares y potenciar su recuperación a nivel biopsicosocial.

### **Referencias**

- Cancrini, L. (1991). *Los temerarios en las máquinas voladoras*. Barcelona: Nueva visión.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., y Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.



- Fernández, C., y González, J. D. (2010). *Atención a familias multiestresadas con problemas de consumo de drogas y violencia familiar desde una perspectiva de género y la terapia familiar sistémica*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Ravazzola, C. (1997). *Historias Infames: los maltratos en las relaciones*. Paidós Ibérica.
- Stanton, M. D., y Todd, T. (2009). *Terapia familiar del abuso y la adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Todd, T. (1981). Los ciclos evolutivos y el abuso de sustancias. En C. Falicov (Ed.), *Transiciones de la familia* (pp. 465-489). Buenos Aires: Amorrortu.

## BIOÉTICA NA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA: OS IMPACTOS ÉTICOS E EMOCIONAIS NA PROBLEMÁTICA DO DESTINO DE EMBRIÕES EXCEDENTÁRIOS

**Cynthia Silva Machado e Helen Barbosa Raiz Engler**

*Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”*

### **Resumo**

**Antecedentes:** O presente trabalho é uma pesquisa de mestrado em desenvolvimento do Programa de Pós-graduação em Serviço Social pela Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho”- UNESP/Franca/SP-Brasil. Diante das mudanças sociais e culturais na contemporaneidade, tais como: postergação da decisão de engravidar, o aumento da produção independente, a reprodução em casais homoafetivos e os programas de doação de gametas, deparamos também com a evolução da tecnociência a passos largos, no que tange à Reprodução Humana Assistida (RHA). **Método:** O estudo a ser realizada valer-se-á por ser de abordagem qualitativa, descritiva, bibliográfica, documental, exploratória e de campo, tendo como método, o hermenêutico-dialético. Os **sujeitos** são: casais submetidos ao tratamento de Fertilização in Vitro (FIV), no Centro de Reprodução Humana da Rede Mater Dei de Saúde em Belo Horizonte (MG) e escolheram, como destino de seus embriões, a doação (seja para casais inférteis ou para pesquisa de células-tronco). **Objetivos:** Compreender os aspectos bioéticos envolvidos na problemática do destino de embriões excedentários, bem como refletir sobre os aspectos éticos e analisar a dimensão subjetiva vivida por estes casais. **Resultados esperados:** Esperamos com esta pesquisa contribuir com a construção de conhecimento em torno de um tema ainda pouco pesquisado, além de polêmico e muito contemporâneo. Para tanto, pesquisas como esta, podem embasar o assunto na construção de legislações e possibilitar o interesse de outros pesquisadores para a área. **Conclusão:** Ao estudar os aspectos éticos, nos depararemos com o debate que subjaz a problemática do *status* moral do embrião que está intimamente ligada às questões de onde começa a vida, bem como a definição de pessoa. No Brasil não há, até o momento, nenhuma lei ordinária para a RHA, tão somente da Lei de Biossegurança (Lei n. 11.105

de 25/03/2005), que de alguma forma regulamenta o uso de pré-embriões para a pesquisa científica.

**Palavras-chave:** bioética; reprodução humana assistida; dimensão subjetiva na doação de embriões.

## **BIOETHICS IN HUMAN REPRODUCTION ASSISTED: THE ETHICAL AND EMOTIONAL IMPACTS IN THE PROBLEM OF THE DESTINATION OF EXCESSIVE EMBRYOS**

### **Abstract**

This work is a master degree research in development of post-Graduate Program in Social Work for Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" - UNESP campus Franca/ SP-Brazil. In the face of social and cultural changes in contemporary society, such as postponing of decision to become pregnant, the increase in independent production reproduction in homosexual couples and gamete donation programs also faced with the evolution of techno-science by leaps and bounds, as respect to Assisted Human Reproduction (AHR). **Method:** The study to be carried out will be worth by being a qualitative approach, descriptive, bibliographical, documentary, exploratory and field, as hermeneutic dialectic method. Such research will work with undergoing treatment couples of (FIV) in Human Reproduction Center of Mater Dei de Saúde Network in Belo Horizonte (MG) and they are chosen as the destination of their embryos, the donation (either for infertile couples or for stem cell research). **Objectives:** To understand the bioethical issues involved in the issue of the fate of supernumerary embryos as well as reflecting on the ethical aspects and to analyze the subjective dimension lived by these couples. **Expected Results:** We hope that this research contributes to the building knowledge around a topic not yet researched, as well as controversy and contemporary. To this end, research like this can support the subject in building of laws and allow the interest of other researchers to the area. **Conclusion:** When studying the ethical aspects, we will come across the debate that underpins the problem of the moral status of the embryo that is intimately linked to the subjects from where it begins the life, as well as person's definition. In Brazil there is not so far any

common law for the RHA, so only the Biosafety Law (Law No. 11.105 of 25/03/2005), that somehow regulates the use of pre-embryos for scientific research.

**Keywords:** bioethics; assisted human reproduction; subjective dimension in the donation of embryos.

### Resumen

**Antecedentes:** Este estudio es un máster de investigación en desarrollo del Programa de Posgrado en Trabajo Social de la Universidad Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP/Franca-SP-Brasil. Ante los cambios sociales y culturales en la sociedad contemporánea, como el aplazamiento de la decisión de quedarse embarazada, el aumento de la producción independiente, la reproducción en parejas homosexuales y los programas de donación de gametos, observamos también la evolución de la tecnociencia a pasos agigantados, por lo que se refiere a la Reproducción Humana Asistida (AHR).

**Método:** El estudio que se llevará a cabo tendrá un enfoque cualitativo, descriptivo, bibliográfico, documental, exploratorio y de campo, con el método hermenéutico-dialéctico. Los **temas** son: las parejas sometidas a tratamiento de fecundación in vitro (FIV) en la Red de Centros de Reproducción Humana Mater Dei de Salud en Belo Horizonte (MG) y eligieron, como el destino de sus embriones, la donación (ya sea para parejas infértiles o para la investigación de células madre). **Objetivos:** Conocer las cuestiones de bioética involucrados en el tema del destino de los embriones excedentes, así como reflexionar sobre los aspectos éticos y analizar la dimensión subjetiva vivida por esas parejas. **Resultados esperados:** Esperamos que esta investigación contribuya a la construcción de conocimiento en torno a un tema aún poco investigado, además de controvertido y muy contemporáneo. Con este fin, una investigación como ésta puede basar el tema en la constitución de leyes y permitir el interés de otros investigadores sobre el tema. **Conclusión:** Al estudiar los aspectos éticos, nos encontraremos a un debate que está sometido a la cuestión de la condición moral del embrión, que está estrechamente vinculada a las cuestiones de dónde comienza la vida, bien como a la definición de la persona. En Brasil no existe, hasta la presente fecha, ninguna ley ordinaria para la RHA, tan sólo la Ley de Bioseguridad (Ley n. 11.105 del 25/03/2005), que reglamenta, de alguna manera, el uso de preembriones para la investigación científica.

**Palabras clave:** bioética; reproducción humana asistida; dimensión subjetiva en la donación de embriones.

### **Introdução**

Diante das mudanças sociais e culturais na contemporaneidade, tais como: postergação da decisão de engravidar, o aumento da produção independente, a reprodução em casais homoafetivos e os programas de doação de gametas, deparamos também com a evolução da tecnociência a passos largos, no que tange à Reprodução Humana Assistida (RHA).

Contudo, há de se ressaltar que o desejo de muitas mulheres e casais de engravidarem tem surgido num período que coincide com a diminuição acentuada da fecundidade, configurando-se assim, uma dissociação biológica-social, pois a maternidade, de certa maneira continua na dependência da idade biológica da mulher. Quiçá, também dos homens, pois já se sabe que ao homem também é considerado uma idade fértil. (Spinelli, Hattori y Souza, 2010). Este não deixa de ser um ponto a ser destacado aqui na problemática a ser pesquisada. Para tanto, ressaltemos trechos dos artigos de Moura e Souza em que é possível observar tal constatação:

[...] há um potencial de reserva folicular ovariana, que vai sendo consumida e diminui apreciavelmente com os anos. Há um tempo ideal para gestar, que deveria ser antes dos 35 anos. Mesmo para os homens, hoje, estima-se também diferenças importantes a partir dos 40 anos de idade. (Souza e Moura, 2009, p. 66).

A infertilidade, definida pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) como a ausência de gestação por um período mínimo de dois anos, apesar da prática regular de coitos e a esterilidade, quando esta situação se torna permanente. (Camargo, 2009).

Diante do diagnóstico de infertilidade, casais se se abrem para o que as Novas Técnicas da Reprodução Humana Assistida (NTRA) trazem.

Tomando Genival Veloso de França (Silva, 2002), conceituamos a Reprodução Humana Assistida (RHA) como: “[...] conjunto de procedimentos tendentes a contribuir na resolução dos problemas da infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas ou condutas tenham sido ineficazes para a solução e obtenção da gravidez desejada”.

Após a realização da técnica de Fertilização *in vitro* (FIV) ou “Bebê de Proveta”, comumente haverá a possibilidade de uma produção alta de oócitos que, por sua vez, possibilita a fertilização de um número alto de embriões. Portanto, os pré-embriões excedentes são levados à criopreservação e podem ter diversos destinos: transferência futura em ciclos posteriores naturais ou induzidos, doação a outros casais inférteis, disponibilização para pesquisa (principalmente as relativas às células-tronco). (Clemente, 2006, p. 177).

Segundo Renata Oliveira (2006, p. 157):

A criopreservação é uma técnica relativamente nova; primeira utilizada foi em 1983, na Austrália. Consiste basicamente, em revestir o pré-embrião de 1(um) a 3(três) dias por uma substância crioprotetora (glicerol) que o protegerá dos efeitos do congelamento e colocá-lo em um botijão de nitrogênio líquido a uma temperatura de – 196° C.

Qual o destino poderia ser vislumbrado para os embriões que foram criopreservados quando não se tem a intenção de transferência posterior para o próprio casal? A discussão que trazemos à baila seria em torno da Bioética na Reprodução Humana Assistida, mais precisamente nas questões éticas relativas ao destino dado aos embriões<sup>4</sup>, seja para casais inférteis ou pesquisa de células-tronco. Além disto, os impactos emocionais concernentes aos casais doadores de seus embriões excedentários, considerando-se a relação possivelmente estabelecida entre os casais e seus embriões.

No Brasil não há uma legislação ordinária que trate da Reprodução Humana no Brasil, tão somente da Lei de Biossegurança (Lei n. 11.105, de 25/03/2005). Para tanto, contamos com Resoluções adotadas pelo Conselho Federal de Medicina, de caráter deontológico.

## **Método**

O estudo a ser realizada valer-se-á por ser de abordagem qualitativa, descritiva, bibliográfica, documental, exploratória e de campo, tendo como método, o hermenêutico-dialético.

### *Participantes*

<sup>4</sup> A opção do uso do termo destino e não doação é para não se incorrer em maus entendidos com a Teologia e o não uso do termo descarte para não se incorrer em maus entendidos com a lei, tendo em vista que o objetivo desta pesquisa é dialogar com e avançar com o Direito.

O universo da pesquisa será o Centro de Reprodução Humana da Rede *Mater Dei* de Saúde em Belo Horizonte (MG) - Brasil, sendo os sujeitos seis casais que estiveram em tratamento de FIV, neste Centro, e que tiveram criopreservados seus embriões, optando como destino destes a doação (seja casais inférteis ou para pesquisa de células-tronco).

O Centro de Reprodução Humana da Rede *Mater Dei* de Saúde em Belo Horizonte (MG) – Brasil, pertencente à rede privada de atendimento à saúde da região metropolitana de Belo Horizonte e foi inaugurado em 1º de agosto de 2014.

Citando ainda Dirceu Henrique Pereira “Belo Horizonte, juntamente com outras capitais brasileiras como São Paulo, Rio de Janeiro, Recife e Curitiba em fins dos anos 80 e início de 90 do século XX fizeram história com a criação de clínicas de Reprodução Humana Assistida no Brasil”. (Pereira, 2011, p. 60).

Capital do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte conta com uma população estimada de 2.491.109 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010).

### *Instrumentos*

Serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas e reunião focal com os sujeitos da pesquisa.

### *Procedimento*

Depois de solicitada autorização aos seis casais que estiveram em tratamento de FIV, neste Centro, e que tiveram criopreservados seus embriões, optando como destino destes a doação (seja casais inférteis ou para pesquisa de células-tronco), será realizada a coleta de dados se dará através de entrevistas semiestruturadas e reunião focal com os mesmos.

### *Projeto*

O presente trabalho é uma pesquisa de Mestrado em desenvolvimento do Programa de Pós-graduação em Serviço Social pela Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho”- UNESP/Franca/SP-Brasil.

O interesse do estudo científico desta problemática é justificado pela escassa bibliografia produzida nesta área, especialmente no Brasil.

### **Discussão/Conclusão**

Ao estudar os aspectos éticos, nos depararemos com o debate que subjaz a problemática do *status* moral do embrião que está intimamente ligada às questões de onde começa a vida, bem como a definição de pessoa. A dimensão subjetiva perpassa a possibilidade de relação, entendido aqui como o tipo de vínculo/afeto mantido pelo casal e seu embrião.

### **Resultados esperados**

Tendo em vista que esta é uma pesquisa em andamento, esperamos com esta contribuir com a construção de conhecimento em torno de um tema ainda pouco pesquisado, além de polêmico e muito contemporâneo. Para tanto, pesquisas como esta, podem embasar o assunto na construção de legislações e possibilitar o interesse de outros pesquisadores para a área.

### **Agradecimentos**

Às mulheres inspiradoras de minha vida: minhas avós Sinhá e Maria e especialmente à minha mãe, Teresinha.

### **Referências**

- Camargo, R. P. (2009). Panorama nacional da infertilidade. Em Melamed, R. M. M., Seger, L., e Borges Júnior, E. (Eds.), *Psicologia em reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar* (pp. 165-170). Santos, Grupo Gen.
- Clemente, A. P. (Ed.). (2006). *Bioética no início da vida: dilemas pensados de forma transdisciplinar*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. (2015). *Cidades@: Minas Gerais-Belo Horizonte*. Recuperado em 23 de setembro de 2015 de <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310620&search=minas-gerais|belo-horizonte>
- Lei n. 11.105, de 24 de março de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe

- sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília-DF. Recuperado em 10 janeiro de 2015 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm)
- Oliveira, R. A. (2006). O destino dos embriões excedentes. Em Clemente, A. P. (Ed.), *Bioética no início da vida: dilemas pensados de forma transdisciplinar* (pp. 130-174). Petrópolis: Editora Vozes.
- Pereira, D. H. M. (2011). A história da reprodução humana assistida no Brasil. *Femina*, 39(2), 59-64. Recuperado em 22 de fevereiro de 2015 de [http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina\\_v39n2\\_59-64.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina_v39n2_59-64.pdf)
- Silva, W. R. B. da. (2002). Avanços e retrocessos da reprodução assistida. *Âmbito Jurídico*, 15(101). Recuperado em 23 de janeiro de 2015 de [http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=11831](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11831)
- Spinelli, L. H. P., Hattori, W. T., e Sousa, M. B.C. de. (2010). Por que mulheres não preferem homens muito mais velhos que elas? Uma hipótese baseada em alterações da fisiologia reprodutiva masculina relacionadas ao aumento da idade. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 119-123. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2010000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2010000100016)
- Souza, M. C. B., e Moura, M. D. de. (2009). Reprodução assistida: a importância dos limites, ou a construção dos diálogos. Em Melamed, R. M. M., Seger, L., & Borges Júnior, E. (Eds.), *Psicologia em reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar* (pp. 61-68). Santos, Grupo Gen.

## LO LÚDICO EN EL HOSPITAL

**Rosely Aparecida Prandi Perrone**

*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 la eficacia de lo lúdico en la adaptación al proceso de la enfermedad y la hospitalización. **Método:** En diferentes unidades hospitalarias – Emergencia Infantil; Alas de hospitalización para adultos y niños; y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal – son llevados juguetes o creados Ludotecas. En el caso de pacientes adultos, se considera la edad, sexo y condición clínica. En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal las intervenciones son grupales, una vez a la semana, con las madres de los bebés prematuros. Las técnicas de intervención se basan en la curva de evolución de los juegos, de acuerdo a la lectura de Piaget. Se utilizan las principales técnicas lúdicas de forma focal o en sus múltiples intersecciones: sensoriomotoras, simbólicas y juego de socialización. **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. Se confirma que el lúdico compensa y equilibra el cuerpo en una situación de frustración, estrés y conflicto. Los hospitales cambian de un ambiente de lloro, de la tristeza y del miedo a un lugar de la risa, la alegría y relajación. **Conclusión:** Se constató que el lúdico crea condiciones de autorregulación para enfrentar situaciones de crisis, presentes en el proceso de enfermedad y hospitalización, lo que contribuye a una mayor aceptación del tratamiento adecuado.

**Palabras clave:** Lúdico, enfermedad, hospital.

## THE LUDIC AT THE HOSPITAL

### 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:** Investigate the effectiveness of the ludic in the adaptation process to illness and hospitalization. **Method:** In different units of the hospital – Children Emergency; Adult and Pediatric Wards; and Neonatal Intensive Care Unit (NICU) – toys or playrooms are supplied. In the case of adult patients, it is considered age, gender and pathology. In the NICU, the interventions are held weekly in groups with mothers and premature babies. The intervention techniques are based on Piaget's evolutionary curve of playing. Sensory-motor ludic techniques are used, creating body movements in the space-temporal context in a spontaneous and pleasurable manner; symbolic ludic techniques, involving imagination associated with plastic and scenic representations; and socialization games, favouring the social interaction. **Results:** The ludic intervention, in hospital context, facilitates adaptation to hospitalization, favouring the handling of changes imposed by illness. Playing provides greater awareness of environment compensates and rebalances the patient in situations of frustration, tension and conflict. The hospitals units change from a depressing, unsettling environment to a place of laughter, joy and relaxation. **Conclusion:** Therefore, the benefits of the ludic in illness and hospitalization are obvious, even as a form of prevention, promotion and preservation of physical and mental health, with positive repercussions regarding family and the health care team.

**Keywords:** Ludic, illness, hospital.

### Introducción

Al enfermar, el individuo pierde sus parámetros de vida, necesita readaptación y redefinición de sus valores, pasando por un período de muchos cambios; siéntese vulnerable delante de la condición humana (Angerami-Camon, 1998; Romano, 1999).

Los síntomas somáticos tales como la pérdida de peso, anorexia, fatiga, y retraso motor, se mezclan con los síntomas de la enfermedad en sí y del tratamiento. La tristeza

y la angustia se esperan en respuesta a este momento de la vida y, a menudo dan lugar a la depresión. El enfermo vive la sensación de vulnerabilidad y pérdida de la autoestima (Massie y Shakin, 1993).

Al mismo tiempo, aunque el hospital sea el lugar donde el individuo va a ser tratado y curado, cuando hospitalizado, su voluntad se suprime, los deseos son oprimidos, la privacidad es invadida y el mundo de las relaciones parece roto (Pitta, 1991). La vida se confía a los extraños. Se pierde la intimidad y la libertad, y debe adaptarse rápidamente a un entorno diferente. Aporta una experiencia nueva y compleja. Por lo tanto, muchos factores contribuyen a la aparición de la insatisfacción, causando angustia, sentimientos de abandono, miedo a lo desconocido, fantasías y temores (Bromberg, Kóvacs y Carvalho, 1996).

En este sentido, la enfermedad y la hospitalización representan una interrupción en el día a día del individuo, causa la pérdida de la condición saludable y angustia, lo que complica el proceso de adaptación (Romano, 1999).

Estudios de las últimas décadas muestran que la enfermedad y la hospitalización desencadenan algún tipo de trastorno psiquiátrico, especialmente la ansiedad y la depresión en más del 50% de los pacientes (Romano, 1999; Teng, Humes y Demetrio, 2005).

El niño y el adolescente hospitalizados sufren por la enfermedad y por estar impedidos de muchas cosas que les dan placer. Además de los cambios en la vida familiar y trastornos en el comportamiento generados por la inactividad, se les somete a carga de estrés intenso, que causa graves daños al desarrollo biopsicosocial y consecuencias como problemas de sueño, de apetito y dificultades de aprendizaje (Angerami-Camon, 1998; Chiattonne, 2003).

El adulto enfermo y hospitalizado presenta llanto, tristeza, ansiedad, confusión y regresión, problemas de concentración/atención/memoria, mecanismos de defensa, además de quejas frecuentes, siendo común el uso de la negación, pues la enfermedad no es algo concreto y, a veces, es asintomática. El pensamiento mágico surge debido al miedo a la muerte (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000; Romano, 1999; Teng et al., 2005).

Para las personas mayores, la enfermedad y la hospitalización son sinónimos de institucionalización, lo que lleva a cambios de humor, causando depresión. La enfermedad señala la muerte, revela la finitud del cuerpo y la pérdida de control de sus

vidas. Siente su línea de continuidad de vida rota y pierde la previsibilidad que guarda acerca del futuro, entrando en la angustia psicológica (Caramelli y Nitrini, 1997; Neri, 2001).

Varios autores han demostrado la importancia del lúdico para la salud, pues compensa y reequilibra el cuerpo, lo que lleva a la adaptación (Bomtempo, Antunha y Oliveira, 2006; Cunha, 1994; Lindquist, 1993; Oliveira, 2005; Oliveira, 2006).

Así, estos estudios están diseñados para investigar la eficacia del lúdico en la adaptación al proceso de la enfermedad y la hospitalización.

La naturaleza interactiva del juego lleva al paciente a aprender a convivir con el placer y el afecto, reparando el daño del sufrimiento y de la ansiedad vinculados a la enfermedad y la hospitalización. El juego compensa y reequilibra el cuerpo, lo que contribuye a la formación, el mantenimiento y la conservación de los procesos cognitivos, afectivos y emocionales y socio-culturales (Oliveira, 2005; Oliveira, 2006).

## **Método**

### *Participantes*

- 30 madres de niños prematuros, con edades de 16 a 40 años, seleccionadas en un Hospital de la Universidad de Santo André, Brasil, de enero a abril/2007;
- 670 niños mensuales, entre julio/2011 y diciembre/2013, de edades entre 1 mes y 13 años, que tuvieran consulta en un Hospital Municipal de São Caetano do Sul, Brasil;
- 402 niños, con edades entre 4 días y 14 años, hospitalizados en la Enfermería Pediátrica en un Hospital Municipal de São Caetano do Sul, Brasil, que frecuentaran la Briquedoteca del Hospital, desde abril hasta septiembre/2014;
- 262 adultos, con edades entre 18 y 89 años, hospitalizados en la Enfermería Adulta en un Hospital Municipal de São Caetano do Sul, Brasil, entre enero y septiembre/2014.

### *Materiales*

Fueron utilizados juguetes y materiales que abordan el período sensoriomotor, el preoperatorio y el operatorio del desarrollo, utilizándose de las principales técnicas

lúdicas sensoriomotoras, simbólicas y de socialización de forma focal o en sus múltiples intersecciones, de acuerdo con el fundamento teórico de Piaget.

Con las madres de los bebés prematuros también se aplicaron una entrevista, la Escala de Ansiedad, Depresión e Irritabilidad-IDA (Hamilton, 1959) y el Inventario de Percepción Neonatal-IPN-I (Broussard y Hartner, 1971).

### *Procedimiento*

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN): se investigó inicialmente el perfil gestacional mediante una entrevista, el estado emocional con el IDA y la expectativa cuanto al bebé con el IPN-I. Después fueron realizadas 16 intervenciones grupales con actividades gráficas y lúdicas, sensoriomotoras, simbólicas y de reglas.

Emergencia Infantil: diariamente los juguetes fueron llevados en un soporte y se colocaron en placas de colores de PVC en el suelo de la sala de espera, donde quedaban de 07:30h a 17:30h, acompañados por dos Brinquedistas. El acompañante fue cuestionado acerca de los síntomas que el niño tenía. Se registraron datos con respecto a la edad, las quejas más frecuentes que los llevaron a la Emergencia, los juguetes más seleccionados y las prácticas médicas relacionadas con el niño.

Enfermería Pediátrica: los niños hospitalizados fueron visitados todos los días por la Brinquedista e fueron invitados a ir a la Brinquedoteca o recibieron un juguete en la habitación. Se registraron datos con respecto a la edad, etapa de desarrollo y los juguetes seleccionados.

Enfermería Adulta: Después de la detección de los pacientes hospitalizados, teniendo en cuenta la edad, el sexo y la patología, se seleccionaron los juguetes que fueron llevados a la cama por una Brinquedista, que realizó de una a cinco intervenciones con cada paciente. Se registraron los datos de identificación, diagnóstico clínico, trastornos psiquiátricos/neurológicos, juguete elegido, aceptación/receptividad, uso individual/grupal y reacción emocional mostrada.

### *Diseño*

Son estudios cuantitativos y cualitativos que suponen un análisis dialéctico (Minayo y Sanches, 1993).

## Resultados

Análisis de datos de la Emergencia Infantil mostró que la mayoría de las quejas estaban relacionadas a problemas respiratorios, fiebre y dolor, con la más alta práctica médica registrada. Los juguetes más seleccionados fueron los carros, el teléfono móvil y los libros de cuentos. La sala de espera de la Emergencia cambió de un ambiente de llanto, tristeza y miedo para un lugar de risas, alegría y relajación.

En la UCIN, el perfil materno reveló antecedentes de embarazos de riesgo. La escala mostró 75% de las madres con altos niveles de ansiedad y depresión; el inventario mostró, sin embargo, las expectativas positivas acerca de los bebés. El análisis de intervención mostró una buena adherencia, con la motivación progresiva, la relajación, la interacción, liberación de contenidos angustiantes relacionados con la falta de correspondencia entre el bebé esperado y el real, el sentimiento de culpa, el malestar en el tratamiento de un bebé frágil, favoreciendo tomar su maternidad con menos ansiedad. Se observó una reducción significativa de los niveles de ansiedad materna, pues las madres pasaron a interactuar con sus bebés de una manera más positiva y saludable, generando beneficios para ambos.

En la Enfermería Pediátrica, se añadieron a 1016 visitas a la Brinquedoteca, el 69,45% de los niños eligió juguete de la etapa preoperatoria del desarrollo, el 16,71% de la fase sensoriomotora y el 13,84% de la fase operativa. Los juguetes más seleccionados eran coches, muñecas y camarillas, que se caracterizan en la fase representativa de construcción de la realidad, revelando que los niños hospitalizados necesitan simbolizar este proceso, mientras que experimentan sentimientos de placer y satisfacción. Se observó aumento de las defensas inmunitarias, la recuperación de la alegría inherente a la infancia y la evolución clínica más favorable, lo que redujo la duración de la hospitalización.

En la Enfermería Adulta, el diagnóstico clínico más frecuente fue el cáncer - 7,2%, seguido por la infección del tracto urinario - 6%, y el 18,3% de ellos sufrían de enfermedades neurodegenerativas. La lectura era la actividad más solicitada, seguida de juegos de reglas (tarjetas de memoria y dominó). El 67,5% de los pacientes prefirieron actividad lúdica individual, y el 13% del total diversificaron la actividad entre la lectura y el juego. Las principales reacciones emocionales observadas fueron aceptación, interés y motivación. Se observó que el lúdico facilitó el rescate de pérdidas, como de la

función cognitiva, psicomotriz y social, lo que lleva a asimilar gradualmente la realidad actual.

### **Discusión/Conclusión**

Los datos de estos estudios sobre el lúdico en el hospital han sido muy positivos, lo que indica que jugar facilita el proceso de adaptación y compensa el sufrimiento (Piaget, 1971; Piaget, 1973).

Al jugar, se encontró que, poco a poco, los pacientes han construido nuevos procesos simbólicos de la realidad, porque el lúdico facilitó la expansión de las capacidades y la creatividad; influyó en la solución de problemas y en el desempeño de los roles sociales; interfirió en el desarrollo, el aprendizaje, la salud y la calidad de vida, rescatando procesos mentales de forma saludable (Oliveira, 1998; Piaget, 1971; Piaget, 1973).

Se verificó que los pacientes comenzaron a reaccionar de manera cada vez más renovada y organizada. El uso del cuerpo, para jugar, permitió la formación del símbolo y de nuevas representaciones mentales, haciendo que se vuelvan, a menudo, a la capacidad de hablar y de evocar (Oliveira, 1998; Piaget, 1971).

Las actividades lúdicas ofrecieron condiciones para la expresión de sentimientos en un ambiente agradable. Se observó que, principalmente las actividades de manifestaciones simbólicas favorecieron la externalización de la angustia y de la ansiedad experimentada. Durante las actividades lúdicas, se han movilizad contenidos inconscientes, ricos a la reelaboración y la expansión de la conciencia (Oliveira, Dias y Roazzi, 2003; Piaget, 1973).

Los resultados también revelan que jugar en sus diferentes modalidades sensoriomotoras, simbólicas o de socialización, favoreció la expresión de sentimientos y emociones difíciles de ser verbalizados, y contribuyó a una comunicación más fluida entre pacientes, familiares y profesionales de la salud (Oliveira et al., 2003).

Jugar distinguirse de las actividades no-lúdicas, porque es como una conducta desinteresada, espontánea, alegre, sin guía y ignora los conflictos, lo que lleva a un proceso de equilibrio entre lo real y el yo. Siendo una herramienta de entrada en el mundo social y cultural, de carácter interactivo, el lúdico despertó emociones fuertes y proporcionó apoyo para la enfermedad y la hospitalización (Oliveira, 1998; Oliveira, 2005; Oliveira, 2006).

Estos estudios muestran la importancia del lúdico como un enfoque creativo e innovador, lo que convierte, temporalmente, los problemas de la vida diaria y sus preocupaciones a nada. Jugar, como una actividad estimulante y divertida, deja los pacientes más atentos y liberados, y alienta la participación efectiva. Así también revelan otros estudios sobre jugar, lo que indica que el lúdico contribuye al proceso de adaptación y equilibrio al mundo, y se caracteriza como una forma de atención más integral y humanizada (Bomtempo et al., 2006; Cunha, 1994; Lindquist, 1993; Oliveira, 1998; Piaget, 1971).

Se observó, por lo tanto, que en el hospital hay numerosas posibilidades de utilizar el lúdico como una estrategia para mantener la salud emocional, para continuar con el proceso de contacto con la realidad, para prepararse para las nuevas situaciones y procedimientos que se enfrentaran durante la hospitalización y, incluso, la vuelta a la casa, lo que favorece el proceso de adaptación (Oliveira, 2006).

Se constató que el lúdico crea condiciones de autorregulación para enfrentar situaciones de crisis, presentes en el proceso de enfermedad y hospitalización, lo que contribuye a una mayor aceptación del tratamiento adecuado.

## Referencias

- Angerami-Camon, V.A. (1998). *A psico-oncologia pediátrica: aspectos psicológicos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bomtempo, E., Antunha, E.G., y Oliveira, V.B. (2006). *Brincando na escola, no hospital, na rua...* Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Bromberg, M.H., Kóvacs, M.J., y Carvalho, V.A. (1996). *Vida e morte: laços de existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Broussard, E.R., y Hartner, M. (1971). Further considerations regarding maternal perceptions of the firstborn. En J. Heellmuth (Org.), *The exceptional infant: Studies in abnormalities* (pp. 81-104). New York: Brunner/Mazel.
- Caramelli, P. y Nitrini, R. (1997). Conduta diagnóstica em demência. En O.V. Forlenza y O.P. Almeida (Eds.), *Depressão e Demência no idoso: Tratamento Psicológico e farmacológico* (pp. 107-20). São Paulo: Lemos Editorial.
- Chiattonne, H.B. de C. (2003). A criança e a hospitalização. En V.A. Angerami-Camon (Org.), *A psicologia no hospital* (pp. 69-102). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

- Cunha, N.H.S. (1994). *Brinquedoteca: um mergulho no brincar*. São Paulo: Maltese.
- [DiMatteo, M.R.](#), [Lepper, H.S.](#), y [Croghan, T.W.](#) (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine Journal*, 160(14), 2101-7.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Lindquist, I. (1993). *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*. São Paulo: Página Aberta.
- Massie, M.J., y Shakin, E.J. (1993). Management of depression and anxiety in cancer patients. En W. Breitbart y J.C. Holland (Eds.), *Psychiatric Aspects of Symptom Management in Cancer Patients* (pp.47-91). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 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.
- Neri, A.L. (Org.). (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papyrus.
- Oliveira, V.B. (1998). *Rituais simbólicos no processo de auto-regulação*. Tese de Livre Docência em Psicologia. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Oliveira, S.S.G., Dias, M.G.B. B., y Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 16(1), 1-13.
- 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. (1973). *Biologia e Conhecimento* (Tradução de F. M. Magalhães). Petrópolis: Vozes.
- Pitta, A. (1991). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Romano, B.W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Teng, C.T., Humes, E.C., y Demetrio, F.N. (2005). Depressão e comorbidade clínicas.  
*Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.

## TERAPIA ELECTROCONVULSIVA. UNA VISIÓN INTEGRAL

**Juan José García-Orozco\*, Rosalía Díaz Bóveda\*\* y Mara Segura Serralta\*\***

*\*Residente de la especialidad de Psiquiatría (MIR). Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Valencia; \*\*Residente de la especialidad de Psicología Clínica (PIR). Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Universitario de Valencia*

### Resumen

Antecedentes: La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es una modalidad terapéutica que posee un alto porcentaje de resultados favorables, aun cuando otras terapias han fracasado. Sin embargo, en muchas ocasiones, existe un gran desconocimiento y prejuicios sobre la misma, incluso por los propios profesionales sanitarios, que limita su difusión y uso en el ámbito clínico tanto como una alternativa terapéutica para intervenir en la clínica aguda, así como también, para intervenir de forma continuada en el tiempo. Método: Los autores realizaron una búsqueda y cribado en fuentes bibliográficas primarias, secundarias y terciarias tanto españolas inglesas y catalanas hasta enero de 2015, de éstos seleccionaron las fuentes con mejor evidencia clínica e influyentes en la práctica terapéutica. Resultados: Se obtuvo una visión de conjunto, coherente y bien articulada sobre el recorrido temporal y el objetivo de la Terapia Electroconvulsiva, los tipos de convulsiones, las indicaciones clínicas y contraindicaciones relativas, los efectos secundarios frecuentes y como prevenirlos o tratarlos, la posición de los electrodos. Sin embargo, hubo dificultades para encontrar una explicación clara y coherente sobre el mecanismo de acción y las bases fisiológicas de los efectos terapéuticos y secundarios que produce. Conclusión: Es posible afirmar que la Terapia Electroconvulsiva es una terapia útil, eficaz y segura para el abordaje de los Trastornos Mentales Graves. Si bien es cierto que se encuentra infrutilizada en la actualidad, los autores confían en que este trabajo sirva para ayudar a la disolución de los prejuicios existentes sobre la misma. Por todo ello, se hace necesaria más investigación para aclarar los vacíos epistémicos existentes y mejorar su uso en la práctica clínica.

**Palabras clave:** Electroconvulsiva, TEC, electrochoque, convulsivoterapia.



## ELECTROCONVULSIVE THERAPY. AN COMPREHENSIVE VIEW

### Abstract

**Background:** Electroconvulsive therapy (ECT) is a treatment modality that has a high percentage of favorable outcomes, even when other therapies have failed. However, in many cases, there is great ignorance and prejudice about it, even by health professionals themselves, limiting its spread and use in clinical settings as well as a therapeutic alternative to intervene in acute clinical as well as to continuously intervene in time.

**Method:** The authors conducted a search and screening in both English and Spanish Catalan literature sources primary, secondary and tertiary until January 2015, was selected from these sources with better clinical and influential evidence in therapeutic practice.

**Results:** an overview, coherent and well-articulated on temporary route and the goal of electroconvulsive therapy, types of seizures, clinical indications and contraindications on the common side effects and how to prevent or treat was obtained, the position of electrodes. However, there were difficulties in finding a clear and coherent explanation of the mechanism of action and the physiological basis of therapeutic and side effects it produces.

**Conclusion:** It is possible to say that ECT is a useful, effective and safe for addressing Serious Mental Disorders therapy. While that is currently underused, the authors hope that this work will aid dissolution of existing prejudices about it. Therefore, more research is needed to clarify existing epistemic gaps and improve its use in clinical practice.

**Keywords:** Electroconvulsive, ECT, electroshock, convulsivetherapy.

### Introducción

La terapia electroconvulsiva (TEC o en inglés ECT), también conocida como electroconvulsoterapia, electroshok o terapia por electrochoque, hace referencia al tratamiento de los trastornos mentales, mediante la producción de una convulsión en un organismo, inducida por una descarga eléctrica.

Esta técnica terapéutica, aunque no propiamente farmacológica, se asiste de ésta, y se enmarca dentro de las “sismoterapias”, término propuesto por Courbon y Perrin que designaba al tratamiento mediante “choques” o sacudidas, sea cual fuere el método

adoptado para practicarlo (electroshock, coma insulínico, etc.). A pesar de ello, sismoterapia designa a todo tratamiento que induce sacudidas en el organismo, por ello es posible subdividir en ésta las “convulsivoterapias” y en este grupo, la TEC, que producen las convulsiones mediante una descarga eléctrica.

Con este trabajo pretendemos aportar una visión integral y sintética sobre los conocimientos actuales que se poseen sobre esta modalidad terapéutica, infrutilizada en nuestros días y desconocida por muchos profesionales sanitarios que incluso comparten muchos prejuicios sociales y creencias erróneas que la rodean.

## **Método**

### *Participantes*

En nuestro caso la bibliografía consultada, estaba basada fundamentalmente en datos de investigación animal y ensayos clínicos con pacientes graves que padecían enfermedades mentales fundamentalmente (psicosis y trastornos afectivos) aunque también neurológicas y que habían sido refractarios a tratamientos farmacológicos y psicológicos ensayados previamente.

### *Materiales*

Los materiales utilizados han sido artículos de fuentes bibliográficas nacionales (españolas) e internacionales, tanto primarias, secundarias como terciarias.

Se hizo una selección del material eligiéndose el que más solidez y evidencia clínica había obtenido tras replicar los resultados de estudios previos. Se evitó la bibliografía que no era concluyente o que era ambigua en cuanto a sus conclusiones.

### *Procedimiento*

El procedimiento realizado para este trabajo, ha sido la cuidadosa selección y revisión de artículos clínicos fundamentalmente de bases de datos electrónicas, tanto de revistas especializadas en el tema como de otras revistas más generales.

Posteriormente se ha estructurado la información en diferentes apartados, siguiendo una secuencia lógica explicativa y con una estructuración de orientación pedagógica, persiguiendo lograr la claridad y comprensión de los contenidos expuestos.

### *Diseño*

Se trata de una revisión bibliográfica no sistematizada, que evalúa los conocimientos actuales sobre Terapia Electro Convulsiva, en el marco histórico hasta el momento presente, las indicaciones terapéuticas, las contraindicaciones de la misma, los efectos secundarios más frecuentes, su mecanismo de acción, los aspectos técnicos, los aspectos legales y las posibles estrategias de potenciación y combinación con otras terapias.

Todo esto encaminado a conseguir una visión actual de esta modalidad terapéutica con el fin de mejorar la asistencia clínica y la difusión y mejor conocimiento de esta modalidad terapéutica entre los profesionales sanitarios y en especial de la Salud Mental.

## **Resultados**

### *Reseña histórica*

Aunque los seres humanos han utilizado la electricidad de manera intuitiva, como forma de curación de los problemas mentales, desde la prehistoria. Teofrasto Paracelso comenzó a utilizar el alcanfor para provocar convulsiones, como tratamiento de las psicosis y manías. Más de un siglo después, Leopold von Auenbrugger fue el primer autor que publicó un caso de manía tratado con terapia convulsiva provocada por alcanfor y Joseph Priestley (1732-1804), describió algunos casos del empleo del electroshock en algunos pacientes como en una mujer económicamente pobre. Posteriormente Von Meduna, va a proponer en 1933 la “teoría de la exclusión” o antagonismo entre la epilepsia y la esquizofrenia. En 1937, Lucio Bini y Ugo Cerletti, indicaron la posibilidad de usar una descarga eléctrica como sustituto del cardiazol para producir las convulsiones. Tras varios experimentos animales, establecieron los parámetros para experimentar con humanos, descubriendo que tras 10-20 sesiones, los resultados eran significativos. Desde la década de 1960 a la de 1980, la TEC cayó en desgracia, sobre todo debido a prejuicios motivados por la corriente ideológica de la “antipsiquiatría”, en otras ocasiones debido a la imagen perniciosa que desde los medios de comunicación. En la actualidad la TEC, aunque ampliamente difundida, está considerada como un tratamiento psiquiátrico, eficaz y seguro, pero infrutilizado, en

muchos casos por desconocimiento y/o prejuicios que no se sostienen a la luz de los conocimientos científicos actuales que avalan el uso de la misma.

#### *Objetivo de la Terapia Electroconvulsiva*

Se pretende conseguir una mejoría clínica significativa en el paciente, mediante la aplicación de un estímulo eléctrico con la menor carga, que provoque una convulsión eléctricamente eficaz (umbral) con un trazado electroencefalográfico determinado (refleja una crisis tónico-clónica) y generalizada a los dos hemisferios y de una duración en el electroencefalograma (EEG) de 25 segundos o más. Para conseguir una disminución de las complicaciones y de los efectos secundarios derivados de la terapia, se realiza bajo control anestésico, con miorelajación y ventilación artificial.

#### *Tipos de convulsiones*

Convulsión eficaz: una convulsión eléctricamente eficaz no tiene porqué ser clínicamente eficaz, por éste motivo, se emplean cargas eléctricas por encima de la carga umbral de cada individuo, multiplicada por una constante, entre 2 y 6, en función de que la localización de los electrodos sea bilateral o unilateral. Si no se logra una convulsión clínicamente eficaz, debe reestimarse al paciente mientras esté bajo los efectos de la anestesia dejando de pasar un tiempo determinado entre cada estimulación.

Convulsiones prolongadas: de duración superior a 3 minutos, deben tratarse utilizando un bolus de anestésico general o diazepam e.v. Hay que advertir al anestesiólogo al cabo de 90 segundos de convulsión. Se recomienda detener la convulsión a partir de los 120 segundos.

Convulsiones abortadas: aquellas en las que el estímulo no se sigue de crisis convulsiva, se recomienda reestimar con una dosis mayor cuando se ha comprobado que el estímulo se ha administrado correctamente.

#### *Posición de los electrodos*

A la hora de colocar los electrodos, existen varias posiciones:

Unilateral Derecha: se colocan en el hemisferio no dominante, uno situado en el vértex y otro a unos 3 cm por encima del punto medio de la línea cantomeatal. La más común es la posición en el hemisferio derecho por el predominio de personas diestras en comparación con zurdos, pero es posible practicarse en el hemisferio izquierdo.

**Bifrontotemporal:** los electrodos de estimulación se encuentran cada uno a unos 3 cm por encima del punto medio de la línea cantomeatal en el hemicráneo derecho e izquierdo.

**Bifrontal:** se coloca cada electrodo en cada frontal a unos 5 cm por encima del reborde orbitario lateral. Esta posición es poco usada en la actualidad.

Aunque se considera más rápida y eficaz la posición bifrontotemporal, también presenta más síntomas cognitivos. Según las últimas revisiones, se considera que con cargas por encima de la carga umbral, la posición unilateral en depresiones es igual de eficaz que la bilateral, aunque menos lesiva.

#### *Fundamentos y mecanismo de acción*

Las teorías explicativas del mecanismo de acción del TEC, se fundamentan en algunos de los cambios anteriormente relatados y en otros como: la alteración del flujo cerebral de hasta un 300%, aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, cambios en la neurotransmisión y la plasticidad cerebral. Pero a pesar de las diferentes hipótesis planteadas sobre los mecanismos fisiopatológicos implicados tanto en los efectos positivos, como en los adversos, que se derivan del uso de la TEC, en la actualidad, no hay una teoría que explique todas las alteraciones fisiológicas y clínicas de manera exhaustiva y concluyente.

#### *Indicaciones*

**Trastornos depresivos:** episodios depresivos graves con o sin síntomas psicóticos, cuando existe inhibición intensa, alto riesgo de suicidio o ansiedad o agitación importantes y en situaciones especiales. Otras indicaciones: resistencia a los antidepresivos; intolerancia a los antidepresivos; depresión durante el embarazo; depresión en situaciones somáticas críticas que requieran una respuesta terapéutica rápida.

**Trastornos psicóticos:** episodios psicóticos con agitación grave o estupor catatónico; episodios psicóticos agudos con fuerte agitación y gran desorganización conductual; episodios psicóticos con antecedentes de buena respuesta a la TEC. Otras indicaciones: resistencia al tratamiento antipsicótico (6-8 semanas sin respuesta); imposibilidad de administrar la medicación antipsicótica por la negativa persistente del paciente; existencia de efectos indeseables graves de los antipsicóticos (por ejemplo, el

síndrome neuroléptico maligno); existencia de una clínica afectiva predominante y resistente (trastorno esquizoafectivo o depresión secundaria).

Manía Aguda: pacientes en que la respuesta al tratamiento farmacológico es insuficiente, de forma que o bien requieren una sujeción mecánica prolongada o dosis muy elevadas de fármacos o bien no responden al tratamiento de forma satisfactoria o no responden rápidamente. Otras indicaciones: los casos en que la medicación antipsicótica o las sales de litio estén claramente contraindicadas; en la mujer gestante; en los casos en que los ciclos sean rápidos.

Otras indicaciones en patologías no psiquiátricas: Enfermedad de Parkinson, Síndrome Neuroléptico Maligno, Epilepsia refractaria. Disquinesia tardía (Bernardo, 1999).

### *Contraindicaciones*

Es importante resaltar que la TEC no tiene contraindicaciones absolutas. Sí tiene contraindicaciones relativas que precisarán una valoración individual en cada caso entre los riesgos y beneficios de aplicar esta terapia o no y que se indican a continuación (American Psychiatric Association [APA], 1990).

Patologías del Sistema Nervioso Central: hemorragia cerebral reciente, patologías que aumenten la presión intracraneal, malformaciones vasculares, aneurismas cerebrales inestables y accidentes vasculares transitorios.

Patología Cardiovascular: infarto de miocardio reciente.

Patologías Oculares: glaucoma de ángulo cerrado, cirugía ocular reciente y desprendimiento de retina.

Patologías óseas: procesos degenerativos óseos.

### *Efectos Secundarios y como tratarlos*

Posibles lesiones osteomusculares: prevenirla con una buena relajación anestésica, con la inmovilización adecuada y asistida y usando un mordedor.

Dolor de cabeza: empleando analgésicos tras la terapia o incluso si es un efecto habitual, dándolos antes de la misma, oxigenando bien al paciente y logrando una buena relajación anestésica.

Alteración transitoria de la memoria: habría que evitar una convulsión prolongada.

Desorientación prolongada: disminuir la dosis de carga y la dosis de anestésicos.

Depresión respiratoria, náuseas y vómitos: controlar la perfecta reorientación y la deglución, evitar la aspiración y oxigenar bien al paciente.

Cansancio y dolor muscular: conseguir una buena relajación durante la aplicación de la sesión terapéutica.

Inquietud, caída de la cama y lesiones: vigilar al paciente y emplear camas/camillas adecuadas.

### **Conclusiones**

Es posible afirmar que la TEC es un tratamiento eficaz y seguro para el abordaje de los Trastornos Mentales Graves (Pla Director de Salut Mental i Addiccions, 2014). Si bien es cierto que se encuentra infrautilizada en la actualidad. Ello no es debido a los efectos secundarios adversos que produce, o a otros motivos de índole económica, si no a prejuicios y falsos mitos y sobre todo a un gran desconocimiento de dicha modalidad terapéutica, incluso entre los mismos profesionales de la Salud Mental. A pesar de esto se hace necesario trabajar en campañas para sensibilizar y dar a conocer este tratamiento, así como también continuar la investigación a fin de dilucidar y mejorar los puntos todavía no bien conocidos de esta terapia. Pensamos que todo esto es necesario para que en última instancia podamos aplicar un tratamiento óptimo e individualizado a cada paciente y que por otra parte revertirá en el profesional sanitario logrando la excelencia en su práctica clínica.

### **Agradecimientos**

En primer lugar, a mis supervisores especialistas en Salud Mental, por el asesoramiento farmacológico, arrojar luz y supervisar el trabajo realizado, habiendo realizado correcciones y aportando opiniones, sin duda, de gran valor instructivo.

A mis compañeros psicólogos y médicos del hospital, por la paciencia y buena disposición mostrada todo el tiempo que estuvimos revisando la bibliografía seleccionada, sin duda fue un arduo trabajo. Todo lo conseguido no hubiera podido mantenerse si no hubiera sido por su inestimable colaboración e interés.

**Referencias**

- American Psychiatric Association (APA). (1990). *The Practice of ETC: reccomendations for treatment, training, and privileging*. A Task Force Report of the American Psychiatric Association.
- Bernardo, M. (1999). *Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva*. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría.
- Pla Director de Salut Mental i Addiccions. (2014). *Guia de bona pràctica clínica sobre la terapia electroconvulsiva*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya.

## PSICOTERAPIA POSITIVA GRUPAL ONLINE EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER

**Zaloa Orozko\*, María Lleras\*\* Josu Mujika\*\*\* y Cristian Ochoa\*\***

*\*Complejo Asistencial de Salud Mental Benito Menni, Sant Boi de Llobregat (Barcelona); \*\*Unidad de Psico-Oncología Hospital Duran i Reynals. Institut Català d'Oncologia (ICO); \*\*\*Universidad del País Vasco EHU/UPV*

### Resumen

**Antecedentes:** Las enfermedades graves como el cáncer originan experiencias vitales de gran intensidad que pueden vivirse como experiencias traumáticas y/o como impulso para realizar cambios vitales positivos, por ejemplo, crecimiento postraumático (CPT). De ahí la necesidad de disponer de programas como el de psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer, que no solo se basa en la reducción de las emociones negativas, sino también en la facilitación del CPT. Por eso, el Institut Català d'Oncologia de Barcelona está realizando un estudio piloto sobre la implantación de este programa a través de multi-videoconferencia. El objetivo de este trabajo fue estudiar el impacto de este programa en el malestar emocional y el crecimiento postraumático.

**Método:** El programa fue administrado a un grupo de 23 mujeres diagnosticadas de enfermedades hemato-oncológicas, mayoritariamente cáncer de mama (74%). Se conformaron dos grupos de 11 (muestra 1) y 12 pacientes (muestra 2). Todas las pacientes fueron evaluadas antes de iniciar el programa (Pre) y al finalizarlo (Post). El seguimiento a los 3 meses se llevo a cabo en una de las muestras. Los instrumentos utilizados fueron: el Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C), el Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) y el Hospital Anxiety and Depression (HADS). **Resultados:** Las puntuaciones totales del PCL-C y del HADS se redujeron después del tratamiento en ambas muestras. Sin embargo, las muestras diferían en la puntuación de crecimiento postraumático informado (PTGI), dándose mayores niveles en la muestra 2. En la muestra total, las diferencias en la escala de Ansiedad del HADS entre el Pre y Post Tratamiento fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** El programa de psicoterapia positiva grupal a través de multi-videoconferencia redujo el malestar emocional y la ansiedad, y aumentó el CPT.

**Palabras clave:** Psicoterapia positiva, crecimiento postraumático, Internet, cáncer

## GROUP POSITIVE PSYCHOTHERAPY ONLINE IN CANCER SURVIVORS

### Abstract

**Background:** Serious diseases such as cancer originate life experiences of great intensity which can be lived as a traumatic experience and/or as an impulse to make positive life changes, for example, posttraumatic growth (PTG). Hence the needs for programs like the positive group psychotherapy for cancer survivors, which is based not only on the reduction of negative emotions, but also on the facilitation of the PTG. Therefore, the Institut Català D'oncologia in Barcelona is conducting a pilot study based on the implementation of this program through multi-videoconferences. The objective of this work was to study the impact of this program on the emotional distress and Posttraumatic growth. **Method:** The program was administered to 23 women diagnosed in hemato-oncological diseases, mostly breast cancer (74%). Two groups of 11 (sample 1) and 12 patients (sample 2) were formed. All patients were evaluated before starting the program (Pre) and after it (Post). The follow-up at 3 months had been carried out just in one sample at the moment of this work. The instruments used were the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) and the Hospital Anxiety and Depression (HADS). **Results:** Total scores of the PCL-C and the HADS were reduced after treatment in both samples. However, the samples differed significantly with respect to reported post-traumatic growth (PTGI), with the sample 2 reporting higher levels. In the total sample, differences between Pre and Post treatment scores in the Anxiety scale of the HADS were statistically significant ( $p < 0,05$ ). **Conclusions:** The positive group psychotherapy program through multi-videoconference reduced emotional discomfort and anxiety, and increased PTG.

**Key words:** positive psychotherapy, posttraumatic growth, Internet, cancer.

### Introducción

Hoy en día el cáncer constituye una de las enfermedades somáticas que más impacto acarrea en las vidas de las personas. Los avances médicos de los últimos años



han logrado una mayor supervivencia en esta enfermedad, sin que ello implique necesariamente una mejora en la calidad de vida de los supervivientes (Andrykowski, Cordova, McGrath, Sloan y Kenady, 2000; Cordova et al., 1995). Este tipo de enfermedades graves origina experiencias vitales de gran intensidad que pueden vivirse como experiencias traumáticas, pero también como impulso para realizar cambios vitales positivos, esto es precisamente lo que contempla el constructo del crecimiento postraumático (CPT). El CPT hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999). Es un proceso continuo, que puede seguir desarrollándose incluso varios años después de la situación estresante o traumática.

Relacionado con este concepto de CPT, se está desarrollando un enfoque psicológico denominado Psicología Positiva. En oposición al enfoque tradicional más centrado en elaborar buenas respuestas a los problemas del sufrimiento humano, la Psicología Positiva defiende que la terapia debería preocuparse también por cómo se construyen las cualidades humanas positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Debido a este cambio en el foco terapéutico se está planteando la utilidad de desarrollar intervenciones específicas cuyo objetivo sea promover el bienestar y las emociones positivas y fortalecer las cualidades positivas de las personas. Dentro de estos, el tratamiento grupal cuenta con numerosas investigaciones que avalan su eficacia para diferentes patologías, incluidos los tratamientos psicológicos grupales dirigidos a mujeres que padecen cáncer de mama (Kissane et al., 2003; Lonergan, 1989; Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989). Las ventajas de este formato son claras, hay mayor evidencia de su efectividad y mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

Por otro lado, las psicoterapias vía Internet y videoconferencia se están transformando en una alternativa a las terapias tradicionales, empezando a mostrar su eficacia también en el contexto de la psicología clínica (Skinner y Latchford, 2006; Urness, Wass, Gordon, Tian, y Bulger, 2006). Lamentablemente, todavía existen pocas publicaciones al respecto en español. El soporte online tiene bastantes ventajas respecto al presencial, como el aumento de la cobertura y de la accesibilidad que otorgan, la comodidad, la disminución de los temores a la estigmatización o la reducción de costes, tanto para el sistema de salud como para el paciente.

Sin embargo, perduran ciertos mitos respecto a estas nuevas tecnologías. Entre

ellos se señala que el manejo del ordenador y la tecnología determinarían el resultado de este tipo de tratamientos; pero, según algunas investigaciones, ello no correlaciona con los resultados de las intervenciones psicoterapéuticas (Kenardy, McCafferty y Rosa, 2003). También suele plantearse que Internet limita el vínculo y el contacto interpersonal, pero existen evidencias que lo contradicen (Berger, Wagner, y Baker, 2005; Jones, Staples, Coker y Harbach, 2004; Suler, 2004); no encontrándose diferencias significativas entre la alianza de trabajo tradicional y la que surge en contextos online (Klein, Richards, y Austin, 2006; Knaevelsrud y Maercker, 2007).

Debido a la necesidad de disponer de programas como el de psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer, no basado exclusivamente en la reducción de las emociones negativas, sino también en la facilitación del CPT, en el Institut Català d'Oncologia de Barcelona se está realizando un estudio piloto sobre la implantación de este programa a través de multi-videoconferencia, con el objetivo de estudiar el impacto de este programa en el malestar emocional y el crecimiento postraumático.

## **Método**

### *Participantes*

El programa fue administrado a 23 mujeres de entre 27 y 62 años ( $MA_{Edad}=47,87$ ;  $DT_{Edad}=8,99$ ) diagnosticadas de enfermedades hemato-oncológicas, mayoritariamente cáncer de mama (74%) que se visitan en el Institut Català d'Oncologia (Barcelona). Tres de las participantes eran solteras (13,04%), 18 casadas (78,26%) y 2 separadas (8,70%). 5 participantes no tenían hijos (21,74%) en el momento que recibieron tratamiento, las 18 restantes (78,26%) tenían 1, 2 ó 3 hijos.

La composición de los grupos de psicoterapia online fue de 4-5 mujeres post-tratamiento oncológico, es decir, que habían finalizado el tratamiento onco-específico.

### *Material*

Los instrumentos utilizados para evaluar a las participantes de los grupos fueron tres:

a) El *Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C)*. Es un instrumento compuesto por 17 ítems que se desarrolló para valorar el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Está basado en criterios DSM-IV. A puntuaciones más elevadas

en la escala, mayor malestar y mayor cumplimiento de los criterios para TEPT.

b) El *Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)*. El Inventario de Crecimiento postraumático es el inventario estándar más utilizado para medir el crecimiento que sigue a un evento traumático. Está compuesto por 21 ítems con formato de respuesta tipo Likert. A más puntuación mayor cambio percibido. Además de una puntuación total, esta escala ofrece puntuaciones en 5 factores (relación con los demás, nuevas posibilidades, fuerza personal, cambio espiritual y apreciación por la vida).

c) El *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. Fue desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983. Fue diseñada para valorar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con una enfermedad física en el ámbito hospitalario. Está compuesta por 14 ítems que se dividen en dos subescalas: ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D). Cada una con 7 ítems de respuesta tipo Likert. A mayor puntuación, mayor distress.

### *Procedimiento*

Antes de iniciar el grupo, las pacientes realizaron una valoración individual con un psicooncólogo, en la que se recogían datos de su historia clínica y psicológica, se valoraba el estado emocional de la paciente y las posibles dificultades psicosociales debidas al diagnóstico, la enfermedad o su tratamiento. En caso de cumplir los criterios clínicos de inclusión (haber finalizado los tratamientos activos de la enfermedad oncológica, ser mujer, presencia de malestar emocional susceptible de recibir tratamiento psicooncológico y tener acceso a Internet) se les ofrecía la posibilidad de tratamiento de psicoterapia grupal online.

Los cuestionarios mencionados anteriormente fueron cumplimentados por las pacientes al comienzo de la terapia grupal, al finalizar la misma y en el seguimiento a los 3 meses.

Para este trabajo se han dividido las pacientes en 2 muestras: la muestra 1 estaría compuesta por 11 pacientes que en el momento de la realización de este trabajo contaban con la evaluación pre-post tratamiento y seguimiento a los 3 meses, y las 12 pacientes de la muestra 2 contaban solo con la evaluación pre-post tratamiento.

El programa de psicoterapia positiva consta de 12 sesiones, de frecuencia semanal de 90 minutos de duración, con dos seguimientos a los 3 y 12 meses tras finalizar la fase de tratamiento psicológico.

Este programa está compuesto por 4 módulos:

- Módulo 1: Expresión y procesamiento emocional de la experiencia.
- Módulo 2: Regulación emocional y afrontamiento.
- Módulo 3: Identidad post-cáncer: trauma y crecimiento.
- Módulo 4: Aspectos existenciales y espirituales.

Además de estos aspectos psicoterapéuticos, el programa está complementado con otros factores relevantes en la adaptación psicosocial tras la enfermedad como son el fomento de estilos de vida saludables, la adherencia a los tratamientos oncológicos, la reinserción laboral y los comportamientos solidarios.

### *Diseño*

Se ha llevado a cabo un diseño intrasujeto con medidas repetidas (antes y después del tratamiento y a los 3 meses) con autoinformes que valoran malestar emocional, ansiedad y depresión y CPT.

### **Resultados**

Los resultados se presentan en cuatro apartados, uno por herramienta analizada. En cada uno de los apartados, por un lado, se describen los estadísticos descriptivos obtenidos por cada una de las muestras analizadas y la totalidad de la muestra. Por otro, se muestran los valores arrojados por las comparaciones de medidas repetidas en cada par consecutivo de evaluaciones; es decir, pre-tratamiento y post-tratamiento, y post-tratamiento y seguimiento.

#### *PCL-C*

La muestra 1 obtuvo las siguientes medias aritméticas:  $MA_{\text{Pre-tratamiento}}=51,55$ ,  $MA_{\text{Post-tratamiento}}=46,73$  y  $MA_{\text{Seguimiento}}=46,55$  (ver tabla 1). En la muestra 2, al igual que en el primero, también se observó una reducción en las puntuaciones del PCL (imagen 1) entre las evaluaciones antes ( $MA_{\text{Pre-tratamiento}}=53,17$ ) y después del tratamiento ( $MA_{\text{Post-tratamiento}}=50,42$ ). Los promedios arrojados por la totalidad de la muestra fueron  $MA_{\text{Pre-tratamiento}}=52,39$  ( $DT_{\text{Pre-tratamiento}}=10,94$ ) y  $MA_{\text{Post-tratamiento}}=48,65$  ( $DT_{\text{Post-tratamiento}}=48,65$ ).

Tabla 1

*Medias aritméticas (MA) y desviaciones típicas (DT) por muestra y variable*

<b>Muestra</b>	<b>Pre-tratamiento</b>		<b>Post-tratamiento</b>		<b>Seguimiento</b>	
	<b>MA</b>	<b>DT</b>	<b>MA</b>	<b>DT</b>	<b>MA</b>	<b>DT</b>
<i>PCL</i>						
1	51,55	10,59	46,73	11,46	46,55	14,11
2	53,17	11,67	50,42	11,89		
Total	52,39	10,94	48,65	11,57		
<i>HADS-Ansiedad</i>						
1	12,09	3,75	11,00	3,87	10,55	4,66
2	12,50	4,19	10,83	5,08		
Total	12,30	3,90	10,91	4,44		
<i>HADS-Depresión</i>						
1	8,64	4,50	8,00	3,92	7,64	4,32
2	7,75	3,89	7,58	4,32		
Total	8,17	4,12	7,78	4,04		
<i>PTGI</i>						
1	59,80	21,40	59,30	24,06	57,10	27,85
2	46,18	25,41	50,45	27,87		
Total	52,67	24,03	54,67	25,87		

En ambas muestras y en la totalidad de la muestra se redujeron las puntuaciones del PCL-C después del tratamiento en relación a la evaluación anterior, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

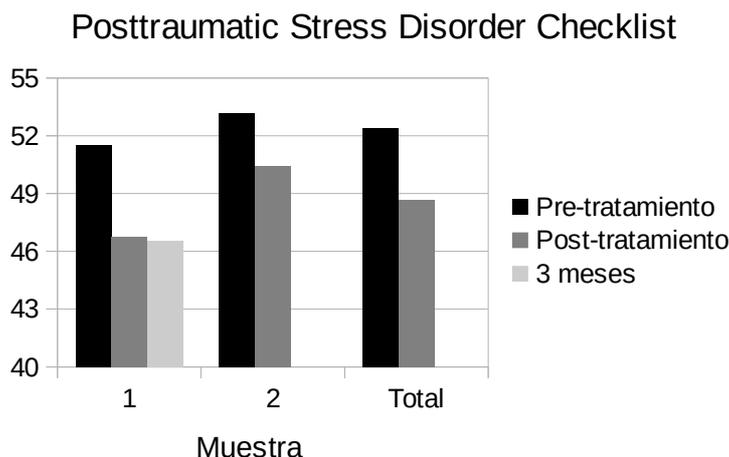


Imagen 1. Gráfico de barras. Promedios en el PCL-C.

### Escala Ansiedad del HADS

Las medias aritméticas de las muestras 1 y 2, y de la totalidad decrecieron progresivamente a través de las etapas de evaluación (imagen 2). La muestra uno obtuvo los promedios  $MA_{Pre-tratamiento}=12,09$ ,  $MA_{Post-tratamiento}=11,00$  y  $MA_{Seguimiento}=10,55$ ; la muestra 2  $MA_{Pre-tratamiento}=12,50$  y  $MA_{Post-tratamiento}=10,83$ ; y los valores totales fueron  $MA_{Pre-tratamiento}=12,30$  ( $DT_{Pre-tratamiento}=3,90$ ) y  $MA_{Post-tratamiento}=10,91$  ( $DT_{Post-tratamiento}=4,44$ ).

Las diferencias en la totalidad de la muestra entre las puntuaciones de la evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento fueron estadísticamente significativas ( $t=2,08$ ;  $gl=22$ ;  $p=0,05$ ).

### Escala de ansiedad del Hospital Anxiety and Depression Scale

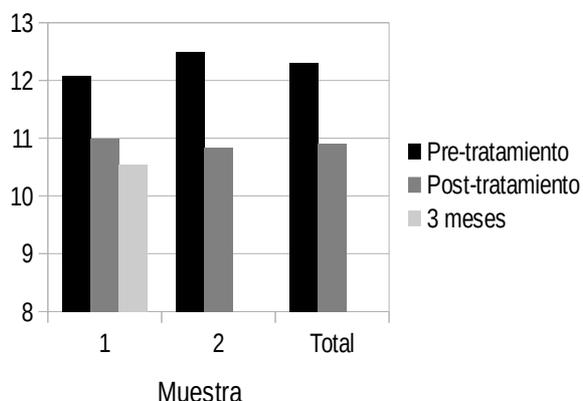


Imagen 2. Gráfico de barras. Promedios en la escala Ansiedad del HADS.

### Escala Depresión del HADS

En la escala de depresión del HADS la muestra 1 obtuvo  $MA_{Pre-tratamiento}=8,64$ . En el post-tratamiento el valor se redujo (imagen 3) a  $MA_{Post-tratamiento}=8,00$  y en el seguimiento a  $MA_{Seguimiento}=7,64$ . La muestra dos también obtuvo mayor puntuación en el pre-tratamiento ( $MA_{Pre-tratamiento}=7,75$ ) que en el post-tratamiento ( $MA_{Post-tratamiento}=7,58$ ). Los promedios arrojados por el total fueron  $MA_{Pre-tratamiento}=8,17$  ( $DT_{Pre-tratamiento}=4,12$ ) y  $MA_{Post-tratamiento}=7,78$  ( $DT_{Post-tratamiento}=4,04$ ).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las muestras y en ningún par de comparaciones entre etapas de evaluación.

Escala de depresión del Hospital Anxiety and Depression Scale

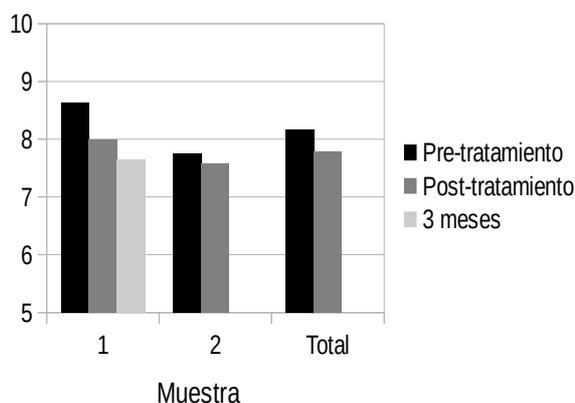
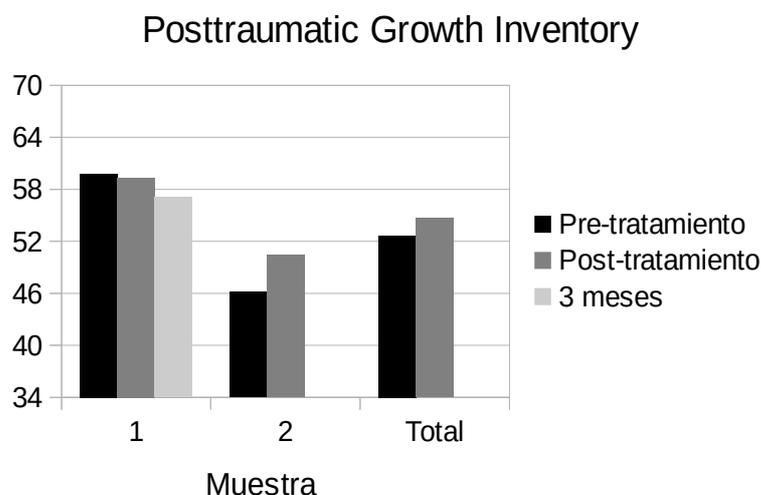


Imagen 3. Gráfico de barras. Promedios en la escala Depresión del HADS.

### PTGI

La muestra 1 en las sucesivas etapas de evaluación obtuvo  $MA_{Pre-tratamiento}=59,80$ ,  $MA_{Post-tratamiento}=59,30$  y  $MA_{Seguimiento}=57,10$ . La muestra 2 y la total, en cambio, vieron un aumento de las medias aritméticas (imagen 4) en el post-tratamiento (muestra 2:  $MA_{Post-tratamiento}=50,45$ ; total:  $MA_{Post-tratamiento}=54,67$  y  $DT_{Post-tratamiento}=25,87$ ) en relación a evaluación inicial (muestra 2:  $MA_{Pre-tratamiento}=46,18$ ; total:  $MA_{Pre-tratamiento}=52,67$  y  $DT_{Pre-tratamiento}=24,03$ ). Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.



*Imagen 4.* Gráfico de barras. Promedios en el PTGI.

## Conclusiones

En todas las escalas, menos en el PTGI, se obtuvieron los resultados esperados; es decir, una reducción de las puntuaciones entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento. En el seguimiento a los 3 meses las puntuaciones siguieron reduciéndose, aunque en menor medida; mostrando así una tendencia al mantenimiento de los logros conseguidos en la psicoterapia.

Los resultados en el PTGI, según el concepto de CPT, podrían explicarse por el reducido espacio temporal que ha abarcado la investigación. De acuerdo a Hull, Alexander y Klein (2002), después de un evento traumático la respuesta de crecimiento puede extenderse varios años después del suceso.

Consideramos que cualquier programa de atención a las personas supervivientes de cáncer debe abarcar tanto el daño como la transformación, reduciendo el malestar y aumentando el crecimiento.

Los resultados preliminares nos indican que podemos ser optimistas, pero es importante tener en cuenta que se trata de una muestra relativamente pequeña. Creemos que es importante tanto aumentar la muestra como continuar observando los resultados de los seguimientos posteriores para ampliar la potencia estadística de los análisis.

## Referencias

- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., McGrath, P. C., Sloan, D. A., y Kenady, D. E. (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psychooncology*, 9, 69-78.
- Berger, M., Wagner, T., y Baker, L. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science and Medicine*, 61, 1821-1827.
- Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordova, M.J., Andrykowski, M.A., Redd, W.H., Kenad, D.E., McGrath, P.C., y Sloan, D.A. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic stress disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 981-986.
- Hull, A.M., Alexander, D.A. y Klein, S. (2002). Survivors of the Piper Alpha platform disaster: long-term follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 181, 433-438.
- Jones, W. P., Staples, P. A., Coker, J. K., y Harbach, R. L. (2004). Impact of visual cues in computer mediated vocational test interpretation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 35, 16-22.
- Kenardy, J., McCafferty, K., y Rosa, V. (2003). Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 279-289.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieria, N., y McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12, 532-546.
- Klein, B., Richards, J., y Austin, D. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-238.
- Knaevelsrud, C., y Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 19, 7-13.
- Lonergan, E.C. (1989). *Group intervention*. New Jersey: Aaronson.
- Seligman, M.E., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

- Skinner, A. E. G., y Latchford, G. (2006). Attitudes to counselling via the Internet: A comparison between in-person counselling clients and Internet support group users. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6, 158–163.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C, y Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastasis breast cancer. *Lancet*, 8668, 888-91.
- Suler, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *Cyberpsychology and Behaviour*, 7, 321-325.
- Urness, D., Wass, M., Gordon, A., Tian, E., y Bulger, T. (2006). Client acceptability and quality of life-telepsychiatry compared to in-person consultation. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12, 251-254.

## TRATAMIENTO GRUPAL DEL DUELO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

**José M. Sanz, Isabel María García y Eva Carbajo**

*Consortio Hospital General Universitario. Unidad de Psicología Clínica y de la Salud.  
Valencia, España*

### **Resumen**

**Introducción.** Debido a la destrucción de espacios y rituales sociales, los servicios de Salud Mental se conforman como los nuevos espacios en los que el paciente busca atención y alivio al dolor del duelo. **Objetivos.** El objetivo del estudio fue proponer un grupo de duelo complicado que sirviera de experiencia para futuras intervenciones. **Método.** Se realizó un grupo de apoyo al duelo de 12 sesiones con frecuencia quincenal basado en los postulados de Worden (2010). Los objetivos terapéuticos fueron: Crear un espacio de expresión y comprensión al tiempo que se trataba de investir a los dolientes como sujetos activos en sus procesos de duelo. Los participantes fueron 5 mujeres derivadas de una Unidad de Salud Mental de Valencia, que habían perdido a un ser querido. Se les evaluó antes y después del tratamiento mediante escalas psicométricas: Entrevista Diagnóstica de Duelo Complicado y la Escala Hospitalaria de Ansiedad Depresión y con una encuesta de satisfacción y valoración de los resultados. Se describen brevemente los objetivos y los aspectos trabajados en cada una de las sesiones. **Resultados.** No hubo resultados significativos en las escalas psicométricas y sí altas puntuaciones en satisfacción y valoración de la experiencia subjetiva y alivio de los síntomas. **Conclusiones.** La terapia grupal parece no haber sido efectiva para motivar un cambio o facilitar la elaboración del duelo. No obstante, las pacientes sienten un alivio en su sufrimiento y mejora de la sintomatología que parece estar relacionada con la psicoeducación y el desahogo emocional brindado por el grupo y el terapeuta, más que por la realización de cambios en sus vidas.

**Palabras clave:** Duelo, terapia de grupo, tareas duelo, satisfacción, apoyo emocional.

## GROUP TREATMENT OF COMPLICATED GRIEF IN A MENTAL HEALTH UNIT

### Abstract

**Background.** Due to different social changes, Primary Health Care (PHC) and Mental Health (MH) services have become spaces in which the patient seeks the attention and the relief to the pain of mourning that cannot find in his familiar and social network. **Objectives.** The aim of the study was to propose a complicated grief group that serve as experience for future interventions. **Method.** It took place a support group of mourning carried out in 12 sessions and based on the Worden postulates (2010). The participants were 5 women referred from PHC and MH services that formed an heterogeneous group regarding the severity, the kind and the chronology of the loss. The participants have been evaluated before and after treatment with the following psychometric scales: *Diagnostic Interview of Complicated Grief* by Prigerson and Jacobs (2001), the *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) by Zigmond and Snaith (1983), the *Medical Outcomes Study* (MOS) by Hays and Stewart (1996) and a satisfaction survey and evaluation of the results. **Results.** There were no significant results in the psychometric scales but high scores in satisfaction and evaluation of the therapy. **Conclusions.** It is concluded that the patients perceive a relief in their suffering that seems to be related to emotional relief rather than with a change to face the mourning. Patients and interventions carried out have been described, as well as limitations observed.

**Key words:** Grief, group therapy, tasks of mourning, satisfaction, emotional support.

### Introducción

En el Sistema Sanitario es habitual encontrar pacientes cuyo motivo de consulta son malestares asociados a procesos de duelo. Se estima que más del 25% de las demandas que se cursan en atención primaria relacionadas con aspectos psicológicos tienen su origen en la pérdida de un ser querido (Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson, 2009). Esto ocurre, por un lado, por la destrucción de espacios y rituales sociales en los que expresar sentimientos y recibir apoyos y, por otro, por la consideración del sufrimiento como algo antinatural que ha de ser tratado médica y/o psicológicamente. Así, los servicios de Salud Mental (USM) y Atención Primaria (AP)

se conforman como los nuevos espacios en los que el paciente busca atención y alivio a su dolor (Servicio Andaluz de Salud, 2011).

En cuanto a la eficacia de los grupos de terapia para el duelo, destaca el meta-análisis realizado por Katoy Mann (1999). De los ocho trabajos que estos autores revisan, sólo uno arroja resultados claramente positivos y en seis de ellos la intervención grupal no tiene ningún efecto.

De esta forma, se realizó un grupo con formato cerrado y limitado en el tiempo (12 sesiones de periodicidad quincenal) inspirado en el modelo teórico de Worden (2010) de tareas del duelo. Worden propone que la persona ha de realizar, de forma consciente o inconsciente, una serie de tareas para la superación del duelo: aceptar la realidad de la pérdida, reconocer y reflexionar las emociones asociadas, adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente y recolocar emocionalmente al fallecido. Este planteamiento exige por parte del doliente un posicionamiento activo y voluntad de superación.

Los objetivos globales de la intervención fueron principalmente dos, primero, promover un espacio de seguridad y confianza en el que los pacientes pudieran sentirse acompañados y reflexionar sobre su proceso de duelo. Segundo, impartir una psicoeducación que permitiera a los pacientes entender mejor el proceso del duelo y así mismos y posicionarse como agentes activos en el afrontamiento de las tareas del duelo.

## **Método**

### *Participantes*

El estudio se realizó en una USM perteneciente a la localidad Valenciana de Torrente. Se ofreció tratamiento grupal sustitutivo de la terapia individual, con posibilidad de retomar las terapias individuales una vez finalizado el tratamiento, a 12 pacientes de la USM y a 6 pacientes derivados de AP. Se seleccionaron estos pacientes atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión que se enumeran en la Tabla 1. De estos 18 pacientes, tras la evaluación psicométrica y firma del consentimiento informado, 8 aceptaron iniciar el tratamiento.

Tabla 1

---

*Crterios de inclusión y exclusión*

<b>Crterios inclusión</b>	<b>Crterios exclusión</b>
Duelo como motivo de consulta principal	Comorbilidad con un trastorno psicótico, de personalidad o bipolar Menor de edad Consumo tóxicos

En la primera sesión del tratamiento se produjeron 3 bajas por diferentes motivos: ruptura de expectativas, enfermedad y por mutuo conocimiento previo. Finalmente se consolidó un grupo estable de cinco mujeres que resultó ser heterogéneo en cuanto a edad, relación de parentesco con el difunto, tiempo desde la muerte y gravedad.

Al finalizar el tratamiento, se dieron 3 altas y las 2 pacientes restantes se reincorporaron a su tratamiento individual.

*Instrumentos*

En la medición pre y post tratamiento se administraron las siguientes escalas psicométricas:

-La *Entrevista Diagnóstica de Duelo Complicado* (EDDC) (Prigerson y Jacobs, 2001) en su versión española (Limonero et al., 2009) que se compone de varios criterios. El Criterio A, con cuatro ítems, mide estrés por la separación que conlleva la muerte: pena, añoranza, soledad, pensamientos intrusivos, etc. El Criterio B, con 29 ítems, se refiere más concretamente al estrés por el trauma que supone la muerte: dificultades de aceptación, adaptación, vacío existencial, pérdida de sentido, etc. En cuanto a las propiedades psicométricas de la versión española, los autores informan de un alfa de Cronbach de 0.88 y fiabilidad test-retest de 0.81.

- La *Escala Hospitalara de Ansiedad Depresión* (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983), en su versión española (Terol et al., 2007), es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de siete ítems, una de ansiedad y otra de depresión. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0-3). Su consistencia es alta con un alfa de Cronbach de 0.86 (ansiedad) y 0.86 (depresión).

- La *Escala de Sueño* (MOS) (Hays y Stewart, 1996), en su versión española (Hays, Martin, Sesti y Spritzer, 2005), proporciona información subjetiva sobre la

calidad y la cantidad de sueño. La ES-MOS facilita puntuaciones en las seis subescalas que oscilan entre 0 y 100. Su consistencia interna es de 0.73.

En la evaluación post tratamiento, sumado a los inventarios descritos, se administraron de forma anónima y grupal una encuesta ad-hoc con la que se trató de conocer la satisfacción y valoración que los pacientes hacían del tratamiento grupal.

### *Procedimiento*

El encuadre grupal se organizó en torno a las siguientes características: grupo cerrado, con una asistencia media de 4,5 pacientes por sesión, sesiones prefijadas que sumaron un total de 12 de frecuencia quincenal y hora y media de duración. El tratamiento se prolongó durante 6 meses.

Las sesiones tuvieron la siguiente estructura: 1) ventilación emocional: se trataba de que las pacientes respondieran a la pregunta “¿cómo te sientes?” para que pudieran examinar su estado emocional en el aquí y ahora y expresar su malestar, 2) resumen de los conflictos y aspectos más relevantes de la sesión anterior, 3) reflexión o conversación en torno al tema propuesto que solía ser alguna de las tareas del duelo de Worden (Worden, 2010), 4) mensaje de cambio en el que el terapeuta utilizaba frases alentadoras y de búsqueda de insight y 5) ejercicios finales de relajación-mindfulness.

Los datos del estudio fueron analizados con el programa SPSS versión 19.0. Para explorar las diferencias entre la medición antes y después del tratamiento se utiliza la prueba no paramétrica de los rangos de Wilcoxon debido a que el tamaño de la muestra es muy pequeño para utilizar la prueba paramétrica t de Student.

### *Diseño*

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

## **Resultados**

*Datos de los participantes*

En la Tabla 2 se presentan los datos sociodemográficos, los datos sobre el duelo y de tratamiento previo en la USM.

Tabla 2

Datos sociodemográficos, tipo de duelo y tratamiento previo

Sexo	
• Mujer/Hombre	5/0
Edad	
• Media, min-máx.	50.4, 27-70
Hijos	
• Si/No	3/2
Estado civil	
• Casada o en pareja	1
• Divorciada	1
• Viuda	3
Tipo de convivencia	
• Sólo	1
• Hogar familiar	3
• Con sus hijos	1
Ocupación	
• Labores domésticas	2
• Desempleo	1
• Activo	1
• Jubilado	1
Estudios	
• Leer y escribir	1
• Primarios	4
• Secundarios	1

Tabla 2 (continuación)

Relación de con el fallecido	
• Madre	2
• Esposa	2
• Hija	1
Temporalidad de la muerte	
• Gradual	4
• Repentina	1
Causa de la muerte	
• Enfermedad	5
• Traumatismo	0
Tiempo desde la muerte (en meses)	
• Media, min-máx.	29.4, 7-96
Diagnóstico duelo complicado	
• Si/No	3/2
En tratamiento psicológico	
• Si/No	4/1
Duración tratamiento psicológico (meses)	
• Media, min-máx.	20.25, 2-36
En tratamiento con antidepresivos	
• Si/No	3/2
Duración tratamiento antidepresivos (meses)	
• Media, min-máx.	34.4, 7- 84

*Pruebas psicométricas pre-post intervención*

En la Tabla 3 se presentan los estadísticos descriptivos de la sintomatología ansioso-depresiva, calidad del sueño y criterios A y B de la EDDC antes y después del tratamiento de los cinco sujetos que completaron el tratamiento. Se observan puntuaciones moderadas en ansiedad depresión, muy bajas en calidad y cantidad del sueño y altas en los criterios A y B de duelo complicado.

Tabla 3

*Estadísticos Descriptivos, n=5*

	HAD		MOS		EDDC					
	Ansiedad Depresión				Criterio A		Criterio B			
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post		
<b>Media</b>	12,0	10,4	13,6	12,4	52,8	48,8	10,6	12,2	90,6	100,6
<b>D.T.</b>	5,87	3,84	7,02	4,04	4,02	5,31	3,28	4,65	29,34	34,63

En la Tabla 4 se muestra la diferencia de medias entre el momento pre y el post tratamiento para los mismos sujetos.

Tabla 4

*Estadísticos de contraste, n=5.*

	HAD		MOS	EDDC	
	Ansiedad	Depresión	Pre-Post	Criterio A	Criterio B
	Pre-Post	Pre-Post	Post	Pre-Post	Pre-Post
<b>Z</b>	-1,9	-0,68	-1,36	,00	,00
<b>Sig. asintót.</b>	0,27	0,5	0,17	1,00	1,00

**(bilateral)**

*Nota.* Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon. n=5

*Valoración subjetiva de los resultados*

En la Tabla 5 se presenta la valoración subjetiva de los participantes en diferentes aspectos.

Tabla 5

Valoración del resultado del tratamiento, n=5

	Experiencia subjetiva	Cambios conductuales	Alivio de los síntomas
<b>Media</b>	4,40	1,80	3,80
<b>D.T.</b>	0,55	1,30	0,84

*Nota.* Puntuación de 1 a 5

En la Tabla 6 se indica la satisfacción post intervención.

Tabla 6

*Satisfacción, n=5*

	Satisfacción apoyo emocional	Satisfacción psicoeducación	Satisfacción terapeuta	Satisfacción marco
<b>Media</b>	4,73	4,96	5	3,06
<b>D.T.</b>	0,38	0,09	0,00	1,04

En la Tabla 7 se expone las contestaciones literales escritas por los sujetos a las preguntas abiertas realizadas.

Tabla 7

*Preguntas abiertas y contestaciones agrupadas, n=5*

<b>Preguntas</b>	<b>Contestaciones</b>
“¿Qué es lo que mejor valoras de la experiencia terapéutica?”	Apoyo o soporte emocional por parte del grupo y el terapeuta Expresión de los afectos Sensación de no estar sola
“¿Y lo que peor?”	Relato de la pérdida Sesión en la que se trató la despedida
“¿Qué quitarías o cambiarías?”	Nada
“¿Qué añadirías?”	Más sesiones

Por último, se pidió a los sujetos que ordenaran de más útil a menos útil (de 1 a 7) los diferentes componentes de la terapia. Se presentan los componentes según el orden medio asignado (n=5):

1. Ventilación emocional (media: 1,2).
2. Apoyo o soporte del grupo (media: 2,2).
3. Apoyo o soporte del terapeuta (media: 3).
4. Reflexión grupal o conversación entorno la temática propuesta (media: 4,4).
5. La información y los mensajes de cambio (media: 5,2).
6. Relajación (media: 5,2).
7. Tareas para casa (media: 6,8).

*Altas y reincorporaciones a la USM*

Al finalizar el tratamiento grupal se pacta el alta con tres de las cinco pacientes.

**Discusión**

Los resultados de las pruebas psicométricas muestran una disminución consistente pero no significativa de la sintomatología ansioso-depresiva y de las dificultades a la hora de dormir. Por el contrario, las puntuaciones de los criterios A y B de la EDDC (Prigerson y Jacobs, 2001), aumentan sin llegar tampoco a la significación. Estos resultados, en los que no se aprecia respuesta al tratamiento, coincidiría con las

conclusiones del metanálisis realizado por Kato y Mann (1999) que concluyen que la terapia grupal no resulta eficaz para aliviar el sufrimiento del doliente.

En cuanto a los resultados de la encuesta de valoración de los resultados, las pacientes aprecian mejoría en su experiencia subjetiva (al reducirse su soledad, su estigma y aumentar su autoestima) y sienten un moderado alivio de la sintomatología ansiosa-depresiva, aunque la terapia no les ha ayudado a tomar decisiones o a realizar cambios conductuales con respecto a su proceso de duelo.

Estos resultados podrían evidenciar limitaciones de la terapia grupal como las descritas en Pérez, Hernangómez y Santiago (2000), entre las que destacamos la socialización alrededor del dolor que fomenta el inmovilismo y perpetuación en el papel de doliente. Además existieron dificultades a la hora de adaptar el enfoque de tareas del duelo al formato grupal debido a la heterogeneidad de tareas por resolver en los participantes. Esto produjo que el tratamiento se dispersara en diferentes objetivos sin llegar a profundizar. También hay que tener en cuenta la complejidad y dificultad del proceso de duelo. El terapeuta necesita entender que la sintomatología de los pacientes, como la necesidad de negar la muerte y aferrarse al fallecido, responde a la mejor manera que el paciente ha encontrado para hacer frente a la intensa soledad, la profunda tristeza, el miedo a traicionar o a olvidar al ser amado o la toma de conciencia de la muerte. Este intento de solución, al cronificarse, puede convertirse en una forma de vinculación con los demás y la realidad muy resistente al proceso terapéutico (Mackinnon, Michels y Buckley, 2008).

Como conclusión, de los datos recogidos por las evaluaciones psicométricas y cualitativas, se desprende que la terapia grupal parece no haber sido efectiva para motivar un cambio o facilitar la elaboración del duelo. No obstante, las pacientes sienten un alivio en su sufrimiento que parece estar relacionada con la psicoeducación y el desahogo emocional brindado por el grupo y el terapeuta, más que por la realización de cambios en sus vidas.

## Referencias

- Hays, R.D., Martin, S.A., Sesti, A.M. y Spritzer, K.L. (2005). Psychometric properties of the medical outcomes study sleep measure. *Sleep Medicine*, 6, 41-44.  
Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15680294>

- Hays, R.D., y Stewart, A.L. (1996). Sleep Measures. En A.L. Stewart y J.E. Ware (Eds.), *Measuring functioning and well-being. The Medical Outcomes Study approach* (pp. 235-259). Durham y Londres: Duke University Press.
- Kato, P.M. y Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19(3), 275-296. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10097872>
- 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(5), 291-297. Recuperado de [http://www.secpal.com/medicina\\_paliativa/index.php?acc=verart&idart=521](http://www.secpal.com/medicina_paliativa/index.php?acc=verart&idart=521)
- Mackinnon, R.A., Michels, R. y Buckley, P.J. (2008). *La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica*. Barcelona: Ars Medica.
- 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. Recuperado de [http://www.aen.es/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=406&Itemid=52](http://www.aen.es/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=406&Itemid=52)
- Prigerson, H.G. y Jacobs, S.C. (2001). Traumatic Grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and empirical test. En M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping, and care* (pp. 613-48). Washington DC: American Psychological Association.
- Servicio Andaluz de Salud. (2011). *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo*. Andalucía: Área de Evaluación y Calidad. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=479>
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martí-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 163-176.
- Worden, J. W. (2010). *El Tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/68808>

## RELAÇÃO ENTRE TDAH, FAMÍLIA E PSICANÁLISE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

**Ana Paula Mucha\***, **Ms. Marcela Lança de Andrade\*\*** e **Dra. Valeria Barbieri\*\*\***

*Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, da Universidade de São Paulo, \*Mestranda em Psicologia; \*\*Doutoranda em Psicologia; \*\*\*Professora, Pós-doutora, livre docente do curso de Psicologia*

### Resumo

**Introdução:** O TDAH é um tema muito debatido devido ao aumento na sua incidência. É considerado um Transtorno do Neurodesenvolvimento, composto de sinais e sintomas comportamentais relacionados à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade. O diagnóstico é realizado, na maior parte das vezes, através do histórico do comportamento, e o tratamento mais mencionado indica o uso de um medicamento, largamente prescrito, o Metilfenidato, comcomintante com a Psicoterapia. A incidência varia entre os sexos, sendo mais comum o diagnóstico em meninos. O **objetivo** foi analisar e sistematizar as informações encontradas acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em associação a Psicanálise, nos artigos selecionados dos encontrados na base de dados Medline. A **metodologia** utilizada foi a busca na base de dado com as palavras chave: TDAH, família e TDAH, e Teoria Psicanalítica. O **resultados** foram encontrados após a leitura dos resumos de todos os artigos encontrados, desses artigos foram selecionados 28 acerca do TDAH e família, e 6 acerca do TDAH e Teoria Psicanalítica. As **conclusões** indicam que os artigos que contém informações sobre TDAH e as relações familiares, ou uma possível associação entre elas, em sua maioria foram americanos e apontam para disfunções familiares que colaboram para o surgimento e manutenção do TDAH. Os artigos que associaram o TDAH e a Teoria Psicanalítica foram em sua maioria alemães e sugerem que o transtorno é causado por múltiplos fatores e mantido por conflitos internos, com uma situação interna instável da criança que apresenta dificuldade para fantasiar. Apontam para o transtorno como uma forma de afastar memórias traumáticas ou proteger-se de um colapso depressivo, onde a criança tenta atrair a atenção e evitá-la ao mesmo tempo.

**Palavras chave:** Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade; Relações familiares; Psicanálise.

## RELATIONSHIP BETWEEN ADHD, FAMILY AND PSYCHOANALYSIS: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

### Abstract

**Introduction:** ADHD is a much debated topic due to the increase in its incidence. It is considered a Neurodevelopmental Disorder, composed of behavioral signs and symptoms related to inattention, hyperactivity and impulsivity. Diagnosis is most often made through behavioral history, and the most commonly mentioned treatment indicates the use of a widely prescribed medication, Methylphenidate, in combination with Psychotherapy. The incidence varies between the sexes, being more common the diagnosis in boys. The **objective** was to analyze and systematize the information found on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in association with Psychoanalysis, in articles selected from those found in the Medline database. The **methodology** used was the search in the database with the key words: ADHD, family and ADHD, and Psychoanalytical Theory. The **results** were found after reading the summaries of all articles found, of those articles were selected 28 about ADHD and family, and 6 about ADHD and Psychoanalytic Theory. **Conclusions** indicate that articles containing information on ADHD and family relationships, or a possible association between them, were mostly American and point to family dysfunctions that contribute to the emergence and maintenance of ADHD. The articles that associated ADHD and Psychoanalytic Theory were mostly German and suggest that the disorder is caused by multiple factors and sustained by internal conflicts, with an unstable internal situation of the child who has difficulty fantasizing. They point to the disorder as a way to ward off traumatic memories or to protect oneself from a depressive collapse, where the child tries to attract attention and avoid it at the same time.

**Keywords:** Attention Deficit / Hyperactivity Disorder; Family relationships; Psychoanalysis

### Introdução



### *O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é hoje um dos temas mais debatidos, principalmente quando se considera crianças em idade escolar. Este termo é utilizado para definir um transtorno neurobiológico, que surge na infância e pode acompanhar o indivíduo por toda a sua vida. Cerca de 67% dos casos detectados na infância prevalecem na vida adulta (Silva, 2005).

O TDAH é um quadro sindrômico, composto de sinais e sintomas comportamentais relacionados à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade (Rohde, Barbosa, Tramontina e Polanczyk, 2000). O diagnóstico é baseado exclusivamente no histórico do comportamento. Os sintomas devem, obrigatoriamente, trazer algum tipo de dificuldade para a realização de tarefas.

O DSM IV-TR (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2004) apresenta três tipos distintos de TDAH, de acordo com a predominância dos sintomas: tipo predominantemente desatento, tipo predominantemente hiperativo-impulsivo e tipo combinado ou misto. Existem ainda outras especificações e categorias aplicáveis a casos que não satisfazem todos os critérios diagnósticos.

O principal medicamento prescrito para o transtorno é o metilfenidato, um estimulante comercializado desde os anos 50 na Suíça (onde foi sintetizado), na Alemanha e nos EUA. Mas foi somente a partir de sua associação com o TDAH que suas vendas aumentaram, tornando-se o estimulante mais consumido no mundo. No Brasil a comercialização iniciou-se nos anos 90 e a produção brasileira passou de 40 kg em 2002 para 226 kg em 2006 (Itaborahy e Ortega, 2013).

As taxas de prevalência são bastante variáveis, mas acredita-se que de 8 a 12% das crianças no mundo apresentam TDAH. Os americanos são os mais acometidos, aproximadamente 9,5% (5,4 milhões) de crianças e adolescentes de 4 a 17 anos apresentavam TDAH em 2007 (Polanczyk e Rohde, 2008). No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) divulgou o boletim que avaliou o uso do metilfenidato entre os anos de 2009 a 2011, e indicou que dois milhões de caixas foram prescritas em 2011, com aumento de quase 30% no período. Esses dados revelam que houve ampliação no consumo, com um comportamento variável, com destaque para a redução do consumo nos meses de férias e aumento no segundo semestre (ANVISA, 2012).

A incidência de menino para menina varia de 4:1 a 9:1. Não existe, todavia, nenhuma explicação clara para essa aparente vulnerabilidade do sexo masculino. O que parece acontecer é que os meninos são mais encaminhados para tratamento por desenvolverem problemas de conduta e assim, incomodarem mais seus cuidadores e professores (Benczik, 2010). Contudo, é possível que as meninas sejam subdiagnosticadas por apresentarem com maior frequência o TDAH com predomínio desatento, e por terem poucos sintomas de agressividade/impulsividade e do transtorno de conduta (Rohde e Halpern, 2004).

O objetivo deste levantamento é analisar as informações encontradas nas publicações científicas sobre TDAH e Família e TDAH e teoria Psicanalítica, desta forma delineando a trajetória da importância da família no desenvolvimento emocional infantil, a partir da teoria Psicanalítica, no que se relaciona ao TDAH.

### **Metodologia**

Para a revisão bibliográfica acerca do TDAH e a Família foram utilizados artigos científicos encontrados na Medline (base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos) disponíveis eletronicamente. Essa base de dados foi escolhida por ser representativa da área de estudo. Previamente foram realizadas buscas com as palavras chave e foi encontrado um número adequado de artigos nesta base de dados .

As palavras utilizadas para as buscas foram: TDAH e família; TDAH e teoria Psicanalítica. As produções científicas encontradas na base de dados com a palavra chave TDAH e família foram: 836 (sendo a mais antiga de 1971 e a mais recente de agosto de 2014), devido a grande quantidade selecionei os artigos mais recentes, a partir do ano de 2010, que somaram 186. Desses 186 artigos 28 apresentaram características condizentes com os objetivos do levantamento bibliográfico sobre o TDAH e família, ou seja, trazem em seus resumos alguma relação/informação entre o transtorno (tanto em crianças quanto em jovens) e as possíveis relações familiares. Os demais artigos não foram escolhidos por associarem o TDAH com comodidades e síndromes, estudos envolvendo medicamentos para o tratamento, validação de escalas e/ou encontrarem-se repetidos.

Para a busca com as palavras chave TDAH e teoria Psicanalítica foram encontrados 18 artigos no total (sendo o o mais antigo de 1975 e o mais recente de

2009). Desses 18 apenas 6 foram condizentes aos objetivos desta pesquisa de revisão bibliográfica, publicados a partir do ano de 2002. Os que não foram escolhidos não apresentavam claramente em seus resumos qual a contribuição da psicanálise para o entendimento do TDAH, além de mencionarem o transtorno com uma terminologia que não se usa mais (crianças hipercinéticas), no caso dos mais antigos, o que pode comprometer o significado do termo na atualidade.

## Resultados

### *O TDAH e a família*

Observa-se grande divergência de resultados nos estudos que avaliam a associação entre as relações familiares, conflitos conjugais e o surgimento do TDAH em crianças. Embora haja predomínio de resultados que sugerem a existência de dificuldades maiores nos relacionamentos familiares dessas crianças, principalmente naquelas famílias em que também apresentam comorbidades com transtornos disruptivos, os estudos não apresentam concordância quanto a este aspecto (Guilherme, Mattos, Serra-Pinheiro e Regalla, 2010).

Na literatura que examina as relações entre variáveis ligadas ao comportamento parental e o TDAH é possível identificar duas tendências distintas. A primeira delas, pressupõe que o comportamento parental contribua para acentuar a apresentação e continuidade dos sintomas do transtorno, associado ao estresse interativo entre pais-filho e adversidade social na família (Bauermeister et al., 2010; Hjern, Weitoft e Lindblad, 2010) enquanto a segunda tendência compreende que o comportamento parental estaria associado apenas ao surgimento das comorbidades associadas ao TDAH, como o Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) e o Transtorno da Conduta (TC), prevalecendo o componente biológico e genético no TDAH (Hale et al., 2010, Steinlechner et al., 2011).

Pires, Silva e Assis (2012) constataram que o coeficiente intelectual das crianças diagnosticadas com TDAH é baixo, seguindo uma tendência mundial. Eles afirmam ainda que a forma como a família interage e a presença de agressão verbal, em especial por parte da mãe sobre a criança, manifestada por xingamentos, irritação e destruição de objetos, são aspectos fundamentais para a ocorrência de TDAH. Essas relações familiares negativas estão associadas aos sintomas do transtorno. Este estudo reiterou a

importância da base genética e ambiental na origem do transtorno. Nessa direção, Schroeder e Kelley (2010) mostraram que crianças com TDAH tinham o ambiente familiar menos organizado e com mais conflitos do que o grupo controle.

Por outro lado Gau e Chang (2013) encontram em seu estudo relação entre o processo prejudicado no relacionamento bebê e o aparecimento do TDAH, especialmente quando a mãe apresentava sintomas neuróticos depressivos. O que colabora com o estudo de Cartwright et al. (2011) que apontou para uma dificuldade na expressão emocional das mães dessas crianças.

Harvey, Metcalfe, Herbert e Fanton (2011) encontrou uma associação entre depressão dos pais durante os anos pré-escolares da criança e a manifestação do TDAH. O que vem de encontro aos achados de Takeda, Ambrosini, de Berardinis e Elia (2012) que fazem a analogia entre a psicopatologia parental e o aumento no risco para o surgimento de comorbididades nos pacientes com TDAH.

#### *TDAH e a teoria psicanalítica*

Pesquisadores apontam para o TDAH como um produto de relações complexas, que envolve a história de vida, aspectos inconscientes, relacionais, institucionais, sociais, bem como fatores neurobiológicos e genéticos. Pensando nisso a Psicanálise daria conta de compreender essas realidades psíquicas, como produtos de um entrelaçamento complexo de fatores inconscientes e a realidade, tendo em conta o biológico e as raízes sociais. O tratamento através do método psicanalítico seria apropriado e o uso de uma medicação seria bem vindo (Leuzinger-Bohleber et al., 2011).

Hopf (2007) analisou diversas crianças acometidas por TDAH e percebeu a grande dificuldade que elas tinham para fantasiar, fazendo uso dos jogos, durante as sessões, apenas de forma concreta. Além disso, as intervenções verbais não atingiam os pacientes, o que causa no analista contra-transferências que o levavam a atuação. Ele visualiza na Psicanálise uma teoria e um tratamento para o TDAH, e sugere aos terapeutas para trabalharem com essas crianças no sentido de aumentar a simbolização e a mentalização, no relacionamento e na transferência. Salomonsson (2006) compartilhou a percepção que durante a análise as palavras são como objetos concretos e a situação emocional interna da criança é muito instável. Hopf (2007) assim como Leuzinger-Bohleber et al. (2011) salienta a importância e a colaboração do uso do

medicamento no tratamento para o transtorno.

Outra pesquisa não enxerga como positivo o uso de medicamento e pontua que o mesmo serviria para esconder as fantasias sádicas por trás de uma fachada bem educada, e portanto serviria apenas para esconder ou camuflar o que o paciente realmente sente. Este autor vê na etiologia do transtorno um padrão de relacionamentos emocionais patológicos, mais uma vulnerabilidade genética, mais falhas ambientais, mais o estabelecimento de relações simbióticas e narcisistas, onde a criança tenta atrair a atenção e evitar a tenção ao mesmo tempo. Sugere que a manifestação do TDAH apareça como uma forma de afastar memórias traumáticas ou proteger-se de um colapso depressivo (Du Bois, 2006).

### **Conclusão**

Esta pesquisa demonstrou como é grande o número de estudos acerca do TDAH, porém como é controverso o diagnóstico e o entendimento do transtorno e até o seu tratamento, portanto se faz necessário o aumento no número de estudos e fundamentação para o tratamento, necessita-se avançar. O ambiente aparece com grande influência para o surgimento ou não do TDAH, principalmente nos estudos mais recentes, porém os fatores genéticos existem. Devido a isso poderia-se inferir que os aspectos genéticos são importantes, entretanto, não são determinantes. Fica evidente a importância do papel da família sobre a vida emocional dos filhos, e a necessidade de orientações para os pais das crianças com TDAH. Outra informação que apareceu nesta revisão foi quanto a saúde mental dos pais das crianças que manifestam o transtorno e o associam com o humor deprimido, em especial da mãe, e situações familiares conflitantes. Parece perigoso fazer este tipo afirmação, mas é importante observar este aspecto e seguir como uma linha de investigação. Pose-se dizer que o transtorno aparece na criança, mas traz consigo questões sociais, culturais, familiares e contemporâneas, que necessitam de um olhar despolarizado e de acolhimento, que pode ser oferecido pela escuta psicanalítica.

### **Referências**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. (2012). *Boletim de farmacoepidemiologia do SNGPC*. Recuperado de [http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim\\_sngpc\\_2\\_2012\\_corrigido](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido)



\_2.pdf

- Associação Psiquiátrica Americana (APA). (2004). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (Dornelles, C. trad. 4. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bauermeister, J. J., Puente, A., Martínez, J. V., Cumba, E., Scáandar, R. O., e Bauermeister, J. A. (2010). Parent perceived impact of Spaniard boys' and girls' inattention, hyperactivity, and oppositional defiant behaviors on family life. *Journal of attention disorders*, 14(3), 247-255.
- Benczik, E. B. P. (2010). *Transtorno de déficit de Atenção*. Casa do Psicólogo.
- Cartwright, K. L., Bitsakou, P., Daley, D., Gramzow, R. H., Psychogiou, L., Simonoff, E., et al. (2011). Disentangling child and family influences on maternal expressed emotion toward children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(10), 1042-1053.
- du Bois, R. (2006). Psychodynamic models about the origins, internal processing and treatment of ADHD. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(4), 300-309.
- Gau, S. S. F., e Chang, J. P. C. (2013). Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities*, 34(5), 1581-1594.
- Guilherme, P. R., Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., e Regalla, M. A. (2010). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 201-207.
- Hale, T., Smalley, S. L., Dang, J., Hanada, G., Macion, J., McCracken, J. T., et al. (2010). ADHD familial loading and abnormal EEG alpha asymmetry in children with ADHD. *Journal of psychiatric research*, 44(9), 605-615.
- Harvey, E. A., Metcalfe, L. A., Herbert, S. D., e Fanton, J. H. (2011). The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), 784.
- Hjern, A., Weitoft, G. R., y Lindblad, F. (2010). Social adversity predicts ADHD-medication in school children—a national cohort study. *Acta Paediatrica*, 99(6), 920-924.

- Hopf, H. (2007). Between empathy and setting limits--reflections on psychodynamics and treatment techniques in psychoanalytic therapies for hyperkinetic disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(4), 333-355.
- Itaborahy, C., e Ortega, F. (2013). Methylphenidate in Brazil: a decade of publications. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 803-816.
- Leuzinger-Bohleber, M., Laezer, K. L., Pfenning-Meerkoetter, N., Fischmann, T., Wolff, A., e Green, J. (2011). Psychoanalytic treatment of ADHD children in the frame of two extraclinical Studies: The Frankfurt Prevention Study and the EVA Study. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(1), 32-50.
- Pires, T. D. O., Silva, C. M. F. P. D., e Assis, S. G. D. (2012). Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Saúde Pública*, 46(4), 624-633.
- Polanczyk, G. V. e Rohde, L. A. P. (2008). *Estudo da prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta* (Dissertação de doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Rohde, L. A. P., Barbosa, G., Tramontina, S., e Polanczyk, G. (2000). Transtorno de Atenção/Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(supl. 2), 7-11.
- Rohde, L. A. P. e Halpern, R. (2004). Transtorno de Atenção/Hiperatividade: Atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(supl.2), 61-70.
- Salomonsson, B. (2006). The impact of words on children with ADHD and DAMP Consequences for psychoanalytic technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(4), 1029-1047.
- Schroeder V. M., e Kelley M. L. (2010). Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 18(2), 227-35.
- Silva, E. J. C. (2005). Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade em adolescentes. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 25-9.
- Steinlechner, S., Brüggemann, N., Sobottka, V., Benthien, A., Behn, B., Klein, C., et al. (2011). Restless legs syndrome as a possible predictor for psychiatric disorders in parents of children with ADHD. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(4), 285-291.

Takeda, T., Ambrosini, P. J., de Berardinis, R., e Elia, J. (2012). What can ADHD without comorbidity teach us about comorbidity? *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 419-425.

**DOLOR CRÓNICO: UNA PROPUESTA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA  
SALUD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON  
FIBROMIALGIA ATENDIDAS EN LA ASOCIACIÓN CAMINEMOS JUNTOS  
(ASCAJU)**

**Cynthia Córdoba-López**

*Coordinadora área de psicología, Oficina de Bienestar y Salud, Universidad de Costa  
Rica*

**Resumen**

La Fibromialgia (FM) es una enfermedad con características complejas, pues, se desconocen las causas etiológicas, no se ha establecido un tratamiento farmacológico concreto, el diagnóstico se realiza por descarte de otras patologías y parece existir falta de consenso en la forma de intervenir ante dicha patología. Por ello, se consideró importante plantear algunos lineamientos para el abordaje de pacientes con FM desde un enfoque más integral y acorde a las necesidades particulares de esta población. La investigación tuvo como objetivo elaborar una propuesta de intervención para mejorar la calidad de vida en mujeres con FM atendidas en Asociación Caminemos Juntos (ASCAJU). A nivel metodológico, se realizó una revisión bibliográfica de los principales lineamientos para un abordaje oportuno de la enfermedad, posteriormente se seleccionaron las principales recomendaciones de abordaje biopsicosocial de la FM, y así se inició con la elaboración de un manual. Para validar el Manual de Intervención se realizó un taller con 11 mujeres con FM (entre los 35 y 60 años) y un taller de psicoeducación dirigido a los familiares. Finalmente, se realizó una revisión cualitativa del Manual por parte del Equipo Técnico Interdisciplinario de ASCAJU (médico, enfermera, psicóloga). El proceso de investigación tuvo como principal resultado la elaboración del Manual de intervención para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Fibromialgia, el cual, abarca dos grandes áreas: 1. Intervención desde el abordaje biológico, psicológico y social y 2. El trabajo multidisciplinario. Todo el proceso de investigación generó la publicación del Manual para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de mujeres con fibromialgia.

**Palabras clave:** Fibromialgia, dolor crónico, calidad de vida, abordaje biopsicosocial

## **CHRONIC PAIN: A PROPOSAL FROM THE PSYCHOLOGY OF HEALTH TO IMPROVE QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH FIBROMYALGIA (FM) SERVED IN “ASOCIACIÓN CAMINEMOS JUNTOS (ASCAJU)”**

### **Abstract**

Fibromyalgia is a disease with complex features. The etiological causes are unknown. A specific drug treatment has not been established. The diagnosis is made by ruling out other diseases and there seems to be no consensus on how to intervene with this disease. Therefore, it is considered important to propose some guidelines for approaching patients with fibromyalgia (FM) from a more comprehensive and consistent approach focusing on the particular needs of this population. The research aimed to develop a proposal for intervention to improve the quality of life in women with FM met at “*Asociación Caminemos Juntos (ASCAJU)*”. On a methodological level, a review of the main guidelines for addressing the disease in a timely manner was made. Afterwards main recommendations of biopsychosocial approach to FM were selected, and then a development of a manual began. To validate the Manual Intervention workshop with 11 women with FM (between 35 and 60 years old) and a workshop aimed at family psychoeducation was performed. Finally, a qualitative review of the Manual was performed by the crew Interdisciplinary ASCAJU (doctor, nurse, psychologist). The process of investigation resulted in the development of manual intervention to help improve the quality of life in women diagnosed with fibromyalgia. The manual covers two main areas: 1. Intervention from a biological, psychological and social approach. 2. Multidisciplinary work. All the research process led to the publication of the manual para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de mujeres con fibromialgia

**Keywords:** Fibromyalgia, chronic pain, quality of life, biopsychosocial approach.

### **Introducción**

Diversos estudios sugieren la influencia de factores psicológicos en la experiencia del dolor crónico. Sin embargo, pareciera que el abordaje se ha realizado más desde un marco biosocial y los estudios que abordan los factores psicológicos se inscriben en una perspectiva más exploratoria. Al ser el dolor un fenómeno que se vivencia desde la

subjetividad resulta indispensable comprenderlo desde sus características multifactoriales y multidireccionales.

La Fibromialgia (FM) es un cuadro de dolor crónico referido a diversas estructuras del sistema musculoesquelético sin datos convincentes de patología. Además de dolor, se presenta fatiga, alteraciones del sueño, cefalea, déficits de concentración y problemas emocionales asociados a muchas otras quejas psicósomáticas (Arias, 2008).

Por lo anterior, parecen existir diferencias importantes en la experimentación de respuestas emocionales entre los pacientes fibromiálgicos y los pacientes que padecen otros trastornos de dolor crónico (Pérez, Borrás, Sesé y Palmer, 2005).

Al tratarse de una enfermedad sin etiología precisa se presenta como “algo” confuso y difícil de intervenir. Alegre (2006) expone que existen diferentes circunstancias que complican el abordaje de la FM:

- Etiopatogénicamente no existe evidencia congruente para entender toda la “multisintomatología médicamente inexplicable.
- La historia clínica, la sintomatología imprecisa, los trastornos del humor, los déficits cognitivos y las psicopatías asociadas sugieren una interpretación de enfermedad psiquiátrica.
- Los indicios de organicidad por el aumento de los neuromodulares (la sustancia P) en el líquido cefalorraquídeo, las neuroimágenes del dolor y el modelo neurovegetativo plantean que es una enfermedad neurológica.
- Sin embargo, se incluye en el campo de la reumatología porque: a) el síntoma principal es el dolor osteoarticular, el especialista en el diagnóstico diferencial de este síntoma es el reumatólogo; b) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la FM queda clasificada entre los reumatismos inespecíficos de partes blandas en el CIE-10.

Considerando la complejidad para la intervención de pacientes con diagnóstico de FM, los esfuerzos por generar un mayor conocimiento deben ir orientados al estudio del dolor y su relación con factores psicológicos, que incluya la percepción y significado de la experiencia, la respuesta o afrontamiento, la adherencia al tratamiento y así incidir adecuadamente en la calidad de vida de las personas.

El dolor debe ser comprendido como una experiencia subjetiva y en interacción con factores biológicos, genéticos, psicológicos, cognitivos, afectivos, conductuales, culturales, sociales y familiares; ya que ninguno de esos factores por sí solo explica adecuadamente las causas de dolor crónico (Castel, García y Tornero, 2006).

Por ello, el objetivo de la investigación fue elaborar una propuesta de intervención para mejorar la calidad de vida en mujeres con FM, donde se abordaron tres variables importantes a) la FM como síndrome generador de dolor crónico, b) la calidad de vida del paciente con FM relacionada con la salud y c) su abordaje desde la psicología de la salud.

La pertinencia de elaborar dicha propuesta radica en la complejidad de la experiencia de dolor, la interacción e influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales, la importancia de cada factor según la historia de vida, la variación en el tiempo e importantes repercusiones en la vida del paciente y el papel que juega el proceso perceptivo (subjetividad).

## **Método**

### *Participantes*

El grupo de personas seleccionado estuvo integrado por 11 mujeres con diagnóstico de FM, con edades entre los 35 y 60 años de edad, que viven en la provincia de Cartago, Costa Rica.

### *Materiales/instrumentos utilizados*

Manual de Procedimientos para la Construcción de Guías de Práctica Clínica. Costa Rica: CCSS: Para realizar la clasificación de la evidencia de los estudios consultados durante la revisión bibliográfica se utilizó el “*Procedimiento de Evaluación de la Calidad de la Evidencia y Graduación de la Fuerza de las Recomendaciones*”(ver cuadro1).

Entrevista a profundidad: Se realizó como filtro para la selección de las mujeres que participaron en el proceso de validación de los contenidos del manual (taller). Incluyó: Datos de identificación, Historia de vida, Historia Clínica, Familiograma y Apoyo Social (Apgar Familiar de Alegre y Suarez, 2006), Contingencias ante el Dolor, Estrategias de Afrontamiento, Creencias sobre el Dolor, Estilo Atribucional, Evitaciones y Conductas de Seguridad relacionadas con el Dolor, Impacto del Diagnóstico y Otras Evaluaciones.

Matriz de actividades de Talleres: Se utilizó la intervención psicoeducativa en un formato grupal.

Evaluación del taller: Con las mujeres participantes se realizó una evaluación de los alcances obtenidos a partir de la intervención. Se contemplaron las siguientes variables: 1. Apoyo psicológico percibido; 2. Psicoeducación; y 3. Estilos de vida saludables (apoyo físico y rehabilitación, alimentación y autocuidado).

Cuestionario para revisión del Manual de intervención dirigido a profesionales de la salud para contribuir al mejoramiento de la Calidad de Vida en Mujeres con diagnóstico de Fibromialgia. El instrumento se elaboró con 10 ítems en formato likert de 5 puntos y dos preguntas abiertas, con el fin de explorar la percepción de utilidad del manual para la práctica clínica.

### *Procedimiento y Diseño*

El proceso de recolección de información estuvo compuesto por cuatro grandes fases:

#### Fase 1.

a) Revisión de bibliográfica: La formulación de recomendaciones se fundamentó en un proceso de búsqueda y selección de la literatura a partir de preguntas generadoras formuladas previamente.

b) Elaboración del manual en su versión preliminar: Una vez finalizado el proceso de selección y clasificación de hallazgos científicos, se elaboró un documento de guía general (versión preliminar) para esquematizar los principales lineamientos de importancia asociados al mejoramiento de la calidad de vida. Este documento permitió, además, planificar la segunda fase que estuvo integrada por tres procesos secuenciales: 1) Entrevista individual; 2) Taller 1: “Enfrentando la Fibromialgia y Mejorando mi Calidad de Vida” y 3) Taller 2: “Eso llamado Fibromialgia” y que tuvo como objetivo validar las recomendaciones seleccionadas y propuestas.

#### Fase 2.

a) Entrevista individual con las mujeres participantes.

b) Taller 1. Enfrentando la FM y mejorando mi calidad de vida: El taller estuvo constituido por diez sesiones de trabajo, desde un enfoque multidisciplinario.

c) Taller 2. Eso llamado FM (realizado para los familiares de las mujeres): El objetivo fue brindar información (psicoeducación) a los familiares de las mujeres y así fortalecer la red de apoyo familiar. Las mujeres participaron activamente en la

organización del taller al expresar sus necesidades y/o intereses en las temáticas que serían abordadas (actividades).

Fase 3.

a) Revisión de la versión preliminar del manual e incorporación de cambios.

Fase 4.

a) Revisión del Manual por parte del Equipo Técnico Interdisciplinario de ASCAJU.

Fase 5.

a) Presentación del “*Manual de intervención dirigido a profesionales de la salud para contribuir al mejoramiento de la Calidad de Vida en Mujeres con diagnóstico de Fibromialgia*”.

**Resultados**

Para asegurar la validez de la intervención se realizó una estructuración de las principales fuentes bibliográficas consultadas para la elaboración del manual, a partir de cuatro categorías de clasificación (A, B, C y D) se evaluó el grado de recomendación y significado según el nivel de evidencia científica. A continuación se detalla el cuadro 1 las recomendaciones con mayor evidencia científica (Nivel A y B):

Cuadro 1

*Niveles de evidencia (principales fuentes bibliográficas utilizadas)*(Caja Costarricense del Seguro Social, 2010)

GRADO DE RECOMENDACIÓN Y SIGNIFICADO	EVIDENCIA	ESTUDIOS
<b>A.</b> Es muy improbable que futuras investigaciones cambien la estimación de efecto.	Se proponen intervenciones basadas en un abordaje biopsicosocial, donde se comprende la FM desde su característica multifactorial, atiende también a las modificaciones y alteraciones que se producen en la cotidianidad de la persona enferma.	(Besteiro et al., 2008). (Castel et al., 2006). (García, Castel y Vidal, 2006). (González et al., 2009). (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé, 2008).

Cuadro 1 (continuación)



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varios estudios de alta calidad con resultados consistentes.</li> </ul>	<p>La evidencia plantea la importancia de comprender todo el proceso de enfermedad. Es decir, previo y posterior al diagnóstico, para que la intervención sea adecuada a las necesidades particulares de cada paciente.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En casos calificados: un estudio multicéntrico grande de alta calidad</li> </ul>	<p>Se presenta la importancia de realizar un enfoque integral con el fin de atender los siguientes elementos:</p>	<p>(Córdoba, Gómez y Verdugo, 2008). (Pérez et al., 2005).</p>
<p><b>B.</b> Es probable que futuras investigaciones puedan cambiar la estimación de efecto estimado.</p>	<p>Actuar sobre el dolor de modo que los sistemas de regulación natural operen adecuadamente.</p>	<p>(Salido, Navarro, Judez y Hortal, 2007). (Vallejo, 2008).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un estudio de alta calidad.</li> </ul>	<p>Impedir que la vida del paciente gire alrededor del dolor</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varios estudios con alguna limitación de calidad.</li> </ul>	<p>La función de los factores psicológicos y los procesos de autorregulación en el control del dolor</p>	
	<p>La presencia de creencias y su influencia en los estilos de afrontamiento y en la sensación de intensidad.</p>	
	<p>El impacto del diagnóstico en la calidad de vida personal y familiar</p>	

Una vez finalizada la revisión bibliográfica se elaboró la versión preliminar del manual de intervención, el cual se estructuró de la siguiente forma:

- Ámbitos de acción, población y usuarios meta
- Objetivos
  - Descripción de la situación de salud por tratar: patogenia, datos clínicos, epidemiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la FM.
  - Descripción de las intervenciones y actividades: Se dividió en las recomendaciones a nivel biológico (valoración médica, tratamiento farmacológico, rehabilitación física); a nivel psicológico (valoración, intervención y seguimiento) y a

nivel social (valoración, intervención y seguimiento). Incluye las matrices de actividades

- Criterios de referencia y contrarreferencia
- Anexos

Con la versión preliminar del manual se inicia el trabajo grupal con mujeres con diagnóstico de FM, éste tenía como meta validar y fortalecer las recomendaciones y actividades propuestas. Entre los alcances obtenidos a partir de la intervención biopsicosocial, grupal y multidisciplinaria, las mujeres perciben como logros; un mayor manejo del dolor (n=10), normalización de la enfermedad (n=10), mejor estado de ánimo (n=10), mejor expresión de sentimientos (n=9), fortalecimiento de su autoestima (n=8) y mejor manejo del estrés (n=6). Además, se corrobora la pertinencia del formato grupal, pues se potencia el apoyo (“no estoy sola”), el compañerismo, la empatía y la retroalimentación que se genera dentro del grupo.

Asimismo, el manual fortaleció los siguientes aspectos: a) un proceso constructivista de conocimiento acerca de su enfermedad (mediante la psicoeducación) (n=10); b) el establecimiento de un estilo de vida saludable que implicó la incorporación de comportamientos que mejoraran o mantuvieran la salud de las participantes (n=8,83): herramientas de apoyo físico y rehabilitación (n=7) que implicó en aprendizaje de ejercicios básicos de yoga, Tai-Chi, Danza-movimiento terapia y natación, alimentación saludable (n=7) y autocuidado (n=8) y c) apoyo familiar mediante actividades que potenciaran la información y educación para los miembros de la familia, la externalización del problema y el apoyo de la familia.

Al integrar los resultados de los talleres se elaboró la versión final del manual, el cual, contempla dos grandes áreas que repercuten en el abordaje y mejoramiento de la calidad de vida en mujeres con FM: a) Intervención desde el abordaje biológico, psicológico y social y b) El trabajo multidisciplinario; asimismo se estructuró en cuatro apartados: 1) Introducción; 2) Módulo 1. Comprender la FM; 3) Módulo 2. Abordar la FM y 4) Módulo 3. Trabajar en equipo.

Dicha versión final fue valorada por el ETI. La evaluación del manual obtuvo una puntuación global de 9,66 en un rango de calificación de 1 a 10 puntos, lo cual, implica la recomendación por parte de los profesionales para la utilización del manual como un herramienta de guía clínica.

## Discusión/Conclusiones

La inserción del profesional en psicología desde el ámbito de la salud, le permite generar múltiples propuestas que contribuyen al abordaje de las enfermedades tanto físicas como psicológicas. En el caso de la FM, el proceso diagnóstico genera una importante sensación de incertidumbre que tiene amplias repercusiones, ya que, las mujeres se convierten en pacientes policonsultantes, lo que implica un importante coste económico para el sistema de salud público de Costa Rica, o bien, costes a nivel individual si se opta por el sistema de salud privado. Las múltiples consultas médicas crean sentimientos encontrados, preocupaciones, pensamientos negativos y/o irracionales, ansiedad, frustración con el sistema de salud por la incertidumbre diagnóstica, desgaste físico y emocional. Aunado a este proceso, es posible que la dinámica familiar se vea alterada, pues se presentan múltiples quejas por parte de la mujer a nivel orgánico pero no existe un diagnóstico que explique qué es lo que la persona enferma presenta.

Por todo lo anterior, se puede comprender la complejidad para el abordaje de la FM. Según Mololi y Merayo (2005) esta enfermedad supone una importante fuente de sufrimiento por no saber realmente qué les ocurre, por las consecuencias psicológicas, familiares y sociales que conlleva. Sin embargo, tal condición se puede modificar si las personas reciben algún tipo de asesoramiento-entrenamiento.

Precisamente el manual se elaboró con el fin de aportar un recurso para el abordaje de la FM y contribuir con lineamientos clínico que faciliten un diagnóstico oportuno y concreto, buena relación “profesional de salud-paciente”, educación acerca de la naturaleza de la enfermedad y sus características, abordaje de las variables psicológicas implicadas, incorporación de la práctica del ejercicio físico, adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y seguimiento constante.

## Referencias

- Alegre, C. (2006). Reflexiones sobre fibromialgia y la utilidad de elaborar un documento de consenso por su diagnóstico y tratamiento. *Reumatología Clínica*, 1, 1.
- Alegre, Y. y Suárez, M. (2006). Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *RAMPA*, 1(1), 48-57.

- Arias, M. (2008). ¿Es la fibromialgia una enfermedad neurológica? *Neurología*, 23(9), 593-601.
- Besteiro, J., Alvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C., y Weruaga. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *Internacional Journal of Clinical and Healt Psychology*, 8(2), 411-427
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2010). *Manual de Procedimientos para la Construcción de Guías de Práctica Clínica*. Costa Rica: CCSS.
- Castel, B., García, V., y Tornero, J. (2006). Evaluación psicológica en el dolor crónico. *Reumatología Clínica*, 2(1), 44-49.
- Córdoba, L., Gómez, J., y Verdugo, M. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. *Universitas Psychologica*, 7(2), 369-380.
- García, V., Castel, B., y Vidal, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicólogos en la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 1, 38-43.
- González, J., Peñacoba, C., Velasco, L., López, A., Mercado, F. y Barloja, P. (2009). Recursos cognitivos de percepción de control, procesos de estrés/recuperación y malestar afectivo en Fibromialgia. *Psicothema*, 21(3), 359-368.
- Pérez, J., Borrás, C., Sesé, A., y Palmer, A. (2005). Percepción de dolor y fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(5), 303-310.
- Salido, M., Navarro, P., Judeza, E., y Hortal, R. (2007). Factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 3(2), 67-72.
- Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A., y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-320.
- Vallejo, M. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 417-430.

## **PESQUISA SOBRE VIOLÊNCIA URBANA NO DISTRITO FEDERAL/BRASIL: O USO DO MÉTODO PSICANALÍTICO**

**Katerine da Cruz Leal Sonoda e Terezinha de Camargo Viana**

*Universidade de Brasília (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e  
Cultura)*

### **Resumo**

**Antecedentes:** Freud enumerou três aspectos possíveis da psicanálise: como tratamento (método de investigação do inconsciente), como pesquisa e como teoria. Esses três aspectos se misturam ao longo de sua obra e são descritos principalmente nos estudos de caso e nos artigos metapsicológicos. O objetivo é discutir a aplicação do método psicanalítico como um dos métodos de suporte para pesquisa com vítimas de violência urbana. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que é parte da tese de doutorado da primeira autora. O método escolhido leva em conta a articulação entre o método psicanalítico e histórias de vida. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Humanidades da Universidade de Brasília. Foram realizadas entrevistas sucessivas para conhecer as histórias de vida de um grupo de treze vítimas indiretas da violência urbana. A análise das histórias se baseou na escuta e na interpretação psicanalítica. **Resultados:** Existem similaridades e diferenças entre o método psicanalítico quando aplicado a situações clínicas ou a situações de pesquisa. Apresentaremos “As 4+1 condições da análise”, do psicanalista brasileiro Antonio Quinet (2009) e baseadas nesta obra sugerimos “As 4+1 condições da pesquisa”. **Conclusões:** A aplicação do método psicanalítico nesta pesquisa se mostrou possível e viável. Com relação aos limites do método, estes parecem ser os mesmos da clínica. Podemos concluir também que a reconstrução da história pode ser uma reconstrução psíquica, de forma que contar a própria história tem um potencial terapêutico.

**Palavras-chave:** método psicanalítico, história de vida, violência urbana, possibilidades de enfrentamento.

## RESEARCH ON URBAN VIOLENCE IN FEDERAL DISTRICT / BRAZIL: THE USE OF THE PSYCHOANALYTIC METHOD

### Abstract

**Background:** Freud has listed three possible aspects of psychoanalysis: as a treatment (unconscious research method), research and theory. These three aspects are mixed over his work and are mainly described in the case studies and the metapsychological papers. The aim is to discuss the application of the psychoanalytic method as one of the supporting methods to a survey of victims of urban violence. **Methodology:** This is a qualitative research, which is part of the thesis of the first author doctorate. The chosen method takes into account the relationship between psychoanalytic method and life stories. The study was approved by the Ethics Committee of the Humanities Institute at the University of Brasilia. Successive interviews were conducted in a group of 13 people. The analysis of these stories was guided by listening and interpreting psychoanalytically. **Results:** There are similarities and differences between psychoanalytic method when applied to clinical situations and research settings. We present the analyst Antonio Quinet's (2009) "4 + 1 analytical conditions", and inspired by this book we decide to apply "The 4 + 1 conditions" of psychoanalytic research. **Conclusions:** The use of the psychoanalytic method was possible and feasible. Regarding the limits of this method, these seem to be the same limits in the clinical context. One can also conclude that the construction of the history of life can be a psychic reconstruction, as telling one's own story has a therapeutic potential.

**Keys words:** psychoanalytic method, life history, urban violence, coping strategies

### Resumen

**Antecedentes:** Freud enumeró tres aspectos posibles del psicoanálisis: como tratamiento, como investigación y como teoría. Estos tres aspectos se mezclan en su trabajo y se describen principalmente en los estudios de caso y en los artículos metapsicológicos. El objetivo es discutir la aplicación del método psicoanalítico como uno de los métodos de soporte para una investigación con víctimas de la violencia urbana. **Método:** Se trata de una investigación cualitativa, que es parte de la tesis doctoral de la primera autora. El método elegido lleva en cuenta la articulación entre

método psicoanalítico y historias de vida. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Humanidades de la Universidad de Brasilia. Se llevaron a cabo entrevistas sucesivas para conocer las historias de vida de un grupo de trece víctimas de violencia urbana. El análisis de estas historias se basó en la escucha y la interpretación psicoanalítica. **Resultados:** Existen similitudes y diferencias entre el método psicoanalítico cuando aplicado a situaciones clínicas o a situaciones de investigación. Presentamos “Las 4+1 condiciones del análisis”, del psicoanalista Antonio Quinet (2009) y basados en esta obra sugerimos “Las 4+1 condiciones de investigación”. **Conclusiones:** La aplicación del método psicoanalítico en esta investigación se mostró posible y viable. Con relación a los límites del método, estos parecen ser los mismos de la clínica. Se pudo concluir también que la reconstrucción de la historia puede ser una reconstrucción psíquica de manera que contar la propia historia tiene un potencial terapéutico.

**Palabras clave:** método psicoanalítico, historia de vida, violencia urbana y estrategias de afrontamiento

### **Introdução**

Freud enumerou em seus textos três aspectos da psicanálise: como tratamento (método de investigação do inconsciente), como pesquisa e como teoria. Esses três aspectos se misturam ao longo de sua obra e são descritos principalmente nos estudos de caso (Dora, Homem dos Ratos, Homem dos Lobos, Pequeno Hans e Schreber) e nos artigos metapsicológicos.

Ainda que estivesse muito preocupado com os parâmetros de “fazer ciência” de sua época, por conta da natureza e do objeto de suas investigações, o pai da psicanálise foi levado ao princípio metodológico da simultaneidade entre a investigação, o tratamento clínico e a teoria.

Nos seus “Dois verbetes de enciclopédia” (Freud, 1922/1996b), ao definir ‘psicanálise’, Freud estabelece um vínculo necessário entre método de investigação psicoanalítico e procedimento terapêutico para produção de conhecimento. Assim, a noção de investigação e terapêutica coincide e está presente desde os primórdios dessa ciência.

Em “O futuro de uma ilusão” (Freud, 1927/1996c) Freud diz que a psicanálise é um método de pesquisa. Seu biógrafo Peter Gay (1989) nos lembra, ainda, da aplicabilidade da psicanálise, fosse empreendida junto ao divã ou à escrivaninha: “O divã e a escrivaninha de Freud ficavam muito próximos, tanto físico como emocionalmente” (p. 313).

Contemporaneamente, Nogueira (2004) afirma que o conhecimento que a Psicanálise começou a transmitir na cultura possibilitou a produção de provas psicológicas que pudessem de certa forma investigar, fora da relação analítica, aquilo que a psicanálise propõe. Intervenção e pesquisa não estão em campos distintos e o psicanalista seria, assim, sempre um pesquisador e um teórico.

No mesmo sentido, ao escrever sobre o fenômeno transferencial, Rosa (2004) vai dizer que a transferência apresenta-se como instrumento e método não restritos apenas à situação de análise. Discute ainda sobre a contribuição da pesquisa em psicanálise para desvendar a relação entre o sujeito e fenômenos socioculturais e políticos, o que chama de “psicanálise extramuros” (p. 331), designando uma abordagem de problemáticas que envolvem uma prática psicanalítica que aborda o sujeito enredado nos fenômenos sociais e políticos (e não estritamente ligado ao tratamento analítico no *setting* terapêutico tradicional).

Conhecendo os manuscritos clássicos freudianos e revisando também a literatura especializada recente apostamos em um método a partir da escuta psicanalítica de depoimentos, entrevistas e observações, colhidos de acordo com o tema da pesquisa.

O objetivo deste trabalho é discutir um caso de aplicação do método psicanalítico como um dos métodos de suporte para uma pesquisa com vítimas de violência urbana.

Este capítulo é parte da Tese de Doutorado da primeira autora, que está sendo desenvolvida na Universidade de Brasília com Estágio Sanduíche na Universidad Complutense de Madrid.

## **Método**

Partimos de um dos métodos tradicionais de se fazer pesquisa científica, a pesquisa empírica, utilizando o referencial psicanalítico. Trata-se de um estudo qualitativo, com uso do método psicanalítico articulado com a Teoria da História de vida, compreendida aqui não apenas um conceito teórico, mas também metodológico.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Humanidades da UNB (CAAE: 22540413.2.0000.5540), etapa exigida no Brasil para realização de pesquisas com seres humanos. As entrevistas para coleta de histórias de vida conteve diversas entrevistas temáticas já que, ao longo da narrativa da trajetória de vida, os temas relevantes para pesquisa foram aprofundados.

### *Participantes*

Tal como na clínica, existe na pesquisa de campo um processo de influência mútua entre pesquisador e ‘pesquisado’. O pesquisador psicanalítico é movido por sua subjetividade, pelo seu desejo e pelo seu inconsciente ao participar de uma pesquisa e ao analisar dados e informações.

Iribarry (2003) nos lembra de que a pesquisa psicanalítica é sempre uma apropriação do autor que estuda o método freudiano e depois descobre um método próprio e o utiliza em suas investigações. Dizer que o pesquisador psicanalítico é o primeiro sujeito de sua pesquisa significa dizer que ele está também implicado como um participante importantíssimo e ativo. Nesse sentido, a pesquisa é também intervenção. Assim, o primeiro participante da pesquisa é o próprio pesquisador. Os outros participantes ativos foram 13 vítimas de violência urbana, moradores do Distrito Federal.

A pesquisa de campo foi desenvolvida com vítimas (indiretas) da violência urbana no Distrito Federal. Vítimas indiretas (ou ocultas) são os parentes ou pessoas próximas das vítimas diretas. A estes participantes propusemos que nos contassem a história de suas vidas, da forma como quisessem contar.

### *Materiais*

No campo empírico, os instrumentos utilizados para coleta de dados foram as entrevistas abertas em profundidade para coleta de História de vida e registros em diário de campo.

O método da psicanálise parte sempre da observação de detalhes aparentemente insignificantes, mas que podem ter um sentido na história de vida dos sujeitos. A escuta psicanalítica (na clínica e na pesquisa) é uma escuta diferenciada porque desejante e foi utilizada aqui como recurso da técnica psicanalítica. As histórias que nos foram

compartidas (bem como seus detalhes, sutilezas, titubeios, atos falhos, contradições) não passaram despercebidas à escuta sutil da atenção flutuante das pesquisadoras-analistas.

### *Procedimentos e desenho*

Para contextualizar, apresentaremos a seguir algumas características do campo empírico onde se aplicou o método.

O trabalho de campo teve início em abril de 2014 e a última entrevista foi realizada em março de 2015. O principal critério para selecionar os informantes foi a vontade/motivação destes em participar da pesquisa. Tivemos muito cuidado em não ‘pressionar’ ou fazer um ‘apelo’ para sua participação. A demanda inicial foi nossa, enquanto pesquisadoras. Os critérios de inclusão na amostra foram: maioria, terem sido vítimas de violência do tipo urbana e estar disposto a contar sua história.

As entrevistas para coleta de história de vida aconteceram livremente. “*Gostaria que me contasse a história da sua vida, da forma como o senhor(a) quiser*” foi a única instrução dada aos participantes. Eventualmente fizemos perguntas abertas para investigar com mais detalhes alguma informação produzida pelos entrevistados ou questões sobre temas não abordados pelos participantes em seus relatos.

Os encontros duraram em média três horas, sendo gravados com consentimento e posteriormente transcritos na íntegra. Tivemos o cuidado de manter o conteúdo original das falas. Como se tratou de uma amostra intencional, o número de participantes não foi definido a priori. Chegamos ao total de 13 histórias de vida e suspendemos a inclusão de novos entrevistados quando acabou o prazo previsto para esta etapa, julgando que os dados colhidos, além de ricos o suficiente, estavam também adequados ao tempo reservado para as demais etapas da pesquisa.

Depois de transcrito, o material obtido foi interpretado seguindo os mesmos procedimentos habituais na clínica psicanalítica (escuta flutuante, recorte do texto privilegiando temas, expressões, titubeios, atos falhos etc.). Não se pode desconsiderar que processos não conscientes influenciam a coleta, a organização e análise de dados. Pretendemos alcançar o sentido não apenas das falas manifestas, mas também os significados inconscientes que só podem ser interpretados com uma escuta diferenciada. Estiveram envolvidos nesse processo fenômenos transferenciais e contratransferenciais.

## Resultados

As condições de análise propostas por Freud nos seus textos técnicos não são as mesmas quando se usa o método psicanalítico no contexto não clínico (ainda que clínica e pesquisa não sejam atividades independentes). Condições para pesquisa com esse método também existem e devem ser seguidas, e são, via de regra, diferentes das condições quando se realiza um tratamento psicanalítico.

Em primeiro lugar é preciso destacar a necessidade de observar e cumprir as normas e recomendações éticas presentes nas resoluções brasileiras que regulam a pesquisa com seres humanos. Esse é o primeiro passo a seguir. Destacaremos outras características desse tipo específico de investigação.

Quinet (2009) no livro “As 4 + 1 condições de análise” interroga o conjunto de normas que se convencionou chamar *setting* psicoterapêutico. Para o autor, as quatro condições que precisariam ser preenchidas para praticar análise no “enquadre clássico” seriam: 1) tratamento de ensaio (ou entrevistas preliminares), 2) mobiliário (uso do divã), 3) tempo/frequência (sessões com duração aproximada de uma hora e número de sessões semanais) e 4) dinheiro (pagamento obrigatório ao analista). A condição + 1 seria a associação livre (regra fundamental da psicanálise). Por fim, no enquadre analítico clássico, em uma situação de tratamento psicológico, o sujeito sob transferência é o sinal que marca sua entrada em análise.

Em uma situação de pesquisa (que se pretende ser psicanalítica) de igual maneira existem condições para seu início, desenvolvimento e finalização; condições estas que são diferentes das existentes na clínica. Desta forma, inspiradas pela obra de Antonio Quinet, postulamos algumas “condições mínimas” para o uso do método psicanalítico aplicadas na presente pesquisa com vítimas de violência urbana. Estas seriam: 1) Entrevistas (do tipo abertas para coleta de história de vida); 2) encontros “cara a cara”; 3) tempo não marcado (a depender da disponibilidade do entrevistado) e; 4) Não pagamento (por razões óbvias e legais). A condição + 1 permanece sendo a associação livre do entrevistado, adaptada aos objetivos da pesquisa. Fizemos perguntas pontuais quando o participante deixou de dizer algum tema importante para os objetivos da pesquisa.

Outra diferença no contexto investigativo relaciona-se aos acordos iniciais. Ao invés do “contrato psicológico” (para acordar horário, regras, honorários do analista, etc.) apresenta-se aos participantes o TCLE (Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido), obrigatório para Pesquisas com Seres Humanos no Brasil (Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia). Aqui serão discutidas questões sobre confidencialidade das informações fornecidas, participação voluntária e livre recusa a qualquer momento para interromper a participação e retorno ao campo com os resultados obtidos.

Na pesquisa de campo desenvolvida, funcionou bem a estratégia de deixar os entrevistados a vontade para elegerem os locais onde as entrevistas aconteceram. Com relação ao ambiente físico, este deve ser preferencialmente um local silencioso e acolhedor onde todos possam permanecer confortavelmente. As entrevistas aconteceram com os sujeitos sentados em frente ao pesquisador-participante (tipo “cara a cara”). Três participantes escolheram falar em locais públicos da cidade (parque e Shopping) e os outros 10 preferiram receber uma das pesquisadoras em suas próprias casas.

No que se refere à função transferencial, fenômeno considerado obrigatória para marcar o início de uma análise, não necessariamente surgirá em uma pesquisa (não significa que não possa ocorrer).

Para a maioria dos participantes, as entrevistas foram um momento para serem escutados (e em algumas situações, também cuidados). A escuta psicanalítica envolveu aqui deixar os participantes associarem livremente ao contarem suas histórias.

As informações sobre como os participantes experienciam suas vivências (nesse caso, suas experiências violentas) podem ser comparáveis às associações dos pacientes em análise. Não oferecemos nenhum tipo de tratamento analítico às vítimas de violência (nem era esse o objetivo). Mas houve transferência (e contratransferência) com os participantes, em menor ou maior grau. Em outras palavras, embora não tenham sido ‘analisados’, alguns participantes entraram em *situação transferencial*. Freud (1925/1996d) descreveu que a transferência diz respeito a um ‘fenômeno humano geral’ e que também podia se manifestar em situações de pesquisa. A transferência é, assim, um fenômeno humano que ocorre nas relações entre os falantes.

### **Discussão/conclusões**

O uso do método psicanalítico em uma pesquisa qualitativa, conjugado com a História de Vida, se mostrou válido e gerou resultados interessantes. Podemos concluir que o método “funcionou”.

Sabemos que os principais recursos na clínica, na pesquisa e na clínica psicanalítica são a atenção flutuante (do pesquisador/analista), a associação livre (do participante/analizando) e a escuta psicanalítica. A escuta e a atividade interpretativa não são restritas à situação de análise, o que permitiu desenvolver uma investigação pautada na escuta de depoimentos, observações empíricas, histórias de vida, entrevistas, etc. colhidos a partir do que se quis pesquisar (experiências violentas e as formas de ressignificar tais vivências). Tanto na clínica quanto na pesquisa lidamos com a imprevisibilidade do inconsciente. E tanto na clínica como na pesquisa psicanalítica pode existir um efeito terapêutico.

No que se refere aos limites do método, estes apontam para os mesmos limites que se pode encontrar na clínica (não comparecimento às sessões ou não comparecimento às entrevistas agendadas, por exemplo). Os limites do método apontam ainda para os limites da teoria, o que reforça o pressuposto que, em psicanálise, teoria, método e clínica “andam juntos”.

Concluimos que em uma pesquisa psicanalítica existe a possibilidade de articulação entre *história de vida e reconstrução*. Quando convidamos os participantes a contarem suas histórias, associando livremente, não sabemos de antemão como que eles farão isso porque cada associação é singular. Mas quando aceitam contar a própria história isso os torna capazes de evocar, em certo nível, sua realidade psíquica. Permite suportar a realidade e talvez corrigi-la. Dessa forma, a reconstrução da história é também uma reconstrução psíquica, podendo essa história ser lembrada no divã ou diante de um pesquisador. Da parte deste, interpretar pode se constituir na tarefa quase impossível de evocar e criar sentido para o que, originalmente, é singular e inominável. Para tentar realizar essa tarefa de interpretação (no sentido que Freud em 1937/1996a escreve em “Construções em análise”) pensamos que o investigador deve ser ousado. Ter uma boa dose de curiosidade, criatividade e, por que não, recorrer vez por outra à especulação.

### **Agradecimentos**

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – Processo n. BEX 10558/14-4) pela concessão de uma bolsa para realização de Doutorado Sanduíche no Exterior. Agradecemos ainda ao professor Rafael González

Fernández (Universidad Complutense de Madrid) pela coorientação da tese de doutorado da primeira autora.

### Referencias

- Gay, P. (1989). *Freud: Uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das letras.
- Freud, S. (1996a). Construções em análise. Em *Obras Completas, ESB*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (1996b). Dois verbetes de enciclopédia. Em *Obras Completas, ESB*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1922).
- Freud, S. (1996c). O futuro de uma ilusão. Em *Obras Completas, ESB*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927).
- Freud, S. (1996d). Um estudo autobiográfico. Em *Obras Completas, ESB*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora*, 6(1), 115-138.
- Nogueira, L. C. (2004). A pesquisa em Psicanálise. *Psicologia USP*, 15(1/2), 83-106.
- Resolução nº 016, de 09 de dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia. *Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos*. Brasília, DF. Recuperado em 30 de setembro de 2015 de [http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes\\_cfp/fr\\_cfp\\_016-00.aspx](http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_016-00.aspx)
- Resolução nº 466, de 12 de novembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF. Recuperado em 30 de setembro de 2015 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 4(2), 329-348.
- Quinet, A. (2009). *As 4+1 condições de análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

**QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS  
DOS UTENTES INTERNADOS NAS UNIDADES DE CUIDADOS  
CONTINUADOS DO ALGARVE**

**António Duarte\*, Natercia Joaquim\* y Cristina Nunes\*\***

*\*Universidade do Algarve, Portugal; \*\*Centro de Investigação sobre Espaço e Organizações, Universidade do Algarve, Portugal*

**Resumo**

As mudanças nos perfis demográficos e de morbi-mortalidade da população mundial e consequentes desafios para os sistemas de saúde explicam o crescente interesse dos investigadores pelo cuidado à saúde, realizado no âmbito da família e pelos cuidadores informais. Cuidar de utentes internados nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pode ter impacto na qualidade de vida e na sobrecarga dos cuidadores informais com implicações para a saúde física e mental. Os objetivos do presente estudo foram caracterizar o perfil sociodemográfico do cuidador informal dos utentes internados e analisar as relações entre a qualidade de vida e o nível de sobrecarga destes cuidadores informais. Os dados foram recolhidos através do WHOQOL-BREF, QASCI e dum questionário sociodemográfico. 71 cuidadores, com uma média de 55,6 anos de idade ( $DP = 15,9$ ), reportaram níveis mais elevados de sobrecarga nas componentes Eficácia, Controlo e Suporte Social. Apresentaram níveis satisfatórios de qualidade de vida em todos os domínios, com um valor médio de 62,6 ( $DP = 16,4$ ) para o domínio Ambiente e 68,7 ( $DP = 19,3$ ) para o domínio físico. Ter mais idade, ser do sexo feminino, com baixo nível socioeconómico, viver sozinho, maior duração dos cuidados prestados e cuidar do conjugue associam-se negativamente com algumas dimensões da sobrecarga e qualidade de vida. Os participantes apresentaram risco elevado de sobrecarga relacionada com as exigências físicas ou emocionais do desempenho do papel, devendo ser acompanhados com formas de proteção e promoção da QV. São discutidas as implicações para os profissionais que intervêm com este grupo vulnerável e para a melhoria dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** qualidade de vida; sobrecarga; cuidador informal; unidades de cuidados continuados.

## QUALITY OF LIFE AND BURDEN OF INFORMAL CAREGIVERS OF USERS ADMITTED TO CONTINUED CARE OF THE ALGARVE

### Abstract

Changes in the demographics and profiles of morbidity and mortality of the world's population and consequent challenges for health systems explain the growing interest of researchers at health care about informal caregivers. Taking care of patients from the continued care units can have impact on quality of life and burden of informal caregivers with implications for mental and physical health. The aims of this study were to characterize the demographic profile of the informal caregiver and analyze the relationship between quality of life (QoL) and their level of burden. The data were collected through the WHOQOL-BREF, QASCI and a demographic questionnaire. 71 caregivers, with an average of 55.6 years old ( $SD = 15.9$ ), reported higher levels of overload in the components Efficiency, Control and Social Support dimensions. Participants have showed satisfactory levels of QoL in all areas, with an average value of 62.6 ( $SD = 16.4$ ) for the domain environment and 68.7 ( $SD = 19.3$ ) for the physical domain. Being old, female, with low socio-economic level, living alone, longer duration of care and partner taking care are negatively associated with some dimensions of burden and QoL. Participants presented a high risk of burden related to physical demands and emotional role performance, and should be attended with forms of protection and promotion of QoL. The implications for professionals involved with this vulnerable group and to the improvement of health services are discussed.

**Keywords:** quality of life; burden; informal caregivers; units of continued care.

### Introdução

O perfil demográfico da população portuguesa tem envelhecimento drasticamente e de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (2011). Esta é uma tendência que se manterá nos próximos anos, estimando-se que Portugal, em 2050, será um dos países da União Europeia com maior número de idosos e menor percentagem de população ativa e que, entre 2004 e 2050, a percentagem dos idosos portugueses praticamente duplicará, passando de 17% para 32% (Martins e Melo, 2006).

Cuidar de um familiar dependente constitui uma tarefa árdua, geralmente delegada apenas a uma pessoa, interferindo na qualidade de vida (QV) do cuidador, originando frequentemente desgaste e sobrecarga, que se manifesta por uma redução da vitalidade, do desempenho físico, social e económico, podendo causar sentimentos de frustração, culpa, raiva e até de subestima por se sentir incapaz de cumprir plenamente o seu papel (Amendola, Oliveira e Alvarenga, 2008; Nascimento et al., 2013; Pegoraro e Caldana, 2006; Santos e Cardoso, 2012).

A QV refere-se à avaliação subjetiva da saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com o ambiente em que o sujeito vive, sendo influenciada por fatores que geram diversos impactos, frequentemente descritos como “sobrecarga” (Bainbridge, Krueger, Lohfeld e Brazil, 2009).

Vários estudos descrevem os aspetos negativos, sinais e sintomas do stress associado ao cuidador e ao cuidado de utentes dependentes. Existem piores níveis de sobrecarga nos cuidadores mais jovens e profissionalmente ativos, indicando que vários fatores socioprofissionais poderão ter uma influência marcada no nível de sobrecarga e QV do cuidador informal (CI) (Almeida, Martins, Rezende, Schall e Modena, 2013; Falcão, Flauzino e Fratezi, 2009; Margaret e Esther, 2012).

Apesar dos diversos estudos realizados sobre a QV e sobrecarga do CI, estas variáveis bem como os seus determinantes em populações específicas, não estão completamente estabelecidos. Assim os objetivos do presente estudo foram: a) caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores informais (CI) de utentes internados nas unidades de cuidados continuados (UCC) do Algarve; b) avaliar as relações entre a QV e o nível de sobrecarga destes cuidadores informais.

## **Método**

### *Participantes*

A amostra foi seleccionada por conveniência e incluiu 71 CI residentes no Algarve (Portugal) que cuidavam utentes internados nas três tipologias de UCC, com diferentes tempos de internamento: 23 da Convalescência (UC-30 dias) (32,4%); 22 da Média Duração (UMDR-30 a 90 dias) (31%), e 26 da Longa Duração (ULDM > 90 dias até 1 ano) (36,6%).

### *Instrumentos*

O WHOQOL-brief, desenvolvido pela OMS (WHOQOL group, 1995) e validado para a população portuguesa por Canavarro et al. (2006), para avaliar a QV. É composto por 26 itens, organizado em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações sociais e Ambiente, numa escala de 5 pontos em que é avaliada a intensidade, a capacidade, a frequência e a avaliação. A pontuação varia entre 0 e 100 pontos e à pontuação mais alta corresponde melhor QV. Neste estudo a avaliação da consistência interna obtida é aceitável com um alfa de Cronbach de 0,94 para a Escala Global, 0,85 para o domínio Físico, 0,87 para o Psicológico, 0,69 para as Relações Sociais e 0,79 Ambiente.

A QASCI foi desenvolvida por Martins, Ribeiro e Garrett (2003) e avalia a sobrecarga física, emocional e social dos CI. Inclui 32 itens avaliados por escala ordinal de frequência variável de 1 a 5. Integra 7 dimensões: Implicações na vida pessoal do cuidador (11 itens), Satisfação com o papel e com o familiar (5 itens), Reações a exigências (5 itens), Sobrecarga emocional do familiar (4 itens), Suporte familiar (2 itens), Sobrecarga financeira (2 itens) e Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo (3 itens). As pontuações destas subescalas foram invertidas para que os valores mais altos correspondessem a situações com maior sobrecarga. Neste estudo obteve-se uma boa consistência interna, tendo os valores do coeficiente alfa de Cronbach variado entre 0,61 e 0,88.

O questionário sociodemográfico construído *ad hoc* caracteriza o CI, constituído por questões que incluem informações sociodemográficas dos cuidadores, sobre a prestação de cuidados e os utentes.

### *Tipo de estudo e Procedimento*

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e correlacional. Os dados foram recolhidos por entrevista, após aprovação pelo conselho de ética da ARS Algarve e o consentimento informado de cada participante.

Para o tratamento dos dados utilizou-se programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19, com recurso a estatística descritiva e inferencial. Algumas das dimensões da QV e sobrecarga não apresentaram distribuição normal, optando-se por aplicar os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparação de médias. O teste de correlação de Pearson foi aplicado para analisar a

correlação entre os componentes da QV e da sobrecarga e a de Spearman para as variáveis independentes ordinais.

## Resultados

Os participantes tinham uma idade média de 55,6 ( $DP = 15,9$ ), inferior a 65 anos (70,0%) e eram maioritariamente do sexo feminino (71,8%), casados ou em união de facto (69,0%), coabitavam com o cônjuge (60,6%), eram ativos (49,3%), de classe média (86,7%), familiares diretos (46,5%), com outra relação (familiares indiretos, amigos, vizinhos) (33,8%) ou cônjuges do utente (19,7%). A maioria não tinha cuidado anteriormente de outro idoso (73,5%), nem de doente gravemente dependente (57,7%), e eram cuidadores há menos de 1 ano (55%), 6 horas/dia (80%). 23,2% prestava cuidados há mais de 3 anos.

A maioria dos CI não adquiriu doença relevante depois de iniciar a prestação de cuidados (87,0%), não sofreu impactos negativos na saúde por prestar cuidados (67,2%), não tomava medicação habitualmente (57,1%) e não recebia apoio psicológico (91,4%).

Na tabela 1, comparam-se níveis de QV e sobrecarga dos CI não se observando diferenças significativas entre os tipos de unidade quanto à QV. Na sobrecarga apenas verificámos diferenças significativas na componente Eficácia e Controlo ( $p = 0,03$ ), significativamente inferior nos cuidadores de utentes das UC ( $M = 36,4$ ;  $DP = 23,2$ ), quando comparados com as UMD ( $M = 56,1$ ;  $DP = 22,6$ ) e as ULD ( $M = 53,0$ ;  $DP = 30,9$ ).

Na componente Eficácia e Controlo os CI reportaram maior sobrecarga ( $M = 48,7$ ;  $DP = 7,1$ ), seguida do Suporte Social ( $M = 39,2$ ;  $DP = 30,8$ ). A dimensão Reações a Exigências revelou valores mais baixos de sobrecarga ( $M = 18,6$ ;  $DP = 17,9$ ). Na QV, verificaram-se níveis satisfatórios nos domínios, com uma média de 62,6 ( $DP = 16,4$ ), no domínio Ambiente e de 68,7 ( $DP = 19,3$ ), no domínio físico.

Tabela 1

Comparação de médias entre a sobrecarga e a qualidade de vida nos cuidadores segundo as tipologias de UCCI do Algarve

Dimensões	Tipo de Unidade			Total	$\chi^2$	p
	UC	UMD	ULD			
	M (DP)	M (DP)	M (DP)			
<b>Sobrecarga</b>						
Sobrecarga Emocional	31,8 (20,5)	35,5 (20,9)	32,3 (26,1)	33,2 (22,6)	0,65	0,724
Vida Pessoal	32,7 (20,3)	37,0 (23,3)	27,5 (20, 6)	32,2 (21,5)	2,35	0,309
Sobrecarga Financeira	41,5 (30,2)	24,4 (23,6)	24,5 (26,4)	29,9 (27,6)	5,10	0,078
Reações Exigências	23,4 (17,7)	17,3 (19,9)	15,6 (16,2)	18,6 (17,9)	2,78	0,249
Eficácia Controlo	36,4 (23,2)	56,1 (22,6)	53,0 (30,9)	48,7 (27,1)	7,18	<b>0,028</b>
Suporte Familiar	30,7 (28,3)	40,5 (32,8)	45,5 (30,6)	39,2 (30,8)	2,47	0,291
Satisfação Papel Familiar	18,9 (12,2)	24,1 (19,0)	20,4 (26,9)	21,1 (19,9)	1,73	0,421
<b>Qualidade de Vida</b>						
Domínio Psicológico	66,3 (18,3)	67,4 (12,7)	59,7 (24,7)	64,3 (19,5)	0,83	0,661
Domínio Físico	65,1 (19,8)	75,7 (17,0)	66,4 (20,0)	68,7 (19,3)	3,70	0,158
Domínio Relações Sociais	72,4 (18,4)	64,8 (17,2)	64,9 (21,6)	67,3 (19,3)	2,29	0,318
Domínio Ambiente	63,2 (15,4)	64,63 (9,61)	60,3 (21,5)	62,6 (16,4)	0,80	0,670
Qualidade de vida global	3,23 (0,75)	3,36 (0,58)	3,24 (0,72)	3,28 (0,68)	0,31	0,856
Satisfação com a saúde	3,36 (1,00)	3,59 (0,85)	3,46 (0,76)	3,47 (0,86)	0,81	0,667

\*p <0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\* p ≤ 0,001

Na tabela 2, apresentamos os resultados das relações entre os domínios da QV e dimensões da sobrecarga. As dimensões Sobrecarga Emocional e Vida Pessoal apresentaram correlações negativas estatisticamente significativas com todos os domínios da QV. A dimensão Sobrecarga Financeira apresentou idêntico comportamento, exceto no domínio das Relações Sociais. Na dimensão Reações a Exigências, verificou-se correlação negativa estatisticamente significativa apenas com o Domínio Físico da QV. Verificou-se correlação negativa significativa entre a dimensão Suporte Familiar e o Domínio das Relações Sociais.

Tabela 2

Relações entre a sobrecarga e os domínios da QV do cuidador

	Sobrecarga		Reações		Suporte		Satisfação
	Emocional	Pessoal	Financeira	Exigências	Controlo	Familiar	Familiar
Psicológico	-0,52**	-0,39**	-0,53**	-0,24	0,02	-0,18	-0,40**
Físico	-0,42**	-0,36**	-0,56**	-0,29**	0,02	-0,12	-0,21
Rel. Sociais	-0,44**	-0,25*	-0,24	-0,04	-0,14	-0,52**	-0,18
Ambiente	-0,45**	-0,31**	-0,48**	-0,07	0,08	-0,19	-0,18
QV Global	-0,37**	-0,33**	-0,43**	-0,09	-0,01	-0,16	-0,14
Satisf. Saúde	-0,32**	-0,27*	-0,53**	-0,23	0,03	0,02	-0,05

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

### Discussão

Os CI reportaram níveis mais elevados de sobrecarga nas componentes Eficácia e Controlo e Suporte Social e níveis satisfatórios de QV em todos os domínios, variando entre  $62,6 \pm 16,4$  para o domínio Ambiente e  $68,7 \pm 19,3$  para o domínio físico. Estes resultados foram semelhantes aos de outros estudos (Amendola et al., 2008; Cardona-Arias, Álvarez-Mendieta e Pastrana-Restrepo, 2012).

A sobrecarga foi mais elevada no controlo da eficácia e mais baixa nas reações às exigências ( $48,67 \pm 27,1$  e  $18,62 \pm 17,9$  respetivamente). Os CI apresentaram níveis consideráveis de sobrecarga física, emocional e social, assim como, as implicações na vida pessoal do cuidador e sobrecarga emocional resultantes do processo de cuidar constituem fatores determinantes da sobrecarga do cuidador. Os resultados das correlações entre QV e Sobrecarga, demonstram que os CI com maior sobrecarga, especialmente nas dimensões Sobrecarga Emocional e Vida Pessoal, referem também pior QV. Estes resultados foram similares aos de estudos prévios sugerindo que a sobrecarga juntamente com a dependência do idoso preditivo de alterações do humor da cuidadora, revelando desânimo, raiva e hostilidade (Bainbridge et al., 2009; Nardi, Rigo, Brito, Santos e Bós, 2011).

### Conclusão

Concluimos que os CI apresentam nível satisfatório de QV mais elevada no domínio físico e nível elevado de sobrecarga na dimensão da eficácia do controlo. Os

cuidados que prestam têm impacto na sua QV, sendo que, todas as dimensões da sobrecarga com exceção da eficácia do controlo e à satisfação do papel familiar contribuem para a diminuição da QV dos CI.

Avançamos algumas limitações ao nosso estudo pela reduzida amostra com dados de uma região geográfica – Algarve, não permitindo extrapolar os achados a todo o território. Em futuras investigações, consideramos importante estudar CI de vários pontos do país, bem como, se o grau de dependência que a doença acarreta no utente influencia nas perceções e sentidos dos cuidadores.

Entendemos que a temática do cuidador informal das UCC, no futuro ganhará contornos que não irá passar despercebida, sendo necessárias atuações dirigidas a fomentar a intervenção multidisciplinar, a formação e a investigação, promovendo encontros com sentido entre cuidadores e utentes, bem como, a criação de grupos de apoio e orientação ao CI.

### **Agradecimentos**

Este artigo é financiado por Fundos Nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto UID/SOC/04020/2013.

### **Referências**

- Almeida, S. S., Martins, A. M., Rezende, A. M., Schall, V. T. e Modena, C. M. (2013). Sentidos do cuidado: a perspectiva de cuidadores de homens com câncer. *Psico-USF, 18*, 469-478.
- Amendola, F., Oliveira, M. A., e Alvarenga, M. R. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem, 17*(2), 266-72.
- Bainbridge, D., Krueger, P., Lohfeld, L., e Brazil, K. (2009). Stress processes in caring for an end-of-life family member: Application of a theoretical model. *Aging & Mental Health, 13*(4), 537 – 545.
- Cardona-Arias, J. A., Álvarez-Mendieta, M. I., e Pastrana-Restrepo, S. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores de hogares geriátricos. *Revista Ciencia y Salud, 12*, 139-55.

- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). *Qualidade de vida*. Recuperado de <http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm-2009>
- Falcão, D. V., Flauzino, K. L., e Fratezi, F. R. (2009). Rede de suporte social e doença de Alzheimer: o caso de um cônjuge idoso cuidador. Em D.V. Falcão e L.F. Araújo (Orgs.), *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (pp.45-66). Campinas, SP: Alínea.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011. Resultados provisórios, dezembro*. Acedido a 24 novembro 2015 em <http://censos.ine.pt/>
- Margaret, F., e Esther, M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 307(4), 398–403.
- Martins, M. C., e Melo, J. (2006). Cuidados continuados, uma aposta para o futuro! *Milenium Spectrum*, 103-106.
- Martins, T., Ribeiro, J. P., e Garrett, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 131-148.
- Nardi, T., Rigo, J. C., Brito, M., Santos, E. L., e Bós, A. J. (2011). Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do núcleo de atendimento à terceira idade do exército. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14, 511-519.
- Nascimento, E. R., Barbosa, M. A., Brasil, V. V., Sousa, A. L., Amaral, G. F., e Jácomo, P. J. (2013). Qualidade de vida de quem cuida de portadores de demência com corpos de Lewy. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62,144-52.
- Pegoraro, R. F., e Caldana, R. H. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 11, 569-577.
- Santos, A. F., e Cardoso, C. L.(2012). Autopercepção do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental. *Psicologia em Estudo*, 17, 93-101.
- World Health Organization (WHO). (1998). Whoqolgroup. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-85.

## A FUNÇÃO ORGANIZADORA DA ESCRITA DE SI NA CLÍNICA DOS ESTADOS-LIMITE

**Eliana Rigotto-Lazzarini**

*Universidade de Brasília/Lab. Psicanálise e Subjetivação*

### **Resumo**

As transformações sociais na contemporaneidade trouxeram novos paradigmas a serem confrontados: mais da metade da clientela psicológica e psiquiátrica é composta de pacientes-limite. Tais pacientes são descritos como aqueles que sofrem problemas de limites e incertezas entre o eu realidade e o eu ideal e entre o eu corporal e o eu psíquico. Tais estados são devidos à cultura atual, que fomenta a ambição e o uso de drogas químicas e também favorece a imaturidade. Na clínica de pacientes-limite enfrentamos coisas difíceis de dizer, traduzir, representar. Os pacientes se encontram sobretudo defendidos, falam de uma sensação de isolamento e de exclusão do mundo; falam também de uma sensação de vazio e de intenso medo. Portanto, temos especial interesse em torno da escrita e seu uso em Psicanálise. Durante o processo clínico de reconstituição das fronteiras psíquicas, ocorrem desafios, uma vez que são pacientes que se mostram resistentes ao método clássico da Psicanálise, desafiando profissionais a reinventar o modo de escuta. Quanto ao *modus operandi* da psicanálise, nossa hipótese é que a escrita pode trazer sentido e alívio a uma angústia que extravasa. A escrita pode ser uma ferramenta para impor limites para que o sujeito possa suportar a angústia dentro de si mesmo.

**Palavras-chave:** Psicanálise, pacientes-limite, escrita autobiográfica.

## THE ORGANIZING FUNCTION OF THE SELF WRITING IN THE BORDERLINE STATES

### **Abstract**

The social transformations in the contemporary society have brought new paradigms to be confronted: more than a half of a psychology or psychiatric clients today are composed by limited patients. Such patients are described as being those who suffering



from lack of limits between corporal self and psychic self and between reality self and ideal self. Such state are due to the current culture that encourages ambition and the use of chemical drugs. The culture also encourages the immaturity. In the borderline clinic ordinary things are difficult to be said, learned, translated and represented. The patients talk about a terrified sensation of fear, isolation and exclusion; they always complain over emptiness and a sense of abandonment. The challenge is the reconstitution of the psychic borders. Those patients refusing to get in the psychoanalysis current procedures and psychoanalysts must create a new form of listening. In this way, there is an special interest around written and its utilization. This approach is such more important as much as the writting witnesses a traumatic experience. In the psychoanalysis *modus operandi* we assume that the register on paper could be a special source which can bring relief and sense to the formless angst and also fixe borders to support life challenges.

**Keywords:** psychoanalysis, borderline, autobiographical writting

### Resumen

Las transformaciones sociales en la contemporaneidad a traido nuevos paradigmas a ser confrontado: más de la mitad de la clientela se compone de los pacientes ditos limites. Tales pacientes se describen como los que sufren problemas de lacunas y de limites y incertitudes entre el yo realidate y el yo ideal y entre el yo psíquico y el yo corporal. Tales estados son debidos a la cultura actual la qual fomenta la ambicion y el uso de drogas quimicas. La cultura actual tambien favorece la inmaturez. En la clinica de los pacientes fronterizos enfrentamos cosas dificiles de decir, traducir, representar. Los pacientes se encuentran sobremanera defendidos, hablan de una sensación de aislamiento y exclusión del mundo; hablan tambien de una sensación de vacio y intenso miedo. Por lo tanto tenemos especial interés alrededor de la escrita y su uso en psicoanálisis. Durante el proceso clínico de la reconstitución de las fronteras psíquicas es el reto, ya que son pacientes que se niegan al juego clásico del psicoanálisis, desafiando a los profesionales para reinventar el modo de escucha. En relación con el *modus operandi* del psicoanálisis nuestra hipótesis es que la escritura puede aportar sentido y relieve a una angustia qui extravaza. La escrita puede ser una herramienta para imponer límites por lo que el sujeto puede soportar la angustia dentro de sí mismo.

**Palabras-clave:** psicoanálisis, paciente fronterizo, escrita de si

## Introdução

Muito se fala dos fenômenos sociais e psíquicos atuais que remontam às últimas décadas do século XX e início do século XXI como sendo definidos pela cultura do narcisismo. Se interiorização e reflexão sobre si eram marcas de séculos anteriores o que vemos ocorrer em nosso tempo é a ausência de um princípio unificador e a exacerbação da individualidade numa cultura narcisista por excelência.

Expressões como, “novas características das subjetividades na contemporaneidade” designam uma condição peculiar caracterizada por uma mudança no perfil dos pacientes na clínica psicanalítica contemporânea. Observa-se o surgimento de manifestações psicopatológicas diversas das neuroses clássicas e mais ligadas às psicopatologias narcísicas.

Concluimos que os temas insurgentes dizem respeito ao medo intenso, à insegurança, à falta de limites, à desesperança e a vergonha. Roudinesco (1999) enfatiza que a depressão – como forma atenuada da melancolia – tornou-se epidemia psíquica nas sociedades democráticas e domina a subjetividade contemporânea. As toxicomanias se tornaram emblemáticas, assim como as condições da bulimia, anorexia, doenças psicossomáticas, síndrome do pânico e as diversas formas de adição.

As transformações sociais na contemporaneidade trouxeram novos paradigmas a serem confrontados. Autores psicanalíticos contemporâneos ressaltam que a mudança na natureza do sofrimento dos pacientes que procuram pela psicanálise tem sido significativa nos últimos anos, ou seja, mais da metade da clientela é constituída pelos estados-limite e/ou pacientes-limite. Tais pacientes são descritos como sendo aqueles que sofrem de uma falta de limites e de incertezas na fronteira entre o Eu psíquico e o Eu corporal, entre o Eu realidade e o Eu ideal, entre o que depende de si e o que depende do outro; sofrem também de bruscas flutuações nestas fronteiras com quedas na depressão e na melancolia. Tais estados, segundo Anzieu (2000), se devem muito à cultura atual que cultiva ambições, encoraja a abolição de sentimentos, encoraja a utilização de drogas químicas e favorece a imaturidade.

Tendo isto como referência propomos uma reflexão em torno da escrita e sua utilização em psicanálise, especialmente na clínica dos pacientes-limite. Refletir sobre a importância da escrita na clínica psicanalítica, não somente a partir das anotações feitas

pelo psicanalista, mas também da escrita de si ou escrita autobiográfica do paciente e a assunção do sujeito nesta escrita. No exercício da clínica dos casos-limite o processo de reconstituição das fronteiras psíquicas é o próprio desafio (Candi, 2010), desafio aos profissionais para reinventarem a modalidade de escuta. E a escrita pode auxiliar na abertura deste caminho.

### **Estados-limite ou pacientes-limite – delineando o espectro**

André (2011) esclarece que um dos índices de dificuldade ao trabalharmos com os pacientes-limite é a largura do espectro de fenômenos: tonalidade depressiva, soluções adictas e somáticas, a clivagem mais do que o recalque, o ato mais do que a fantasia e o pensamento, o ataque contra o pensamento mais do que os pensamentos evitados, o insight maciço do funcionamento mais do que a revelação do sentido.

Green (2000) observa que o papel da psicanálise, e por suposto do psicanalista, “não é o de conformar socialmente, nem o de normalizar”, mas que “o psicanalista deverá respeitar o equilíbrio precário encontrado pelo paciente nas formações de compromisso, as únicas que lhes são acessíveis” (p. 146). Pensamos ser mister manter a possibilidade de abertura na clínica psicanalítica a estas formas de subjetivação buscando maneiras criativas de lidar com a manifestação psicopatológica.

Na clínica dos pacientes-limite nos confrontamos com coisas difíceis de serem ditas, traduzidas, apreendidas, representadas, uma vez que o discurso do paciente recorre a matérias diversas para se expressar “(...) uma poligrafia do inconsciente como se este utilizasse diversos sistemas de escritura para expressar-se” (Green, 1994, p. 45). São pacientes que se apresentam defendidos do mundo e/ou dele indiferenciados. Falam de uma sensação de isolamento, exclusão do mundo e de si mesmos; queixam-se de vazio, de abandono e de medo de exposição. Os movimentos do mundo os atordoam e necessitam aprender sobre os atos que possibilitem experiência de pertencimento.

A experiência clínica com pacientes-limite revela a perda da capacidade de sonhar e de se manter em associação livre e, portanto, para estes pacientes, escrever pode ser um veículo seguro e criativo para acessar e refletir sobre algo que, de outra forma, seria difícil ou quase impossível de ser acessado (Lazzarini e Viana, 2004). Pontalis (1991) argumenta que no trabalho com o inconsciente o analista nunca pode se comportar de maneira linear, porquanto se depara com um movimento cíclico vez que o inconsciente se revela fugazmente. Acreditamos que é neste movimento de aparecimento do

inconsciente que se dá a possibilidade para a escrita como porto seguro para transportar a associação livre, as recordações e os procedimentos transferenciais

Na escrita de si, ou escrita autobiográfica, a narrativa apresenta uma encenação da interlocução interna, da representação de si diante do olhar do outro. O escrito e a cena viva se assemelham, pois é um olhar de observador que dá contorno àquilo que é da ordem do incontornável. A escrita como um apelo ao outro que persiste mesmo que esse não possa ou não consiga ver ou escutar. Essa aproximação é ainda mais esclarecedora quando a escrita de si vem testemunhar uma experiência traumática caracterizada pela ligação entre a ameaça à vida e a ameaça ao sentimento de pertença humana, a desaparecimento de si e a desaparecimento em si (Chiantaretto, 2011a).

Com relação ao *modus operandi* da psicanálise o registro no papel pode ser um recurso que permite dar vida ao personagem e concretização à cena. Supomos que a marca da realidade fica impressa no papel presentificando o desejo inconsciente e possibilitando uma nova inteligibilidade sobre as nuances do subjetivo. Green (1994) a isto ressalta que a escritura é o desvelamento de uma trama inconsciente.

Nossa hipótese é de que a escrita e, especificamente a escrita de si como construção subjetiva, pode trazer sentido e alívio a uma angústia que extravaza, vez que essa em excesso atualiza o risco de que as bordas psíquicas se desfaçam. A escrita formata, na condição de letra, a angústia informe e difusa colocando barreiras para suportá-la dentro de si. Nos estados-limite, uma palavra que é absoluta, que vem de fora desfaz as fronteiras do corpo e da psique, instaurando uma dimensão de angústia que vai implicar uma ruptura da borda (Costa, 2012). A escrita de si instaura uma palavra própria, que pode dar conta de reconstituir as barreiras.

Na situação de análise, Freud (1937/1975) faz notar que o trabalho de construção é um trabalho preliminar que abre caminho à associação livre e à interpretação que sobre ela incide. Na clínica dos estados-limite nos encontramos, não raramente, frente a uma impossibilidade do paciente de se lembrar: uma dificuldade de fazer laço com os fragmentos de sua história. A escrita, na forma de construção, pode abrir a possibilidade de reconstituir a associação livre e a interpretação que sobre ela incide.

Na condição de escritor o paciente quando retoma seu texto também passa a condição de leitor e se torna parte da história, mas a partir de um olhar de fora, olhar de observador. Promover o diálogo entre as partes, escritor e leitor/observador pode oferecer alguma brecha para o pensamento. Ressalta Kloczack (2004) que à medida que

as lacunas, os silêncios, as associações forem sendo preenchidos podemos articulá-las dentro de um novo conjunto que é o da experiência humana, até ocupar o seu lugar de lembranças recuperadas. A história (re) construída recupera ocorrências, eventos marcados pelo tempo, partes da história perdida que vão dando contorno ao informe e sustentando a angústia.

### **Escrita de si, escrita autobiográfica e construção da subjetividade.**

A escrita autobiográfica ou a escrita de si, termo cunhado por Chiantaretto (2011a), se define por tratar da vida individual de um sujeito, no qual autor, narrador e personagem mantêm uma relação de identidade. É uma escrita que tem como objeto o si do sujeito, uma análise da história de uma vida, a vida do sujeito narrada por ele próprio. É uma tentativa de dar conta de uma existência e de sua constituição. Não é um relato acabado, pois que há sempre a possibilidade de uma continuidade já que o autor/narrador/personagem pode retomar a narrativa do texto, como continuidade do relato anterior. A escrita autobiográfica pode ser considerada uma reconstrução, uma reconquista de si; representa um renascimento, pelo lugar distinto que o sujeito-escritor ocupa frente a sua vida, de modo crítico e reflexivo.

As lembranças, diz Freud (1937/1975), são construídas, ou seja, o que possuímos são fragmentos de lembranças que necessitam de passar por um trabalho de construção, por meio do qual se atribui significado. As lembranças no relato autobiográfico também passam por um trabalho de construção o que qualifica tal tipo de narrativa e pode ser vista como uma reescrita da história do sujeito, o que pressupõe um vivido e também uma elaboração. É a reconstituição da história da vida narrada como transformadora e reconstituente do sujeito, na medida em que ele toma consciência das nuances de seu percurso, podendo ressignificar suas experiências, saindo de uma posição de alienação frente à história e situando-se como agente de sua vida (Teixeira, 2003). Além disto, um relato autobiográfico, na forma da escrita, que se estrutura pela narrativa ordenada de fatos, de eventos cronologicamente organizados, pode revelar um outro texto que pode ser lido de modo subliminar, um texto que tem a marca do sujeito que realizou e participou de todos esses acontecimentos, um escrito que, distintamente do que encobre, traz à tona a trama de desejos que move o sujeito, sem que ele tenha consciência disso.

Sabemos, contudo, que inúmeros eventos da vida de uma pessoa não são passíveis de serem significados, isto é, há uma distância fundamental e originária entre o sujeito e

o seu vivido, distância fundada na radicalidade do inconsciente, já que a verdade do desejo só pode ser suposta, ou seja, há sempre algo que escapa de uma compreensão absoluta da vida.

Como tomar então a autobiografia, o relato de si partindo desta concepção de sujeito pensado pela psicanálise, sujeito dividido e, portanto, impossibilitado de atribuir um sentido linear a sua história de vida? Podemos responder esta pergunta sustentando que o objetivo de toda análise não é o de tornar o sujeito acabado, pronto e inteiro, mas o de quebrar a ilusão de um ser único e de questionar os modelos identificadores pelos quais o sujeito organizou e organiza a sua vida e a sua história. Falar em sujeito psicanalítico é falar de um sujeito que através de seu reconhecimento (pelo outro) e apropriação, é lançado no seu destino, um destino que lhe é próprio e no qual está implicado, mesmo que não se dê conta disso.

Chiantaretto (2011a) observa que a escrita de si pode constituir um prolongamento criativo do processo de análise com os pacientes-limite e em certos casos pode figurar como indispensável para se experimentar ser na presença do outro.

Com estes casos, acrescenta Chiantaretto (2011a), a escrita de si pode ser considerada uma tentativa de construir um espaço continente intermediário não pertencente nem somente ao analista e nem somente ao analisando possibilitando um trabalho de co-pensamento impossível de outra maneira. Chiantaretto (2011b) adverte que ao se colocar em cena as palavras, a escrita de si nos mostra em andamento aquilo que não anda ou anda mal na análise nos estados-limite, ou seja, a possibilidade de falar de uma experiência interior de si. Falar de si supõe uma confiança mínima nas palavras, uma relação confiante na linguagem, uma promessa de escuta: esta confiança está condicionada aos primeiros tempos da vida pela possibilidade de se fiar à psique materna, por sua capacidade de dar sentido às necessidades do bebê e auxiliá-lo na tradução de seus desejos – isto que falta precisamente nos estados- limite.

## **Conclusão**

A escrita da história do sujeito é entrecruzada pela interminável história de sua vida, já que o sujeito reconstrói-se continuamente a partir das questões subjetivas que o afligem. A autobiografia não se constitui como narrativa da homogeneidade e estabilidade interna, mas consiste em uma tentativa de se defrontar com a singularidade e a diferença na sua relação com o outro.

No trabalho analítico com os pacientes-limite, analisando e analista tropeçam frequentemente num vazio dentro da tessitura da palavra. Pensando neste arcaico e na possibilidade de fazer uma inscrição que não foi possível ser feita, a escrita de si pode ser um instrumento para que este vazio tenha condições de ser minimamente preenchido de tal forma que ambos, analista e analisando, possam ser construtores, leitores e tradutores de um texto perdido, mas reencontrado e reescrito na situação de análise.

### **Agradecimento**

À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/ Brasil pela concessão de Bolsa para Estágio Senior no Exterior – Pós Doutorado. Processo : BEX 2854/15-5

### **Referências**

- André, J. (2011). L'unique objet. Em J. André (Org.), *Les États Limits*. Paris: Press Universitaires de France.
- Anzieu, D. (2000). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Candi, T. (2010). *O duplo limite – o aparelho psíquico de André Green*. São Paulo: Escuta.
- Chiantaretto, J-F. (2011a). Ecritures de soi, écritures des limites. *Revista Polis e Psique*, 01(2), 130 -152.
- Chiantaretto, J-F. (2011b). *Trouver en soi la force d'exister*. Paris: Campagne Première.
- Costa, A. (2012). Rasura e Angústia: a função do velamento do corpo. Em A. Costa e D. Rinaldi (Orgs.), *A escrita como experiência de passagem*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.
- Freud, S. (1975). Construções em análise. Em *ESB das Obras Completas de Sigmund Freud, XXIII*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1937).
- Green, A. (1994). *O desligamento*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Green, A. (2000). *As cadeias de Eros*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kloczack, L. (2004). Contar uma história: questão de método. Em F. Hermann e T. Lowenmickron (Orgs.), *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lazzarini, E. R., e Viana, T. C. (2004). Do que se lê ao que se escreve: leitura e escrita em psicanálise. *Pulsional Revista de Psicanálise*, XVII(180), 46-53.
- Pontalis, J-B. (1991). *A força de atração*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Roudinesco, E. (1999). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Teixeira, L. C. (2003). Escrita autobiográfica e construção subjetiva. *Psicologia USP*, 14(1), 37-64.

**ASPECTOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL IMPLICADOS EN LA  
SALUD FÍSICA: DIMENSIONES ESPECÍFICAS, VÍAS DE ACCIÓN E  
INDICADORES DE SALUD**

**Noelia Monterde\* y M<sup>a</sup> Isabel Casado\*\***

*\*Magíster en Inteligencia Emocional e Intervención en Emociones y Salud. Facultad de  
Psicología (UCM); \*\*Departamento de Psicología Básica II (Procesos cognitivos).  
Facultad de Psicología, UCM*

**Resumen**

En las últimas décadas, el sólido volumen de investigación sobre los aspectos psicológicos disfuncionales como factor de riesgo para la salud, se está completando con el estudio de factores de protección, como la inteligencia emocional (IE). La evidencia acumulada concluye que la IE habría alcanzado suficiencia y estabilidad en lo que a su relación con la salud se refiere, por lo que parece necesario dilucidar otros aspectos, como las dimensiones de la IE más significativas en la producción de tales efectos; las vías o variables mediadoras mediante las que la IE reporta beneficios a la salud o los indicadores de salud más sensibles a estos beneficios. El presente trabajo se propone revisar la literatura del campo hasta la fecha con el objetivo de esclarecer aquellos aspectos de la IE implicados en la salud física. Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica y revisión de artículos procedentes de distintas bases de datos. La literatura referente a las dimensiones de la IE indica que los individuos con mayor sensación general de bienestar, mayor capacidad para ser asertivo e influir en las emociones y decisiones de los demás y para regular las emociones e impulsos propios, así como para manejar los estresores externos, se beneficiarían de una mayor salud física. En cuanto a las vías o variables mediadoras mediante las que la IE reporta beneficios a la salud, la puesta en marcha de conductas protectoras parece jugar un papel central. Mayoritariamente los beneficios de la IE se han referido a la percepción de la salud, aunque existe cierta evidencia que los relaciona con indicadores de salud objetivos. Por último, se perfilan los posibles retos futuros para la investigación en el campo y algunas de sus implicaciones.

**Palabras clave:** Inteligencia Emocional; Salud física; Vías de acción; Indicadores de salud.

## **ASPECTS OF EMOTIONAL INTELLIGENCE INVOLVED WITH PHYSICAL HEALTH: SPECIFIC DIMENSIONS, POTENTIAL PATHWAYS AND HEALTH INDICATORS**

### **Abstract**

In the last decades, the strong body of research on the dysfunctional psychological aspects as a risk factor for health, is being completed with the study of protective factors such as emotional intelligence (EI). The accumulated evidence concludes that EI has reached sufficiency and stability in relation to health concerns. Established its predictive value, it is necessary to elucidate other aspects, such as most significant dimensions of EI in the production of such effects; pathways or mediating variables through which EI reports health benefits or most sensitive health indicators to these benefits. The purpose of this paper is to review the field's literature to date with the objective of clarifying those aspects of EI involved in physical health. A bibliographic search and review of articles from different databases, are carried out. Literature on the dimensions of EI indicates that individuals with a greater well-being, greater ability to be assertive and influence the emotions and decisions of others and to regulate their own emotions and impulses, as well as to manage the stressors, would benefit from greater physical health. Regarding the mediating pathways or variables through which EI reports health benefits, the implementation of protective behaviors seems to play a central role. Most EI benefits have been referred to the perception of health, although there is some evidence that relates them to objective health indicators. Finally, possible future challenges for research in the field and some of its implications are discussed.

**Keywords:** Emotional Intelligence; Physical health; Potential pathways; Health indicators.

### **Introducción**

Desde el cuestionamiento de la concepción puramente médica de la salud a finales del siglo pasado y la posterior consolidación de un modelo biopsicosocial, en el que la

salud pasa a ser concebida como la interacción de una multiplicidad de factores, los elementos psicológicos han sido el foco de gran parte de la investigación en este campo. La evidencia científica ha permitido la inclusión de las emociones negativas, el estrés o la personalidad, actualmente entendidos como consolidados factores de riesgo y predictores de diversos procesos de salud-enfermedad (Lazarus y Folkman, 1984; Rosenman, Brand, Scholtz y Friedman, 1976).

En las últimas décadas, este sólido volumen de investigación sobre los aspectos psicológicos disfuncionales como factor de riesgo para la salud, se está completando con el estudio de factores de protección como las emociones positivas, los recursos psicológicos, el apoyo social, el bienestar o la inteligencia emocional (IE) (Cohen, Alper, Doyle, Treanor y Turner, 2006; Extremera y Fernández-Berrocal, 2006; Holt-Lunstad, Smith y Layton, 2010; Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002).

Desde el nacimiento del constructo de IE (Salovey y Mayer, 1990) han proliferado los estudios que la relacionan con diferentes variables como el rendimiento académico, el consumo de drogas, el funcionamiento social, la salud mental y el bienestar (Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera 2001; Montes-Berges y Augusto, 2007; Palmer, Donaldson y Stough, 2002; Parker, Summerfeldt, Hogan y Majeski, 2004; Trinidad y Johnson, 2002). Mientras que en cuanto a su vínculo con la salud física, son escasos y relativamente recientes los estudios que ponen de manifiesto el papel de la IE como predictor del número de síntomas físicos referidos, el número de hospitalizaciones, los niveles de tolerancia al dolor, las prácticas o comportamientos saludables o los niveles de salud percibidos por los individuos.

Dada la evidencia acumulada incluida en varios meta-análisis, los autores concluyeron que la IE habría alcanzado suficiencia y estabilidad en lo que a su relación con la salud se refiere (Martins, Ramalho y Morin, 2010; Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar y Rooke, 2007). En el presente trabajo se pretende realizar una revisión de la literatura con el objetivo de esclarecer el rol de la IE en la salud física. Concretamente, esta revisión trata de responder a tres preguntas clave: ¿Cuáles son las dimensiones de la IE más significativas en la producción de los efectos beneficiosos sobre la salud?, ¿Cuáles son las vías o variables mediadoras mediante las que la IE reporta beneficios a la salud? Y, por último, ¿cuáles son los indicadores de salud más sensibles a estos beneficios?

## Método

En vistas a alcanzar los objetivos planteados se lleva a cabo una revisión de la literatura en el campo. La búsqueda bibliográfica se realiza en Mayo de 2015 utilizando las bases de datos PsycInfo, PsycArticles y PubMed, y el buscador en internet Google Académico. Los descriptores utilizados son: *emotional intelligence, health, physical health, health indicators y health behaviors*. Se seleccionan aquellos estudios de mayor relevancia en el campo publicados con posterioridad al año 2000.

## Resultados

Existen datos, aunque escasos, que señalan el peso diferencial de las distintas dimensiones de la IE en la salud física. Una atención excesiva hacia las emociones no reportaría ningún beneficio al ajuste físico mientras que los aspectos con efectos positivos sobre la salud serían la capacidad para comprender y reparar los estados emocionales negativos (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Extremera y Fernández-Berrocal, 2006). En un estudio reciente, utilizando las dos medidas más utilizadas de IE en el campo de la salud, el Trait Meta-Mood Scale (TMMS) (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) y el Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) (Petrides y Furnham, 2003) se delimitan las dimensiones específicas de la IE que mejor predicen los componentes de salud física y mental, así como la categoría de conductas de salud. En línea con los resultados de los dos meta-análisis al respecto, se observa que la IE es mejor predictor de salud mental que de salud física. En el caso de esta última, los mejores predictores son las subescalas de Bienestar, Sociabilidad y Auto-control del TEIQue (Fernández-Abascal y Martín-Díaz, 2015). Por tanto, dentro de la IE, la sensación general de bienestar, la capacidad para ser asertivo e influir en las emociones y decisiones de los demás y la capacidad para regular las emociones e impulsos propios, así como para manejar los estresores externos, serían los aspectos que favorecen una mayor salud física.

En relación a las vías de acción mediante las que la IE reporta beneficios a la salud física, cabe decir que los riesgos actuales para la salud en las sociedades industrializadas se asocian principalmente al estrés crónico, el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol y la obesidad, todos ellos factores comportamentales sobre los que la IE podría actuar como protector a través de la facilitación de conductas saludables (Johnson, Batey y Holdsworth, 2009). En primer lugar, los individuos con alta IE son

más proclives a mantener prácticas de salud proactivas (ejercicio regular, dieta sana, sexo con protección, etc.) así como comportamientos relacionados con la salud como la búsqueda de ayuda, la adhesión a las prescripciones o el seguimiento de las citas médicas. Por ejemplo, Tsaousis y Nikolaou (2005) afirmaron con su estudio que altas puntuaciones en IE se asocian con un menor consumo de tabaco y alcohol y mayores niveles de ejercicio físico. Por otro lado, la faceta interpersonal de la IE (identificación, expresión, comprensión y regulación de las emociones en otros) podría estar facilitando las interacciones con los profesionales sanitarios.

A nivel biológico, las investigaciones de Salovey et al. (2002) sugirieron que la menor reactividad al estrés asociada a la IE podría estar actuando como nexo entre la competencia emocional y el funcionamiento físico. Concretamente, es posible que los individuos con alta IE valoren los estresores e impedimentos del entorno como retos, llevándoles a respuestas psicológicas, comportamentales y fisiológicas menos aversivas para la salud en sus interacciones con el ambiente. En línea con estos resultados, otros autores demostraron que la secreción de cortisol ante un estresor experimental como “tener que dar un discurso en público” era menor en los individuos con alto rasgo de IE, tras controlar otros factores de personalidad, sugiriendo que la IE sería un predictor de uno de los componentes de la respuesta fisiológica al estrés, lo cual podría contribuir al funcionamiento físico (Mikolajczak, Menil y Luminet, 2007). Otra de las posibles vías de acción de la IE sobre la salud física hace referencia a su faceta interpersonal. Mediante la facilitación de mayores redes de apoyo social la IE generaría un colchón protector al que recurrir ante los procesos de enfermedad y el estrés (Zeidner, Matthews y Roberts, 2012).

En tercer lugar, en cuanto a las variables utilizadas como indicadores de salud, destaca la sobreutilización de medidas autoinformadas, lo que conlleva serias limitaciones en las conclusiones. Peores niveles de salud autoinformada podrían tratarse en realidad de una mayor tendencia a la queja, más que de problemas o limitaciones físicas reales.

A este respecto, son escasos los estudios sobre IE que utilizan como indicadores de salud física datos objetivables. Entre estos últimos, se hace imprescindible reparar en un estudio representativo de la población belga sobre competencia emocional y salud (Mikolajczak et al., 2015). En este estudio, se incluyen, entre los indicadores de salud, datos aportados por el sistema sanitario belga relativos al número de visitas médicas,

número y duración de las hospitalizaciones de los participantes y un indicador de su consumo medio diario de medicación. Los resultados concluyen que la IE, conceptualizada como competencia emocional y evaluada mediante el TEIQue-SF, presenta validez incremental para predecir dichos indicadores de salud objetivos sobre el resto de predictores incluidos (edad, sexo, Índice de Masa Corporal, educación, afecto positivo, afecto negativo, apoyo social y hábitos alimenticios y de actividad física), indicando que la IE es un predictor confirmado, pero desatendido, de salud. El segundo estudio de la misma investigación revela que a mayores niveles de IE menor es el gasto en cuidados de salud tanto para la sociedad como para el individuo. Concretamente, los sujetos con baja IE suponen un gasto de 2 billones de euros más al año para la Seguridad Social en Bélgica.

Los indicadores biológicos de salud física en su relación con la IE son prácticamente inexistentes, aunque algunos estudios sugieren una menor secreción de cortisol en personas con alta IE que podrían llevar, en última instancia, a un mejor estado de salud (Mikolajczak et al., 2007; Salovey et al., 2002).

## **Conclusiones**

En definitiva, el panorama actual de la investigación en el campo confirma el papel predictivo de la IE en la salud física, concretamente de la IE entendida como un rasgo similar a las características de personalidad. Se requieren estudios con medidas de habilidad para verificar si al conceptualizarla como una capacidad del individuo, evaluada mediante pruebas de ejecución, exentas de la subjetividad del individuo, se obtienen también datos que la asocien con un mejor ajuste y funcionamiento físicos. No todas las habilidades y aspectos que conforman la IE tendrían los mismos beneficios para la salud. Seguir ahondando en las dimensiones con mayor peso sobre la salud permitirá elaborar intervenciones precisas que centren sus esfuerzos en la mejora de los aspectos de la IE más significativos para el objetivo a alcanzar.

Respecto a las vías mediante las que la IE repercute sobre la salud, parece que los factores comportamentales tienen un papel central.

Mayoritariamente los beneficios de la IE se han referido a la percepción de la salud. Se hacen necesarios más estudios que incluyan indicadores objetivos, aunque ya existe cierta evidencia que relaciona la IE con un menor consumo de recursos sanitarios, menor número y menor duración de las hospitalizaciones y menor uso de medicación.

Aunque se requiere de mayor evidencia que delimite los aspectos todavía difusos, como qué condiciones médicas se beneficiarían en mayor medida de mejoras en la IE, tal vez haya llegado el momento de incluir intervenciones entre las medidas adoptadas por los sistemas sanitarios para prevenir la enfermedad.

Las implicaciones de una mayor IE no parecen restringirse únicamente al ámbito individual, en el que el sujeto goza de un mejor estado de salud, sino que sus beneficios se extienden a la sociedad en su conjunto. Las cifras económicas, como se ha señalado, ponen de manifiesto la conveniencia de tener en cuenta estos aspectos entre las políticas de salud. Y, aunque nuestra función, como profesionales sanitarios, sea la de la promoción de la salud, tal vez evidenciar el coste económico de no hacerlo sea el medio para alcanzar ese fin último de una mayor salud y calidad de vida.

### Referencias

- Cohen, S., Alper, C. M., Doyle, W. J., Treanor, J. J., y Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or Influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, *68*, 809–815.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, *91*, 47–59.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, *9*(1), 45–51.
- Fernández-Abascal, E. G., y Martín-Díaz, M. D. (2015). Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. *Frontiers in Psychology*, *6*, 317.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., y Extremera, N. (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, *70*, 79-95.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. y Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, *7*(7). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

- Johnson, S. J., Batey, M., y Holdsworth, L. (2009). Personality and health: the mediating role of trait emotional intelligence and work locus of control. *Personality and Individual Differences, 47*(5), 470–475.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Martins, A., Ramalho, N., y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences, 49*, 554–564.
- Mikolajczak, M., Avalosse, H., Vancorenland, S., Verniest, R., Callens, M., van Broeck, N., et al. (2015). A nationally representative study of emotional competence and health. *Emotion, 15*(5), 653-667.
- Mikolajczak, M., Luminet, O., y Menil, C. (2007). Predicting resistance to stress: Incremental validity of trait emotional intelligence over alexithymia and optimism. *Psicothema, 18*(Suppl.), 79–88.
- Montes-Berges, B., y Augusto, J. M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(2), 163-171.
- Palmer, B., Donaldson, C., y Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 33*, 1091-1100.
- Parker, J. D. A., Summerfeldt, L. J., Hogan, M. J., y Majeski, S. A. (2004). Emotional intelligence and academic success: Examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences, 36*, 163–172.
- Petrides, K. V., y Furnham, A. (2003). *Technical manual of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue)*. Institute of Education, University of London.
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Sholtz, R. I. y Friedman, M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the western collaborative group study. *The American Journal of Cardiology, 37*, 903-910.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.

- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185–211.
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., y Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 17, 611–627.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N. y Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921–933.
- Trinidad, D. R., y Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95-105.
- Tsaousis, I., y Nikolaou, I. (2005). Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress and Health*, 21, 77–86.
- Zeidner, M., Matthews, G., y Roberts, R. D. (2012). The emotional intelligence, health, and well-being nexus: What have we learned and what have we missed? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4(1), 1–30.

## EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD TERMINAL Y LA PRESENCIA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

**Alfredo Zamora-Mur y Aranzazu Zamora-Catevilla**

*Servicio de Geriatría y Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos del Hospital de Barbastro*

### Resumen

Antecedentes: actualmente el intercambio de información es el modelo de comunicación dominante. Esto puede afectar importantemente a las decisiones que los pacientes hacen en cuanto a su tratamiento y en los cuidados al final de la vida, lo cual puede tener una influencia significativa sobre su enfermedad. Queda demostrado que los pacientes completamente informados suelen estar menos nerviosos que los no informados. Método: estudio analítico prospectivo realizado en el sector sanitario de Barbastro (Huesca) desde el 19 de Septiembre del año 2007 hasta Febrero del año 2011 con los pacientes derivados a un Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria (ESAD). Resultados: N=638, 53,9% hombres y 46,1% mujeres. Edad media 79,64+/-10,8 años. Seguimiento medio de 56+/-56,56 días, con media de 2,68+/-2,5 visitas por proceso. Fallecen 46,4% (N=296) de los pacientes, siendo el resto dados de alta, por mejoría o estabilización un 38,9% (N=248), por hospitalización un 14,1% (N=90) y por traslado a otro sector sanitario un 0,6% (N=4). Respecto a la información 45,2% “no corresponde”, del resto (N=344), sólo un 46,8% (N=161) estaban informados. Entre conocedores (C) y no conocedores (NC), se obtienen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en disnea (C: 37,9% (N=61)-NC: 25,1% (N=46)), ansiedad (C: 40,4% (N=65)-NC: 27,9% (N=51)), depresión (C: 36,6% (N=59)-NC: 25,1% (N=46)), e insomnio (C: 34,8% (N=56)-NC: 22,4% (N=41)), todos más frecuentes en conocedores. No hay diferencias en síntomas como dolor, anorexia, náuseas y agitación psicomotriz. No hay diferencias en tratamientos previos a intervención del ESAD, salvo en benzodiacepinas, más frecuentes en conocedores, 40,4% (N=65), que en no conocedores, 25,7% (N=47). Conclusiones: a pesar de mayor uso de benzodiacepinas, se da mayor frecuencia de síntomas en conocedores, por lo que sería necesaria intervención psicológica no farmacológica en estos pacientes.

**Palabras clave:** conocimiento, enfermedad, ansiedad, depresión

## **KNOWLEDGE OF THE TERMINAL ILLNESS AND THE PRESENCE OF PSYCHOLOGICAL CLINICAL: DEPRESSION AND ANXIETY**

### **Abstract**

Background: currently the exchange of information is the dominant model of communication. This can significantly affect the patients make decisions about their treatment and care at the end of life, which can have a significant influence on their illness. It demonstrated that fully informed patients tend to be less nervous than the uninformed. Method: A prospective analytical study on the health sector in Barbastro (Huesca) from 19th September 2007 until February 2011 with patients referred to a Support Team for Homecare (STHC). Results: N=638. 46,1% men and 53,9% women. Mean age 10,8 years +/- 79,64. Mean follow-up of 56 +/- 56,56 days, with mean 2,68 +/- 2,5 visits per process. Die 46,4% (N=296) of patients, the remainder being discharged, for improvement or stabilization one 38,9% (N=248), for hospitalization, a 14,1% (N=90) and transfer to another health sector with a 0,6% (N=4). With regard to information 45,2% "not applicable", rest (N=344), only 46,8% (N=161) reported. 37,9% (N=61)-NK: 25,1% (N=46) between connoisseurs (C) and not knowing (NK), statistically significant differences ( $p < 0,05$ ) in dyspnea (C are obtained), anxiety (C: 40,4% (N=65)-NK: 27,9% (N=51)), depression (C: 36,6% (N=59)-NK: 25,1% (N=46)), and insomnia (C: 34,8% (N=56)-NK: 22,4% (N=41)), all connoisseurs frequently. No difference in symptoms such as pain, anorexia, nausea and psychomotor agitation. No differences in pre-treatment intervention ESAD except benzodiazepines, frequently in connoisseurs, 40,4% (N=65) than in uninitiated, 25,7%(N=47). Conclusions: Despite increased use of benzodiazepines, increased frequency of symptoms connoisseurs, so necessary psychological non-pharmacological intervention in these patients would be.

**Keywords:** knowledge, disease, anxiety, depression

### **Introducción**

Un punto conflictivo en el manejo del paciente en situación terminal es el aspecto de la información. La comunicación del médico y sus habilidades interpersonales abarcan la capacidad de reunir la información para facilitar el diagnóstico exacto, dar

consejo de manera apropiada, emitir instrucciones terapéuticas, y establecer relaciones humanitarias con los pacientes (Van Zanten, Boulet, McKinley, DeChamplain y Jobe, 2007). Incluso hay estudios publicados que demuestran que los pacientes han mostrado que desearían una mejor comunicación con sus médicos (Duffy et al., 2004). Desde 1950 a 1970, la mayor parte de los médicos pensaban que era inhumano y perjudicial revelar a los pacientes las malas noticias debido a la triste perspectiva de tratamiento para cánceres (Lee, Back, Block y Stewart, 2003). Actualmente el intercambio de información es el modelo de comunicación dominante, y el movimiento de consumidor de salud ha conducido al modelo de toma de decisiones conjuntas, centrado en la comunicación al paciente (Arora, 2003).

Hay muchas barreras a la buena comunicación entre paciente y médico, incluyendo la ansiedad y el miedo de los pacientes, la carga de trabajo de los médicos, miedo de pleitos, miedo de abuso físico o verbal, y las expectativas poco realistas por parte del paciente (Fentiman, 2007). Estos factores pueden afectar importantemente a las decisiones que los pacientes hacen en cuanto a su tratamiento y en los cuidados al final de la vida, lo cual puede tener una influencia significativa sobre su enfermedad (The, Hak, Koëter y van Der Wal, 2000).

Los objetivos de nuestro trabajo son determinar la frecuencia de información del proceso o enfermedad de base de pacientes en situación terminal atendidos en domicilio por un Equipo de soporte para Atención Domiciliaria (ESAD) y analizar la relación de este hecho con la presencia de clínica de tipo psicológica.

## **Método**

### *Participantes*

Han sido incluidos en el estudio todos los pacientes derivados al Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria (ESAD) del sector sanitario de Barbastro con criterios de paciente terminal entre los años 2007 y 2011 desde servicio de Atención Primaria del sector y desde el hospital de Barbastro.

### *Material/instrumentos utilizados*



Escala de depresión de Yesavage (sensibilidad 92%, especificidad 89%, consistencia interna 0,80), escala de ansiedad de Hamilton (sensibilidad 78,1%, especificidad 74,6% consistencia interna 0,89), criterios de la CAM (Confusion Assessment method) para síndrome confusional agudo, test de Pfeiffer-SMPMSQ (especificidad 92%, sensibilidad 82%).

### *Procedimiento*

Los pacientes son clasificados en conocedores y en no conocedores según el caso. Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, motivo de derivación (patología oncológica y patología no oncológica o geriátrica), tiempo de seguimiento y número de visitas en el mismo, cuidador principal, motivo de alta, clínica presentada (dolor, disnea, anorexia, ansiedad, insomnio, depresión, delirium/agitación y/o náuseas) y tratamientos farmacológicos previos y posteriores a la intervención del ESAD.

### *Diseño*

Se trata de un estudio prospectivo analítico descriptivo e intervencional.

## **Resultados**

En el tiempo de seguimiento del estudio, se obtienen 638 casos derivados al ESAD de Barbastro, de los cuales un 53,9% son hombres y un 46,1% mujeres. La edad media del total de la muestra es de 79,64 $\pm$ 10,8 años (81,76 $\pm$ 9,9 años de edad media de las mujeres y 77,84 $\pm$ 11,19 años en hombres). Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Se lleva a cabo un seguimiento medio de 56  $\pm$  56,56 días, con una media de 2,68  $\pm$  2,5 visitas por proceso. En el caso de los hombres, se llevan a cabo una media de 2,69  $\pm$  2,7 visitas en un tiempo medio de seguimiento de 57,97  $\pm$  61,3 días. En mujeres, se realizan una media de 2,68  $\pm$  2,3 visitas en un tiempo medio de 53,91  $\pm$  50,4 días. No se evidencian diferencias estadísticamente significativas en estos aspectos entre sexos. Un 56 % (N=357) de los pacientes son derivados a nuestro servicio con diagnóstico oncológico, siendo el resto, un 44% (N=281) clasificados como pacientes crónico-dependientes (geriátricos un 29,2%, neurológicos 3%, psiquiátricos 6,6% y otros motivos un 5,3%).

A nivel de atención en domicilio, tan solo 18 pacientes, el 2,8% del total, no contaban con ningún cuidador en el mismo, siendo con mayor frecuencia los hijos, en

223 casos (35,1%) quienes ejercen esta función. Le sigue el cónyuge, que supone la figura de cuidador principal en el 28,5 % de los pacientes atendidos (N=181). El 20% se encontraban institucionalizados en una residencia (N=127), considerando el personal de la misma como encargado de realizar la función de cuidador principal, independientemente de la familia que tuviera el paciente en el momento de nuestra primera valoración. El resto de casos, contaban con el apoyo de un cuidador contratado en el domicilio propio el 5,7% (N=36) o eran otras figuras familiares, como sobrinos o hermanos (8%) quienes se encargaban de los cuidados básicos en el domicilio (N=51).

En este aspecto se denotan marcadas diferencias ( $p < 0,001$ ) entre sexos, siendo mucho más frecuente la institucionalización en residencia en las mujeres (26,3%) que en los hombres (14,6%). Una importante diferencia se da cuando ejerce de cuidador principal el cónyuge, observándose un 47,5 % de cuidadoras mujeres frente a un escaso 6,1% de cuidadores hombres. También se observa que es mucho más frecuente que el cuidador principal sea algún hijo en pacientes mujeres (48,1%) que en hombres (23,9%). Ante la necesidad de contar con ayuda contratada que actúe de cuidador principal, de nuevo se detecta una mayor frecuencia de este hecho en mujeres (8,5%) que en hombres (3,2%). Las frecuencias de presencia de otros cuidadores o en el caso de no contar con ninguno, no son llamativas entre sexos, pudiéndose observar todos estos datos en la tabla 1.

Tabla 1

*Cuidador principal del paciente*

Cuidador	Hombres	Mujeres
Ninguno	2,3 % (N=8)	3,4 % (N=10)
Cónyuge	47,5 % (N=163)	6,1 % (N=18)
Hijos	23,9 % (N=82)	48,1 % (N=141)
Residencia	14,6 % (N=50)	26,3 % (N=77)
Contratado	3,2% (N=11)	8,5 % (N=25)
Otros	8,5 % (N=29)	7,5 % (N=22)

Tras el periodo de seguimiento, fallecen el 46,4% (N=296) de los pacientes atendidos, siendo el resto dados de alta, por mejoría o estabilización un 38,9% (N=248), por hospitalización un 14,1% (N=90) y por traslado a otro sector sanitario un 0,6% (N=4). El porcentaje de fallecimientos es similar entre hombres (49,4%) y mujeres (42,9%), mientras que la hospitalización se da con mayor frecuencia en hombres (17,7%) que en mujeres (9,9%), siendo diferencias significativas ( $p < 0,001$ ).

Al separar la muestra por sexos, se aprecia la siguiente distribución de síntomas (Tabla 2):

Tabla 2

*Sintomatología de los pacientes*

Clínica	Hombres	Mujeres
Anorexia	48,8% (N=168)	43,9% (N=129)
Dolor	47,1% (N=162)	38,8% (N=114)
Ansiedad	22,1% (N=76)	24,5% (N=72)
Disnea	29,9% (N=103)	12,2% (N=36)
Depresión	23% (N=79)	19% (N=56)
Insomnio	27,6% (N=95)	16,7% (N=49)
Náuseas	12,2% (N=42)	12,2% (N=36)
Delirium	20,1% (N=69)	17% (N=50)

Se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en dolor ( $p < 0,05$ ), disnea ( $p < 0,001$ ) e insomnio ( $p = 0,001$ ).

Respecto al asunto de la información aportada al paciente acerca del proceso patológico de base que motiva nuestra intervención, 284 pacientes del total de la muestra, lo que supone un 45,2% del total, fueron clasificados como “no corresponde”, dado que su enfermedad ocasionaba un deterioro cognitivo suficiente para no poder ser valorado dicho aspecto.

De los pacientes candidatos a ser evaluado el conocimiento de su enfermedad de base (N=344), obtenemos que solo 161 de ellos (un 46,8%) habían sido, permaneciendo un 53,2% sin ser conocedores de la enfermedad que padecen.

Un alto porcentaje de los pacientes oncológicos desconocen el diagnóstico de su enfermedad, de forma que un 50,9% (N=177) no saben que padecen un cáncer. Un 43,4% (N=151) sí que eran conocedores del proceso de base y en un 5,7% (N=20) se consideró que no correspondía determinar el hecho de si eran o no conocedores del proceso oncológico, dado su mal estado en la primera valoración o padecer demencia asociada (N=14). En este sentido hay 9 casos perdidos en los pacientes oncológicos, al no haberse recogido esta información. Comparando por sexos, se observa un mayor porcentaje de desconocimiento de la enfermedad en hombres que en mujeres, de forma que 118 hombres (35,3%) no sabían el diagnóstico frente a 65 mujeres (22,1%). Las diferencias encontradas entre sexos en este aspecto son marcadamente significativas

( $p < 0,001$ ). En pacientes oncológicos se mantienen estas diferencias, siendo mayor el número de pacientes varones desconocedores de su enfermedad (54,2%) que mujeres (45,6%), aunque estas diferencias pierden significación respecto al total de la muestra ( $p = 0,074$ ). Como se puede observar en la tabla 3, se dan marcadas diferencias clínicas entre los pacientes conocedores y los no conocedores.

Tabla 3

*Sintomatología de los pacientes*

Clínica	Conocedor	No conocedor
Anorexia	55,3 % (N= 89)	64,5 % (N=118)
Dolor	54 % (N=87)	59 % (N=108)
Ansiedad	40,4 % (N=65)	27,9 % (N=51)
Disnea	37,9 % (N=61)	25,1 % (N=46)
Depresión	36,6 % (N=59)	25,1 % (N=46)
Insomnio	34,8 % (N=56)	22,4 % (N=41)
Náuseas	16,1 % (N=26)	22,4 % (N=41)
Delirium	6,2 % (N=10)	9,8 % (N=18)

Se obtienen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en disnea, ansiedad, depresión e insomnio. No se encontraron diferencias en los tratamientos previos a la intervención del ESAD, salvo en el uso de benzodiazepinas, más frecuentes en conocedores, al ser usadas por un 40,4% (N=65), que en no conocedores, pautadas en un 25,7% (N=47). Estas diferencias en la percepción de síntomas conllevan también disparidad en las actuaciones terapéuticas por parte del ESAD, habiéndose especificado sólo las que mostraron significación estadística ( $p < 0,05$ ) en la tabla 4, además de que el hecho de ser conocedor de la enfermedad no implicó llevar a cabo más sedaciones.

Tabla 4

*Tratamientos pautados por el ESAD con diferencias significativas*

Actuación ESAD	Conocedor	No conocedor
Morfina	21,7 % (N=35)	12 % (N=22)
Benzodiazepina	47,8 % (N=77)	36,6 % (N=67)
Antidepresivo	28 % (N=45)	18 % (N=33)
Pregabalina	4,3 % (N=7)	0,5 % (N=1)
Suplemento nutricional	37,9 % (N=61)	49,7 % (N=91)
Sedación	23% (N=37)	26,2% (N=48)

## Discusión

La comunicación eficaz es importante a la hora de procurar una asistencia médica de alta calidad, siendo mucho el descontento por parte de los pacientes y muchas las quejas debidas a la interrupción en la relación entre el paciente y el médico (Ha, 2010). En pacientes con enfermedades crónicas, un trabajo demuestra que los síntomas depresivos están fuertemente asociados con la pobre comunicación al paciente por parte del médico (Schenker, Stewart, Na y Whooley, 2009), algo que muestra disparidad nuestro trabajo, con mayor frecuencia de depresión en conocedores.

No obstante, se sigue apreciando una importante conspiración del silencio entre nuestros pacientes, hecho que se puede definir como “todas aquellas estrategias, esfuerzos de pacientes, familia y/o sanitarios destinados a evitar que alguna de las partes involucradas conozcan no sólo el diagnóstico y/o pronóstico de la enfermedad, también las emociones, las dificultades o el propio malestar que les atenaza”. Según el Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de Castilla y León, en el caso de que la conspiración de silencio sea adaptativa nuestra actitud debe ser de respeto, siempre que no se obstaculice el proceso terapéutico. Cuando la conspiración de silencio es desadaptativa y produce malestar, evidentemente nuestro objetivo será intentar prevenir que se consolide y facilitar la comunicación entre las tres partes de la relación como una forma de garantizar la ayuda al enfermo en la resolución de sus necesidades e incrementar su bienestar (Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de Castilla y León, 2011).

En un trabajo queda demostrado que los pacientes informados suelen estar menos nerviosos que los no o parcialmente informados, y además es en el grupo de los completamente informados donde se da mayor porcentaje de pacientes que mantienen una comunicación fluida con los profesionales. No obstante, a diferencia de nuestro trabajo, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos respecto a la ansiedad personal y familiar, a la comunicación con la familia ni a la comunicación con los profesionales y no encontraron relación estadísticamente significativa entre conocer el diagnóstico y la percepción del paso del tiempo. El paso del tiempo “muy lento” estaba relacionado con la ansiedad percibida (Montoya et al., 2010)

En un estudio reciente, al igual que en el nuestro, se encontró que los dos motivos más frecuentes de derivación de pacientes eran la sintomatología depresiva (21,6%) y la

ansiosa (14,9%), y el motivo de derivación más frecuente de familiares era el problema de comunicación o conspiración del silencio (19,77%) (Lacasta, 2005). Existen evidencias de que muchos de estos problemas son atendidos de forma inadecuada, con insuficiente información y comunicación, soporte emocional y ayuda práctica (Aoun, Kristjanson, Currow y Hudson, 2005).

Dados los resultados de nuestro trabajo, es recomendable el apoyo psicológico a los enfermos de cáncer y de enfermedades crónicas, además del uso de fármacos destinados al alivio sintomático e individualizar en cada caso el mantener o romper la conspiración de silencio.

### Referencias

- Aoun, S.M., Kristjanson, L.J., Currow, D.C. y Hudson, P.L. (2005). Caregiving for the terminally ill: at what cost? *Palliative Medicine*, 19, 551-555.
- Arora, N. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine*, 57, 791-806.
- Duffy, F.D., Gordon, G.H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., et al. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79, 495-507.
- Fentiman, I.S. (2007). Communication with older breast cancer patients. *The Breast Journal*, 13, 406-409.
- Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de Castilla y León. (2011). *Cuidados paliativos: conspiración del silencio*. Recuperado de <http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=0&sel=334>
- Ha, J.F. y Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*, 10, 38-43.
- Lacasta, M.A. (2005). *Psicólogos. Cartera de Servicios de cada profesional en la atención al paciente en situación terminal*. Conferencia llevada a cabo en el congreso VII Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos. Cáceres.
- Lee, S.J., Back, A.L., Block, S.D. y Stewart, S.K. (2003). Enhancing physician-patient communication. *Hematology ASH Education Program*, 1, 464-483.

- Montoya, R., Schmidt, J., García, M.P., Guardia, P., Cabezas, J.L., et al. (2010). Influencia de la comunicación del diagnóstico y el pronóstico en el sufrimiento del enfermo terminal. *Medicina Paliativa*, 17, 24-30.
- Schenker, Y., Stewart, A., Na, B. y Whooley, M.A. (2009). Depressive symptoms and perceived doctor-patient communication in the Heart and Soul study. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 550-6.
- The, A.M., Hak, T., Koëter, G. y van Der Wal, G. (2000). Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *British Medical Journal*, 321, 1376-1381.
- Van Zanten, M., Boulet, J.R., McKinley, D.W., DeChamplain, A. y Jobe, A.C. (2007). Assessing the communication and interpersonal skills of graduates of international medical schools as part of the United States Medical Licensing Exam (USMLE) Step 2 Clinical Skills (CS) Exam. *Academic Medicine*, 82, 65-68.

**DISTIMIA: TERAPIA GRUPAL DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

**Isabel María García\*, José Manuel Sanz\*, Miguel Ángel Cuquerella\*, Isabel Cano\* y Eva Carbajo\*\***

*\* Psicólogos Internos Residentes. Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia, España; \*\*Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Jefa Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia, España*

**Resumen**

Antecedentes. El diagnóstico de distimia, caracterizada por un bajo estado de ánimo crónico y sentimientos de desesperanza, insatisfacción y baja autoestima, es muy frecuente en las Unidades de Salud Mental (USM), siendo la prevalencia mucho mayor en mujeres (5,25%) que en hombres (1,85%). El objetivo de esta investigación es estudiar la eficacia de un programa de tratamiento grupal desde una perspectiva de género para disminuir los síntomas ansioso-depresivos y aumentar el nivel de satisfacción vital en pacientes con dicho diagnóstico. Método. La muestra está compuesta por 6 pacientes mujeres de una USM, evaluadas antes y después del tratamiento mediante el *Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)*, el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* y la *Escala de Satisfacción Vital (SWLS)*, y con una encuesta de valoración subjetiva de los resultados. Se realiza un seguimiento a los 6 meses tras finalizar el tratamiento con el 50% de las pacientes. El tratamiento consiste en una terapia grupal de 12 sesiones semanales de 1,5 h de duración, cuyo contenido ha sido: identidad femenina, autoestima, asertividad, duelos y crisis vitales, psicoeducación, relajación, debate cognitivo, autocuidado, activación conductual, relaciones sociales y empoderamiento. Resultados. Los resultados muestran diferencias significativas entre las medidas pre y post-tratamiento, excepto en la escala de satisfacción vital, donde se observa un aumento que no llega a ser significativo. Los resultados se mantienen a los 6 meses. Además, se obtuvieron puntuaciones altas en la valoración subjetiva de la terapia. Conclusiones. Los datos evidencian la eficacia de la intervención grupal con enfoque de género para disminuir los síntomas ansioso-depresivos en una muestra de mujeres con diagnóstico de distimia. Por lo tanto,

destacamos la importancia de este tipo de intervenciones, que podrían aportar un ahorro en los costes económicos y humanos en la atención sanitaria.

**Palabras clave:** Distimia, perspectiva de género, terapia grupal, satisfacción vital.

### **DYSTHYMIA: GROUP THERAPY FROM A GENDER PERSPECTIVE**

#### **Abstract**

**Background.** The diagnosis of dysthymia, characterized by a chronic state of low mood and feelings of hopelessness, dissatisfaction and low self-esteem, is very common in Mental Health Units (MHU). It's more prevalence in women (5.25%) than men (1.85%). The objective of this research is to study the effectiveness of a group treatment program from a gender perspective to reduce anxiety and depression symptoms and increase the level of life satisfaction in patients with this diagnosis. **Method.** The sample consists of 6 female patients of a MHU, assessed before and after treatment using the *Beck Depression Inventory II (BDI-II)*, *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* and *Satisfaction with Life Scale (SWLS)*, and we asked for a subjective evaluation of results. Follow-up at 6 months were done after treatment with 50% of patients. The treatment consisted in 12 weekly group therapy sessions of 1.5 hours. The content was: female identity, self-esteem, assertiveness, grief and life crises, psychoeducation, relaxation, cognitive discussion, self-care, behavioral activation, social relations and empowerment. **Results.** The results showed significant differences between pre- and post-treatment measures, except in the life satisfaction scale, where was observed an increase that did not become significant. The results are maintained at 6 months. In addition, high scores were obtained in the subjective evaluation of therapy. **Conclusions.** The data shows the effectiveness of the intervention group with a gender perspective to reduce anxiety and depression symptoms in a sample of women diagnosed with dysthymia. Therefore, we emphasize the importance of this type of intervention, which could bring savings in human and economic costs in healthcare.

**Keywords:** dysthymic disorder, gender, group therapy, life satisfaction.

## Introducción

El enfoque de género es un valor emergente recogido en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (Gobierno de España, 2007). Esta perspectiva dentro de la salud mental es un aspecto muchas veces olvidado, sin embargo de gran importancia debido a las diferencias de género encontradas en la prevalencia de los trastornos (20-34% en mujeres y 8-21% en hombres). La mayoría de los estudios afirman que la tasa de frecuentación en las Unidades de Salud Mental (USM) es mayor en las mujeres, así como la prescripción de psicofármacos, especialmente ansiolíticos y antidepresivos (un 67% de ellos) (Markez et al., 2004). Centrándonos en el trastorno distímico, cuadro afectivo caracterizado por un bajo estado de ánimo crónico y sentimientos de desesperanza, insatisfacción y baja autoestima, observamos que las diferencias se acentúan, encontrándose una prevalencia vital en nuestro país de 5,25 % en mujeres y 1,85% en hombres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Las posibles explicaciones encontradas en la literatura a estas diferencias son variadas. Autores relevantes en el área como Pla, Adam y Bernabéu (2013), han descrito cuatro principales hipótesis explicativas: diferencias en las formas de enfermar entre hombres y mujeres, factores de vulnerabilidad psicosocial y de género, el modo diferente de manifestar la enfermedad y buscar ayuda y los posibles sesgos de la atención recibida por hombres y mujeres.

Dentro de los factores sociales, es relevante destacar el diferente valor de lo masculino y lo femenino en nuestra cultura. La diferencia de género se ha traducido en muchos casos en desigualdad de género y actualmente todavía las mujeres y los hombres no tienen las mismas oportunidades, persistiendo situaciones de discriminación en ámbitos como el laboral.

La médica y psicoanalista Sara Velasco (2006), colaboradora del Instituto de la Mujer, describe el término *Síndrome del malestar de las mujeres*, como un concepto biopsicosocial caracterizado por el sufrimiento psíquico y emocional (frustración, culpabilidad, dependencia afectiva, agotamiento físico y psicológico, insatisfacción, molestias somáticas, etc.) de las mujeres relacionado con su condición de tales.

Desde la psicología clínica, la literatura concluye que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la recomendada para los trastornos depresivos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Pérez y García, 2001), con evidencia

favorable también en formato grupal (Benedicto, Carrió, del Valle y Domingo, 2004; Latorre et al., 2012). Centrándonos en la intervención en distimia, encontramos estudios eficaces de tratamiento grupal cognitivo-conductual (Narbona, Gómez y Martínez, 1993), destacando las investigaciones que trabajan además desde una perspectiva de género (Cruz et al., 1998; Grela y López, 2000; Muñoz et al., 2008).

En nuestro contexto clínico, nos encontramos con una alta demanda en las USM de mujeres con sintomatología depresiva difusa, fluctuante y con tendencia a la cronicidad, pacientes con una importante insatisfacción vital junto con una actitud con tendencia a la pasividad, generando en muchas ocasiones sensación de impotencia y frustración en los profesionales. Por todo ello nos planteamos la meta de intentar diseñar una intervención para aumentar el bienestar de estas pacientes, fomentando su autonomía, autocuidado y empoderamiento. El objetivo de esta investigación es estudiar la eficacia de un programa de tratamiento grupal desde una perspectiva de género para disminuir los síntomas ansioso-depresivos y aumentar el nivel de satisfacción vital en pacientes con dicho diagnóstico.

## Método

### *Participantes*

La muestra está constituida por pacientes derivados por psicólogos y psiquiatras de la USM de Torrent (Valencia) en el año 2014. Los pacientes eran derivados al programa según los criterios expuestos en la Tabla 1:

Tabla 1

### *Criterios de inclusión y exclusión del tratamiento grupal*

<b>Inclusión</b>	<b>Exclusión</b>
Paciente mujer	Trastornos de personalidad graves
Mayor de edad	Ideas autolíticas activas
Diagnóstico principal: Trastorno distímico (DSMIV), Trastorno depresivo persistente (DSM 5)	Trastornos psicóticos
	Trastorno por consumo de sustancias

En la Figura 1 se detalla la evolución de la muestra.

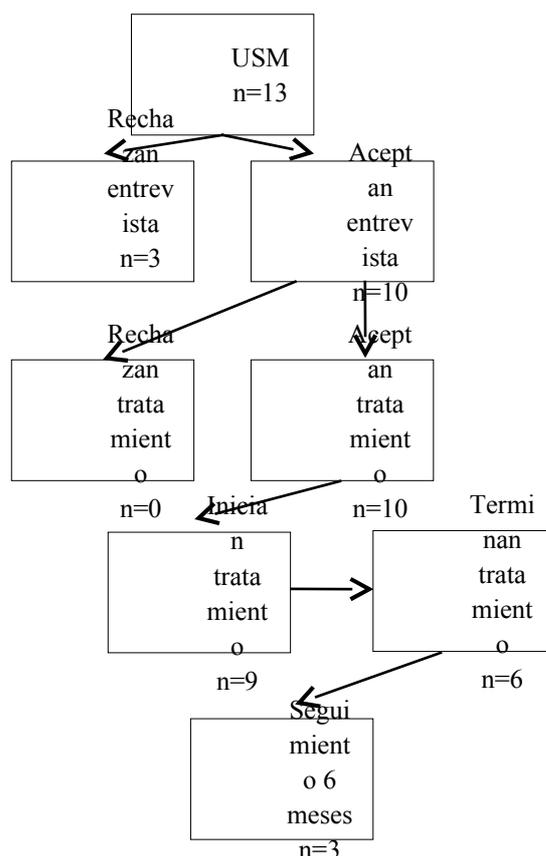


Figura 1. Evolución de la muestra.

*Instrumentos utilizados*

Se administraron las siguientes escalas psicométricas:

- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la escala de ansiedad-rasgo, bastante más alta, como es lógico, que en la de ansiedad-estado ( $r = 0,40$ ). La consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92.

- *Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)* (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems que evalúa la intensidad de los síntomas depresivos. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93; desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.

- *Escala de Satisfacción Vital (SWLS)* (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Está compuesta por cinco ítems tipo Likert con 7 opciones de respuesta. El alfa de Cronbach ha sido de 0,79.

En la evaluación post-tratamiento, sumado a los inventarios descritos, se administraron de forma anónima una encuesta ad-hoc con la que se trató de conocer la satisfacción y valoración que los pacientes hacían del tratamiento grupal.

Para ello, los sujetos debían puntuar tres afirmaciones sobre diferentes aspectos de mejoría con un rango de 1 a 5 : a) experiencia subjetiva: “me siento mejor conmigo misma ahora que cuando empecé la terapia”, b) cambios conductuales: “la terapia me ha ayudado a hacer cambios en la forma de llevar mi vida, como tomar decisiones sobre mi vida y llevarlas a cabo” y c) alivio de los síntomas: “pienso que la terapia me ha ayudado a tener menos síntomas de ansiedad y depresión”.

En cuanto a la encuesta de satisfacción consistió en 21 pregunta sobre aspectos como el apoyo emocional, la psicoeducación, el terapeuta y el marco terapéutico.

### *Procedimiento*

La primera entrevista de evaluación se realizó de forma individual con aquellos sujetos que accedían voluntariamente al tratamiento y cumplían los criterios para formar parte del estudio. 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 especificar horarios y fechas de las sesiones.

El encuadre grupal se organizó en torno a las siguientes características: grupo cerrado, con una asistencia media de 5,5 pacientes por sesión, 12 sesiones semanales de hora y media de duración. El formato fue semiestructurado fomentando la participación activa de los miembros.

Los contenidos tratados fueron: identidad femenina, autoestima y autoaceptación, la conducta de queja, asertividad, red de apoyo social, duelo, crisis vitales, ansiedad, depresión, autocuidado, objetivos y metas vitales, actividades gratificantes, pensamientos negativos y empoderamiento.

En la última sesión del tratamiento se realiza la evaluación post. A los 6 meses se citó de nuevo a los pacientes para aplicar las pruebas psicométricas.

### *Análisis de datos*

Los datos del estudio fueron analizados con el programa SPSS versión 19.0. Para explorar las diferencias entre la medición antes y después del tratamiento se utiliza la

prueba no paramétrica de los rangos de Wilcoxon debido a que el tamaño de la muestra es muy pequeño para utilizar la prueba paramétrica t de Student.

## Resultados

### *Datos de los participantes*

En la Tabla 2 se presentan los datos sociodemográficos.

Tabla 2

*Datos sociodemográficos N=6*

Edad	
• Media (min.-máx.)	51,50 (43-61)
Hijos	
• Si/No	6/0
• Media	2,3
Estado civil	
• Casada o en pareja	6
Situación laboral	
• Labores domésticas	2
• Desempleo	2
• Incapacidad temporal	2

### *Pruebas psicométricas pre-post intervención*

En la Tabla 3 se presentan los estadísticos descriptivos de la sintomatología ansiosa, depresiva y de satisfacción vital antes y después del tratamiento y durante el seguimiento a los 6 meses, de los sujetos que completaron el tratamiento.

Tabla 3

*Estadísticos Descriptivos, n=6 en pre y post y n=3 en 6 meses*

	STAI						BDI			SWLS		
	Estado		Rasgo				Pre	Post	6 meses	Pre	Post	6 meses
	Pre	Post	Pre	Post	6 meses							
<b>Media</b>	46,00	31,00	32,00	41,17	32,50	32,00	26,50	20,83	22,33	15,00	16,40	11,67
<b>D.T.</b>	10,77	10,04	7,00	10,81	9,67	4,00	9,41	7,57	11,67	3,31	4,66	5,50

En la Tabla 4 se muestra la diferencia de medias entre el momento pre y el post-tratamiento para los mismos sujetos. Se omite el análisis de los datos del seguimiento debido a la pérdida muestral. No obstante, como se observa en la Tabla 4, la tendencia es a mantener a los 6 meses los resultados obtenidos en el post-tratamiento.

Tabla 4

*Estadísticos de contraste, n=6*

	STAI		BDI	SWLS
	Estado	Rasgo	Pre-Post	Pre-Post
	Pre-Post	Pre-Post		
<b>Z</b>	-2,201	-1,992	-2,023	-1,841
<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>	0,028*	0,046*	0,043*	0,066

*Nota.* Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon. \*  $p < 0,05$

*Valoración subjetiva de los resultados*

En la Tabla 5 se presenta la valoración subjetiva de los participantes en diferentes aspectos.

Tabla 5

*Valoración del resultado del tratamiento, n=5*

	Experiencia subjetiva	Cambios conductuales	Alivio de los síntomas
<b>Media</b>	3,80	4,00	3,60

<b>D.T.</b>	0,44	0,00	0,54
-------------	------	------	------

*Nota.* Puntuación de 1 a 5

En la Tabla 6 se indica la satisfacción post intervención.

Tabla 6

*Satisfacción (0-5), n=5*

	<b>Satisfacción</b>	<b>Satisfacción</b>	<b>Satisfacción</b>	<b>Satisfacción</b>
	<b>apoyo emocional</b>	<b>psicoeducación</b>	<b>terapeuta</b>	<b>marco</b>
<b>Media</b>	4,34	4,4	4,85	2,25
<b>D.T.</b>	0,32	0,43	0,14	0,25

#### *Altas y reincorporaciones a la USM*

Al finalizar el tratamiento grupal se pacta el alta con tres pacientes por mejoría mientras que las otras 3 se reincorporan a sus tratamientos individuales.

#### **Conclusiones**

Los resultados muestran una disminución significativa de la sintomatología ansioso-depresiva en las pacientes tras el tratamiento. Además, observamos un aumento en la escala de satisfacción vital, aunque no de forma significativa. En cuanto a la encuesta de valoración-satisfacción, encontramos que las pacientes afirman sentirse muy satisfechas con los diversos aspectos de la terapia, excepto con el marco terapéutico (solicitan más sesiones, más frecuentes y más largas), percibiendo una mejoría moderada en su experiencia subjetiva y alivio de síntomas y una mejoría moderada-alta en relación a los cambios conductuales.

Estos resultados confirman las investigaciones encontradas en la literatura, como la experiencia de Otero, Alés y Vucínovich (2015) en una USM con grupos de alta para pacientes con distimia crónica o el Programa de Intervención sobre mujeres con distimia de Cruz et al. (1998) dónde, mediante una intervención grupal cognitivo-conductual, obtuvieron una disminución de la ansiedad y una mejoría del estado de ánimo de forma significativa, evaluados con el cuestionario de ansiedad de Hamilton y el inventario de depresión de Beck.

Pese a los buenos resultados debemos ser cautos en su interpretación, pues al no disponer de grupo control y tener una muestra pequeña, no podemos concluir que la mejoría de los síntomas se deba sólo a nuestra intervención. Además, desconocemos si

nuestros resultados se mantienen a largo plazo. Para mejorar nuestro estudio sería necesario continuar realizando la intervención con un mayor número de pacientes, diseñar un grupo control e idear formas de disminuir la pérdida de la muestra en el seguimiento.

Los datos evidencian la eficacia de la intervención grupal con enfoque de género para disminuir los síntomas ansioso-depresivos en una muestra de mujeres con diagnóstico de distimia. Debemos entender nuestra investigación como una experiencia piloto dentro de una USM, con gran valor debido a la utilidad en nuestro contexto, que sirva para iniciar y optimizar programas enfocados a mejorar la salud de nuestra población, a través de intervenciones psicológicas eficaces con evidencia empírica, enfatizando al mismo tiempo un uso eficiente de los recursos.

### Referencias

- Benedicto, M.C., Carrió, M.C., del Valle, G. y Domingo, A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92, 165-179.
- Cruz, J.M., García, I., Guerra, C., Díaz, A., Sánchez, J.M. y Sanpedro, J. (1998). Evaluación a corto plazo del programa de intervención sobre mujeres con distimia en un centro de salud. *Sermergen*, 24(11), 905-909.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Gobierno de España. (2007). Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *BOE*, 71, 12611-12645.
- Grela, C. y López, A. (2000). *Mujeres, salud mental y género*. Montevideo: Comisión de la mujer. Intendencia Municipal de Montevideo.
- 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.
- Markez, I., Romo, N., Póo, M., Vega, A., Meneses, C. y Gil, E. (2004). Género y prescripción de psicofármacos. *Norte de Salud Mental*, 19, 23-32.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del SNS 2006*. Madrid: Sanidad.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t).
- Muñoz, M.A., De Casas, M.X., Cobo, R., Fontcuberta, J., Manrique, R. y Pérez, F. (2008). Malestar psicosocial de la mujer: Experiencia de una intervención grupal en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 10(3), 96-100.
- Narbona, G., Gómez, M.I. y Martínez, B. (1993). Terapia grupal cognitiva en distimias. *Maristan*, 11(5), 60-63.
- Otero, J., Ales, A. y Vucinovich, N. (2015). Grupos de alta para pacientes con distimia crónica: Una propuesta psicoterapéutica orientada al fin de tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 127(35), 527-540.
- Pérez, M. y García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Pla, I., Adam, A. y Bernabeu, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. *Norte de Salud Mental*, 46, 20-28.
- Sanz, J., Perdígón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). *Clínica y Salud*, 3(14), 249-280.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Velasco, S. (2006). *Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria*. Madrid: Colección Salud nº 9. Instituto de la Mujer.

## POSITIVE ASPECTS OF DEPRESSION: RUMINATION AS AN ADAPTIVE FUNCTION

**Magda Bartoskova\*\*\*, Marcela Sevcikova\*\*\*, Marek Preiss\*, Tomas Kosicka\*\*\*  
y Jana Malinakova\***

*\*National Institute of Mental Health – NIMH (Klecany, Czech Republic); \*\*Charles  
University (Prague, Czech Republic); \*\*\*University of Finance and Administration  
(Prague, Czech Republic)*

### Abstract

According to the evolutionary theory, many cases of depression may not be due to any neurochemical dysfunction, but rather due to a natural, functional reaction to complex stressors and adversity. This implies that symptoms are elicited by appropriate triggers and the inappropriate or indiscriminate disruption of these evolved functions (e.g. with some types of treatment) can reduce fitness and do more harm than good. Several adaptationist hypotheses (evolutionary hypotheses that propose a function to the condition) have been devised to explain the origin, persistence, and etiology of depression. According to the Analytical Rumination Hypotheses, depressive symptoms divert energy and attention away from pursuing pleasurable goals and toward uninterrupted, prolonged bouts of focus and analysis of the problem(s) that triggered the depressive episode. A substantial body of evidence indicates that depressed mood is associated with increased analytical cognitive processing and problem-solving abilities, but nearly all of these studies have used nonclinical populations. The aim of the project is to understand the cognitive abilities of depressed individuals in the area of complex analytical problems solving. The changes in cognition in different periods of hospitalization and in follow up period were investigated. The participants were, through the originally developed video-method, introduced to near real-life problems (social dilemmas). Our study showed that depressed individuals paradoxically show significantly better performance than healthy participants in complex analytical tasks and that the performance in these tasks decreased during the depression treatment. Based on the past research, we assume that depression causes changes of cognition in a

way that improves ability to solve the social dilemmas, which plays a significant role in outburst of depressive episode.

**Key words:** major depressive disorder, analytical rumination hypotheses, complex cognition, social dilemma

## **Introduction**

### *Heterogeneity of depression*

Depressive disorders are typically characterized as a malfunction of neurotransmission or brain circuitry underlying mood, pleasure and reward, or executive function (e.g., Palazidou, 2012). However, there is no consensus for the neuropathology underlying depressive disorders and current diagnostic criteria continue to allow for multiple etiological pathways (Durisko, Mulsant & Andrews, 2015; Pigott, Leventhal, Alter & Boren, 2010). A growing body of research suggests that the evolutionary theory can be used as a tool to explain the ambiguous etiology and differential efficacy of treatments for depression (Durisko et al., 2015; Keller & Nesse, 2005). According to this perspective many cases of depression may not be due to any neurochemical dysfunction, but rather due to a natural, functional reaction to complex stressors and adversity (Andrews & Thomson, 2009; Durisko et al., 2015; Hagen, 2011).

### *The evolutionary perspective on depression*

In the evolutionary perspective, depressive symptoms may in fact be adaptations performing an evolved function (Fried & Nesse, 2015; Hagen, 2011; Watson & Andrews, 2002). Support for an evolutionary approach to depression comes from epidemiological studies. While most mental illnesses are extremely rare (schizophrenia, for example, is seen in less than 1 percent of the population), depression is very common and is found cross-culturally (Lehrer, 2010; Nesse & Williams, 1996). Current WHO estimates suggest that depression affects at least 5% of the global population, or 350 million people, and is the second leading cause of disability (Mathers, Fat & Boerma, 2008). Depression is painful and interferes with normal day-to-day functions, so it is easy to understand why it has traditionally been considered a maladaptive dysfunction. However, the application of evolutionary theory has shown that many

painful and debilitating conditions (pain accompanying a broken limb, nausea following ingestion of spoiled food) can be “normal” and adaptive. From this perspective, the aversiveness of depression may indicate its role as a natural defense mechanisms (Nesse, 2000).

#### *Adaptationist hypotheses of depression*

Several adaptationist hypotheses (evolutionary hypotheses that propose a function to the condition) have been devised to explain the origin, persistence, and etiology of depression. One leading hypothesis that has a great deal of indirect support is the Analytical rumination hypothesis (ARH) (Andrews & Thomson, 2009). Under the ARH, many depressions are the result of an ancient defense mechanism designed by natural selection to promote analytical thinking in response to complex life stressors (Andrews & Thomson, 2009; Barbic, Durisko & Andrews, 2014).

#### *The Analytical Rumination Hypothesis (ARH) and complex problems analyzing*

Andrews and Thomson (2009) have critically reviewed the relevant literature and found abundant indirect evidence as well as nonclinical direct evidence supporting the notion that during depressive episodes and bouts of sadness, individuals exhibit elevated and improved analytical abilities. They suggest that the function of depressive symptoms is to minimize distractions, reallocate the body’s energy and attention, and promote persistent, prolonged bouts of analytical reasoning. This analytical rumination is defined as extended bouts of distraction-resistant information processing related to the nature, cause, and possible solutions to the complex problem (Andrews & Thomson, 2009; Barbic et al., 2014).

There is a limited number of studies that has tested Analytical Rumination Hypotheses in depressed sample (e.g. Von Helversen, Wilke, Johnson, Schmid & Klapp, 2011; Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau & Perlman, 2005; Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss & Cardaciotto, 2007). Numerous studies concerned with the ARH topic used healthy participants with induced depressed mood or with subclinical depression (Forgas & Ciarrochi, 2001; Verghaeghen, Joormann & Khan, 2005), not clinically depressed sample. As well, past research has not explored yet if the performance in complex cognition tasks changes with change of depressive symptoms.

Thus, if depression impedes cognitive functioning, then depressed individuals should perform worse than nondepressed individuals should. On the other hand, if depression promotes a realistic assessment of options and systematic processing, then depressed participants should perform better than nondepressed individuals should.

Various methods simulating near real life situations (e.g. prisoner's dilemma, secretary problem, video methods capturing near real life situations) were used to test positive aspects of depression on complex cognition (Greenawalt & Hayes, 2012; Von Helversen et al., 2011). To assess complex cognition, we developed video method presenting near real life problem situations – “Lie or True”.

## **Method**

We investigated how individuals - who were clinically depressed and healthy – performed in complex cognition task – video method “Lie or True” over time.

### *Participants*

The depressed sample consisted of inpatients of the National Institute of Mental Health (NIMH) in Klecany, Czech Republic. Participants were accepted for study if they were diagnosed as having major depressive disorder (MDD) and scored 12 or higher on the Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery & Asberg, 1979) at admission. A depression-free sample approximately matched by gender, age, and education was tested in the laboratory of the NIMH in Klecany. There were only participants with no history of mental illness in the depression-free sample. The final sample consisted of 80 participants (27 men and 53 women) at the age of 17 – 58 years ( $M=35$ ,  $SD=9,6$ ). We recruited 43 participants (54%) for the depressed sample and 37 participants (46%) for depression-free sample. From all participants 12,5% had finished primary school, 62,5% secondary school and 25% had earned university degree. Exclusion criteria for both groups were: problems with alcohol or drug abuse 12 months before initiation of the project or during the follow-up period, dementia, current pregnancy, untreated laboratory proved abnormalities of thyroid gland, serious somatic disease with depression as a possible consequence and mental retardation.

### *Design and Procedure*

The complex cognition task was conducted as a computer-based experiment. Depression was measured by the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (Montgomery & Asberg, 1979) and Beck Depression Inventory-II (Preiss & Vacir, 1999; Richter et al., 1997).

Each participant underwent the assessment for 3 times. Data from depressed sample were collected: 1) at the beginning of psychiatric hospitalization (in-patient assessment, first 7 days of hospitalization), 2) at release from hospital (in-patient assessment, last 7 days of hospitalization) and 3) two months after hospitalization (out-patient assessment). The depression-free sample was tested concurrently with the depressed sample. The second assessment underwent 47 participants and the third 20 participants so far.

### *Complex Cognition Task*

**Lie or True Video Stories.** Set of 10 1-2 minutes videos, where there is a true or a false information communicated by actors (both sex). Each actor, caught sitting down on a chair, with visible body language, speaks whether about his/her hobby or about how his/her previous day was. The task of a participant is to identify the information as true or false. Number of correct and incorrect answers is monitored. Similar method (social dilemma type task), where participants are to assess a near-real life situation, was already used in a study concerned with positive aspect of depression on complex cognition (Greenawalt & Hayes, 2012)

### *Questionnaires*

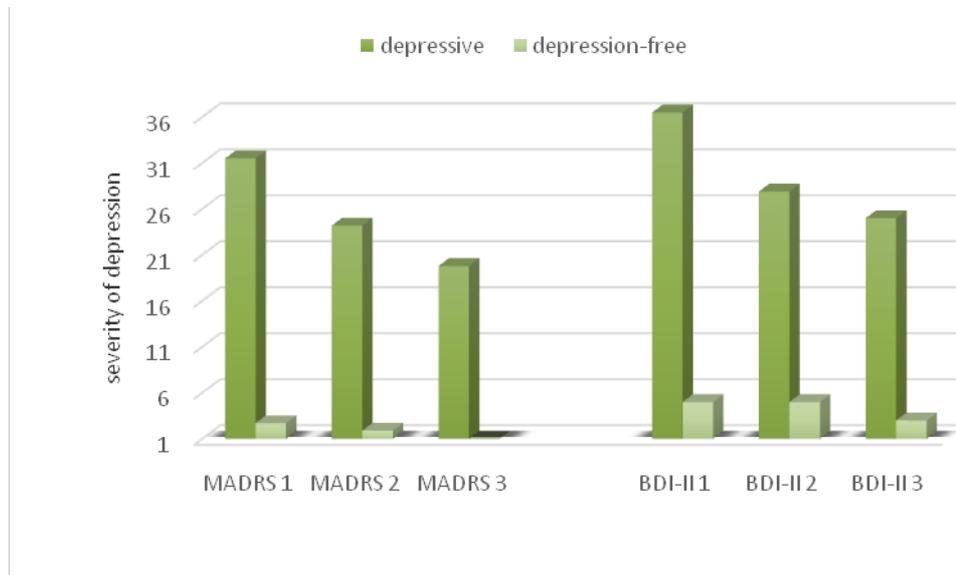
**BDI-II.** the Beck Depression Inventory with 21 items reliably measures the symptoms of depressive disorder (Preiss & Vacir, 1999; Richter et al., 1997).

**MADRS.** The Montgomery–Asberg Depression Rating Scale (MADRS) is a ten-item diagnostic questionnaire, which is used by psychiatrists to measure the severity of depressive episodes of patients with mood disorders (Montgomery & Asberg, 1979).

### **Results**

Severity of depression in time was tested by non-parametric version of factor analysis of variance for repeated measurements, the Friedman test. We found that there

is a significant change in the level of depression over time, MADRS ( $\chi^2 = 6, p \leq 0,05$ ), BDI-II ( $\chi^2 = 6.8, p \leq 0,05$ ). Severity of depression in both samples is shown in the Graph 1.



Graph 1. Depression severity over time in MDD and healthy samples.

The mean score of depression severity (MADRS, BDI-II) and ability to analyze the complex problem (True or Lie) for both groups is shown in the Table 1.

Table 1

Mean scores, standard deviation, minimum and maximum of depression severity (BDI-II, MADRS) & True or Lie

		1. assessment			
		MADRS	BDI-II	True or Lie	
Depressed sample	N	Valid	43	43	43
		Missing	0	0	0
		Mean	31,26	35,37	4,58
		Std. Deviation	8,37	9,09	1,37
		Minimum	7,00	11,00	2,00
	Maximum	47,00	52,00	8,00	
Depression-free sample	N	Valid	37	37	37
		Missing	0	0	0
		Mean	2,46	4,97	3,81

Table 1 (continuación)

Std. Deviation	3,01	4,52	1,24
Minimum	,00	,00	2,00
Maximum	10,00	16,00	7,00

We tested the hypothesis of existence of a significant difference in the ability to analyze complex problems between the depressed and depression-free samples using Mann-Whitney U test. In this study we found out a statistically significant difference ( $U=537,5$ ;  $p=0,01$ ;  $r=0,29$ ) between the samples in the first assessment. This means that depressed subjects, who are at the beginning of their hospitalization in NIMH, are more successful in identifying the information as true or false. There was no significant difference in the ability to solve social dilemma type task between the samples in the second and third assessment.

We assumed that there is a statistically significant relationship between the severity of depression and the level of the ability to analyze complex problems in the depressed sample. To test this hypothesis we used the Spearman correlation analysis, which showed us that there was a statistically significant relationship between number of points obtained in True or Lie video-method and severity of depression assessed by MADRS in the first ( $r_s = -0.34$ ;  $p \leq 0,05$ ) and the third ( $r_s = -0.66$ ;  $p \leq 0,05$ ) assessment (see Table 2). The correlation is negative - as the value of depression (MADRS) increases, the value of ability to analyze True or Lie decreases.

Table 2

*Correlation coefficients of depression severity (MADRS) & True or Lie*

			True or Lie	True or Lie
			1. assessment	3. assessment
Spearman's rho	MADRS_1	CorrelationCoefficient	-,336*	,328
		Sig. (2-tailed)	,028	,354
		N	43	10
	MADRS_3	CorrelationCoefficient	-,252	-,657*
		Sig. (2-tailed)	,483	,039
		N	10	10

*(note: 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> assessment of MDD sample, \*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)*

**Discussion**

The relation between depression and cognitive functioning has sparked considerable debate. Although some studies reported deficits in cognitive processing



among depressed individuals, others reported no differences or performance increases with depression (e.g., Andrews & Thompson, 2009; Von Helversen et al., 2011). We present one of the first studies showing that clinically depressed individuals can outperform healthy individuals in a laboratory task: Performing a complex cognition task (social dilemma type task), clinically depressed individuals were able to determine lie or true statements more accurately than did participants of similar age and education who were not depressed. Depressed participants outperformed healthy participants significantly only in the 1<sup>st</sup> assessment - beginning of hospitalization – when depression was the most severe. Our research suggests that social dilemma type task may represent a class of problems in which depression leads to increased performance, which is in congruence with the ARH (Andrews & Thompson, 2009).

Our study shows negative correlation between the severity of depression and the level of the ability to analyze complex problems in the depressed sample. As the value of depression increases, the value of ability to analyze complex problem decreases. In concordance with adaptive hypothesis, which suggests that not all depression cases serve their specific function (Hagen, 2011), we assume, that the most severe types of depression can be maladaptive.

Limitation of our study is relatively small sample size (especially in the second and third assessment). The study is still in progress and there is more data to be analyzed (in our study we used as well e.g. Prisoner's dilemma game, Secretary problem).

Our results showed that depression can have positive aspects on complex cognition abilities (solving social dilemmas). This finding indicates that the effect of depression on cognitive functioning is complex and cannot be consistently associated with deficits in cognitive functioning.

### **Acknowledgements and funding**

*We are grateful to Doc. MUDr. Martin Bares, PhD. and MUDr. Tomas Novak, PhD. for their help with the diagnostic assessment of the NIMH patients. Bc. Martina Halmlova and Bc. Justyna Berankova helped with data collection. This research was funded by the Ministry of Education, Youth & Sports (Czech Republic) under the NPU I program (Project LO1611). Charles University (Prague, Czech Republic) also provided support (Project GAUK 239715).*



## References

- Andrews, P. W., & Thomson, J. A. (2009). The bright side of being blue: depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychological Review*, 116(3), 620.
- Barbic, S. P., Durisko, Z., & Andrews, P. W. (2014). Measuring the bright side of being blue: a new tool for assessing analytical rumination in depression. *PloS One*, 9(11), e112077.
- Durisko, Z., Mulsant, B. H., & Andrews, P. W. (2015). An adaptationist perspective on the etiology of depression. *Journal of Affective Disorders*, 172, 315-323.
- Forgas, J. P., & Ciarrochi, J. (2001). On being happy and possessive: The interactive effects of mood and personality on consumer judgments. *Psychology & Marketing*, 18(3), 239-260.
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015). Depression is not a consistent syndrome: an investigation of unique symptom patterns in the STAR\* D study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 96-102.
- Greenawalt, D. S., & Hayes, A. M. (2012). Is Past Depression or Current Dysphoria Associated with Social Perception?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(4), 329.
- Hagen, E. H. (2011). Evolutionary theories of depression: a critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 716-726.
- Hayes, A. M., Beevers, C. G., Feldman, G. C., Laurenceau, J. P., & Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 111-122.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 715-723.
- Keller, M. C., & Nesse, R. M. (2005). Is low mood an adaptation? Evidence for subtypes with symptoms that match precipitants. *Journal of Affective Disorders*, 86(1), 27-35.
- Lehrer, J. (2010). *Depression's Upside*. *New York Times Magazine*. Retrieved from <http://www.nytimes.com/2010/02/28/magazine/28depression-t.html>  
pagewanted=all&module=Search&mabReward=relbias%3As

- Mathers, C., Boerma, T., & Fat, D. M. (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, *134*, 382-389.
- Nesse, R. M. (2000). Is Depression an Adaptation? *Archives of General Psychiatry*, *57*, 14-20.
- Nesse, R. M., & Williams, G. C. (1994). *Why We Get Sick?* USA: Times Books.
- Palazidou, E. (2012). The Neurobiology of Depression. *British Medical Bulletin*, *101*, 127-145.
- Pigott, H. E., Leventhal, A. M., Alter, G. S., & Boren, J. J. (2010). Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *79*, 267-279.
- Preiss, M., & Vacir, K. (1999). *Beckova sebezpozovaci skala depresivnosti pro dospěle BDI-II*. Prirucka. Brno: Psychodiagnostika.
- Richter, P., Werner, J., Bastine, R., Heerlein, A., Kick, H., & Sauer, H. (1997). Measuring treatment outcome by the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*, *30*(4), 234-240.
- Verghaeghen, P., Joormann, J., & Khan, R. (2005). Why We Sing the Blues: The Relation Between Self-Reflective Rumination, Mood, and Creativity. *Emotion*, *5*(2), 226-232.
- Von Helversen, B., Wilke, A., Johnson, T., Schmid, G., & Klapp, B. (2011). Performance benefits of depression: sequential decision making in a healthy sample and a clinically depressed sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *120*(4), 962.
- Watson, P. J., & Andrews, P. W. (2002). Toward a revised evolutionary adaptationist analysis of depression: the social navigation hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, *72*, 1-14.

**AFRONTAMIENTO PERSONAL Y ATENCIÓN SANITARIA EN EL  
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: EL PUNTO DE VISTA DE  
LOS USUARIOS**

**Amanda Vega-Núñez, Gisela Amor-Mercado, Amelia Villena-Jimena, Clara  
Gómez-Ocaña y M<sup>a</sup> Magdalena Hurtado-Lara**

*Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga*

### **Resumen**

**Antecedentes.** Los trastornos de ansiedad son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria (AP) y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país. Concretamente, los datos de prevalencia son de .50 para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Dada su relevancia sociosanitaria se hace necesario profundizar en los mecanismos de acción que intervienen en el proceso de recuperación y el papel de los agentes sanitarios. El objetivo del presente estudio es analizar la perspectiva de los usuarios sobre la recuperación en el TAG y el papel de la atención sanitaria. **Método.** Se realizaron dos grupos focales integrados por usuarios de una USMC y diagnosticados de TAG, según el DMS-V. Estas entrevistas grupales estuvieron orientadas según un guión de preguntas abiertas cuyas respuestas se transcribieron y, finalmente, se analizó su contenido para explorar los temas más representativos. **Resultados.** Los resultados con respecto al afrontamiento parecen diferir en los participantes recuperados y no recuperados y, en general, se valora positivamente el papel de la atención sanitaria como favorecedora de la recuperación. **Conclusiones.** El afrontamiento activo de los síntomas es una estrategia presente en el discurso de los usuarios que se encuentran mejor. La evitación del malestar como estrategia de afrontamiento predomina en los usuarios con un curso más tórpido del TAG. En general, los usuarios se sienten satisfechos con la asistencia recibida en el sistema sanitario público y mantienen una buena relación con los profesionales sanitarios.

**Palabras clave:** trastorno de ansiedad generalizada; metodología cualitativa; estrategias de afrontamiento; satisfacción con la atención sanitaria.

### **COPING AND HEALTH CARE IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER: USER PERSPECTIVE**

#### **Abstract**



**Background.** Anxiety disorders are among the most frequent causes of consultation in Primary Health Care and they represent one of the major health problems in our country. Specifically, the prevalence data are .50 for Generalized Anxiety Disorder (GAD). Given its relevance, it is necessary to deepen the mechanisms of action involved in the recovery process and the role of health workers. The objective of this study is to analyze the user perspective on recovery in GAD and the role of health care. **Method.** Two focus groups composed of users of a USMC and diagnosed with GAD according to DSM-V were performed. These group interviews were oriented by a script of open questions whose answers were transcribed and finally analyzed content to explore the most representative issues. **Results.** The results with respect to coping seem to differ in recovered and unrecovered participants, and they generally appreciate the role of health care to favoring recovery. **Conclusions.** The active coping of symptoms and staying active are strategies present in user who are recovered. Discomfort avoidance as a coping strategy predominates in users with a more torpid course of GAD. In general, users are satisfied with the assistance received in the public health system and maintain a good relationship with health professionals.

**Keywords:** generalized anxiety disorder; qualitative methods; coping strategies; satisfaction with health care.

## Introducción

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes. Se estima que alrededor del 25% de los adultos sufren un trastorno de ansiedad en su vida (Kjernisted y Bleau, 2004), siendo una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria (AP). Concretamente, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) supone más del 50% de todos los trastornos de ansiedad que consultan en AP y el segundo trastorno mental después de la depresión (Üstün y Sartorius, 1995).

La etiología del TAG es multifactorial involucrando factores biológicos, psicológicos y sociales. Suele presentarse conjuntamente con enfermedades físicas y otros trastornos psicológicos comunes, así como con abuso de sustancias, comorbilidad que se asocia con un deterioro significativo de la calidad de vida y con discapacidad (Sareen et al., 2006). Además, la demora en la búsqueda de ayuda médica (Wittchen y Jacobi, 2005) y su bajo reconocimiento en AP (Roy-Byrne y Wagner, 2004; Wittchen,

2002; Wittchen y Jacobi, 2005), empeoran el pronóstico, dando lugar a altos costes médicos y sociales (Simon, Ormel, Korff y Barlow, 1995).

Estos antecedentes ponen de relieve una alta variabilidad en la práctica y un manejo subóptimo del problema, que dan lugar a un creciente interés por el correcto abordaje de este trastorno.

Así, para diseñar intervenciones ajustadas a las necesidades y preferencias de esta población, además de considerar la evidencia científica, es necesario profundizar en los mecanismos de acción puestos en marcha en el proceso de recuperación desde el punto de vista de los propios afectados. Por ello, el objetivo del presente estudio es conocer la vivencia y percepciones de personas diagnosticadas de TAG en su proceso de recuperación.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por 10 participantes, 8 de los cuales fueron mujeres (80%) y 2 hombres (20%) con una media de edad de 50.6 años (rango 24-66). El tiempo medio de seguimiento en SM era de 38.2 meses (rango 4-120). En total, se realizaron dos grupos focales, con cuatro y seis participantes respectivamente.

Los criterios de inclusión para la selección de los pacientes fueron haber sido diagnosticado de Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DMS-V (American Psychiatric Association [APA], 2013), y ser mayor de edad.

Se excluyeron del estudio los usuarios diagnosticados de un trastorno mental grave (trastornos psicóticos o bipolares) o una adicción comórbida; el retraso mental o deterioro funcional importante; o una situación social marginal.

Mediante muestreo intencional se revisó el listado completo de usuarios diagnosticados de TAG de la Unidad de Salud Mental Comunitaria Málaga-Centro. Se contactó con los pre-seleccionados, solicitando su participación. Aquellos que aceptaron participar en el estudio fueron citados el día del grupo, donde firmaron el consentimiento informado. El tamaño muestral estuvo sometido al principio de saturación de la información durante el proceso de recogida y análisis de datos.

### *Instrumentos*



La técnica empleada para la obtención de los datos fue la entrevista grupal mediante grupos focales. Las entrevistas fueron de tipo semi-estructurado, apoyadas en la ayuda de un guión, concretamente el utilizado en la guía NICE para el TAG (2011). Las temáticas abordadas fueron: impacto del TAG en la vida cotidiana; valoración de los profesionales implicados (AP y SM) y del proceso asistencial; tipos de abordajes ofertados en el sistema sanitario público –psicológicos y farmacológicos- y su utilidad percibida; y recursos personales de afrontamiento del trastorno. Las preguntas eran de carácter abierto y la entrevista, de 90-120 minutos, se realizó de manera flexible, de forma que pudieran emerger temas no propuestos inicialmente. Además, se utilizó un entrevistador neutro y con experiencia en entrevistas cualitativas.

### *Procedimiento*

Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas literalmente. Se identificaron temas emergentes y las citas significativas fueron codificadas por un investigador, siendo estos códigos triangulados por medio de revisión de otros investigadores del equipo. Las divergencias se discutieron hasta llegar a un consenso final. Los códigos se agruparon en categorías y subcategorías y fueron analizados teniendo en cuenta la potencial influencia de los investigadores, para lo cual se llevó a cabo un análisis de ideas preconcebidas y expectativas respecto a los resultados del estudio.

### *Diseño*

El diseño seleccionado para el estudio fue el cualitativo fenomenológico eidético.

## **Resultados**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en relación al afrontamiento del TAG y la relación de los usuarios con el sistema de salud.

### *Afrontamiento del trastorno*

Una de las estrategias de afrontamiento más mencionada es la búsqueda de ayuda, que suelen realizar tanto en su entorno como en el sistema sanitario, usualmente con carácter alarmante.

El grupo de pacientes con una evolución más tórpida describen un tipo de estrategia de afrontamiento basada en la evitación del malestar. En este sentido

encuentran tranquilizador el aceptar que tienen un problema, que va a causar molestias a largo plazo y es posible que tengan que hacer ajustes en sus vidas, llegando a compararlo con enfermedades somáticas crónicas como la diabetes. También describen como estrategia de afrontamiento ciertas conductas de seguridad.

*Entonces quiero estar en mi casa, en mi casa soy muy feliz, no cojo el teléfono, no abro la puerta, pero como llamen al timbre o me suene el teléfono el corazón se me sale, me dan taquicardias, tengo la tensión muy alta y la lágrima...* (Mujer, 51 años).

*Yo puedo tener la ansiedad más grande, de que yo me he tenido que salir hasta del cine* (Mujer, 24 años).

Los participantes que se recuperaron total o parcialmente utilizaban estrategias como mantenerse activo, por ejemplo, realizando ejercicio físico o voluntariado. Así, varios participantes relataron cómo estar comprometidos con los aspectos de su vida que consideran realmente importantes les ha ayudado a seguir adelante y trabajar en su recuperación.

Por último, cabe destacar que todas las personas que han conseguido recuperarse del trastorno, refieren también una sensación de fortalecimiento personal tras esta experiencia.

*Y hago muchísimas cosas: hago yoga, hago meditación, voy a clase de inglés, voy a conferencias... Entonces, bueno, he buscado otro tipo de vida... Lo que sí he aprendido es a ser mejor persona, (...) y a empatizar con los demás. A entender lo que no entendía antes.* (Mujer, 63 años).

*Como no tengas nada (que hacer) te quedas en casa, no quieres salir. Entonces si tú tienes un algo, y este algo lo he encontrado yo, el irme una o dos o tres veces a hacer cualquier acción de cualquier cosa, a darle de comer a la gente, lo que puedo o bien a algún abuelo que le hace falta arreglarle la casa o cualquier cosa de esa. Entonces estás buscando, yo busco formas de ayudar...* (Varón, 57 años).

*La semana pasada empezaron a darme los ataques, la presión... cogí, porque muchas veces lo hago, me pongo Radio Olé, el aparato, me pongo mis tenis y me voy a la calle...y pun, pun, pun... andando, luego para mi casa, y llegué nueva* (Mujer, 66 años).

*Relación con los servicios de salud*

Del discurso de los participantes se puede concluir una tendencia a la hiperutilización de los servicios sanitarios de urgencias y AP.

*...porque yo es que tuve una temporada que a los del 061 los tenía ya hartos, me decían “¿otra vez tú?”, porque yo es que me tiraba todo el día en el Hospital Civil, en urgencias y llamando a la ambulancia (Mujer, 24 años).*

De hecho, casi la mitad de los participantes tuvieron su primer contacto con el sistema sanitario en los servicios de urgencias, donde se les diagnosticó de “ansiedad”, pero no se realizó una psicoeducación completa. Así, en algunos casos existe una demora de varios años desde el inicio de los síntomas hasta el correcto abordaje de TAG. Ninguno de los participantes mencionó su diagnóstico de TAG a lo largo de su discurso.

*A mí han llegado a hacerme en la semana 5 días electros, de verdad. De venir a mi casa y decirle que me duele el brazo izquierdo, el pecho, sudoración..., como son todos síntomas de un infarto, pues de venir y de poner. Y ellos tenían que venir, aunque sabían que yo era la paciente de la ansiedad, pero tenían que venir (Mujer, 47 años).*

Típicamente, tras un periodo breve o en algunos casos un único contacto con el médico de familia, los usuarios fueron citados con un psiquiatra. A todos se les ofreció un tratamiento farmacológico como primera opción de abordaje. Posteriormente, a muchos de ellos se les ofertó participar en un grupo de terapia.

La mayoría manifiestan su descontento con respecto al tratamiento farmacológico, reconociendo haber demandado intervenciones alternativas y/o haberlo abandonado directamente. Otros participantes sí reconocen gran mejoría tras tomar los psicofármacos.

*Los ansiolíticos y los antidepresivos lo que te hacen es que te atontan, te duermen cada vez más... Cada vez más dormida, cada vez menos participativa, cada vez más ausente... me costaba trabajo expresarme, quería hablar y entrecortaba las frases, estaba todo el día adormecida y muy mal.... A mí la experiencia me dice que es más importante en estas enfermedades el psicólogo que el psiquiatra. Eso ha sido mi experiencia. Y lo que me ha sacado hacia arriba ha sido las terapias (Mujer, 63 años).*

*Cuando no me tomo la medicación... ese día sí veo que apenas hablo, me da pena, que estoy de otra manera. Estoy menos comunicativa, menos sociable (Mujer, 39 años).*

Por otro lado, los informantes que han recibido tratamiento psicoterapéutico lo valoran muy positivamente en relación a su recuperación. Señalan como especialmente útil la realización de las tareas terapéuticas prescritas para casa. Otros reconocen no haber seguido las pautas conductuales recomendadas, generalmente aquellos que continúan con graves síntomas de ansiedad. También valoran muy positivamente el formato de terapia grupal, destacando que les permite relativizar la problemática propia.

En general, los pacientes se sienten satisfechos con la atención sanitaria recibida tanto en AP como en SM. En general, consideran buena su relación con sus médicos de AP, y muy buena con psicólogos clínicos y psiquiatras, por quienes se sienten comprendidos.

Por otro lado, las principales quejas manifestadas por los usuarios de SM fueron el tiempo entre las sesiones, que consideran excesivo, la rotación del personal y el reducido número de psicólogos clínicos disponibles en el servicio, con la consiguiente dificultad de acceso a terapias psicológicas.

## **Discusión**

Los resultados de este estudio permiten conocer la experiencia de un grupo de usuarios diagnosticados de TAG, con respecto a la atención sanitaria y el afrontamiento personal del mismo.

En primer lugar, cabe destacar la falta de claridad con respecto al diagnóstico que manifiestan los participantes de este estudio. Así, ninguno de los participantes nombra en ningún momento de las entrevistas grupales su diagnóstico (TAG), sino que hacen referencia a lo que les ocurre de una forma más general y ambigua, definiéndolo simplemente como “ansiedad”.

Del testimonio de los participantes se extrae que la mayoría de ellos han pedido ayuda inicialmente a través del servicio de urgencias, en el contexto de una crisis de ansiedad. Así, se pone también de manifiesto la falta de una psicoeducación inicial completa sobre el trastorno o, al menos, sobre el síntoma de la ansiedad, lo que explicaría, al menos parcialmente, que ningún participante mencionara su diagnóstico.

Como un tema emergente, varios participantes manifestaron su percepción de que, a partir del diagnóstico de un trastorno de ansiedad, su MAP suele atribuir cualquier queja somática a la ansiedad, ignorándolas frecuentemente.

En cuanto a la intervención, parece unánime la utilización de tratamiento farmacológico como primera opción de abordaje terapéutico del TAG, a pesar de la preferencia de los usuarios por las intervenciones psicológicas (Layard et al., 2006) y de las recomendaciones basadas en evidencia científica disponible (García-Herrera, Hurtado, Nogueras, Bordallo y Morales, 2015; NICE, 2011). Así, en las GPC se propone, dentro de la atención por pasos, el uso de intervenciones psicológicas de baja intensidad como tratamiento de primera elección para el TAG (García-Herrera et al., 2015; NICE, 2011). Este tipo de intervenciones se caracterizan por requerir menos tiempo y recursos sanitarios para su aplicación y conseguir la mejoría en una mayoría de los usuarios, como sería el caso por ejemplo de diversas modalidades de autoayuda o algunos tipos de intervenciones grupales.

Por último, mencionar que este estudio difiere de otros estudios cualitativos realizados hasta el momento sobre el TAG, los cuales se han focalizado principalmente en el contenido de las preocupaciones y la evolución del trastorno (por ejemplo, Decker, Turk, Hess y Murray, 2008; Ruscio y Borkovec, 2004), explorando ahora el proceso de recuperación y la satisfacción con la atención sanitaria recibida.

## Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Decker, M. L., Turk, C. L., Hess, B. y Murray, C. E. (2008). Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 485–494.
- García-Herrera, J.M., Hurtado, M.M., Nogueras, V., Bordallo, A. y Morales, J.M. (2015). *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Basada en el Modelo de Atención por Pasos*. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Málaga.
- Kjernisted, K. D. y Bleau, P. (2004). Long-term goals in the management of acute and chronic anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 51S-63S.
- Layard, R., Bell, S., Clark, D. M., Knapp, M., Meacher, M., Priebe, S., et al. (2006). *The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*.

- Centre for Economic Performance Report. London: London School of Economics.
- NICE. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care*. London: NICE.
- Roy-Byrne, P. P. y Wagner, A. (2004). Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl. 13), S20–S26.
- Ruscio, A. M., y Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behavior Research & Therapy*, 42, 1469-82.
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S.L., Clara, I. y Stein, M.B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2109–2116.
- Simon, G., Ormel, J., von Korff, M. y Barlow, W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 352–357.
- Üstün, T.B. y Sartorius, N. (1995). *Mental illness in general health care, an international study*. Chichester: John Wiley and Sons on behalf of the World Health Organization.
- Wittchen, H.U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162–171.
- Wittchen, H.U. y Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357–376.

## **FUNCIONES EJECUTIVAS Y ANSIEDAD EN LA INFANCIA: ESTUDIO DE SU INTERACCIÓN**

**M. Álvarez – Calderón\*, J.A. Portellano – Pérez\*\* y T. Montalvo Calahorra \*\*\***

*\*Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid; \*\* Universidad Complutense de Madrid; \*\*\* Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

### **Resumen**

Se acepta abiertamente el poder que ejerce el estrés en el rendimiento, observando una disminución de los logros escolares en sujetos ansiosos. Por lo que parece ser que la sintomatología ansiosa perjudica en algún sentido el rendimiento en aspectos que involucran al funcionamiento frontal. En el presente estudio se tratará de clarificar la relación existente entre el funcionamiento ejecutivo y la ansiedad no clínica en una población infantil y observar si existen efectos diferenciales en las poblaciones con baja y alta ansiedad. Se utilizará el método comparativo entre dos muestras de sujetos independientes. La muestra inicial se componía de 160 niños de 10 a 12 años. Tras ser evaluados mediante el Inventario de Ansiedad Estado / Rasgo para Niños (STAIC), se seleccionaron 66 niños tras cumplir criterios de inclusión por presentar alta ansiedad (centil >95) o baja ansiedad (centil < 5). Una vez los sujetos fueron seleccionados y asignados a una de las dos muestras, se les administró la escala de lateralidad de Oldfield y la batería de Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN). La comparación de medias se ha realizado con el programa estadístico SPSS v.20 mediante la prueba T de Student para muestras independientes. En ninguna de las pruebas de evaluación del funcionamiento ejecutivo se han observado diferencias significativas para los grupos estudiados, por lo tanto, no podemos afirmar que el grupo con mayor ansiedad no clínica obtenga peores resultados. Este estudio es congruente con investigaciones anteriores, y confirma la necesidad de considerar otros factores con el fin de desarrollar la relación entre la ansiedad y el rendimiento ejecutivo.

**Palabras clave:** ansiedad, funciones ejecutivas, infancia, neuropsicología.

## **EXECUTIVE FUNCTIONS AND ANXIETY IN THE CHILDHOOD: A STUDY OF THEIR INTERACTION**

### **Abstract**

It is accepted the relationship between stress and performance. It is know that educational achievements decrease in anxious subjects. It is appears that anxiety somehow impairs achievement when executive functions are involved. The aim of this study is to clarify the relationship between non-clinical anxiety and executive functions in a child population. Differences between children with high and low anxiety will be observed. Comparative method will be used to contrast two independent samples. Initial sample is composed of 160 children between 10 and 12 years old. Anxiety levels were evaluated in this first sample with the State – Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC). 66 children were selected after meeting inclusion criteria: high anxiety (percentile >95) or low anxiety (percentile < 5). Once children were selected and assigned to a sample, the Olfield Handedness Questionnaire and the Neuropsychological Assessment of Executive Functions in Children (ENFEN) were applied. Means were compared using Student T test with the statistical program SPSS v.20. There were no significant differences between the two groups in any of the executive function test. Therefore, it does not mean that higher levels of anxiety are related with worse performance. This result is congruent with previous studies and confirm the need of consider other variables in order to develop a more accurate and precise relation between anxiety and executive performance.

**Keywords:** anxiety, executive functions, childhood, neuropsychology.

### **Introducción**

Los trastornos de ansiedad presentan una alta prevalencia entre niños y adolescentes dando lugar a consecuencias negativas en múltiples áreas (Essau y Gabbidon, 2013). La literatura ha expuesto ampliamente la relación existente entre la ansiedad y el rendimiento, sin embargo, algunos estudios muestran como grupos de sujetos con alta y baja ansiedad no presentan diferencias en el rendimiento en determinadas tareas de carácter ejecutivo (Blankstein, Flett, Boase y Toner, 1990)

Derakshan y Eysenck (2009) diferencian entre “eficiencia en el procesamiento” y “efectividad en la ejecución”: los sujetos ansiosos generalmente intentan compensar los efectos adversos de la ansiedad en la eficiencia del procesamiento utilizando estrategias adicionales. Así, la ansiedad perjudica al procesamiento en mayor medida que a la ejecución propiamente dicha.

Eysenck, Derakshan, Santos y Calvo (2007) asumen que la capacidad de inhibición y los cambios atencionales son las principales funciones del ejecutivo central (Baddeley, 1986). Según esta perspectiva, la ansiedad perjudica, de forma indirecta, y a través del ejecutivo central, la capacidad de inhibición y flexibilidad atencional.

Estudios basados en tareas de Stroop emocional concluyen que los efectos distractores son mayores en sujetos ansiosos, observando como sujetos con alta ansiedad rasgo presentan mayor interferencia y latencias de respuesta ante estímulos relevantes (Pérez - Dueñas, Pacheco, Lupiáñez, y Acosta, 2006) y más errores (Eschenbeck, Kohlmann, Heim, Koller y Lesser, 2004). Aunque parece que ante estímulos neutrales los sujetos ansiosos no tienen problemas para inhibir los distractores (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2007), presentando un sesgo atencional si el estímulo es amenazante.

En relación a la flexibilidad cognitiva los estudios son contradictorios, Eysenck al. (2007) concluyen que la flexibilidad cognitiva está influida por la ansiedad observando que los sujetos ansiosos ejecutan peor la tarea cuando se cambia de actividad que cuando el ejercicio es el mismo, mientras que en los sujetos no ansiosos el cambio no afecta a la ejecución. Por el contrario, otros estudios relacionan los cambios en la flexibilidad cognitiva con otras variables como la edad y el sexo (Feldhusen, Denny Condon, 1965; Schultz, Hoyer y Kaye, 1980).

La memoria de trabajo ha sido ampliamente estudiada en relación con la ansiedad, observando la presencia de dificultades en estas tareas en sujetos ansiosos (Ashcraft y Kirk, 2001; Shackman et al., 2006). Estos datos son congruentes con estudios neurofisiológicos (Young, Sahakian, Robbins y Cowen, 1999) que muestran como la administración de hidrocortisona perturba el funcionamiento de tareas de memoria de trabajo visuo-espacial.

Los estudios presentados centran su trabajo en la ansiedad en el adulto, mientras que el propósito de este estudio es clarificar la relación existente entre el funcionamiento ejecutivo y la ansiedad no clínica en una población infantil. Si la

ansiedad influye en el rendimiento, se esperará un deterioro a nivel ejecutivo en la población con alta ansiedad, mientras que si esta disminución en el rendimiento no se presenta, se acepta que la ansiedad no clínica no es un factor predisponente al deterioro del funcionamiento ejecutivo.

## **Método**

### *Participantes*

Para la obtención de la muestra se partió de un grupo de 160 sujetos, de 5º y 6º de primaria, procedentes de dos colegios de la Comunidad de Madrid.

Tras la administración del Inventario de Ansiedad Estado / Rasgo para Niños (STAIC) se seleccionó a aquellos sujetos que presentaban altas / bajas puntuaciones en ansiedad, quedando reducida la muestra a 66 sujetos (34 niños y 32 niñas), con un rango de edad de 10 a 12 años ( $M=11,12$ ;  $DE=0,77$ ).

Los sujetos no contaban con patologías neurológicas y/o psiquiátricas asociadas ni trastornos del aprendizaje. A excepción de dos sujetos, los demás mostraron preferencia manual diestra a partir del test de dominancia lateral de Olfeld administrado. Todos los niños tenían el castellano como primera lengua y asistían al colegio regularmente. Todos los padres dieron el correspondiente consentimiento informado.

Los niños procedían de dos colegios: Santa Beatriz de Silva (Madrid capital) y Benito Pérez Galdós (Móstoles) ambos en la comunidad de Madrid. La muestra se puede considerar incidental. No se han elegido los colegios por ninguna característica en particular.

### *Instrumentos*

El protocolo de evaluación estuvo formado por las siguientes pruebas:

- Inventario de Ansiedad Estado / Rasgo para Niños (STAIC) de Spielberger (1973).

Este inventario permite evaluar tanto la ansiedad como una dimensión estable de la personalidad (ansiedad rasgo o tendencia a la ansiedad), como la ansiedad estado, que permite detectar las conductas de ansiedad en la situación actual del niño. Consta de 40 elementos (20 en cada escala), con tres alternativas de respuesta. Los elementos están referidos a aquellas experiencias vitales en las que los niños suelen mostrar conductas

ansiosas, tanto en el contexto familiar, como en el escolar. La versión española del STAIC tiene un coeficiente de fiabilidad alto (0,85 – 0,89) al igual que el de validez (0,75).

- Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) Portellano, Martínez-Arias y Zumárraga (2009). Se trata de una batería para la evaluación del desarrollo madurativo global de los niños. Incide especialmente en la evaluación de las Funciones Ejecutivas (FE) del cerebro. La batería se aplica en niños de 6 a 12 años, tanto sanos como en los que presentan retraso madurativo o alteraciones cognitivas o emocionales derivadas del daño o la disfunción cerebral. La batería se compone de las siguientes pruebas:

- Fluidez verbal, que se divide a su vez en: fluidez fonológica y fluidez semántica.

- Construcción de senderos: esta prueba está inspirada en el Trail Making Test. Exige la utilización de estrategias de programación y de toma de decisiones.

- Construcción con anillas: esta prueba se inspira en la Torre de Hanoi, en la que el sujeto a partir de una situación inicial, conformada por 4, 5 o 6 anillas de distintos colores, tiene que llegar a una situación final distinta de la anterior en cuanto al orden de los colores. Se evalúa la capacidad del niño para descomponer un problema global, la flexibilidad cognitiva, la capacidad de abstracción, la memoria prospectiva, la memoria operativa y la destreza motriz.

- Resistencia a la Interferencia: esta escala está inspirada en el test de Stroop y evalúa atención selectiva, capacidad para inhibir, evitando la denominación incorrecta del color en el que se encuentra impresa cada palabra y flexibilidad mental.

- Test de lateralidad de Olfeld: Se trata de un cuestionario en el que al sujeto se le pregunta por la utilización de una mano u otra para la realización de distintas tareas.

### *Procedimiento*

Todos los niños fueron evaluados en sus centros escolares. La hora de administración trató de homogeneizarse, en la medida de lo posible, siendo aproximadamente de once a doce de la mañana. El procedimiento a seguir fue el siguiente:

- En la primera sesión se administró el Inventario STAIC de forma grupal (N=160). Los sujetos que obtenían altas puntuaciones (> del centil 95) o bajas puntuaciones (< del centil 5) en ansiedad estado o en ansiedad rasgo se seleccionaban

para la segunda evaluación y eran categorizados en uno de los dos grupos “Alta ansiedad” y “Baja Ansiedad”

- La segunda evaluación (N=66) consistió en la administración del ENFEN y el Test de Lateralidad de Olfield.

La selección de la muestra final (N=66) se llevó a cabo por un procedimiento multimodal que incluía entrevistas con tutores y los resultados obtenidos con el STAIC. Los niños que no participaron en el estudio fueron excluidos por no obtener puntuaciones extremas en el STAIC o bien por presentar TDAH, asperger o dificultades en el aprendizaje. El evaluador fue siempre el mismo así como el orden de administración.

### *Diseño*

Para poder cumplir los objetivos de este estudio se realizó una evaluación transversal a del funcionamiento ejecutivo y la lateralidad a niños que presentaban alta (> centil 95) o baja (< centil 5) ansiedad estado – rasgo. La recogida de datos se realizó en un único momento temporal y los participantes fueron evaluados una única vez. Se realizó un diseño comparativo de diferencia de medias mediante a prueba T de Student para muestras independientes.

### **Resultados**

Según los datos obtenidos en nuestro estudio no se observan diferencias significativas entre los dos grupos en las siguientes pruebas: fluidez verbal fonológica y semántica, construcción de senderos, construcción con anillas y resistencia a la interferencia. Por lo tanto, podemos afirmar que no existen diferencias significativas entre el grupo con Alta Ansiedad y el grupo con Baja Ansiedad en relación al funcionamiento ejecutivo.

No se observan diferencias significativas en función del sexo en las diferentes pruebas administradas, exceptuando la Construcción de Anillas, en la que las niñas duran menos tiempo en realizar la prueba, por lo tanto tienen una puntuación superior que los niños.

Se observan diferencias en relación a la edad entre los grupos de más edad (12 años) y menos edad (10 años). Concretamente las diferencias son significativas para las siguientes pruebas: Sendero en Gris y Resistencia a la Interferencia.

## Discusión

En ninguna de las pruebas administradas las diferencias entre los sujetos con alta y baja ansiedad la diferencia ha sido significativa.

A lo largo del estudio se ha demostrado la interrelación entre los estados de estrés o ansiedad y el funcionamiento ejecutivo. Sujetos con ansiedad clínica (trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo...) manifiestan un deterioro a nivel ejecutivo, aspecto que no es tan evidente en sujetos con ansiedad no patológica. En el presente estudio el interés se centra precisamente en este aspecto; es estrictamente necesario que los participantes no muestren sintomatología clínica ni dificultades en el aprendizaje con el fin de explorar el funcionamiento frontal en los sujetos que, sin mostrar un diagnóstico concreto, presentan un estado - rasgo de ansiedad elevado.

Otras investigaciones muestran resultados similares (Blankstein et al., 1990) y se argumenta que existen otros elementos que median la relación del rendimiento ejecutivo con la ansiedad. Eysenck et al. (2007) exponen en su teoría de la eficiencia del procesamiento como los pensamientos de preocupación en los individuos ansiosos, no sólo no dificultan la ejecución, si no que aumentan la motivación y minimizan los efectos adversos de la ansiedad, logrando un aumento del esfuerzo que generalmente compensa los efectos de la ansiedad.

Datos congruentes con esta hipótesis, añaden que los sujetos ansiosos presentan deterioro en el funcionamiento ejecutivo si las demandas al ejecutivo central (Baddeley, 1986) producidas por dos tareas concurrentes son altas. Así, si un grupo de sujetos con alta y baja ansiedad ejecutan una tarea visuo-espacial y simultáneamente otra que involucra al ejecutivo central, los sujetos con alta ansiedad verán deteriorada su ejecución, mientras que si la realizan de forma aislada, no existirían diferencias con los sujetos no ansiosos (Derakshan y Eysenck, 2009).

La relación entre el rendimiento y la ansiedad en población no clínica no es concluyente en la literatura. Por lo que sería necesario estudiar los diferentes elementos que conforman el funcionamiento ejecutivo: la atención, la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva, la interferencia, la toma de decisiones etc. además de tener en cuenta otros factores individuales o de la tarea que puedan intervenir en la relación entre la ansiedad y el rendimiento.

## Referencias

- Ashcraft, M.H. y Kirk, E.P. (2001). The Relationships Among Working Memory, Math Anxiety, and Performance. *Journal of Experimental Psychology*, 130, 224-237.
- Baddeley, A.D. (1986). *Working memory*. Oxford: Clarendon Press.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M.J. y Van Ijzendoorn, M.H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and non anxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24.
- Blankstein, K.R., Flett, G.L., Boase, P., y Toner, B.B. (1990). Thoughtlisting and endorsement measures of self-referential thinking in test anxiety. *Anxiety Research*, 2, 103-111.
- Derakshan, N. y Eysenck, M. W. (2009). Anxiety, Processing Efficiency, and Cognitive Performance New Developments from Attentional Control Theory. *European Psychologist*, 14, 168-176.
- Essau, C.A. y Gabbidon, J. (2013). Epidemiology, comorbidity and mental health service utilization. En C.A. Essau y T.H. Ollendick (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of the Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety* (pp.15-60). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Eschenbeck, H., Kohlmann, C.W., Heim, U., Koller, D. y Lesser, M. (2004). Processing bias and anxiety in primary school children: A modified emotional stroop colour-naming task using pictorial facial expressions. *Psychology Science*, 46, 451-465.
- Eysenck, M.W., Derakshan, N., Santos, R. y Calvo, M.G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7, 336-353.
- Feldhusen, J.F., Denny, T. y Condon, C.F. (1965). Anxiety, divergent thinking and achievement. *Journal of Educational Psychology*, 56, 40-44.
- Pérez - Dueñas, C., Pacheco, A.P., Lupiáñez, J. y Acosta, A. (2006). Inteligencia emocional e interferencia *stroop* emocional en participantes con ansiedad rasgo elevada vs. baja. *Ansiedad y Estrés*, 12, 251-265.
- Portellano, J. A., Martínez-Arias, R. y Zumárraga L. (2009). *ENFEN. Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños*. Madrid: Tea ediciones.
- Schultz, N.R., Hoyer, W.J. y Kaye, D.B. (1980). Trait Anxiety, Spontaneous Flexibility, and Intelligence in Young and Elderly Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 289-291.

- Shackman, A.J., Sarinopoulos, I., Maxwell, J.S., Pizzagalli, D.A., Lavric, A. y Davidson, R.J. (2006). Anxiety Selectivel y Disrupts Visuospatial Working Memory. *Emotion*, 6, 40–61.
- Spielberger, C. D. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Young, A. H., Sahakian, B. J., Robbins, T. W. y Cowen, P. J. (1999). The effects of chronic administration of hydrocortisone on cognitive function in normal male volunteers. *Psychopharmacology*, 145, 260–266.

## INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES CON SÍNTOMATOLOGÍA ANSIOSO DEPRESIVA LEVE

**José Manuel Sanz, Isabel María García, Eva Jordá, Miguel Ángel Cuquerella,  
Isabel Cano y Eva Carbajo**

*Consortio Hospital General Universitario. Unidad de Psicología Clínica y de la Salud.  
Valencia, España*

### Resumen

**Antecedentes.** La sintomatología ansiosa y depresiva reactiva a dificultades de adaptación, especialmente a pérdidas significativas como trabajo, salud y vínculos amorosos, está presente en un elevado porcentaje de pacientes que acuden a las consultas de las Unidades de Salud Mental y de Atención Primaria. Sin embargo, la mayoría de pacientes con trastornos de ansiedad o del estado de ánimo no recibe un tratamiento psicológico empíricamente validado. **Objetivos.** En esta investigación nuestro objetivo fue estudiar la eficacia de un programa de tratamiento grupal cognitivo-conductual realizado entre 2012 y 2015 en pacientes con sintomatología ansioso-depresiva leve en dos Unidades de Salud Mental y Atención Primaria. **Método.** La muestra está compuesta con pacientes derivados de Atención Primaria a dos Unidades de Salud Mental en Valencia. Se generaron de forma incidental 2 grupos, uno de tratamiento (n=31) y otro de lista de espera (n=20) que se mostraron homogéneos en cuanto a variables sociobiográficas y psicométricas antes del tratamiento. Fueron evaluados utilizando el *Inventario de síntomas revisado (SCL-90-R)*. El tratamiento consistió en una terapia grupal de 8 sesiones, con una frecuencia semanal y una hora de duración. **Resultados.** En ambos grupos se observa una mejoría en las puntuaciones tras la condición experimental. Sin embargo, la mejoría es mayor en el grupo experimental que en las de lista de espera llegando a ser significativa en las subescalas *depresión* y *ansiedad fóbica*. **Conclusiones.** Por su eficacia y eficiencia, realizar intervenciones psicológicas grupales tempranas para la sintomatología ansioso-depresiva leve, podría aportar un ahorro considerable en los costes económicos y humanos en la atención sanitaria.

**Palabras clave:** Trastorno adaptativo, terapia grupal, cognitivo-conductual, ansiedad, depresión.

## **COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION GROUP IN PATIENTS WITH MILD ANXIOUS DEPRESSIVE SYMPTOMS**

### **Abstract**

**Background.** The anxiety and depression symptoms reactive to adaptation difficulties, especially significant losses as work, health and love ties, are present in a high percentage of patients attending consultations in Units of Mental Health and Primary Care. However, most patients with anxiety or mood disorders does not receive an empirically validated psychological treatment. **Objectives.** Our goal was to study the effectiveness of a cognitive-behavioral group treatment program performed between 2012 and 2015 in patients with mild anxious- depressive symptoms in two units of Mental Health and Primary Care. **Method.** The sample is made with patients referred from Primary Care to two Mental Health Units in Valencia. Two groups were incidentally generated, one for treatment (n=31) and another one for a waiting list (n=20) that were homogeneous in terms of sociobiographical and psychometric variables before treatment. They were evaluated using the Revised Symptom Check-List (SCL-90-R). The treatment was a cognitive-behavioral group intervention of one hour session per week during eight weeks. **Results.** An improvement in scores is observed in both groups after experimental condition. However, the improvement is greater in the treatment group than in the waiting list, becoming significant in the phobic anxiety and depression subscales. **Conclusions.** For its effectiveness and efficiency, perform early psychological group interventions for mild anxious depressive symptoms, could bring considerable savings in human and economic costs in Health Cares.

**Keywords:** Adjustment Disorder, group therapy, cognitive behavioral, anxiety, depression.

## Introducción

La sintomatología ansiosa y depresiva reactiva a dificultades de adaptación, especialmente a pérdidas significativas como trabajo, salud y vínculos amorosos, está presente en un elevado porcentaje de pacientes que acuden a las consultas de las Unidades de Salud Mental (USM) y de Atención Primaria (AP) (Casey, 2009). Sin embargo, la mayoría de pacientes con trastornos de ansiedad o del estado de ánimo no recibe un tratamiento psicológico empíricamente validado (Codony et al., 2007). Se estima que tan sólo llegan a recibirlo un 31,8% en USM y 30,5% en AP (Fernández et al., 2007). Estos datos pueden explicar las altas tasas de abandono de las terapias, en torno al 20%, (Pinto-Meza et al., 2010) y el alto consumo de fármacos, superior al de nuestro entorno (Alonso et al., 2004).

Además, son destacables la pérdida de calidad de vida y costes socioeconómicos que suponen los trastornos mentales llegando a ser mayores que las que generan las enfermedades físicas (Fernández et al., 2010).

Actualmente, los recursos en la sanidad pública son escasos, por ello consideramos relevante investigar 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, los estudios revisados encuentran evidencia favorable para el tratamiento grupal TCC para trastornos de ansiedad o depresión (Latorre et al., 2012; Segarra, Farriols, Palma, Segura y Castell, 2011)

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, nuestro objetivo es estudiar la eficacia de un programa de tratamiento grupal cognitivo-conductual con pacientes con sintomatología ansioso-depresiva leve en USM. La hipótesis de nuestro trabajo es que los pacientes tratados con TCC grupal

presentarán una disminución significativa de sus síntomas con respecto al grupo de lista de espera.

## Método

### *Participantes*

La muestra está constituida por pacientes derivados por médicos de AP de dos centros de salud y psicólogos y psiquiatras de las USM de Torrente y Pere Bonfill (Valencia) entre los años 2012 y 2015. Los pacientes eran derivados al programa si cumplían los criterios expuestos en la Tabla 1.

Tabla 1

### *Criterios de inclusión y exclusión del tratamiento grupal*

<b>Inclusión</b>	<b>Exclusión</b>
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

La primera entrevista se llevó a cabo con aquellos sujetos que accedían voluntariamente al tratamiento y cumplían los criterios de inclusión. En ella se les administró, previa firma del consentimiento informado, las pruebas psicométricas pre-tratamiento. La asignación de los pacientes al grupo de lista de espera (n=20) y experimental (n=31) se realizó de forma incidental debido a los problemas éticos que supone la exclusión del paciente del tratamiento. Así, cuando un paciente no podía iniciar inmediatamente la terapia debido a asuntos personales o a contingencias de los grupos de terapia (número insuficiente de sujetos, periodos vacacionales), era evaluado y asignado como participante al grupo de lista de espera. Más adelante, cuando era posible iniciar el tratamiento, tras aproximadamente dos meses, se repetía la entrevista y administraban las pruebas psicométricas generándose de esta manera la medición post del grupo de lista de espera.

### *Instrumentos utilizados*

Se administró la escala *SCL-90-R, Symptom Check List-R* (González 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.

### *Procedimiento*

Los pacientes del grupo experimental eran asignados a grupos de tratamiento por orden de llegada. Los grupos se conformaban con 6-8 sujetos, tenían una duración de 8 sesiones con frecuencia semanal de hora y media de duración. El terapeuta llevaba a cabo un papel activo de soporte y conducción de los grupos, buscando generar grupos cohesionados y participativos.

La estructura del tratamiento y sus contenidos se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2

### *Esquema de la organización de las sesiones*

<b>Sesión</b>	<b>Contenido</b>
	Dinámica de presentación.
1. <b>Presentación</b>	Explicitar las expectativas en relación al tratamiento y soluciones intentadas.
<b>Psicoeducación</b>	Introducción a las técnicas de control de la activación: respiración diafragmática.
<b>Técnicas de control de la activación</b>	Relajación muscular progresiva.
2. <b>Reestructuración cognitiva I</b>	Realización de ejemplos prácticos para aprender a identificar: A (situaciones), B (pensamientos) y C (conductas y estado emocional). Entrega de autoregistros.

Tabla 2 (continuación)

3.	<b>Reestructuración cognitiva II</b>	Discusión de los pensamientos y sustitución por otros más positivos. Registro de las nuevas conductas y sentimientos consecuentes.
4.	<b>Exposición a situaciones temidas</b>	Exposición en imaginación. Tareas de exposición para casa.
5.	<b>Solución de problemas</b>	Diferenciación entre preocupación y problema. Realización de ejercicios prácticos con ejemplos propuestos por los participantes.
	<b>Prevención de recaídas</b>	Repaso de los contenidos previos. Despedida.

Al final el tratamiento, los pacientes del grupo experimental volvieron a realizar las pruebas psicométricas generándose la medición post-tratamiento de este grupo.

#### *Análisis de datos*

Los datos del estudio fueron analizados con el programa SPSS versión 19.0. Se utilizó una prueba *t* de diferencia de medias para muestras independientes para analizar las diferencias basales entre grupos (Tabla 3) y una prueba de análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) para analizar las diferencias entre el grupo experimental y el de lista de espera tras la condición experimental (Tabla 4).

#### **Resultados**

En la Tabla 3 se resumen datos sociodemográficos y psicométricos del grupo experimental y del grupo de lista de espera en la primera medición (basal). También se incluye el número de días entre las evaluaciones pre y post en ambos grupos. En la Tabla 3, se puede observar que no existen diferencias significativas en los aspectos evaluados en ambos grupos antes de la intervención con lo que se podría considerar que ambos grupos son semejantes antes de la condición experimental.

Tabla 3

*Datos basales de los participantes según grupo de intervención*

	Grupo experimental	Grupo control	Diferencias entre grupos	<i>p</i>	<i>t</i>
n	31	20	11		
Sexo (% mujeres)	54,8%	55,0%	-0,2	0,991	-0,011
Edad ( $\pm$ DE)	43,6 (11,8)	40,3 (14,1)	3,3	0,384	0,049
Días entre evaluaciones ( $\pm$ DE)	84,68 (7,8)	83,79 (100,9)	0,89	0,961	0,879
<b>Puntuaciones subescalas <i>SCL-90-R</i></b>					
Somatización ( $\pm$ DE)	1,5 (0,9)	1,8 (0,9)	-0,3	0,253	-1,156
Obsesión-compulsión ( $\pm$ DE)	1,8 (0,8)	1,9 (1,0)	-0,1	0,677	-0,418
Sensibilidad interpersonal ( $\pm$ DE)	1,4 (0,8)	1,3 (1,0)	0,1	0,771	0,287
Depresión ( $\pm$ DE)	2,0 (0,8)	2,1 (1,0)	0,1	0,718	-0,358
Ansiedad ( $\pm$ DE)	1,6 (0,9)	1,7 (0,9)	0,1	0,573	-0,568
Hostilidad ( $\pm$ DE)	1,1 (0,8)	1,5 (1,1)	-0,4	0,186	-1,342
Ansiedad fóbica ( $\pm$ DE)	1,0 (1,0)	0,8 (1,0)	0,2	0,667	0,434
Ideación paranoide ( $\pm$ DE)	1,4 (1,0)	1,3 (1,0)	0,1	0,594	0,533
Psicosis ( $\pm$ DE)	0,9 (0,7)	0,9 (0,8)	0	0,886	-0,144
Índice de Severidad Global ( $\pm$ DE)	1,5 (0,8)	1,6 (0,7)	-0,1	0,692	-0,397

*Nota.* DE: desviación típica.

En la Tabla 4 se detallan las diferencias del grupo experimental y el control antes y después de la condición experimental (terapia uno y paso del tiempo otro). En ambos grupos se observa una disminución generalizada de las puntuaciones. Sin embargo la disminución es mayor en las puntuaciones del grupo experimental que en las de lista de espera. Además, dos de estas disminuciones (*depresión* y *ansiedad fóbica*) son significativas.

Las subescalas de la Tabla 4 están ordenadas de mayor a menor diferencia entre los grupos al finalizar la condición experimental.

Tabla 4

Diferencias entre la puntuación de la escala pre y post en los grupos de intervención

Grupo	Grupo	Diferencias	<i>p</i>	<i>f</i>	Potencia
-------	-------	-------------	----------	----------	----------

	experimental	control	entre grupos		observada	
<b>Puntuaciones</b>						
<b>subescalas <i>SCL-90-R</i></b>						
Depresión	-0,44	-0,02	-0,42	0,043	4,276*	0,527
Ansiedad fóbica	-0,27	0,14	-0,41	0,046	4,196*	0,519
Somatización	-0,34	-0,05	-0,29	0,092	2,940	0,390
Ansiedad	-0,34	-0,08	-0,26	0,094	2,901	0,386
Índice de Severidad Global	-0,29	-0,05	-0,24	0,082	3,149	0,413
Sensibilidad interpersonal	-0,20	-0,04	-0,16	0,328	0,978	0,163
Obsesión-compulsión	-0,31	-0,19	-0,12	0,515	0,429	0,098
Psicoticismo	-0,10	-0,02	-0,08	0,521	0,417	0,097
Hostilidad	-0,15	-0,12	-0,03	0,851	0,037	0,054
Ideación paranoide	-0,13	-0,13	0	0,995	0,000	0,050

Nota. \*  $p < 0,05$

### Conclusiones

De los resultados obtenidos se deduce que los grupos experimental y control partían de sintomatologías ansioso depresivas semejantes antes de la terapia y que también eran semejantes en sexo, edad y tiempo entre mediciones pre y post. Esto significa que, como ambos grupos son estadísticamente iguales antes de la condición experimental, en caso de obtenerse mejorías significativas en el grupo experimental con respecto al grupo control en el post test, estas mejorías se podría atribuir al efecto del tratamiento y no al mero paso del tiempo.

Tras la condición experimental, se observa tanto el grupo de terapia y como el de lista de espera, una tendencia hacia la mejoría de los síntomas en todas las escalas. Sin embargo, esta tendencia hacia la mejoría es mayor en el grupo de terapia y llega a la significación estadística en las subescalas *depresión* y *ansiedad fóbica*. Además, esta tendencia es más intensa en las escalas que miden sintomatología ansioso-depresiva que fueron el foco de la terapia y el objeto del estudio. Esto significa que el grupo de tratamiento ha mejorado de su sintomatología depresiva y ansiosa-fóbica y que esta mejoría no se debe al mero paso del tiempo.

Por otro lado, aunque la presencia de un grupo de lista de espera nos ayuda a controlar la variable paso del tiempo, no elimina la posibilidad de que la mejoría mencionada se deba a aspectos diferentes al tratamiento. De esta forma, podrían existir sesgos en la evaluación grupal post como fenómenos de deseabilidad social o polarización. Tampoco podemos saber a qué aspectos del tratamiento han de atribuirse las mejorías ya que podría ser la mera exposición grupal la que generara cambios en los sujetos. Para solucionar estas limitaciones sería interesante introducir un grupo de control en el que se administrara otro tratamiento alternativo al cognitivo conductual. Además sería conveniente el seguimiento a largo plazo de los grupos que nos daría una idea del alcance del efecto del tratamiento.

Los resultados de este estudio van en la línea de la evidencia encontrada en las revisiones sistemáticas (Ministerio Sanidad y Consumo, 2008; Sanz, García, Cuquerella, Blasco y Carbajo, 2014) que 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.

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

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 420, 55-64.
- 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.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., et al. (2007). Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(2), 29-36.
- Fernández, A., Haro, J. M., Martínez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J., et al. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*, 190, 172-173.
- Fernández, A., Saameno, J. A., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Autonell, J., Palao, D., et al. (2010). Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 196, 302-309.
- González, J.L., Derogatis, L.R., de las Cuevas, C., Gracia, R., Rodríguez, 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.
- 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.
- Pinto-Meza, A., Fernandez, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., De Graaf, R., et al. (2010). Dropping out of mental health treatment among patients with depression and anxiety by type of provider: results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 273-280.

- 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.
- Sanz, J.M., García, I.M., Cuquerella, M.A., Blasco, J., y Carbajo, E. (2014). Intervención grupal cognitivo conductual en trastorno adaptativo. Manuscrito aceptado para su publicación en *Avances en psicología clínica 2014*. Granada: Asociación Española Psicología Conductual (AEPC).
- 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.

## RESILIENCIA Y SALUD MENTAL EN UNA COMUNIDAD DE VÍCTIMAS DEL CONFLICTO POLÍTICO EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO EN COLOMBIA

**Linda Ortiz-Miranda y Humbelina Robles-Ortega**

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de  
Granada*

### Resumen

Antecedentes: La resiliencia ha sido propuesta como un factor protector que actúan ante los eventos estresantes (Amar et al., 2013) formando parte de un nuevo enfoque alternativo al modelo tradicional, centrandose más en aspectos negativos de los síntomas y los efectos devastadores de las experiencias negativas. Una de las consecuencias del conflicto político en Colombia es el fenómeno de los desplazamientos internos: personas forzadas a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia porque su integridad física, seguridad o libertad personal se encuentran amenazadas. La mayoría de los estudios se han centrado en investigar el desarrollo de estrés postraumático (Siniestra et al., 2010). El objetivo de este estudio ha sido analizar la relación entre el nivel de resiliencia en personas víctimas del conflicto político en Colombia en situación de desplazamiento y su estado de salud mental. Método: Participaron 70 personas víctimas del conflicto político en condición de desplazamiento de Cúcuta, Colombia (47 mujeres y 23 hombres). Los instrumentos de evaluación utilizados fueron la escala de *Factores Protectores de Resiliencia* (FPR-1) (Amar et al., 2014) y el Cuestionario de Síntomas SRQ (Beusenberg y Orley, 1994) para evaluar los trastornos mentales comunes (TCM). Resultados: Observamos fundamentalmente niveles de resiliencia media-alta y alta, no encontrándose puntuaciones bajas. En función del nivel de resiliencia, encontramos diferencias significativas en TCM, tanto en la puntuación total, como en las subescalas de ansiedad y depresión. Se constata que a mayor resiliencia, menor presencia de TCM. El 28,60% presenta sintomatología de ansiedad y el 7,10% de depresión. Además, en hombre, el riesgo de alcoholismo es alto (69,57%). Conclusiones: Los resultados obtenidos pueden contribuir al diseño de programas de intervención, promoción y prevención en salud mental, en base al papel

que juega la resiliencia en la salud mental de las personas que viven en condición de desplazamiento.

**Palabras clave:** Resiliencia, Salud Mental, Desplazados, Conflicto.

## **RESILIENCE AND MENTAL HEALTH IN A COMMUNITY OF VICTIMS OF POLITICAL CONFLICT IN CONDITION OF REFUGEES IN COLOMBIA**

### **Abstract**

Background: Resilience has been proposed as a protective factor acting to stressful events as part of a new alternative approach to the traditional model, focusing more on negative aspects of symptoms and the devastating effects of negative experiences (Amar et al., 2013). One of the consequences of the political conflict in Colombia is the phenomenon of internal displacement: forced to migrate within the national territory, abandoning his place of residence because his physical integrity, safety or freedom are threatened staff people. Most studies have focused on the development of PTSD (Siniestra et al., 2010). The aim of this study was to analyze the relationship between the level of resilience in victims of political conflict in Colombia in displacement conditions and their mental health. Method: A total of 70 victims of the political conflict in displacement of Cucuta-Colombia (47 women and 23 men). The assessment instruments used were the scale of Protective Factors for Resilience (FPR-1) (Amar et al., 2014) and the Self Reporting Cuestionary SRQ (Beusenbergh and Orley, 1994) to assess common mental disorders (TCM). Results: We observed levels on average, medium-high and high resilience, not being low scores. Depending on the level of resilience, we found significant differences in TCM, both in the total score and subscales of anxiety and depression. That the greater resilience, less presence of TCM is found. 28.60% have symptoms of anxiety and depression 7.10%. Moreover, the risk of alcoholism is especially higher in men (69.57%). Conclusions: The results can contribute to the design of intervention programs, promotion and prevention in mental health, based on the role of resilience in the mental health of people living in displacement conditions.

**Keywords:** Resilience, Mental Health, Refugees, Conflict.

## Introducción

La resiliencia ha sido propuesta como un factor protector de los eventos estresantes (Amar, Kotliarenco y Abello, 2003; Amar, Martínez y Utria, 2013) formando parte de un enfoque alternativo al modelo tradicional centrado en los aspectos negativos de los síntomas y los efectos devastadores de las experiencias negativas. Grotberg (2004) define la resiliencia como la capacidad que tienen las personas para hacer frente a las adversidades, sobreponerse, salir fortalecido y transformado por éstas, lo que sugiere que las personas resilientes tienen las habilidades para mantener un funcionamiento efectivo frente a las adversidades del entorno o para recuperarlo en otras condiciones.

Una de las consecuencias del conflicto político en Colombia es el fenómeno de los desplazamientos internos: personas forzadas a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia porque su integridad física, seguridad o libertad personal se encuentran amenazadas. Aunque la mayoría de las investigaciones se han centrado en una de las consecuencia adversas, el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (Siniestra, Figueroa, Moreno, Robayo y Sanguino, 2010), un estudio realizado en barrios marginales que albergaban desplazados, encontró una prevalencia del 27,2% de trastornos mentales comunes (TMC) además de un consumo excesivo de alcohol (Puertas, Ríos y Del Valle, 2006).

No hemos encontrado muchos estudios en población de desplazados que aborde el tema de la resiliencia. Gonzales (2004), describe las dinámicas, acciones y estrategias que utilizan las familias para enfrentarse a la realidad del desplazamiento a través de sus relatos. Y el grupo de Amar, Utria, Abello, Martínez y Crespo (2014), se ha centrado en desarrollar un instrumento para evaluar la resiliencia en Colombia.

El objetivo del presente trabajo ha sido analizar la relación entre el nivel de resiliencia en personas víctimas del conflicto político en Colombia en situación de desplazamiento y su estado de salud mental. Nuestra hipótesis es que las personas con mayores niveles de resiliencia, presentarán un mejor estado de salud mental.

## **Método**

### *Participantes*

Se han evaluado 70 personas de Cúcuta (Colombia) en condición de desplazamiento (47 mujeres y 23 hombres) con una edad comprendida entre los 15 y 76 años ( $M= 37,8$ ;  $DT= 12,9$ ). Pertenecen a la comunidad de víctimas en condición de desplazamiento por el conflicto político llamada ASODESDRON (Asociación de Víctimas de Desplazados de la Vereda el Almendrón).

Esta comunidad ubicada a las afueras de la ciudad de Cúcuta, está constituida por 510 personas. No cuenta con un salón comunal, puesto de salud, colegio, ni servicio de transporte público, siendo éstas las principales problemáticas de la comunidad además del analfabetismo y la presencia de grupos delictivos. El estrato social de la comunidad es de nivel uno (Bajo-Bajo según el sistema de estratificación social en Colombia).

### Tabla 1

*Número de sujetos (N) y porcentaje (%) en las diferentes variables sociodemográfica evaluadas*

Variables sociodemográficas	N	(%)	
AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2015			ISBN: 978-84-697-2782-9
<b>Sexo</b>			
Hombres	23	33 %	
Mujeres	47	67 %	
<b>Estado Civil</b>			
Casado	14	20 %	
Unión libre	30	43 %	
Separado	3	4 %	
Soltero	16	23 %	Como
Viudo	7	10 %	observar
<b>Situación laboral</b>			
Desempleado	14	20,3 %	1, el 63%
Trabajo	23	33,3 %	tenían
Ama de casa	27	39,1 %	relación
Tabla 1 (continuación)			estable
Estudiante	5	7,2 %	libre o
<b>Nivel de estudios</b>			
Ninguno	4	5,7 %	El
Primaria incompleta	18	25,7 %	de hijos
Primaria completa	13	18,6 %	entre 0 y
Bachiller incompleto	16	22,9 %	(Media=
Bachiller completo	11	15,7 %	DT=
Formación técnica	6	8,6 %	número
Estudios universitarios	2	2,9 %	personas
<b>Tipo de desplazamiento</b>			
Individual	5	7,2 %	en el
Familiar	60	85,5 %	oscila
Colectivo	5	7,2 %	13
<b>Hechos víctimizantes además del desplazamiento</b>			
Amenazas	36	51,4 %	5,30;
Homicidio	5	7,1 %	2,24).
Reclutamiento	1	1,4 %	al trabajo,
Amenazas y homicidio	21	30 %	35%
Amenazas, homicidio y tortura	1	1,4 %	oficios
Amenaza y reclutamiento	1	1,4 %	
Amenaza y tortura	2	2,9 %	
Amenaza y atentado	1	1,4 %	

remunerados. El 73% de los participantes no alcanzaban la formación de bachiller. Todos ellos han sufrido hechos victimizantes como, amenaza, homicidio, reclutamiento, atentado o tortura física, reconociendo el 88% haber recibido amenazas directas que atentaban su integridad física y el 37% haber sido víctima de homicidio de algún miembro de la familia. En el 93%, el desplazamiento fue de tipo familiar y el tiempo medio que llevan en esta comunidad es de 9 años aproximadamente.

*Instrumentos de evaluación:*

*Escala de Factores Protectores de Resiliencia (FPR-1)* (Amar et al., 2014), diseñada y validada en Colombia. La escala está compuesta por 33 ítems con tres opciones de respuesta: 1 (“En desacuerdo”), 2 (“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”), y 3 (“De acuerdo”). Los autores proponen que las puntuaciones entre 1 y 1,5 indican un nivel bajo de resiliencia, puntuaciones entre 1,6 y 2 indican un nivel medio-bajo, puntuaciones entre 2,1 y 2,5, nivel medio-alto y puntuaciones entre 2,6 y 3, un nivel alto de resiliencia. Con este instrumento se obtiene una puntuación total en resiliencia, y una puntuación en las 9 subescalas que lo componen. Por razones de espacio, no vamos a presentar los datos sobre las distintas subescalas. Con respecto a los datos psicométricos, la escala presenta un  $\alpha$  de Cronbach de 0.72. En cuanto a la validez, la escala inicial constaba de 66 ítems a los cuales se aplicó un proceso de validación de contenido por jueces expertos. Esto permitió decantar la escala hasta quedar conformada por 33 ítems (Amar et al., 2014).

*Cuestionario de Síntomas SRQ (Self Reporting Questionary)* de Beusenbergh y Orley, (1994), instrumento utilizado para evaluar el estado de salud mental. Se trata de un instrumento de cribado diseñado y utilizado por la OMS para estimar la prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC). Consta de 30 preguntas de respuesta dicotómica (Si o No); las 20 primeros ítems evalúan síntomas de ansiedad y depresión, conformando dos subescalas (Ansiedad y Depresión). Además, consta de 4 ítems para indagar la presencia de síntomas psicóticos, un ítem para indagar sobre epilepsia y 5 ítems para evaluar problemas relacionados con el alcohol. Respecto a los datos psicométricos, Scholte, Verduin, Lammeren, Rutayisire y Kamperman (2011) informan de un  $\alpha$  de Cronbach= 0,85 en mujeres y  $\alpha$ = 0,81 en hombres. En cuanto a la validez, se observa una adecuada validez convergente con el Cuestionario de Salud Mental de Goldberg GHQ-12, y un índice de especificidad del 77% (Araya, Wynn y Lewis, 1992).

Además, se ha diseñado un cuestionario para obtener información sobre variables sociodemográfica.

### *Procedimiento*

Para acceder a esta comunidad, la primera autora de este trabajo concertó una cita con el líder comunitario, en la que le explicó el objetivo de esta investigación y se le pidió que actuara de enlace para convocar a los participantes en una fecha concreta.

Unas semanas después, se reunió a los voluntarios en un bar de pool (amplio espacio de esparcimiento en el poblado utilizado para diferentes actividades). Acudieron 95 personas. Una vez presentado el proyecto y sus objetivos, algunas personas se negaron participar.

Finalmente firmaron el consentimiento informado y cumplimentaron los cuestionarios 70 personas. En la fase de evaluación se contó con siete personas para ayudar a tal fin (psicólogos y estudiantes de psicología).

### *Diseño*

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo y transversal.

## **Resultados**

Los análisis estadísticos aplicados han sido análisis descriptivos, análisis de varianza, pruebas no paramétricas (*Chi cuadrado*) y análisis de correlaciones de Pearson. Estos análisis han sido realizados con el programa SPSS 15.0.

Con respecto a los niveles de resiliencia de la muestra evaluada, observamos fundamentalmente niveles de resiliencia media-alta (42%) y alta (49%), no encontrándose puntuaciones bajas.

Analizados los niveles de TCM en función del nivel de resiliencia encontramos diferencias significativas, tanto en la puntuación total de TCM ( $p= 0,014$ ), como en las subescalas de Ansiedad ( $p= 0,011$ ) y Depresión ( $p= 0,027$ ) (ver tabla 2). Aplicando la prueba de Bonferroni, hallamos que las diferencias significativas se encuentran al comparar el grupo de resiliencia media con el grupo de resiliencia alta, tanto en la variable Ansiedad ( $F= -0,479$ ;  $p= 0,049$ ), como en la variable TMC total ( $F= -5,125$ ;  $p= 0,049$ ).

Tabla 2

*Media y Desviación Típica (DT), F y nivel de significación (p) de la escala SRQ (puntuación total y subescalas Ansiedad y depresión), en función de las variable resiliencia, con tres niveles (media, media-alta y alta)*

Escalas	FPR Media Media (DT)	FPR Media-alta Media (DT)	FPR Alta Media (DT)	F	p
SRQ total	9,50 (3,39)	7,26 (4,87)	4,38 (4,68)	4,594	<b>,014 **</b>
SRQ Ansiedad	6,17 (2,64)	4,07 (,51)	2,72 (2,72)	4,862	<b>,011 **</b>
SRQ Depresión	4,50 (2,32)	3,85 (2,07)	2,22 (2,55)	3,825	<b>,027 **</b>

Encontramos, por tanto, que a mayor resiliencia, menor presencia de TCM; estos datos también lo confirman los análisis de correlación de Pearson entre la resiliencia y SRQ total y las dos subescalas de Ansiedad y Depresión (Correlación Resiliencia-SRQ total= -0,387;  $p= 0,001$ ; Resiliencia-Ansiedad= -0,380;  $p= 0,002$  y Resiliencia-Depresión= -0,358;  $p= 0,003$ ).

Observamos que el 20% de la muestra total presenta TCM, no encontrándose diferencias significativas entre hombres y mujeres ( $p= 0,799$ ) (ver tabla 3). Además, el 28,60% presenta sintomatología de ansiedad y el 7,10% de depresión. Por otra parte, en hombres, el riesgo de alcoholismo es alto (69,57% de la muestra), existiendo diferencias sexuales significativas ( $Chi\ cuadrado= 18,92$ ,  $p= 0,000$ ). El riesgo de alcoholismo está asociado a menor resiliencia y mayor TCM total, Ansiedad y Depresión (ver tabla 3).

Tabla 3

*Número de sujetos (N) y porcentajes (%), Chi cuadrado y nivel de significación (p), en la muestra total y en hombres y mujeres, en las variables SRQ total, SRQ Ansiedad, SRQ Depresión y SRQ Riesgo de alcoholismo*

SRQ	Muestra total N (%)	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	Chi cuadrado	p
<b>SRQ total</b>					
Presencia TMC (>11 puntos)	14 (20%)	5 (21,74%)	9 (19,15%)	0,065	0,799
Ausencia TMC (= o <11 puntos)	56 (80%)	18 (78,26%)	38 (80,85%)		
<b>SRQ Depresión</b>					
Si	4 (7,10%)	2 (9,01%)	2 (4,26%)	2,705	0,259
No	65 (92,90%)	20 (90,09%)	45 (95,74%)		
<b>SRQ Ansiedad</b>					
Si	20 (28,60%)	8 (34,78%)	12 (25,53%)	,648	0,421
No	50 (71,40%)	15 (65,22%)	35 (74,47%)		
<b>SRQ Riesgo de alcoholismo</b>					
Si	24 (34,30%)	16 (69,57%)	8 (17,02%)	18,923	<b>0,000*</b>
No	46 (65,70%)	7 (30,43%)	39 (82,98%)		

### Discusión/Conclusiones

Los datos obtenidos en la muestra de personas desplazadas indican que, a pesar de las difíciles condiciones de vida que afrontan, los niveles de Resiliencia son medios-altos y altos, no observándose puntuaciones bajas. Hecho que puede tener sentido debido a la misma complejidad del concepto y a las diferencias culturales en cuanto a los imaginarios del colectivo social (García-Vesga y Domínguez de la Ossa, 2013). Martín-Baró (1988) al referirse a los estudios sobre la violencia política, utiliza el concepto de “síndrome del refugiado” para señalar ciertas actitudes de centrarse en rehacer su vida y no dan lugar a permitirse la reflexión sobre los mismos traumas.

Por su parte observamos que el riesgo de alcoholismo es especialmente alto en los hombres. El consumo excesivo de alcohol también han sido reportado en otros estudios con víctimas del conflicto en Colombia (Puertas et al., 2006).

Entre las limitaciones de este estudio, queremos señalar el limitado número de participantes y que todos ellos pertenecen a la misma comunidad. Además, el que la mayoría de los participantes presenten elevadas puntuaciones en resiliencia, condiciona los resultados.

Los resultados obtenidos pueden contribuir al diseño de programas de intervención, promoción y prevención en salud mental, en base al papel que juega la resiliencia en la salud mental de las personas que viven en condición de desplazamiento.

### Referencias

- Amar, J.J., Kotliarenco, M. A. y Abello, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y Desarrollo*, 11(1), 162-197.
- Amar, J.J., Martínez, M. y Utria, M.L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia *Salud Uninorte. Barranquilla*, 29(1), 124-133.
- Amar, J. J., Utria, L. M., Abello, R., Martínez, M. B. y Crespo, F. A. (2014). Construcción de la escala FPR-1 en mujeres víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *Universitas Psychologica*, 13(3), 15-26. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-3.cefp
- Araya, R.I., Wynn, R. y Lewis, G. (1992). Comparison of two self-administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 27, 168-173.
- Beusenbergh, M. y Orley, J. (1994). *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Division of Mental Health World Health Organization Geneva.
- García-Vesga, M.C. y Domínguez de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77.
- Gonzales, C. (2004). Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. *Revista de estudios sociales*, 7(18), 123-130. Recuperado de <http://res.uniandes.edu.co/view.php/379/index.php?id=379>
- Grotberg, E. (2004). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Martín-Baró, I. (1988). La violencia política y la guerra como causas en el país del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología del Salvador*, 28, 123-141.
- Puertas, G., Ríos, C. y Del Valle, H. (2006). Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20(5), 324-330.

- Scholte, W.F., Verduin, F., Lammeren, A.V., Rutayisire, T. y Kamperman, A.M. (2011). Psychometric properties and longitudinal validation of the self-reporting questionnaire (SRQ-20) in a Rwandan community setting: a validation study. *BMC Medical Research Methodology*, 11(116), 1-10.
- Siniestra, M., Figueroa, F.S., Moreno, V.F., Robayo, M.F. y Sanguino, J.F. (2010). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de ciudad Bolivar, Bogota, Colombia 2007. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(2), 83-97.

## **ANSIEDAD SOCIAL: UNA EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO GRUPAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE UNA INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE**

**Beatriz Garcia-Parreño\***, **Juan Jose Garcia-Orozco\*\*** y **Paula Placencia Morán\***

*\*Psicóloga interna residente. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.*

*España; \*\*Médico interno residente, especialidad de psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España*

### **Resumen**

**INTRODUCCIÓN:** Los trastornos que cursan con ansiedad social son muy frecuentes y a las consultas de los psicólogos clínicos que trabajan para la sanidad pública llegan muchos de estos casos. Aquí los recursos son escasos y mejorar su aprovechamiento es uno de los objetivos. El presente trabajo tiene como finalidad mostrar los resultados de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual multicomponente, de formato grupal, para población adulta con diagnóstico de fobia social en el contexto de la sanidad pública. **MÉTODO:** La muestra inicial estaba formada por 9 sujetos con diagnóstico de fobia social. Las medidas para contabilizar el cambio en la sintomatología se tomaron antes del inicio de la intervención multicomponente y después de la misma. Las variables tenidas en cuenta son activación fisiológica, miedo y evitación de las situaciones temidas. Los cuestionarios empleados son: BSPS, SPIN, LSAS y SADS. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos reflejan reducciones significativas en las puntuaciones de todos los cuestionarios. También que la intervención ha sido eficaz en la mayoría de las variables dependientes medidas, especialmente en los aspectos relacionados con la evitación. Además el grado de satisfacción mostrado por los sujetos al finalizar las sesiones de terapia grupal es elevado y la percepción subjetiva es de mejoría. **CONCLUSIÓN:** Con todo esto, se puede argumentar que este tipo de intervenciones grupales es eficiente y resulta recomendable su aplicación en el ámbito público de atención a los pacientes.

**Palabras clave:** Ansiedad social, tratamiento, tratamiento grupal, sanidad pública.

## **SOCIAL ANXIETY: A GROUPAL TREATMENT EXPERIENCE AND A IMPROVEMENT PROPOSAL OF A MULTICOMPONENT INTERVENTION**

### **Abstract**

**INTRODUCTION:** The social anxiety disorders are very common and clinical psychologists working for public healthsystem receive many of these cases. The resources there are limited and the objective should be to get the most benefit from it. This paper aims to show the results of a psychological multicomponent cognitive behavioral therapy, in group format, for adults diagnosed with social phobia in the context of public health. **METHOD:** The initial sample consisted of 9 subjects with a diagnosis of social phobia. The measures to account for the change in symptomatology were taken before the start of the intervention and after that. The variables we have measured are physiological arousal, fear and avoidance of feared situations. The questionnaires used are: BSPS, SPIN, LSAS and SADS. **RESULTS:** The results show significant reductions in scores in all questionnaires. Also that the intervention was effective in most of the dependent variables, especially in avoidance aspect. Besides the degree of satisfaction shown by the subjects at the end of the group therapy sessions is high and improvement is perceived. **CONCLUSION:** With all this, it can be argued that this type of group interventions is efficient and its application should be recommended in the public area of patient care.

**Key words:** Social anxiety, treatment, groupal treatment, public healthcare system.

### **Introducción**

Desde que nacemos interactuamos. Se considera una característica vital de los seres humanos ya que, si logramos establecer relaciones satisfactorias, podemos satisfacer muchas de nuestras necesidades. Pero algunas personas viven las interacciones sociales de forma amenazante, lo que genera un alto nivel de ansiedad o conductas de evitación. Para estos niveles de malestar, es necesario una atención clínica y sanitaria especializada ya que provocan un deterioro en el funcionamiento cotidiano de la persona. Esto es lo que llamamos “fobia o social”.

Este trastorno fue descrito por primera vez por Marks en 1970 pero no se estableció como categoría diagnóstica hasta el DSM-III (American Psychiatric

Association, 1980); recogiendo desde entonces en los sucesivos Manuales Diagnósticos hasta el actual DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

Para considerar la repercusión de la ansiedad social en el funcionamiento de la persona hay que tener en cuenta la diversidad de las situaciones que teme y la intensidad del malestar. Así, podemos distinguir dos tipos: “fobia social específica” cuando se temen uno o dos tipos de situaciones y “fobia social generalizada” en la que gran variedad de estímulos provoca malestar. Este último subtipo es más grave ya que limita el funcionamiento de las personas y configura su vida alrededor del trastorno.

La importancia desproporcionada que dan los pacientes a la evaluación de los demás es algo nuclear. De ahí que los tratamientos empíricamente validados se centren en las estrategias cognitivas, pero también en las conductuales, haciendo hincapié en técnicas de entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en habilidades sociales. Subyace la concepción de que pensamiento, emoción y conducta funcionan de forma conjunta; el cambio en alguno de ellos se extenderá a los demás.

Además, en la fobia social, a diferencia de otros trastornos de ansiedad, según los autores Lucock y Salkovskis (1988) los pacientes presentarían una serie de déficits por lo que una exposición al uso sería insuficiente. Algunas de las dificultades encontradas en estas personas serían:

- Subestiman sus habilidades sociales en situaciones sociales
- Centran su atención en exceso sobre sí mismos y creen que los demás están pendientes de ellos.
- Su retroalimentación interpersonal está comprometida de forma que atienden de forma selectiva a los aspectos negativos que además atribuyen a errores propios.
- Recuerdan sus interrelaciones con los demás de forma selectivamente negativa.
- Sobrestiman la probabilidad de que se den sucesos negativos.
- Excesivos pensamiento derrotistas.

Teniendo en cuenta lo anterior, pese a que la exposición es un tratamiento bien establecido, se observan ciertas limitaciones (Butler, 1985):

- Las situaciones sociales son poco predecibles y muy variables, por lo que la exposición es difícil de programar y hacer de forma gradual.
- La exposición es compleja ya que tiene que implicar el hacer las conductas ante la observación de los demás. Además, no da información sobre la “posible” evaluación

negativa que teme la persona con ansiedad social.

- Las situaciones sociales suelen durar poco (saludar, iniciar una conversación, responder de forma asertiva...) por lo que se complican las exposiciones prolongadas.

- La ansiedad social, puede ir acompañada, en bastantes ocasiones de un déficit de habilidades sociales que no se corrige únicamente con la exposición.

Uno de los protocolos más desarrollados y considerado tratamiento de referencia es el desarrollado por Heimberg (Heimberg et al., 1999); Hope, Heimberg, Juster y Turk, 2000; Heimberg, Juster, Hope y Mattia, 1995; Turk, Heimberg y Hope, 2001), la Terapia Cognitivo Conductual en Grupo (TCCG). A grandes rasgos, esta intervención se lleva a cabo por dos terapeutas, en 12 sesiones semanales y con grupos de entre cuatro y seis personas.

Este tipo de intervenciones están muy desarrolladas y se sabe bien cuáles son los componentes eficaces. Sin embargo, su aplicación en un ámbito público, donde los recursos de tiempo y personal cualificado son escasos y la eficiencia cobra mayor importancia, no se ha observado tanto.

En este trabajo, hemos adaptado al contexto de la Sanidad Pública la TCCG de Heimberg cuya eficacia y baja tasa de recaídas ha sido ampliamente demostrada. Además, hacemos un repaso crítico de los resultados obtenidos para proponer mejoras prácticas de cara a futuras aplicaciones.

## **Método**

### *Sujetos*

Los pacientes fueron derivados por sus psiquiatras y psicólogos clínicos de referencia. La muestra, inicialmente, estaba formada por 8 sujetos con diagnóstico de Fobia Social. Todos iniciaron el tratamiento, pero dos de ellos lo abandonaron durante las sesiones iniciales. Así pues, la muestra final es de 6 pacientes, 3 mujeres y 3 varones, con una media de edad de 32,6 años. Es reseñable mencionar que en todos ellos el trastorno de ansiedad social tenía un curso de varios años de evolución.

## *Procedimiento*

### ***Evaluación***

El proceso de evaluación se realizó, primero mediante una entrevista semiestructurada, la ADIS-IV para Fobia Social para establecer el diagnóstico y explorar las características clínicas. Una vez se concluyó que el paciente era un óptimo candidato se le administraron los siguientes cuestionarios:

- La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), para evaluar la gravedad del trastorno. Está compuesta por 24 ítems o situaciones que se evalúan desde una doble perspectiva: miedo y evitación.

- La Escala de Ansiedad Social de Watson y Friend (1969) (SADS), escala autoaplicada para evaluar el grado de evitación y ansiedad respecto a las situaciones sociales.

- La Escala Breve de Fobia Social (BSPS), escala de 18 ítems para evaluar sintomatología relacionada con la ansiedad social.

- El Inventario de Fobia Social (SPIN), 17 ítems que evalúan los tres aspectos más característicos del trastorno de ansiedad social: temor, evitación fóbica y síntomas fisiológicos.

### ***Tratamiento***

La intervención se basa en una adaptación al contexto de la Sanidad Pública de la TCCG de Heimberg, tratamiento ampliamente validado. El grupo estuvo dirigido por dos terapeutas, ambas Psicólogas Internas Residentes del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Las sesiones se desarrollaron de forma semanal, con una duración de una hora y media. La intervención se estructuró en tres módulos que describimos a continuación:

#### *Módulo I: Psicoeducación (3 sesiones)*

El objetivo es que los pacientes tengan una explicación sobre su problema, que entiendan qué es y cómo funciona la ansiedad en general y la ansiedad social en particular. Además se pretende que los pacientes adquieran un modelo cognitivo-conductual para la comprensión del trastorno.

*Módulo II: Habilidades sociales y de manejo de la ansiedad: Reestructuración cognitiva + Exposición (9 sesiones).*

Este es el componente central del programa. Con la reestructuración de los pensamientos se pretende analizar las distorsiones cognitivas de los participantes, haciendo hincapié en que, lo que nos altera no son las cosas, sino la construcción que hacemos de ellas. A esto se le añade la exposición, la cual no se puede hacer de forma estándar como en las fobias, debido a la impredecibilidad de muchas situaciones sociales.

Primero se hizo énfasis en la reestructuración cognitiva y después se practicó la exposición en forma de ensayos de conducta, en el ámbito del grupo terapéutico como lugar seguro, para más tarde, generalizarlo en sus propias vidas en formato de “tareas para casa” cuidadosamente graduadas.

En todas las sesiones había una parte de exposición a las situaciones evitadas por parte de los pacientes, en las que se ponía en práctica las habilidades aprendidas, tanto cognitivas (pensamientos alternativos, menos distorsionados y más flexibles) como conductuales (habilidades sociales).

#### *Módulo III: (3 sesiones): Prevención de recaídas*

Recapitulación de los conocimientos adquiridos durante el tratamiento. Además se revisaron los objetivos personales alcanzados y se propusieron metas futuras para seguir avanzando.

Por otro lado, estas sesiones se utilizaron para concienciar de la importancia de la práctica en su día a día como elemento importante para la generalización de las habilidades aprendidas en el grupo. De esta forma se intenta reconceptualizar el grupo como un espacio en el que aprender recursos para hacer frente a la ansiedad social en su día a día.

## **Resultados**

Para evaluar los resultados obtenidos utilizamos los mismos cuestionarios que se administraron en la evaluación antes del tratamiento.

Se han comparado los datos obtenidos por cada paciente en cada uno de los cuestionarios y, en su caso también en las diferentes subescalas, con la prueba de Wilcoxon, estadístico no paramétrico necesario para comprobar las diferencias entre dos muestras pequeñas y relacionadas.

En las tablas 1 y 2 se muestran los datos descriptivos obtenidos en la evaluación antes y después del tratamiento respectivamente.

Tabla 1

*Estadísticos descriptivos pre tratamiento*

	N	Rango	Media	Desviación	
				estándar	Varianza
SADS1	8	14	19,00	5,477	30,000
LSAS1	8	68	77,38	20,213	408,554
LSASmiedo1	8	39	39,63	11,831	139,982
LSASevit1	8	29	37,75	8,844	78,214
BSPS1	8	25	48,00	9,769	95,429
BSPSmiedo1	8	12	20,38	3,889	15,125
BSPSevit1	8	11	20,13	4,121	16,982
BSPSfisio1	8	7	7,50	2,449	6,000
SPIN1	8	27	44,13	10,736	115,268
N válido (por lista)	8				

Tabla 2

*Estadísticos descriptivos post tratamiento*

	N	Rango	Media	Desviación	
				estándar	Varianza
SADS2	6	26	14,83	11,143	124,167
LSAS2	6	86	51,33	36,104	1303,467
LSASmiedo2	6	48	28,33	18,833	354,667
LSASevit2	6	38	23,33	17,282	298,667
BSPS2	6	45	26,83	18,606	346,167
BSPSmiedo2	6	15	10,67	6,154	37,867
BSPSevit2	6	20	11,17	8,954	80,167
BSPSfisio2	6	10	5,00	3,899	15,200
SPIN2	6	47	28,67	19,745	389,867
N válido (por lista)	6				

Tabla 3

Niveles de significación de las diferencias entre ambas muestras

	Nivel confianza	Nivel significación
SADS	95%	.115
LSAS	95%	.028 *
LSAS miedo	95%	.027 *
LSAS evitación	95%	.043 *
BSPS	95%	.028 *
BSPS miedo	95%	.028 *
BSPS evitación	95%	.028 *
BSPS fisiológico	95%	.066
SPIN	95%	.027 *

Por su parte, en la tabla 3 aparecen los valores de significación resultantes de comparar los resultados del grupo de sujetos obtenidos tras la intervención con su línea base previa. En general se observa una reducción significativa de la sintomatología, tanto en términos globales de percepción subjetiva de los pacientes como en las variables de miedo y de evitación. Sin embargo, no se aprecian diferencias significativas en el cuestionario SADS que mide el grado de evitación y ansiedad respecto a las situaciones sociales. Ni en la reactividad fisiológica experimentada por los sujetos ante las situaciones ansiógenas.

### Discusión / Conclusiones

A la luz de los resultados presentados anteriormente podemos decir que la intervención basada en el modelo de Heimberg y adaptada al contexto de la Sanidad Pública ha resultado eficaz. Las variables tenidas en cuenta han variado de forma significativa. Si bien es verdad que la amplitud del cambio obtenido no es excepcional, esto no era un objetivo dado las características de cronicidad de los pacientes.

Por otra parte, al finalizar el tratamiento se hizo una recogida informal, en forma de preguntas abiertas, sobre la percepción subjetiva de cada paciente del beneficio obtenido y la satisfacción con las sesiones del grupo a modo de feedback. Los comentarios de todos los pacientes indicaban un alto grado de satisfacción con el tratamiento recibido, a la vez que un efecto percibido medio sobre su sintomatología. La mayoría destacaban haber aprendido estrategias nuevas de afrontamiento y ser conscientes de la relevancia de la exposición, aunque necesitaban continuar

esforzándose para ponerlo en práctica.

Como hemos comentado, una de las principales aportaciones de este trabajo es su aplicación en un contexto clínico, más realista y próximo a las intervenciones que llevan a cabo los psicólogos clínicos. Con dificultades como la comorbilidad, la presión asistencial, la falta de recursos; resultados de este tipo se acercan más a la realidad del paciente y su entorno, lo que otorga a este estudio una alta validez ecológica a pesar de que la muestra es pequeña.

Uno de los puntos fuertes de la intervención sería la utilización del formato grupal, ya que, además de ser la modalidad de elección para el tratamiento de la Fobia Social, (ya que así se mejora el componente de exposición) permite una optimización de los recursos de los que dispone la Sanidad Pública y un mejor aprovechamiento de los mismos.

Por otro lado, algo a destacar es el grado de satisfacción de los sujetos, ya que, la significación clínica de mejoría era considerablemente más alta que la significación estadística.

Además, que el tratamiento tenga un enfoque multicomponente permite intervenir sobre distintos aspectos de la psicopatología, abordándose así, todos los aspectos que teóricamente intervienen en la ansiedad social. A pesar de que no quede claro cuál de ellos es el más eficaz.

También es cierto que este estudio tiene una serie de limitaciones. Una de las mayores es la escasa validez externa, ya que el tamaño de la muestra es pequeño, con 6 sujetos resulta difícil generalizar las conclusiones a la población. Además, basándonos en los resultados, observamos que el componente en el que menos mejoraron los pacientes fue en el de evitación, por lo que quizá sería conveniente aumentar la frecuencia e intensidad del componente de exposición.

De éstos puntos débiles derivamos posibles mejoras en la intervención para ofrecer una asistencia de mayor calidad a los pacientes. Como ya hemos dicho, podríamos hacer hincapié en el componente de exposición, sobre todo en vivo y en el contexto real, ya que la exposición dentro del grupo constituye un ambiente seguro y de no crítica, para intentar disminuir así el componente de evitación y potenciar una generalización del aprendizaje a sus vidas cotidianas.

Por otra parte, debido a las limitaciones técnicas de la Sanidad Pública no pudimos incorporar el “videofeedback”, técnica que autores como Clark dotan de gran

importancia.

También es importante mejorar el reclutamiento de los pacientes ya que así el tamaño de la muestra sería mayor, podríamos mejorar la validez externa y con ella la generalización de los resultados

Por último, sería interesante incluir un seguimiento de los pacientes a 3 y 6 meses, algo que está previsto hacer en el futuro para ver si las mejoras sintomatológicas perduran a lo largo del tiempo.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23(6), 651-657.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., et al. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale. *Psychological Medicine*, 29(01), 199-212.
- Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A., y Mattia, J. I. (1995). Cognitive-behavioral group treatment: Description, case presentation, and empirical support. En M. B. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and Research Perspectives* (pp. 293-321). Washington, DC: American Psychiatric.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R., y Turk, C. L. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral approach*. San Antonio, TX: The Psychological Corp.
- Lucock, M. P., y Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26(4), 297-302.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 116(533), 377-386.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., y Hope, D. A. (2001). Social anxiety disorder. *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*, 3, 114-153.
- Watson, D., y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of*

*Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448.



**APLICACIÓN DEL PROGRAMA GRUPAL DE DUGAS Y LADOUCEUR  
A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TAG: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE  
RESULTADOS**

**Cristina Tormo-Martín, Regis Villegas y Juan José García-Orozco**

*Hospital Clínico Universitario de Valencia*

**Resumen**

El programa de intervención grupal para el Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) propuesto por el grupo de Dugas (Dugas y Ladouceur, 1997) ha demostrado ser efectivo en el tratamiento del TAG. Nuestro objetivo con la aplicación de este programa es mejorar en los pacientes la tolerancia a la incertidumbre, que parece ser el principal factor de mantenimiento del TAG. En el presente trabajo pretendemos valorar los resultados obtenidos tras la implementación de dicho programa de tratamiento. Metodología: Se ha utilizado un diseño de estudio antes-después en la aplicación del programa de tratamiento grupal propuesto por Dugas y colaboradores a 5 mujeres y 1 hombre diagnosticados de TAG. El tratamiento se impartió a lo largo de 14 sesiones semanales, de hora y media de duración. Como medidas de autoinforme se utilizaron el Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15), la Escala de detección del TAG de Carroll y Davidson, y el Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ). Resultados: Se normalizaron los criterios definatorios del Tag ( $p=0,03401$ ), y mejoraron las variables tendencia a la preocupación ( $p=0,0007067$ ) y dificultad para controlar las preocupaciones, ( $p= 0,01172$ ), así como el número de síntomas físicos, ( $p= 0,02627$ ). Conclusiones: Los resultados obtenidos apuntan a una reducción significativa de la preocupación tras el tratamiento. Siguiendo el modelo, para los individuos que desarrollan un trastorno de ansiedad generalizada la amenaza mayor es la incertidumbre. Un descenso en la tendencia a la preocupación implicaría una mayor aceptación de la

incertidumbre, y conduciría de manera secundaria a una disminución de los síntomas somáticos del TAG.

**Palabras clave:** Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), preocupación, incertidumbre.

## **APPLICATION OF THE GROUP INTERVENTION PROGRAM PROPOSED BY DUGAS & LADOUCEUR TO PATIENTS WITH GAD: DESCRIPTION OF RESULTS**

### **Abstract**

The group intervention program for Generalized anxiety disorder (GAD) proposed by the group of Dugas (Dugas and Ladouceur, 1997) has proven effective in the treatment of GAD. Our goal with the implementation of this program is to improve patients' tolerance for uncertainty, which seems to be the main factor keeping the TAG. In this paper we evaluate the results obtained following the implementation of the treatment program. Methods: We used a study design before and after the implementation of group treatment program proposed by Dugas et al to 5 women and 1 man diagnosed with GAD. The treatment was given over 14 weekly sessions of an hour and a half. The Carroll and Davidson Screening Scale, the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) and the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15) were used as self-report measures. Results: The Gad defining criteria ( $p = 0.03401$ ) were normalized, and also it improved the tendency to worry ( $p = 0.0007067$ ) the difficulty controlling worries ( $p = 0.01172$ ) and the number of physical symptoms ( $p = 0.02627$ ). Conclusions: The results point to a significant reduction after treatment concern. Modeled for individuals who develop generalized anxiety disorder is the greatest threat uncertainty. A decline in the trend of concern involve greater acceptance of uncertainty and secondary lead to a decrease of somatic symptoms of GAD way.

**Keywords:** Generalized anxiety disorder (GAD), worry, uncertainty

### **Introducción**

El actualmente denominado trastorno por ansiedad generalizada (TAG), parece ser uno de los problemas psicológicos más frecuentes, con un índice de prevalencia vital en torno al 2,8%. Pese a su elevada frecuencia, la comprensión sobre la naturaleza de este trastorno es todavía escasa, porque hasta 1980 no fue considerado una categoría diagnóstica con entidad propia y porque aún no ha generado tanta investigación como lo han hecho otros trastornos. No obstante, esta situación empieza a cambiar y cada vez son más los investigadores centrados en el TAG, especialmente los que estudian los procesos cognitivos y emocionales implicados en el trastorno (Prados, 2013).

Aunque la persona con TAG pueda tener diversos síntomas (tensión, inquietud, agitación, cefaleas, temblores, sequedad de boca, molestias epigástricas, taquicardia, sudoración, vértigo, mareos, etc.), el DSM-V sólo exige que se cumplan tres o más de los seis síntomas más específicos. Ahora sí, como característica central, tanto la OMS como la APA exigen lo que denominan “aprensión” o “preocupación”, respectivamente. Ambos términos se refieren a la anticipación de sucesos indeseados o sus consecuencias. Afortunadamente, la investigación empieza a delimitar las características de dicha anticipación en el caso de las personas con TAG.

Por ejemplo, sabemos que (Prados, 2013):

1. Se realiza, incluso, por cosas sin importancia y con sucesos muy improbables. No obstante, lo usual es que la persona con TAG se preocupe por sus asuntos cotidianos, especialmente de la familia, las relaciones interpersonales, el trabajo (o los estudios), el dinero y la salud. Y esta aparente “normalidad” de temas contribuye a que el TAG suela pasar bastante desapercibido, ya que sólo el 10% solicita ayuda profesional

2. Las personas con TAG parecen tener tendencia a imaginar fácilmente sucesos indeseados o calamidades, aunque lo que se anticipa no sea siempre muy concreto

3. Las personas con TAG parecen centrarse en los problemas y tienden a exagerarlos. De hecho, muestran una mayor activación cortical, al menos un mayor consumo de glucosa, a la hora de realizar diversas tareas; y un simple problema matemático les puede generar más activación eléctrica cerebral (menos ondas alpha en el lóbulo parietal), en comparación con un grupo control.

4. Las personas con TAG pueden pasar más del 60% del día preocupándose, casi todos los días. Por ello, algunos autores sugerían que para el DSM-5 se rebautizase la categoría diagnóstica como “trastorno por preocupación generalizada”

5. Como consecuencia, la persona siente difícil poder controlar tanta actividad mental, lo que constituye un motivo adicional de preocupación. Algunos autores proponen que es, precisamente, la preocupación por la preocupación la característica más definitoria del TAG.

6. Esa tendencia a la preocupación puede surgir ya en la niñez, y parece estar relacionada con las experiencias vitales, con el estilo de crianza y el tipo de apego. El TAG infantil presenta altos porcentajes de comorbilidad, en torno al 75% con otros trastornos de ansiedad, y el 56% con los trastornos depresivos, cifras que se mantienen en población adulta, porque según algunos estudios, entre un 50% y un 80% de los casos clínicos presentan además otros desórdenes psicológicos (como los depresivos, los somatoformes, el trastorno de pánico, o la fobia social) y enfermedades.

7. A diferencia de otros trastornos, el TAG aumenta con la edad hasta llegar a ser uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en la adultez tardía. Algunos sugieren que la edad media de aparición son los 31 años.

Los métodos cognitivo conductuales que se han empleado clásicamente para manejar el TAG son técnicas para reducir los aspectos somáticos de la ansiedad, técnicas de afrontamiento, y reestructuración cognitiva para reducir la percepción de amenaza que dispara la preocupación. El plan de tratamiento incluye generalmente: Psicoeducación, detección pronta de los signos de ansiedad y manejo de la respuesta ansiosa, relajación, exposición en la imaginación, desensibilización, ensayos de afrontamiento de conducta y reestructuración cognitiva. Las técnicas cognitivas no dan el resultado esperado. La terapia cognitiva con la reestructuración y su disputa de la racionalidad de los pensamientos no siempre es efectiva en estos casos; la exposición es difícil de aplicar porque los estímulos a los que se tiene miedo varían mucho y la relajación también tiene una aplicación limitada porque la activación no se asocia a la preocupación (García, 2006). Resulta necesaria la incorporación al tratamiento de nuevas técnicas para conseguir mejores resultados.

El programa de intervención grupal para el TAG propuesto por Michael Dugas y su grupo (Dugas y Ladouceur, 1997) ha demostrado ser efectivo en el tratamiento del TAG, más allá de la TCC clásica, puesto que aborda directamente el componente de la preocupación patológica. En un primer estudio, Dugas y Ladouceur (2000) aplicaron este procedimiento a cuatro personas durante 16 sesiones semanales de una hora duración, dos de las cuales diagnosticadas de TAG. Se observó, además de una reducción del porcentaje de preocupación, una reducción de la intolerancia a la incertidumbre. En un segundo estudio, el procedimiento se mostró eficaz frente a un grupo control.

Para ellos, si la propia incertidumbre es la principal amenaza para alguien con TAG, el principal objetivo terapéutico deberá dirigirse a dicha variable, además de la exposición mediante la imaginación (en el caso de preocupaciones improbables), y el entrenamiento en solución de problemas (en el caso de problemas inmediatos).

## **Método**

### *Participantes*

Aplicación de programa grupal de tratamiento de Dugas y colaboradores a 5 mujeres y 1 hombre diagnosticados de TAG, derivados de los dispositivos asistenciales del servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia. La media de edad fue de 55,5 años, y el 100% de los pacientes estaban en tratamiento con psicofármacos (50% con medicación ansiolítica, 33,33% con ansiolíticos más antidepresivos, y 16,66% con antidepresivos). El 16,66% mantenía psicoterapia individual a nivel concomitante, y el 50% estaba en seguimiento por psiquiatría.

### *Instrumentos*

Como medidas de autoinforme antes y después del tratamiento se utilizaron (García y cols, 2002):



- El Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15) (Wittcher y Boyer, 1998). Está basado en el Composite International Diagnostic Interview CIDI-2. El cuestionario resulta útil tanto en cuadros de ansiedad establecidos como en situaciones subclínicas. La sensibilidad y especificidad de las distintas cuestiones clave es la siguiente: trastorno de pánico (S 95% E 62%), agorafobia (S 88% E 58%), fobia social (S 89% E 51%), Trastorno por estrés postraumático (S 82% E 49%), trastorno depresivo mayor (S 87% E 68%) y trastorno de ansiedad generalizada (cuestión clave más criterios, S 92% E 74%). Respecto a los criterios de TAG, los autores no proponen ningún punto de corte, cuantos más criterios se cumplan mayor posibilidad de presencia del cuadro.

- La Escala de detección del TAG (Carroll y Davidson, 2000).

Esta escala está formada por 12 ítems de respuesta dicotómica que determinan la presencia o ausencia de los criterios DSM-IV para el TAG. De los 12 ítems, 8 se refieren a la ansiedad psíquica (nerviosismo, preocupación, inquietud, concertación), 1 a las dificultades de sueño, 1 a la tensión muscular y los 2 últimos evalúan la interferencia con la vida diaria y la necesidad de solicitar ayuda. Establece claramente un marco temporal, la mayoría de los días de los últimos 6 meses, que se corresponde con el criterio temporal para TAG del DSM-IV.

- El Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), para la medición de la tendencia a preocuparse, característica diagnóstica del TAG. La puntuación total se obtiene mediante la suma de las puntuaciones alcanzadas en todos los ítems; todos están plateados en sentido positivo, lo que ofrece un rango de puntuación entre 16 y 80. Respecto a la utilidad diagnóstica del PSWQ para la detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada, un punto de corte de 56 (una puntuación mayor o igual) presentó una sensibilidad del 100 % y una especificidad del 88.9 % en el estudio original con la versión española para personas mayores, mientras que un punto de corte de 60 maximizó la especificidad (100 %) conservando una elevada sensibilidad (85.7%) (García y cols, 2002).

### *Procedimiento*



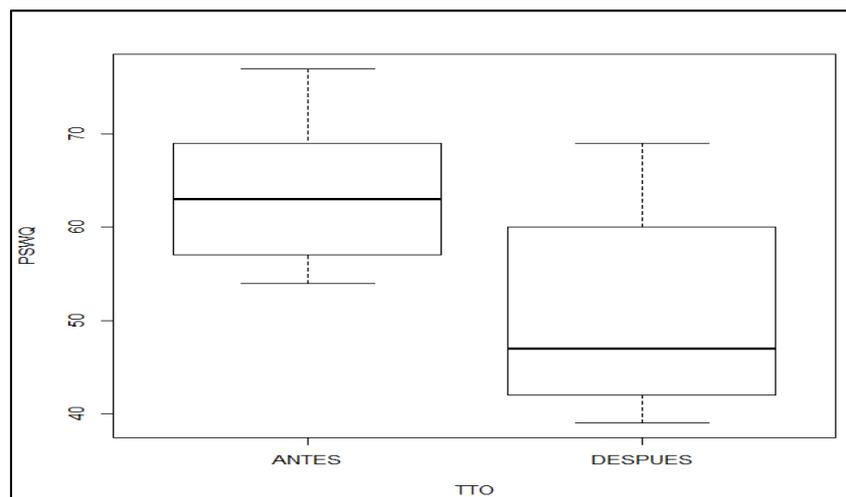
El tratamiento se impartió a lo largo de 14 sesiones de hora y media de duración, de frecuencia semanal, con el objetivo de desarrollar mayor tolerancia a la incertidumbre, entendida como principal factor de mantenimiento del TAG. El programa de intervención propuesto por el grupo de Dugas (Dugas y Ladouceur, 1997) incluye, aparte de la conceptualización del problema y justificación del tratamiento, entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones y de su tipo, reevaluación de la utilidad de cada preocupación específica, intervenciones específicas para la preocupación (entrenamiento en solución de problemas, exposición funcional cognitiva) y prevención de recaídas.

### *Diseño*

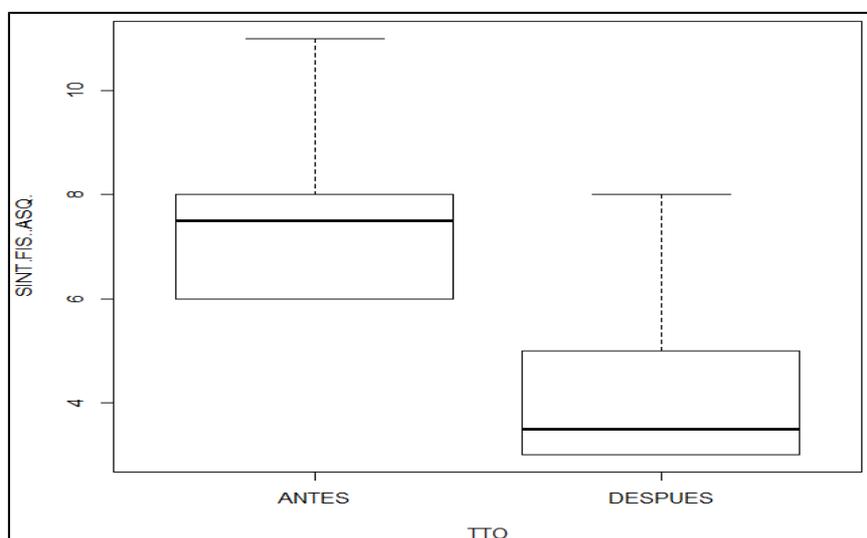
El estudio estuvo constituido por un diseño de estudio antes-después, utilizando metodología cuasi-experimental.

### **Resultados**

Todos los participantes puntuaron como caso probable de TAG en las medidas pre, reconociendo impacto de la enfermedad sobre su vida de más de tres años de duración. Tras la implementación del programa de tratamiento encontramos diferencias significativas entre muestras apareadas en las variables de tendencia general a preocuparse o preocupación-rasgo ( $p=0,0007067$ ), especialmente relevante en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (gráfica 1). A su vez, se mejoraron las variables “dificultad para controlar las preocupaciones”, ( $p= 0,01172$ ), así como el “número de síntomas físicos” ( $p= 0,02627$ ) (gráfica2), y se normalizaron los criterios definitorios del Tag ( $p=0,03401$ ).



Gráfica 1. Tendencia general a la preocupación pre y post intervención (PSWQ).



Gráfica 2. Número de síntomas físicos pre y post intervención (ASQ-15).

### Discusión/Conclusiones

Según el modelo de Dugas y colaboradores, para los individuos que desarrollan un trastorno de ansiedad generalizada la amenaza mayor es la incertidumbre (Dugas y Ladouceur, 1997). Para ellos es más problemático no saber cuando se van a morir, que el hecho mismo de morir. Dugas y colaboradores consideran que existen disparadores de la preocupación, que pueden ser situaciones, estados de ánimo o sucesos de la vida que pueden ser vistos como amenazantes. En la detección de una amenaza hay que tener en cuenta que la ansiedad elevada predispone hacia la percepción de información amenazante. Se plasman generalmente en pensamientos de la forma “¿Y si...?”. Se

crean en el pensamiento muchas situaciones cambiantes y se ven amenazas en sucesos que son poco probables; pero posibles. Se acaba la incertidumbre si se tiene un plan factible para enfrentarse a esa situación. Para definirlo se pone en marcha la preocupación que se hace patológica porque tienen que resolverse un número infinito de situaciones amenazantes. El proceso ocurre con mayor probabilidad cuando se tienen las creencias de que la preocupación es buena porque nos prepara para afrontar la amenaza, o que evita decepciones, o que nos ayuda a proteger a los que queremos (García, 2006).

Los resultados obtenidos tras la implementación del programa apuntan a una reducción significativa de la preocupación tras el tratamiento, entendida ésta como la característica central del trastorno. Ese descenso significativo implicaría, no una eliminación de la incertidumbre, puesto que su presencia en la vida es generalizada, sino un mayor reconocimiento y aceptación de la misma, así como una mejoría en las estrategias de afrontamiento al afrontar situaciones inciertas o ambiguas, lo que, tal y como proponen los autores, conduciría de manera secundaria a una disminución de los síntomas somáticos del TAG.

### Referencias

- Carroll, B. J., y Davidson, J. R. T. (2000). *Screening Scale for DSM-IV GAD*. Copyright.
- Dugas, M. J., y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, 1*, 211-240.
- Dugas, M. J., y Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*, 635-657.
- García, J. A. (2006). Últimos avances en el tratamiento de la ansiedad. *Revista Psicoterapeutas.com, 1*, 1-3.
- García, J. B., Portilla, M., Fernández, M. T., Martínez, P. A., y García, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Ars Médica.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State worry questionnaire. *Behaviour research and therapy, 28*(6), 487-495.

- Prados, J. M. (2013). Cognición y emoción en el trastorno por ansiedad generalizada. Implicaciones clínicas. *Informacio Psicológica*, 102, 47-62.
- Wittchen, H. U., y Boyer, P. (1998). Screening for anxiety disorders: Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ—15). *The British Journal of Psychiatry*, 34, 10-17.

## UN CASO CLÍNICO COMPLEJO DE DISFORIA DE GÉNERO

**María Concepción Escolar-Gutiérrez\***, **José Miguel Rodríguez Molina\*\*** y **Nuria Asenjo Araque\*\*\***

*\*Psicóloga Residente 4º año. Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Rotante por la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG). Hospital Ramón y Cajal, Madrid; \*\*Psicología Clínica, Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid; \*\*\*Psicología Clínica, Unidad de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Ramón y Cajal*

### Resumen

El presente texto trata de un caso complejo al realizar el diagnóstico de Disforia de Género (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2014). Dicho diagnóstico requiere de por sí un exhaustivo proceso de evaluación. Existen, además, cuatro características fundamentales que definirían un caso complejo a la hora de realizar la evaluación de disforia de género, que dificultan la decisión de incluir a un paciente en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG), y realizar el cambio para vivir acorde a la identidad de género sentida. El caso que presentamos reúne tres de las cuatro características: es un paciente de edad avanzada, ha sido padre biológico y su aspecto está acorde al sexo biológico y no al género sentido a su llegada a la Unidad. Se trata de un paciente de 55 años, cuyo sexo biológico es el de un hombre (XY), pero su identidad de género es de mujer. Cuenta con un buen nivel intelectual. Está divorciada y tiene 2 hijos biológicos. Afirma que siempre se sintió mujer, a pesar de que reprimía las manifestaciones externas de sentirse mujer. Acude a la UTIG para iniciar el proceso de cambio hacia la identidad de género sentida: ser una mujer. Tras valoración se descartó psicopatología y se confirmó el diagnóstico de Disforia de género. Los objetivos del tratamiento se pueden resumir en facilitar que la persona viva una vida acorde a la identidad de género sentida en todas las áreas vitales. Incrementar su calidad de vida y fortalecer los factores de protección son aspectos claves del tratamiento.

**Palabras clave:** caso complejo, disforia de género, experimento de caso único.

## A COMPLEX CASE OF GENDER DYSPHORIA

### Abstract

The present text deals with a complex diagnosis case of Gender Dysphoria. Carrying out such diagnosis implies/requires a thorough assessment process. Besides, there are four key/ essential characteristics which define a complex case when it comes to carrying out the gender dysphoria assessment and these make it difficult to decide whether to include a patient in the Gender Identity Disorder Unit (UTIG) and to perform the necessary changes so the patient may live in accordance with the gender identity felt. The case we present meets three of the four characteristics: it is an elderly patient, he has been a biological father and his appearance is in accordance with his biological sex, not with the gender he identified with when he arrived at our Unit. She's a 55 year-old patient, whose biological sex is a male (XY), but their gender identity is female. She has a good intellectual level. She is divorced and has 2 biological children. She says that always felt like a woman, despite repressing the external manifestations of being a woman. She attended the UTIG to begin the process of change toward to felt gender identity: being a woman. After evaluation mental illness was dismissed and the diagnose of gender dysphoria was confirmed. Goals of treatment can be summarized to help her to live according to felt gender identity in all vital areas. Improve her quality of life and strengthen protective factors are key factors of treatment.

**Keywords:** complex case, gender dysphoria, single-case experiment.

### Introducción

Al hablar de Trastornos de Identidad de Género, Transexualidad (Becerra, 2002; Becerra, 2003) o Disforia de Género según el DSM 5 (APA, 2014) se hace alusión a una condición en la que una persona de un sexo biológico determinado se siente pertenecer al contrario. Es decir, se caracterizan por una identificación intensa y persistente con el otro sexo acompañado de un sentimiento de inadecuación con el asignado (Asenjo, Portabales, Rodríguez, Lucio y Becerra, 2013).

Las personas con disforia de género muestran un deseo permanente de vestir, vivir y ser tratados como miembros del otro sexo. Asimismo, este sentimiento se acompaña de un profundo rechazo de las características sexuales primarias y secundarias propias.

Como consecuencia de esta actitud psicológica, buscan realizar su deseo sometiéndose a la corrección de su apariencia sexual por métodos químicos y quirúrgicos, así como de su identidad sexual legal.

Es importante tener en cuenta la elevada complejidad que conlleva el abordaje diagnóstico y terapéutico de la disforia de género. Por este motivo, surge, y se hace evidente, la necesidad de que estas personas sean atendidas y valoradas en una unidad especializada e integrada por profesionales de diversas disciplinas sanitarias. Realizar un diagnóstico correcto de la transexualidad resulta fundamental y en ningún caso un posible arrepentimiento debe estar originado por un error en el diagnóstico.

El caso que presentamos, se considera un caso especialmente complejo ya que reúne ciertas características que dificultan en mayor medida la evaluación (Rodríguez, Asenjo, Rabito y Becerra, 2012). Las cuatro características que definen los casos de mayor complejidad (pero que no imposibilitan el diagnóstico) son: paciente de mayor edad, que sea padre o madre biológicos, que su apariencia física y roles no vayan acorde al género sentido; y, por último, la presencia de algún trastorno mental.

### **Identificación del paciente**

Se trata de un paciente de 55 años, cuyo sexo biológico es de hombre (XY), pero su identidad de género es de mujer. Tiene buen nivel intelectual, nivel de estudios superior, trabaja como autónoma. Está divorciada, tiene 2 hijos biológicos previos al cambio de género. Es la mayor de 4 hermanos. Su padre falleció hace pocos años, su madre aún vive. Actualmente no tiene pareja y vive sola.

Como se ha comentado anteriormente nuestra paciente podría ser considerada como un “caso complejo de evaluación” (me referiré a ella en femenina pues es su identidad de género sentida) acude a la unidad con una edad avanzada, con 55 años. A pesar de tener clara la identidad de género de mujer (no acorde al sexo biológico) se mantiene durante mucho tiempo sin realizar el cambio, a nivel físico y de roles sociales y personales. Y, además, ha hecho uso de sus genitales masculinos (genitales que rechaza) con el objetivo de ser padre biológico. No padece ningún trastorno psiquiátrico concomitante.

### **Motivo de consulta**

Disforia de género. Acude a la UTIG para iniciar el proceso de cambio y vivir acorde a la identidad de género sentida: mujer

No acudió antes a la UTIG por miedo a romper su matrimonio, al rechazo por parte de sus hijos y familia de origen o pérdida de clientes (trabaja como autónoma). Acude a la Unidad en 2007, a raíz de la creación de la misma y gracias a que inicia contacto con asociaciones/lecturas mundo LGTB, aunque no inicia el proceso hasta 2009.

### **Historia del problema**

Analizando la historia de identidad de género de nuestra paciente afirma que siempre se sintió mujer, a pesar de que reprimía las manifestaciones externas de sentirse mujer. Usaba ropa interior femenina en la intimidad. Su orientación sexual es homosexual, es decir, siente atracción por las mujeres. Expresa fantasías de prácticas sexuales homosexuales.

### **Análisis y descripción de las conductas problema**

Algunas de las conductas problema de las que se realizó un análisis funcional fueron, por ejemplo, ir al cine a unos grandes almacenes junto a una amiga vestida de mujer. Según el modelo de entrevista para el Análisis Funcional llamado AFUSCO (Análisis Funcional de Secuencias Conductuales) (Rodríguez, Asenjo, Becerra y Lucio, 2013) como antecedente próximo (E) identifica una amiga que sabe todo sobre su identidad de género. Duda si será capaz. Van al cine en unos grandes almacenes, han salido de casa juntas, ella ya vestida de mujer, van en coche y no se la ve apenas desde fuera, anticipa que no va a ser capaz de hacerlo. Como antecedentes remotos (O) hablamos de una mujer transexual con todo lo comentado: edad, situación familiar y laboral, personalidad, historia de aprendizaje, etc. Ya había realizado previamente esta conducta, pero en una ciudad donde no la conocían. A nivel de Respuestas, identifica: (RC) respuesta cognitiva: “todo el mundo me va a mirar”, (RE) respuesta emocional: ansiedad, (RF) respuesta fisiológica: no la identifica y (RM) respuesta motora: no se baja del coche. Las consecuencias son que se pone fin a su ansiedad, sentimiento de tristeza y se marchan a casa y entristeciéndose más por no haber sido capaz de bajarse del coche.

Otra conducta problema que se trabajó fue que quería contárselo a una buena amiga de la universidad, que no sabía nada, pero no se atrevía. E: en casa de su amiga, las dos solas y la paciente vestida de hombre; O: lo ha contado a varias personas pero todos personas LGTB; RE: ansiedad; RC: “¡Qué vergüenza! ¿Y si se lo toma mal? Creo que se lo va a tomar bien. Creo que se lo imagina”; RF: no detecta; RM: se lo cuenta; C: gran alivio. Se siente contenta.

### **Establecimiento de las metas del tratamiento**

Lograr que la paciente viva, a todos los niveles, acorde a la identidad de género sentida: como mujer.

### **Objetivos terapéuticos**

El objetivo terapéutico es el ya mencionado, y para su logro se proporciona a la paciente apoyo durante todo el proceso de cambio y seguimiento de las distintas áreas vitales que requieran intervención. El objetivo primordial es incrementar su calidad de vida y fortalecer los factores de protección.

### **Selección del tratamiento más adecuado**

En este caso las estrategias de intervención que se llevaron a cabo fueron principalmente de corte cognitivo conductual. Como bien es sabido, el objetivo de estas técnicas es la propia conducta y sus procesos subyacentes (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional). Por tanto, con el empleo de las mismas se persigue el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Por tanto, la intervención también puede dirigirse a modificar aquellos procesos de pensamiento que están en la base del pensamiento. Durante las diferentes sesiones desde 2007 se han llevado a cabo con la paciente técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en autoinstrucciones, técnicas de refuerzo, extinción, estimulación de actividades agradables, puesta en marcha de estrategias de afrontamiento más saludables y adaptativas, entrenamiento en habilidades sociales, etc. Asimismo, se realizó una importante labor psicoeducativa ayudándole a desarrollar estrategias eficaces de afrontamiento de situaciones relacionadas con su condición, tales como el modo de comunicarlo a familiares y entorno cercano, cómo manejarlo en el trabajo, cómo

presentarse ante desconocidos, etc. lo que le permitió afrontar de un modo más eficaz las dificultades relacionadas con la asunción de su nuevo rol social. Igual de importante es reforzar sus fortalezas, recursos y habilidades propias de la paciente (factores de protección), con el objetivo de lograr una mejoría de su calidad de vida.

Además, se practicaron técnicas de control de la activación, tales como entrenamiento en diferentes tipos de relajación, respiración, etc.

### **Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos**

El procedimiento de evaluación de la UTIG está protocolizado, siendo el mismo para todos los pacientes que entran en la Unidad. Dicho procedimiento está compuesto por una primera valoración inicial. Tras ir despejando dudas diagnósticas (las primeras cuatro sesiones aproximadamente), se expone el caso en Sesión Clínica 1 (SC1), donde el equipo íntegro decide si el paciente sigue adelante en el proceso. En caso afirmativo, firmará el Consentimiento Informado (CI) con la Gestora de Pacientes, formalizando así su entrada a la Unidad. Se continúa con la evaluación psicológica hasta completar un mínimo de diez sesiones en un período no inferior a seis meses. Los objetivos perseguidos con la evaluación son: confirmación del diagnóstico de disforia de género, descartar psicopatología e identificar aquellos factores, tanto familiares, sociales y personales, que pueden estar influyendo durante el proceso.

Habiendo completado las sesiones de evaluación y firmado el CI, así como haber realizado una experiencia de vida real, tiene lugar una segunda Sesión Clínica (SC2), donde se decide de nuevo su continuidad en el proceso y en su caso, el inicio de Tratamiento Hormonal (TH).

Con finalidad diagnóstica, se realizan entrevistas clínicas semiestructuradas donde se va elaborando la historia clínica. Asimismo se le facilitan diferentes cuestionarios y escalas para su cumplimentación y obtención de otros datos. Estas pruebas son las siguientes: EVI (Escala de Valoración Inicial); EDIG (Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género); EEPPT (Entrevista de Evaluación Psicológica a Personas Transexuales); Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) (Millon, 2007); el cuestionario de personalidad NEO-PI-R (Costa y McRae, 2002); Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz et al., 2006); Escala de Felicidad Subjetiva de Fordyce (Fordyce, 1986); Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (Cabañero et al., 2004); Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) (Goldberg, 1996); ESANTRA

(Escala de Ansiedad para personas Transexuales); y ESDETRA (Escala de Depresión para Personas Transexuales).

Tras la realización de todo el proceso de evaluación se concluyó que la paciente cumple criterios de Disforia de Género, cumple los criterios de Idoneidad y elegibilidad, descartando psicopatología concomitante.

### **Aplicación del tratamiento**

La paciente, tras el exhaustivo proceso de evaluación inicia TH en mayo 2009. La Experiencia de Vida Real la lleva a cabo sin demasiadas dificultades comenzado a vestirse de mujer y a asumir roles femeninos al acudir a la UTIG. Generaliza a otros contextos el vestir de mujer, excepto en el trabajo, donde por el momento no se siente capaz. Durante las vacaciones de verano, las pasa asumiendo roles y apariencia completamente femeninos, resultando buena la experiencia. En este momento, hacia el año 2010 pide acelerar la Cirugía de Reasignación de Sexo (CRS), o por lo menos eliminar genitales masculinos porque al ser lesbiana “nunca va a usar su vagina”. Sin embargo, comienzan las dificultades al mostrar miedos fundados por la posible interacción edad-intervención quirúrgica, siente labilidad emocional fruto del TH, problemas de alopecia y con la depilación (tiene una barba canosa difícil de eliminar). Comienza a plantearse dudas acerca del resultado de la vaginoplastia. Durante esta fase de inicio de tratamiento psicológico se trabaja fundamentalmente el locus de control externo e interno, psicoeducación, ajuste de expectativas, aceptación y solución de problemas. En Agosto 2009 es necesario realizar una intervención en crisis. Acude sin cita a la Unidad con muchas dudas sobre la realización de la CRS. El disparador ha sido una información médica errónea. Acude con bajo estado de ánimo y pide detener el proceso y tomarse un tiempo para decidir si seguir en caso de no llevar a cabo la CRS. A pesar de las recomendaciones de no tomar decisiones importantes en momentos de crisis decide dejar el TH. Sin embargo, lo retoma en Septiembre 2009, tras darle la información médica correcta. Acude de nuevo con aspecto muy femenino y solo dejó el TH durante 15 días. A finales 2009 y durante el año 2010 acude a 9 sesiones en las que abordamos diferentes áreas vitales: problemática laboral, atracción por una mujer heterosexual, aceptación por sus dos hijos, dificultades con la barba y la alopecia, potenciamos el apoyo social, abordamos problemas para hablar en público, trabajo sobre sus relaciones familiares, búsqueda de pareja, mostrando una mejoría estado de

ánimo. Las técnicas de intervención fundamentalmente empleadas en este momento del tratamiento fueron reestructuración cognitiva, psicoeducación, técnicas de control de la activación, entrenamiento en autoinstrucciones, ensayos de conducta, refuerzo de ideas positivas, técnicas de distracción, etc.

Durante los años 2011 y 2012 hemos llevado a cabo con la paciente 12 sesiones, durante las cuales se ha ido informando a diferentes miembros de su familia que todavía desconocían el cambio, habilidades sociales, cambio del DNI, abordaje de los problemas creados con la fotodepilación púbica (tiene el vello canoso), estrategias para afrontar la demora de la CRS (está canalizada desde junio de 2011). En Septiembre de 2012 su apariencia y rol de mujer ya se da en todas las situaciones.

Con relación a la CRS tuvimos que proporcionar estrategias para afrontar la demora y ajuste de expectativas. Se realizó la mamoplastia y CRS en octubre de 2013 (penectomía, orquidectomía, vaginoplastia, uteroplastia y clitoroplastia en la misma intervención). A nivel postoperatorio tuvo dificultades con la dilatación vaginal, con la recuperación en general por su edad. Hubo buena aceptación familiar (hijos y hermanos varones), mostrándose en Diciembre de 2013 con buen estado de salud y aumento progresivo del estado de ánimo. Desde Marzo 2014 hasta la actualidad, continúa en seguimiento. La paciente refiere buen estado de ánimo, cuenta haber tenido sus primeros orgasmos como mujer. Además, las relaciones familiares son buenas, excepto con su hermana. Actualmente está tratando de ayudar a uno de sus hijos con un problema de conducta. Mantiene un buen nivel de actividad, escasas relaciones sociales (área en la que estamos incidiendo) y mantenemos apoyo psicológico centrado en el emergente de cada sesión.

### **Seguimiento**

Se realizó seguimiento de la paciente desde el inicio en la UTIG desde el año 2007 en que acude (aunque realmente inicia el proceso en febrero de 2009) hasta la actualidad.

### **Referencias**

American Psychiatric Association, APA. (2014). *DSM 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.



- Asenjo, N., Portabales, L., Rodríguez, J. M., Lucio, M. J., y Becerra, A. (2013). Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Clinica Contemporánea*, 4(2), 161-170.
- Becerra, A. (2002). *Transexualismo, trastornos de identidad de género, transexual, diagnóstico, tratamiento*. Madrid: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.
- Becerra, A. (2003). *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Cabañero, M. J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púerperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Costa, P., y McCrae, R. (2002). *NEO-PI revisado*. Madrid: TEA.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., et al. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Fordyce, M. W. (1986). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), 483-498.
- Goldberg, D. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire): guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (2007). *MCMI-III Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid: TEA.
- Rodríguez, J. M., Asenjo, N., Becerra, A. y Lucio, M. J. (2013). Guía de entrevista para el análisis funcional de conductas en personas transexuales. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 150-154.
- Rodríguez, J. M., Asenjo, N., Rabito, M. F. y Becerra, A. (2012). Transexualidad: Evaluación de casos complejos. En R. Quevedo-Blasco y V. J. Quevedo-Blasco (Comps.), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 702-705). Santander: AEPC.

## ATENCIÓN A LA DISFORIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE EN NAVARRA

Virginia Basterra-Gortari<sup>\*,\*\*</sup>, Raquel Ruiz-Ruiz<sup>\*,\*\*</sup>, Uxua Ardanaz-Elcid<sup>\*\*\*</sup>, Javier Diaz-Leiva<sup>\*\*\*</sup>, Marta Toni-García<sup>\*\*</sup>, Ana Rebolé-Abadía<sup>\*\*</sup>, Yolanda Pérez de Mendiola-Asúa<sup>\*\*</sup> y Lluís Forga-Llenas<sup>\*\*</sup>

*\*Unidad de Hospitalización Psiquiátrica sección B del Complejo Hospitalario de Navarra; \*\*Unidad Navarra de Transexuales e intersexos del Complejo Hospitalario de Navarra; \*\*\*Centro de Salud Mental de Ansoain*

### Resumen

*Antecedentes:* La transexualidad ha sido reconocida en Navarra como una entidad clínica que debe ser atendida de forma multidisciplinar dentro del Sistema Navarro de Salud (Ley Foral 12/2009). Desde abril de 2011 la Unidad Navarra de Transexuales e Intersexos (UNATI) está en funcionamiento. *Objetivo:* Analizar los datos epidemiológicos sobre población infantil y adolescente que ha sido valorada en la UNATI. *Método:* Desde abril de 2011, se ha valorado a 12 niños y adolescentes en la UNATI. Se han recogido variables relacionadas con parámetros sociodemográficos y fase de tratamiento. *Resultados:* La edad media de la muestra es de 12.14 años (rango de 7.19-16.84). Uno de los usuarios presenta diagnóstico de Intersexualidad mientras que el resto (n=11; 91,6%) acuden para valoración de disforia de género. De los 11 usuarios que acuden, 9 (81.8%) de ellos son hombres biológicos con identidad sexual femenina y 2 (18,2%) de ellos son mujeres biológicas con identidad masculina. Tres usuarios están realizando Experiencia en Vida Real (2 transexuales femeninos y 1 transexual masculino) y la edad media de comienzo fue de 8,33 años. Únicamente un transexual femenino ha comenzado el bloqueo hormonal con análogos de la LHRH a la edad de 14,5 años, momento en que presentaba desarrollo sexual grado II de Tanner. Durante este periodo un 33,3% (n=4) de los sujetos han abandonado el seguimiento en la UNATI, el 25% (n=3) se encuentra en fase de evaluación y un 41,7% (n=5) han sido aceptados. *Conclusiones:* La disforia de identidad de género en niños y adolescentes es una entidad clínica compleja, que requiere una correcta supervisión por un equipo multidisciplinar (endocrinología, cirugía, salud mental). El porcentaje de abandonos durante el seguimiento es elevado. Este dato es congruente con la baja estabilidad

diagnóstica que tiene la disforia de género en población infantil y, en menor grado, adolescente.

**Palabras claves:** Disforia de identidad de género; Transexualidad, Infancia, Adolescencia

### ATTENTION GENDER DYSPHORIA IN CHILD AND ADOLESCENT POPULATION IN NAVARRA

#### **Abstract**

*Background:* Transexuality has been recognized as a clinical entity that must be addressed in multidisciplinary approach in Navarra Health System (Regional Law 12/2009). Since April 2011 the Transsexual and Intersexual Unit of Navarra (UNATI) is working. *Objective:* To analyze epidemiological data on children and adolescents which has been admitted at the UNATI. *Method:* Since April 2011, 12 children and adolescents have been included in the UNATI. The variables related to socio-demographic parameters, transexuality and treatment were collected. *Results:* The average age was 12.14 years-old (range de 7.19-16.84). One of the child satisfies Intersexual diagnosis criteria while the rest (n = 11; 91.6%) fulfill gender dysphoria criteria. Of the 11 people who attended, 9 (81.8%) of them are biological men with female sexual identities and 2 (18.2%) of them are biological women with masculine identities. Three children are living according to their gender identity (2 female and one male transsexual) and the mean age of onset was 8.33 years. Only a female transsexual has begun hormone blockade with LHRH analogues at the age of 14.5 years. During this period, 33.3% (n = 4) subjects have left the follow-up in the UNATI, 25% (n = 3) is under evaluation and 41.7% (n = 5) have been included in the programme. *Conclusions:* Gender identity dysphoria in children and adolescents is a complex clinical entity, which requires proper supervision by a multidisciplinary team (endocrine, surgery, mental health). There is a high drop-out from follow-up. This finding is consistent with the low diagnostic stability of gender dysphoria in children and, to a lesser extent, in adolescents.

**Key words:** Gender identity dysphoria, Transexuality, Childhood, Adolescence.

## Introducción

La transexualidad es aquella condición, que presentan algunas personas, en la que existe una identificación acusada y mantenida con el otro sexo, que se acompaña de un malestar persistente con el propio sexo y un sentimiento de inadecuación con el rol de género y que genera malestar psicológico y alteraciones funcionales en diversos ámbitos. El deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto, por lo general se acompaña del deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido (American Psychiatric Association [APA], 2013; World Health Organization multi-axial version of ICD-10, [WHO], 1992). Para llevar a cabo dicho cambio físico es necesario un abordaje médico multidisciplinar que incluye el tratamiento hormonal y/o quirúrgico.

Sin embargo, a pesar del reconocimiento del transexualismo como una entidad clínica que debe ser atendida de forma interdisciplinar, la implementación de la atención sanitaria institucional, en igualdad con otras realidades clínicas, dista mucho de haberse generalizado en España (Esteva et al., 2012). En la actualidad existen en España únicamente nueve comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cataluña, Madrid, Navarra, Valencia y País Vasco) en las que las Consejerías de Salud han creado unidades específicas de atención a estos trastornos (Esteva et al., 2012) y no todas ellas han reconocido de manera específica la atención a población infantil y adolescente.

En el caso de la Comunidad Foral de Navarra se estableció, mediante una Ley Foral (Ley Foral 12/2009), el reconocimiento de los derechos de las personas transexuales. Dicha Ley Foral determina que cualquier persona transexual que esté residiendo en Navarra tiene el derecho de recibir de la Administración Foral una atención integral y adecuada a sus necesidades médicas, psicológicas, jurídicas, sociales, laborales y educativas conforme a su identidad de género. En lo referente al ámbito sanitario se incluye la atención sanitaria de las personas transexuales a través del Servicio Navarro de Salud. Esta entidad debe ser garante de que las personas transexuales sean tratadas conforme a su identidad de género, sean atendidas por profesionales con experiencia, se aseguren sus derechos reproductivos y que no sean sometidas a procedimientos aversivos que supongan un intento de anular la personalidad de la persona transexual. Asimismo, esta Ley establece que debe regularse

una unidad de referencia en materia de transexualidad integrado por los profesionales de la asistencia sanitaria y de la atención psicoterapéutica y sexológica que se determinen. Fruto de este reconocimiento a nivel sanitario de las personas transexuales, se creó la Unidad Navarra de Transexuales e Intersexos (UNATI). La UNATI es una unidad multidisciplinar configurada por un equipo permanente de profesionales sanitarios (educación sexual, endocrinología, enfermería y salud mental) y un equipo de profesionales que colaboran de una forma más puntual (cirugía, dermatología, ginecología, otorrinolaringología, urología, pediatría). En la actualidad no se contempla la realización de la cirugía genital dentro de los hospitales públicos de Navarra pero sí la derivación de determinados tratamientos en intervenciones a centros que cuenten con un servicio especializado en la reasignación quirúrgica de sexo y ofrezcan los estándares de calidad adecuados (Ley Foral 12/2009).

## **Método**

### *Procedimiento*

El abordaje de tratamiento que se aplica en la UNATI se basa en las recomendaciones sobre los estándares de cuidados de las personas transexuales establecidos por la The World Professional Association Transgender Health (WPATH, 2011). La vía de entrada en la UNATI en el caso de población infanto-juvenil ( $\leq 16$  años de edad) es a través de la derivación del pediatra, del endocrinólogo o del servicio de Salud Mental infanto-juvenil. La primera entrevista se realiza únicamente con los progenitores o tutores legales para realizar una acogida individualizada del caso y se informa del sistema de funcionamiento de la UNATI. Posteriormente se concierta una consulta ya con el menor en la que es evaluado por el equipo de salud mental (psicóloga clínica y psiquiatra de manera conjunta) quienes comienzan un proceso diagnóstico para confirmar la presencia de criterios diagnósticos DSM-V (APA, 2013) y CIE-10 (WHO, 1992) de Disforia de Género. Valoran también, conjuntamente con el menor y sus padres, las posibles consecuencias a nivel sociofamiliar, académico y legal que el proceso de reasignación sexual le puede generar. Asimismo, la población infanto-juvenil con disforia de género es evaluada por el servicio de Endocrinología para estudiar la situación física, los beneficios y riesgos que el tratamiento hormonal puede

conllevar en su caso, y el cumplimiento de criterios de elegibilidad e idoneidad para iniciar el tratamiento.

### *Diseño*

Una vez que la persona ha sido aceptada para iniciar el proceso de reasignación de sexo el abordaje terapéutico se basa en la terapia triádica: 1) la experiencia en vida real en el rol deseado: es una fase que suele ser prolongada en el caso de población infanto-juvenil y que habitualmente se prolonga un mínimo de 2 años en la que la persona transexual va adoptando, en la vida cotidiana y de forma plena, el rol del nuevo género; 2) la hormonación para el género deseado en el que puede haber dos fases de tratamiento según la edad del menor. La fase inicial de bloqueo hormonal una vez el usuario alcanza el estadio de desarrollo sexual de Tanner II; y una segunda fase (habitualmente hacia los 15-16 años de edad) en la que se realiza la terapia hormonal cruzada; 3) el tratamiento quirúrgico enfocado a cambiar los genitales así como otras características sexuales: este tratamiento suele realizarse habitualmente una vez que el menor haya alcanzado la mayoría de edad.

El abordaje terapéutico anteriormente descrito difiere de si el usuario es un transexual masculino (persona biológicamente mujer que tiene una identidad sexual masculina y socialmente adopta el rol masculino) o una transexual femenina (persona biológicamente varón que tiene una identidad sexual femenina y socialmente adopta el rol femenino). En lo referente al tratamiento de hormonación para el sexo deseado, se suele administrar análogos de la LHRH para el bloqueo hormonal (también pueden administrarse antiandrógenos en el caso de transexuales femeninas) y posteriormente los transexuales masculinos realizarán un tratamiento hormonal masculinizante (principalmente testosterona) mientras que las transexuales femeninas realizarán un tratamiento hormonal feminizante (antiandrogenización y estrogenización). En cuanto al tratamiento quirúrgico enfocado a cambiar los genitales así como otras características sexuales, los transexuales masculinos se someterán a diversas cirugías extirpativas y/o de reasignación (mastectomía, histerectomía y doble anexectomía, metaidoioplastio y/o faloplastia) y las transexuales femeninas se someterán a diferentes operaciones extirpativas y/o de reasignación (penectomía y orquiectomía, mamoplastia, vaginoplastia, cliteroplastia, labioplastia).

*Participantes*

La atención clínica a las personas transexuales se está llevando a cabo en la UNATI desde abril de 2011. Esta unidad se encuentra ubicada en Pamplona, consultas especializadas “Príncipe de Viana”. En el caso de los niños en edad infantil la frecuencia media de las entrevistas es una vez cada tres meses y en el caso de población en edad adolescente es de una vez cada dos meses. Esta frecuencia se suele intensificar en función de la fase de tratamientos y/o necesidades del usuario.

Desde que la UNATI comenzó su actividad clínica en abril de 2011 y hasta junio de 2015 han solicitado una primera consulta alrededor de 57 sujetos adultos (>16 años de edad) y 12 usuarios en edad infanto-juvenil (≤16 años) [ver gráfico 1].

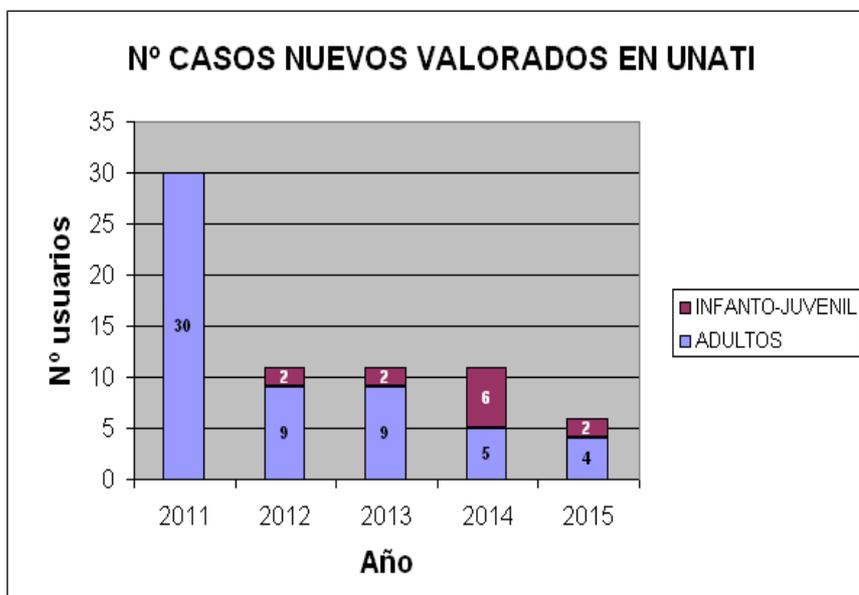


Gráfico 1. Número de personas adultas (azul) y de población infanto-juvenil (granate) derivados a primera consulta a la UNATI.

Se han recogido variables relacionadas con parámetros sociodemográficos y fase de tratamiento en la que se encuentran las personas con disforia de género en población infanto-juvenil de Navarra.

*Análisis estadístico*

Se presenta como porcentaje la estimación de la proporción de sujetos según el motivo de consulta (intersexualidad vs disforia de género), la identidad de género (masculina vs femenina), la fase diagnóstica en la que se encuentran (evaluación,

confirmación diagnóstica, abandono del programa) y la fase de tratamiento (inicio de EVR, hormonoterapia). Asimismo, se presenta como media y su rango de edad las edades medias que presentan los usuarios de la UNATI en edad infanto-juvenil en el momento de la primera consulta, en la actualidad, al inicio de la EVR y de la hormonoterapia.

## Resultados

La edad media de la muestra es de 12,14 años (rango de edad de 7,19-16,84) y la edad media a la que acuden a primera consulta es de 10,78 años (rango de edad de 5,45-15,38). El 100% han nacido en Navarra. De los 12 usuarios que han acudido a este dispositivo, uno de ellos presenta diagnóstico de Intersexualidad (n=1; 8%) mientras que el resto (n=11; 91,6%) acuden para valoración de posible disforia de género [ver gráfico 2]. Nueve (75%) de ellos son hombres biológicos con identidad sexual femenina y 2 (18,2%) de ellos son mujeres biológicas con identidad masculina [ver gráfico 3]. El ratio transexuales femeninos/masculinos: 4,5/1.

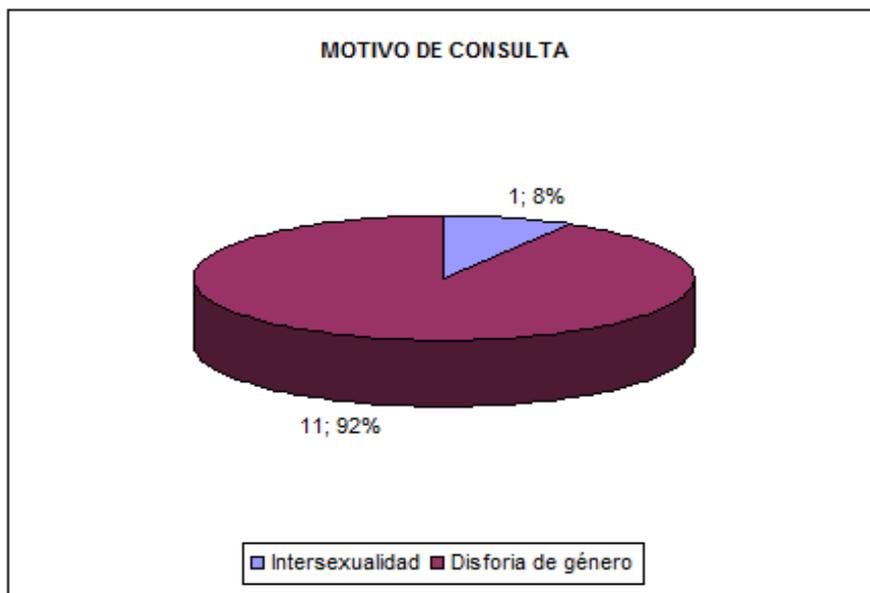


Gráfico 2. Motivo de consulta por la que han sido derivados a UNATI: intersexualidad (n=1; 8%) o disforia de género (n=11; 92%)

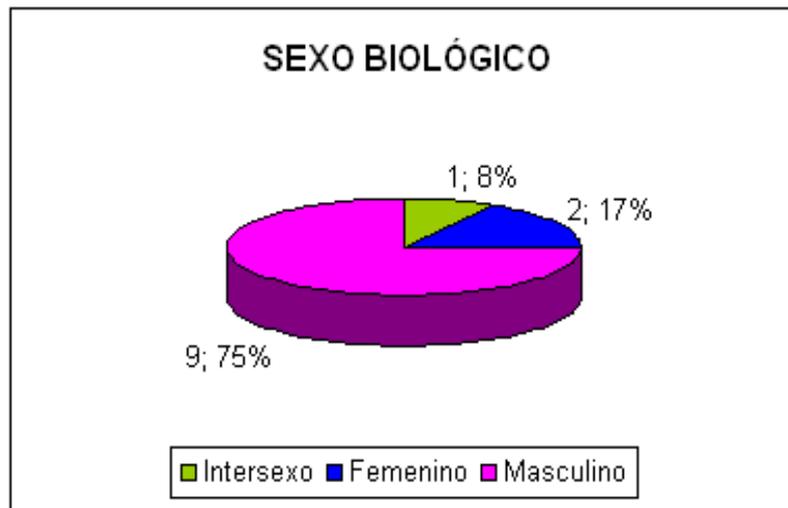


Gráfico 3. Distribución por sexo biológico de la población infanto-juvenil atendida en la UNATI.

Durante este periodo un 33,3% (n=4) de los sujetos han abandonado el seguimiento en la UNATI, el 25% (n=3) se encuentra en fase de evaluación y un 41,7% (n=5) han sido aceptados [ver gráfico 4].

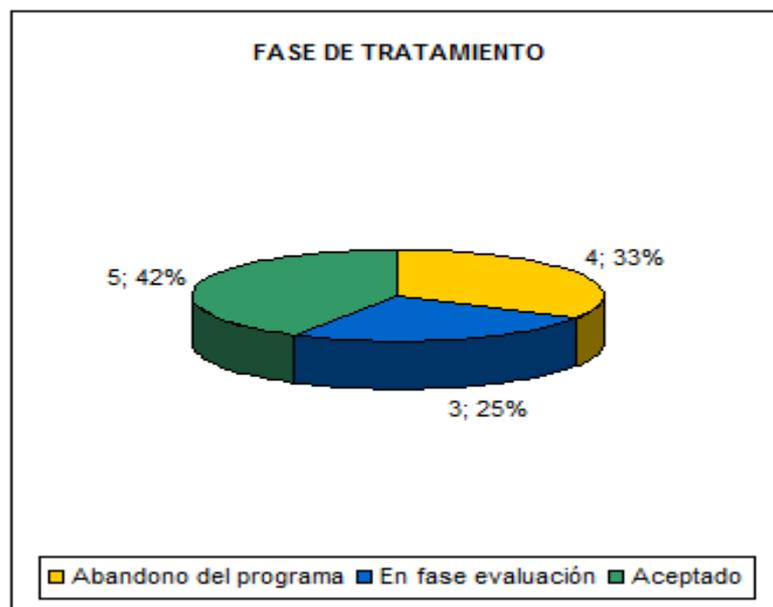


Gráfico 4. Estado actual de la evolución del curso clínico de los usuarios que han acudido a la UNATI.

Tres usuarios ya están realizando Experiencia en Vida Real (2 transexuales femeninos y 1 transexual masculino) y la edad media de comienzo fue de 8,33 años (rango de 5-13 años). Únicamente un transexual femenino ha comenzado el bloqueo

hormonal con análogos de la LHRH a la edad de 14,5 años, momento en que ya presentaba un desarrollo sexual grado II de Tanner.

### Discusión/conclusiones

La evolución de la disforia de identidad de género en niños y adolescentes es variable e incierta. Se trata de una entidad clínica compleja, que requiere una correcta respuesta a la demanda que expone el usuario y esta respuesta debe de ser emitida por un equipo multidisciplinar (endocrinología, cirugía, salud mental). La mayor parte de los usuarios son transexuales femeninos, dato que está en concordancia con lo descrito en la biografía, en la que existe una mayor prevalencia de transexuales femeninos que masculinos (Van Kesteren, Gooren y Megens, 1996; Walinder, 1971). Como se puede observar, el porcentaje de abandonos durante el seguimiento es elevado (33,3%). Este dato es congruente con la baja estabilidad diagnóstica que tiene la disforia de género en población infantil (Drummond, Bradley, Peterson-Badali y Zucker, 2008; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008) y, en menor grado, adolescente (De Vries y Cohen-Kettenis, 2012; Spack et al., 2012).

### Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- De Vries, A.L., y Cohen-Kettenis, P.T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59, 301-20.
- Drummond, K.D., Bradley, S.J., Peterson-Badali, M., y Zucker, K.J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44, 34-45.
- Esteva, I., Gómez-Gil, E., Almaraz, M.C., Martínez-Tudela, J., Bergero, T., Oliveira, G., et al. (2012). Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 203-209.
- Ley Foral 12/2009, de 19 de noviembre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales. *BON*, 147. Navarra. Recuperado de <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29911>

- Spack, N.P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H.A., [Leibowitz](#), S., [Mandel](#), F.H., y Diamond, D.A. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, *129*, 418-25.
- The World Professional Association for Transgender Health, WPATH. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (Version 7). *International Journal of Transgenderism*, *13*, 165–232.
- Van Kesteren, P.J., Gooren, L.J., y Megens, J.A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, *25*, 589-600.
- Walinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *British Journal of Psychiatry*, *119*, 195-196.
- Wallien, M.S., y Cohen-Kettenis, P.T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child*, *47*, 1413-23.
- World Health Organization multi-axial version of ICD-10, WHO. (1992). *Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

## EL PROCEDIMIENTO DE CONSECUENCIAS DIFERENCIALES EN ADULTOS MAYORES EX-CONSUMIDORES DE ALCOHOL

**Victoria Plaza\*, Elizabeth Meza\*, Michael Molina\*\* y Angeles F. Estévez\*\***

*\*Universidad Autónoma de Chile, Chile; \*\*Universidad de Almería, España*

### Resumen

**Antecedentes:** El procedimiento de consecuencias diferenciales (PCD), un procedimiento que consiste en la asignación de un refuerzo específico para cada asociación que se ha de aprender, ha mostrado ser útil para la mejora del aprendizaje discriminativo y la memoria operativa en diferentes poblaciones. En los últimos años, algunas de esas investigaciones se han centrado en adultos mayores, los cuales suelen presentar un declive en la memoria que suele afectar a la ejecución de tareas cotidianas, lo que interfiere negativamente en su autonomía y los hace más dependientes de otras personas. En este sentido, es fundamental el desarrollo de técnicas sencillas que puedan ser aplicadas tanto en contextos clínicos como familiares. Una de esas técnicas podría ser el PCD, que además ha mostrado ser eficaz en poblaciones con dificultades de aprendizaje y memoria producidas como consecuencia del consumo de alcohol. **Método:** Se llevó a cabo una revisión de las investigaciones realizadas hasta la fecha sobre el PCD en envejecimiento, además de la revisión de artículos relacionados con los efectos del consumo de alcohol sobre las funciones cognitivas. **Resultados:** Los estudios revisados muestran que el PCD mejora el aprendizaje discriminativo y el recuerdo de diferentes tareas en poblaciones de adultos mayores con y sin patología. **Conclusiones:** El PCD puede ser utilizado como una herramienta para la mejora de tareas que impliquen aprendizaje discriminativo y recuerdo en adultos mayores que presentan dificultades en estas áreas como consecuencia del consumo excesivo y prolongado de alcohol, lo que podría ser muy útil en el entrenamiento de diferentes actividades cotidianas.

**Palabras clave:** Procedimiento de consecuencias diferenciales, memoria, envejecimiento, ex-consumidores de alcohol.

## **DIFFERENTIAL OUTCOMES PROCEDURE IN EX-ALCOHOLIC ELDERLY**

### **Abstract**

Background: The differential outcomes procedure (DOP) consists in associating each sample stimulus correct/choice combination of a discrimination task with a distinct outcome. When this training procedure is applied, learning is faster and final accuracy is higher than when the outcomes are randomly presented. Recent studies have demonstrated that the DOP improves learning and memory of a different populations. Last years, some of these studies have been focused in healthy elderly people and in pathological aging, populations which are often related to a decline in memory. This decline has a negative impact on the autonomy of elderly people preventing them from a normal daily functioning, making them more dependent on others. So that, it is essential to develop simple techniques to be used in clinical and familiar settings for improving memory in the elderly. One of such techniques could be the DOP, which has shown to be effective in the improvement of the memory deficits usually observed in both normal and pathological aging, which may be caused by excessive and prolonged alcohol consumption. Method: We conducted a review about the PCD in the elderly, in addition to the review of articles related to the effects of alcohol consumption on cognitive functions. Results: The reviewed studies show that PCD improves discriminative learning and memory of different tasks in normal and pathological aging. Conclusions: This procedure could be used as a tool for improving discriminative learning and memory in the elderly, especially in people with difficulties that could be caused by alcohol consumption.

**Keywords:** Differential outcomes procedure, memory, aging, ex-alcoholic.

### **Introducción**

El consumo excesivo y prolongado de alcohol altera directamente el sistema nervioso central. Estos daños se centran principalmente en afectaciones en el lóbulo frontal, encargado de las funciones ejecutivas, las cuales tienen relación con procesos como la planificación, toma de decisiones, memoria y lenguaje. Cuando el alcohol es además consumido tempranamente por adolescentes y jóvenes, ya sea de forma prolongada o intermitente, puede producir daños neurológicos graves en un cerebro que

se encuentra en desarrollo (Crews y Hodge, 2007; Estévez-González, García-Sánchez y Barraquer-Bordas, 2000; Tapert y Brown, 1999).

Diversas investigaciones que han comparado poblaciones de consumidores y no consumidores de alcohol, han evidenciado diferencias entre ambas, especialmente en tareas que implican atención, concentración, memoria y aprendizaje (Guerra y Pascual, 2010), estas dos últimas producidas como consecuencia de la pérdida de volumen hipocámpal. Además, el consumo frecuente de alcohol, especialmente en la etapa de adolescencia y edad adulta, puede desencadenar graves consecuencias a largo plazo, siendo la más común el aumento del deterioro cognitivo en el envejecimiento (Carballo, García, Jauregui y Saez, 2009).

Estos déficits tienen un gran impacto en vida de las personas, limitando diversos aspectos de sus vidas. Por este motivo, consideramos oportuno el desarrollo de técnicas que ayuden a contrarrestar los efectos que el alcohol produce en algunos procesos como la memoria y el aprendizaje. Una de esas técnicas podría ser el procedimiento de consecuencias diferenciales (PCD), una herramienta que ha demostrado su eficacia en la mejora de la ejecución de tareas de aprendizaje discriminativo y de recuerdo demorado de estímulos en distintas poblaciones, tanto en personas sin patología (Easton, 2004; Plaza, Estévez, López-Crespo y Fuentes, 2011), adultos mayores (López-Crespo, Plaza, Fuentes y Estévez, 2009), enfermos de Alzheimer (Plaza, López-Crespo, Antúnez, Fuentes y Estévez, 2012), y pacientes con Síndrome de Korsakoff (Hochhalter, Sweeney, Bakke, Holub y Overmier, 2000), entre otros.

El PCD (Trapold, 1970) consiste en la administración de consecuencias específicas para cada asociación estímulo-respuesta a aprender, lo que hace que el aprendizaje sea más eficiente, es decir, se aprende antes y se cometen menos errores. Este incremento en la velocidad de adquisición en el aprendizaje de discriminaciones condicionales es denominado efecto de consecuencias diferenciales (ECD) (Peterson y Trapold, 1980).

El PCD ha demostrado ser muy útil no solo en tareas de aprendizaje sino también de memoria en humanos con y sin patología (para una revisión ver, López-Crespo y Estévez, 2013; Mok, Estévez y Overmier, 2010). Entre estos estudios, hay varios en adultos mayores, que mostramos a continuación.

## **Método**

Se llevó a cabo una revisión de las investigaciones realizadas hasta la fecha sobre el PCD en adultos mayores, además de la revisión de artículos relacionados con los efectos del consumo de alcohol sobre las funciones cognitivas. En general la estrategia utilizada fue la búsqueda estándar sin límite temporal. También se utilizó el operador “AND”. No fueron utilizados operadores de truncamiento ni de proximidad. En total se seleccionaron 19 artículos en inglés y en español y 1 capítulo de libro en inglés.

## **Resultados**

A pesar de que el estudio del PCD proviene de la investigación básica con animales, en los últimos años han sido publicados varios artículos que muestran los efectos positivos de la utilización de este procedimiento en humanos. Concretamente, los adultos mayores son una de las poblaciones de las que se dispone de una mayor evidencia, tanto en envejecimiento normal como en envejecimiento patológico (v.g. Enfermedad de Alzheimer).

Uno de los primeros estudios, fue el llevado a cabo por López-Crespo et al., (2009). Los autores trataron de comprobar si el PCD podría ser útil para minimizar las pérdidas de memoria asociadas comúnmente con el envejecimiento. Para ello utilizaron una tarea de igualdad demorada a la muestra similar a la empleada en un estudio anterior en jóvenes (Plaza et al., 2011) (Figura 1), en la que se presentaba a los participantes la fotografía de una cara en la pantalla de un ordenador. Tras una demora variable, aparecían 6 fotografías de caras y los participantes debían decidir si entre ellas se encontraba o no la fotografía de la persona que vieron en primer lugar. Los resultados reflejaron que en la condición no diferencial, aparecía el déficit normal que presenta esta población a medida que las demoras son más largas. Sin embargo, este deterioro desapareció cuando se administraron consecuencias diferenciales, obteniendo el mismo porcentaje de respuestas correctas que el grupo de jóvenes que participó en el estudio como grupo control.

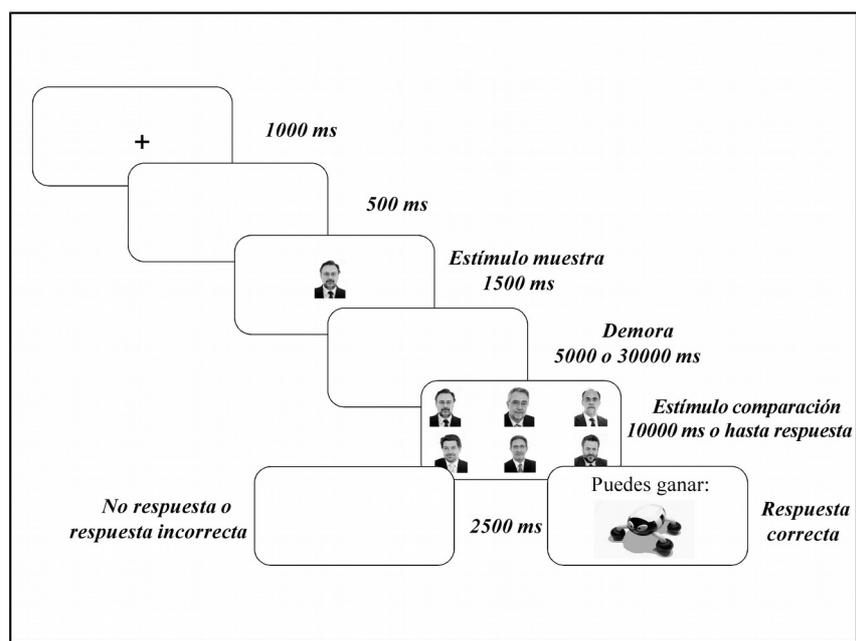


Figura 1. Secuencia de estímulos utilizada en el estudio de López-Crespo et al. (2009).

Más recientemente, para explorar si los beneficios observados en las tareas de memoria podrían extenderse también a pacientes con enfermedad de Alzheimer, se llevó a cabo un estudio de similares características que el anterior, pero presentando 4 caras como estímulos comparación en lugar de 6. En dicho estudio, Plaza et al. (2012) encontraron que todos los pacientes mostraron un mejor reconocimiento demorado de caras cuando cada una de ellas se asoció con una consecuencia específica. Resultados similares se han encontrado con estudiantes universitarios con y sin privación de sueño (Martella, Plaza, Estévez, Castillo y Fuentes, 2012; Plaza et al., 2011).

El único estudio que ha mostrado los beneficios del PCD en la memoria de personas consumidoras de alcohol, es el realizado por Hochhalter et al. (2000), con pacientes con demencia inducida por alcohol (síndrome de Korsakoff), los cuales sufren una severa amnesia anterógrada que se traduce en una pésima ejecución de tareas que impliquen retener información durante un periodo de tiempo en la memoria operativa. En dicho estudio, los investigadores utilizaron una tarea de igualdad demorada a la muestra que consistía en la presentación, durante unos segundos, de una fotografía de una cara. Posteriormente, tras una demora variable, presentaban otras dos caras y pedían a los participantes que señalaran cuál de ellas era la que habían presentado en primer lugar. Los participantes realizaron dos sesiones, una diferencial -donde cada acierto iba

seguido de un refuerzo específico- y otra no diferencial -donde se administraban los mismos refuerzos, pero de manera aleatoria-. Los resultados mostraron que tres de los cuatro pacientes del estudio realizaron mejor la tarea en la demora de 5 segundos cuando se administraron consecuencias diferenciales tras sus respuestas correctas en comparación a cuando las consecuencias eran administradas de manera aleatoria. Esta mejora continuó siendo evidente en dos de ellos en las demoras más largas mientras que el cuarto paciente mostró una ejecución igualmente buena en ambas pruebas. El escaso número de participantes en el estudio y la variabilidad mostrada entre los pacientes hacía necesario seguir investigando los beneficios que el PCD podría tener sobre memoria de personas con un deterioro cognitivo producido como consecuencia del consumo de alcohol.

Para ello, actualmente se está llevando a cabo una investigación en nuestro laboratorio en adultos mayores ex-consumidores de alcohol (Plaza, Meza, Molina y Estévez, en preparación). La tarea consiste en la presentación de una píldora en el centro de la pantalla de un ordenador. Posteriormente, aparecen tres fotografías representativas de diferentes momentos del día (mañana, medio-día y noche). Los participantes deben de aprender, qué píldora corresponde a cada momento del día. En caso de que la respuesta sea correcta, aparece en el centro de la pantalla la imagen de uno de los premios que se sortean al finalizar el experimento. Todos los participantes han sido evaluados bajo dos condiciones: diferencial, donde cada asociación correcta píldora-momento del día, está seguida de un refuerzo específico, y no diferencial, donde los refuerzos son los mismos pero asignados aleatoriamente. Para evaluar el recuerdo a largo plazo de la información aprendida, también realizan una tarea de memoria, 1 hora y 1 semana después de completar la fase de aprendizaje.

Al analizar los datos preliminares de la tarea de aprendizaje, observamos que el grupo experimental tiene más dificultad para realizar la tarea. Sin embargo, en general, apreciamos que la dificultad de dicha tarea (tanto los controles como los experimentales) es excesiva para esta población. Por este motivo, no se han encontrado diferencias significativas en la ejecución entre las condiciones diferencial y no diferencial. Sin embargo, las tareas de memoria sí han evidenciado diferencias significativas entre las condiciones en ambos grupos; concretamente, bajo la condición diferencial el recuerdo a largo plazo es mejor en comparación a la condición no diferencial, tanto a la hora como a la semana.

Basándonos en estudios previos (Martella et al., 2012), creemos que aumentando los ensayos o disminuyendo la dificultad, también podríamos evidenciar diferencias en la tarea de aprendizaje.

Para explicar cómo la utilización de consecuencias específicas mejora la memoria, debemos referirnos al modelo de memoria dual (v.g., Ramírez y Savage, 2007; Savage, Pitkin y Careri, 1999) según el cual la ejecución bajo consecuencias diferenciales y no diferenciales, conlleva la activación de dos sistemas neuroquímicos y neuroanatómicos bien diferenciados. De esta manera, cuando se administran consecuencias no diferenciales se activan vías colinérgicas (afectando a la memoria retrospectiva), mientras que al administrar consecuencias diferenciales se activan vías glutamatérgicas (afectando a la memoria prospectiva). Este modelo ha sido apoyado, entre otros, por el estudio de Mok, Thomas, Lungu y Overmier (2009), en el que un grupo de adultos realizó una tarea de discriminación perceptiva al mismo tiempo que se sometían a una resonancia magnética funcional (fMRI). Los resultados mostraron una mayor activación hipocampal cuando se administraron consecuencias no diferenciales, sugiriendo que el hipocampo es la estructura más importante en el procesamiento retrospectivo, mientras que bajo consecuencias diferenciales se encontró una mayor activación en el giro angular del córtex parietal posterior, que en este caso sería el área principal implicada en el procesamiento prospectivo de la información.

Estos hallazgos pueden explicar cómo poblaciones de adultos mayores y/o consumidores de alcohol pueden beneficiarse de la aplicación de consecuencias diferenciales, ya que podrían utilizar otro sistema y/o estructuras no deterioradas para realizar las tareas.

## **Conclusión**

Los olvidos ocasionales como encontrar la palabra adecuada, recordar acontecimientos pasados de la propia vida, el nombre de una persona o el lugar donde se dejaron unas llaves se producen con el proceso de envejecimiento normal como consecuencia del deterioro de algunos de los componentes de la memoria. En ocasiones, estos olvidos se vuelven cada vez más frecuentes y graves, siendo el caso extremo el de las demencias, alguna de ellas ocasionada por el consumo de alcohol. Esto conlleva un gran deterioro de las relaciones sociales y familiares, marcado por grandes dificultades

en la práctica de la autonomía personal, la cual es un aspecto fundamental en el desarrollo y la calidad de vida de las personas.

Los estudios sobre el PCD mostrados hasta el momento señalan que la administración de consecuencias específicas tras las respuestas correctas, puede aportar grandes mejoras en tareas de memoria tanto en adultos mayores cuyo proceso de envejecimiento es normal, como en personas que han consumido alcohol de manera excesiva por un periodo de tiempo prolongado. El PCD es un método no invasivo y sencillo de implementar tanto en contextos clínicos como familiares, lo que lo convierte en una herramienta muy útil. Por ejemplo, la aplicación de este método podría mejorar el reconocimiento de los lugares donde se realiza una actividad determinada (v.g. comedor, dormitorio, cocina, baño, etc.) o recordar qué ha de hacer en un momento del día (v.g., asearse o comprar el periódico por la mañana).

Los resultados obtenidos en los diferentes estudios realizados sobre el PCD indican que es una técnica muy útil para facilitar el recuerdo y el aprendizaje, aportando además, información importante para el desarrollo de programas de promoción del envejecimiento activo.

### **Agradecimientos**

Agradecemos la financiación del proyecto CONICYT-FONDECYT 11140365 del Ministerio chileno de Educación y el proyecto PSI2012-39228 del Ministerio español de Economía y Competitividad.

### **Referencias**

- Carballo, J., García, G., Jauregui, A., y Saez, A. (2009). Diferencias en habilidades cognitivas entre jóvenes universitarias consumidoras de alcohol. *Salud y drogas*, 9(1), 79-92.
- Crews, F., y Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 86, 189-199.
- Easton, A. (2004). Differential reward outcome learning in adult humans. *Behavioural Brain Research*, 154, 165-169.
- Estévez-González, A., García-Sánchez, C., y Barraquer-Bordas, L. (2000). Los lóbulos frontales: el cerebro ejecutivo. *Revista Neurológica*, 31, 566-577.

- Guerri, C., y Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol*, 44(1), 15-26.
- Hochhalter, A. K., Sweeney, W. A., Bakke, B. L., Holub, R. J., y Overmier, J. B. (2000). Improving face recognition in Alcohol Dementia. *Clinical Gerontologist*, 22(2), 3-18.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., y Tirapu, J. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Revista de Sociodrogalcohol*, 16(1), 41-51.
- López-Crespo, G., Plaza, V., Fuentes, L. J., y Estévez, A. F. (2009). Improvement of age related memory deficits by differential outcomes. *International Psychogeriatrics*, 21, 503-510.
- López-Crespo, G., y Estévez, A. F. (2013). Working memory improvement by the differential outcomes procedure. En S.H. Clair-Thompson (Ed.), *Working memory: Developmental differences, component processes, and improvement mechanism* (pp. 145-157). New-York: Nova Publishers.
- Martella, D., Plaza, V., Estévez, A. F., Castillo, A., y Fuentes, L. J. (2012). Minimizing sleep deprivation effects in healthy adults by differential outcomes. *Acta Psychologica*, 139, 391-396.
- Mok, L. W., Estévez, A. F., y Overmier, J. B. (2010). Unique outcome expectations as a training and pedagogical tool. *Psychological Record*, 60(2), 227-248.
- Mok, L. W., Thomas, K. M., Lungu, O. V. y Overmier, J. B. (2009). Neural correlates of cue-uniqueoutcome expectations under differential outcomes training: An fMRI study. *Brain Research*, 1265, 111-127.
- Peterson, G. B., y Trapold, M. A. (1980). Effects of altering outcome expectancies on pigeons delayed conditional discrimination performance. *Learning and Motivation*, 11, 267-288.
- Plaza, V., Estévez, A. F., López-Crespo, G., y Fuentes, L. J. (2011). Enhancing recognition memory in adults through differential outcomes. *Acta Psychologica*, 136, 129-136.
- Plaza, V., López-Crespo, G., Antúnez, C., Fuentes, L. J., y Estévez, A. F. (2012). Improving delayed face recognition in Alzheimer's disease by differential outcomes. *Neuropsychology*, 26(4), 483-489.

- Plaza, V., Meza, E., Molina, M., y Estévez, A. F. (en preparación). Mejorando el aprendizaje discriminativo y la memoria a largo plazo en adultos mayores ex-consumidores de alcohol.
- Ramírez, D. R., y Savage, L. M. (2007). Differential involvement of the basolateral amygdala, orbitofrontal cortex, and nucleus accumbens core in the acquisition and use of reward expectancies. *Behavioral Neuroscience*, *121*(5), 896-906.
- Savage, L. M., Pitkin, S. R., y Careri, J. M. (1999). Memory enhancement in aged rats: The differential outcomes effect. *Developmental Psychobiology*, *35*(4), 318-327.
- Tapert, S., y Brown, S. (1999). Neuropsychological correlates of adolescent substance abuse: Four year outcomes. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *5*, 481-493.
- Trapold, M. A. (1970). Are expectancies based upon different positive reinforcing events discriminably different? *Learning and Motivation*, *1*, 129-140.

## USO DE LA TERAPIA FAMILIAR EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE SALUD MENTAL

**Beatriz Mata-Saenz\*, Samuel Leopoldo Romero-Guillena\*\* y Elena Fashho-Rodriguez\*\*\***

*\*F.E.A. Psiquiatría, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Departamento de Psiquiatría, U.S.M. Ciudad Real; \*\*F.E.A. Psiquiatría, Hospital Universitario Virgen Macarena, U.G.C. Salud Mental, U.S.M. Carmona, Sevilla; \*\*\*F.E.A. Psiquiatría y terapeuta familiar, Hospital Universitario Virgen Macarena, U.G.C. Salud Mental, Unidad de Hospitalización de Salud Mental, Sevilla*

### Resumen

Antecedentes. La diferenciación es un concepto desarrollado por Murray Bowen y se refiere al grado en el cual un individuo es independiente emocionalmente del entorno familiar en que se desarrolla. Cuando nace, el sujeto no puede distinguir entre la madre y él mismo; conforme va creciendo, va independizándose en varios sentidos (físico, económico, social), es decir, se va convirtiendo cada vez más en una persona por sí misma. Planteamos como objetivo analizar la influencia del entorno familiar y la necesidad de su inclusión en el tratamiento de los pacientes con trastornos psicóticos. Método. Recogemos 22 casos de pacientes con trastorno psicótico atendidos en nuestra Unidad de Hospitalización en los que se objetiva la necesidad de realizar intervenciones familiares como parte del tratamiento del episodio que motiva el ingreso. Resultados. La familia interviene en el desarrollo personal de sus miembros facilitando o no el proceso de desvinculación de la fusión inicial y se mueve a su propia autonomía personal. Las familias con un miembro psicótico muestran una interdependencia intensa y férrea, una tendencia al “enredamiento” que se pone a prueba en los momentos de cambio favoreciendo la enfermedad. A través de la serie de casos presentada pretendemos subrayar la importancia de fenómenos como la desvinculación, el divorcio emocional o la triangularización en el desarrollo de la enfermedad y la necesidad de su abordaje en consulta, no sólo a largo plazo sino también en el episodio agudo. Conclusiones. Las técnicas sistémicas apuntan a una maduración de la unidad familiar con aceptación de necesidades y límites de unos

respecto a otros y mejoría de los sistemas comunicacionales, para que de esta manera puedan prescindir de los síntomas.

**Palabras clave:** Terapia de familia, pacientes hospitalizados, trastornos psicóticos, diferenciación.

## **USE OF FAMILY THERAPY IN SHORT-STAY MENTAL HEALTH UNITS**

### **Abstract**

Antecedents. Differentiation is a concept developed by Murray Bowen that is defined as the level of emotional independency of an individual with respect to his/her family. At birth, individuals cannot differentiate themselves from their mother and, as they grow up, they gradually emancipate in physical, economic and social terms from their family, i.e. they progressively become an independent subject. The goal of this study is to assess the influence and necessity of including family in the treatment of patients with psychotic disorders. Method. We included 22 patients with psychotic disorders seen in our Inpatient Unit and whose treatment for the episode that led to hospitalization was considered to require the inclusion of a family intervention. Results. Family is involved in the personal development of its members through the promotion or hindering of the process by which the child dissociates himself/herself from the initial fusion and becomes gradually autonomous. Families with a psychotic member show intense and persistent inter-dependence as well as a tendency to "entanglement" that is challenged in situations of change, which favors the development of the disease. With this case-series study, our intent is to highlight the relevance of processes such as detachment, emotional divorce or triangulation in the development of psychosis and the need for approaching them not only in the long-term but also during acute episodes. Conclusions. Systemic techniques aimed at helping families mature by learning to accept each other's needs and limits and improving family communication should be applied, so that patients can overcome their symptoms.

**Keywords:** Family therapy, inpatients, psychotic disorders, differentiation.

## Introducción

Bowen (1989) plantea que las emociones surgen de la interacción, y específicamente, dentro de la interacción familiar, que es donde se reproducen para posteriormente exportarse a otras relaciones dentro del transcurso de la vida: la pareja y los hijos.

El constructo diferenciación del Yo se basa en el supuesto de que es la variable de personalidad más crítica para el desarrollo emocional; se utiliza para describir la manera en que los patrones de convivencia familiar afectan la salud y el desarrollo individual e influye, en la medida en que los individuos son capaces de actuar con un grado apropiado de autonomía, al tomar responsabilidad personal para las tareas apropiadas a su edad, al experimentar importantes relaciones con otros sin fusionarse con ellas. Esto se refiere a cómo la familia interviene en el desarrollo personal de los niños fomentando la diferenciación u obstruyéndola. Un progenitor que sobreprotege a su hijo haciéndole todo lo que puede hacer por sí mismo, le resuelve la vida cuando lo requiere y lo refuerza de manera exagerada hasta cuando no lo necesita, es un ejemplo del cómo puede obstruir su desarrollo individual y por lo tanto, su desarrollo emocional y de sentimientos.

- Bowen pone el énfasis en los mecanismos mediante los cuales los padres en situación de divorcio emocional implican al hijo como un tercero que hará la función de estabilizar su funcionamiento en las situaciones de tensión emocional.

- Describe el fenómeno de triangulación: Una diada mantiene el equilibrio a través de un tercero que estará fuera si no hay tensión, pero que se involucrará, cuando aparezca un conflicto, por parte del miembro de la pareja que esté en una posición más incómoda.

- El término diferenciación de sí mismo describe el proceso a largo plazo en que el hijo se desvincula lentamente de la fusión inicial con la madre y se mueve a su propia autonomía personal. Cuando nace, el sujeto no puede distinguir entre la madre y él mismo; conforme va creciendo, va independizándose en varios sentidos (físico, económico, social), es decir, se va convirtiendo cada vez más en una persona por sí misma. Bowen presenta un atributo particular de las familias con índice de patología a través del concepto de diferenciación. Observó que las familias con un miembro con trastorno psicótico mostraban una interdependencia intensa y férrea a la que llamó “la indiferenciada masa del ego familiar”. Lo define como “una preexistente necesidad

emocional de permanecer juntos”; algo similar habla Wynne como “seudomutualidad” que emplea para describir la calidad viscosa de la familia del paciente con esquizofrenia y el concepto de Minuchin de la familia “enredada” (Vargas y Ibáñez, 2008).

En diversos trabajos se está explorando la necesidad de terapia familiar en el abordaje de pacientes con trastornos psicóticos y la necesidad de su inclusión reglada en el tratamiento de estos pacientes (Baandrup et al., 2015).

Nuestro objetivo en el presente trabajo consiste en analizar la influencia del entorno familiar y la necesidad de su inclusión en el tratamiento de los pacientes con trastornos psicóticos de nuestra Unidad de Hospitalización.

## **Método**

### *Participantes*

Escogemos a pacientes con orientación diagnóstica de trastorno psicótico que se encuentren ingresados en nuestra Unidad de Hospitalización. Seleccionamos una *n* de 22 pacientes que ingresan en el último año.

### *Instrumentos*

Por medio de entrevista clínica se evalúa la existencia de problemática familiar y se realiza historia clínica y valoración de psicopatología existente.

### *Procedimiento*

La selección de los pacientes se realiza escogiendo aquéllos en los que existe problemática familiar detectada en la entrevista.

### *Diseño*

Se trata de un estudio descriptivo de una serie de casos en los que a través de una evaluación de los casos se aplica una intervención familiar por medio de entrevistas abordando aspectos disfuncionales detectados en la entrevista de evaluación y valorando su efecto en la recuperación del paciente.

## Resultados

De los pacientes evaluados, 16 son varones (72,7%) y 6 mujeres (27,3%). La edad media es de 28,5 años.

A continuación resumimos los datos de cada paciente considerados como más relevantes en la intervención (tabla 1): el género, la edad, la problemática familiar identificada y el abordaje terapéutico realizado.

Tabla 1

Resumen por paciente de la intervención realizada

Sexo	Edad	Problemática observada	Abordaje realizado
Varón	18	Padres separados y desde que el paciente “está mal”, el padre vuelve a la casa.	Intervención a nivel parental para explicar la enfermedad y para intentar que las diferencias de ambos padres se aborden en la consulta y no recaigan sobre el paciente.
Varón	20	Se siente “atrapado” entre la madre y una posible relación de pareja que supondría su independencia y diferenciación de su madre.	Intervención con el fin de aclarar roles familiares e intentar aclarar lealtades.
Varón	19	Angustia familiar muy importante en relación a la enfermedad y sentimientos de culpa de la familia ante el trastorno.	Intervenciones con el objeto de: -aclarar la enfermedad y realizar psicoeducación. -disminuir la ansiedad materna ante la situación -reforzar vínculo entre los padres y reforzar rol parental -se trabaja también con sus hermanos con objeto de reforzar su papel ante iguales y aliviar tensión parental.

Tabla 1 (continuación)

		Intervenciones clarificadoras del papel de cada miembro. - Familia de origen: se trabaja con madre y hermanas, para evitar que el rol de enfermedad fomenta papel regresivo de la paciente, con disminución de autonomía de la misma. - Se intenta trabajar a nivel conyugal, las dificultades existentes y la integración del hijo en el sistema familiar.
Mujer	30	Disfunción de pareja y mala relación entre la pareja y familia de origen. Nacimiento de un hijo de la paciente con dificultades en la relación con su pareja y en la elaboración de las propias dificultades relacionales asociadas a la integración de un tercero.
Varón	22	Se destaca el miedo y las dudas de la familia ante la enfermedad y el deseo de autonomía del paciente dificultado por miedos asociados a la enfermedad y conyugalización del paciente. Clarificar la enfermedad e intentar mayor autonomía por parte del paciente, reforzando la unión conyugal.
Mujer	24	Dificultad en la definición de los roles de los miembros de la familia, especialmente a raíz de un proceso de duelo. Se aborda con la paciente y sus padres, el rol de la paciente dentro de la familia. Se intenta trabajar con la familia el duelo por la muerte de otro hijo, así como que la paciente “no tiene que ocupar ese dolor”.

Tabla 1 (continuación)

Mujer	22	Miedos y culpa en los miembros de la familia de origen y la pareja de la paciente, con presencia constante del rol de enferma en sus relaciones familiares. Dificultades en el cuidado de su hija.	Se realizan distintas intervenciones a nivel de pareja con objeto de evitar solicitar a la pareja sus necesidades a través del rol de enferma y trabajar un vínculo de relación maduro entre ambos. Se aborda la relación de la paciente y su hija, trabajando el papel de madre. Con la familia de origen, se abordan ansiedades y sentimientos de culpa por la situación actual de la paciente.
Varón	30	En la pareja de los padres existe un divorcio emocional entre ambos con triangulación con el paciente.	Se hace intervención familiar primero con todos los miembros de la familia para clarificar la enfermedad y reforzar la relación entre los iguales. Después las intervenciones se realizan en la pareja, reforzando el subsistema parental para favorecer la diferenciación y la autonomía del paciente.
Varón	25	Duelo enquistado a nivel del subsistema filial por un hermano fallecido con culpas proyectadas en la enfermedad.	Intervención con los hermanos mediante psicoeducación y posteriormente, se trabaja el duelo por la muerte de otro de ellos.
Varón	40	Establecimiento de las relaciones familiares a través del rol de enfermo.	Se refuerza el subsistema filial para intentar un vínculo entre ellos que no sea a través de la enfermedad.

Tabla 1 (continuación)

Varón	20	Desarrollo del cuadro en el contexto de un duelo no elaborado por el padre del paciente con conyugalización del paciente.	Se trabajala diferenciación madre-hijo, implicando a otros miembros de la familia extensa, clarificar el rol de cada uno y que tanto el paciente como su madre realicen actividades de forma independiente.
Varón	35	Existe un divorcio emocional de los padres y conyugalización del paciente.	Se trabaja la relación madre-hijo, con objeto de facilitar diferenciación, implicar a la madre en actividades con iguales y se vincula al paciente con otro dispositivo para trabajar su independencia.
Varón	20	Existe un divorcio emocional entre los padres y se ha planteado una separación. El paciente ha sido el sustento de la madre con sobreimplicación en la relación conyugal.	Se trabaja con el paciente y su hermano, para reforzar esta relación. Se aborda la angustia de la madre y se la orienta a tratamiento especializado. Se refuerza roles parentales al margen del estado conyugal.
Varón	39	Divorcio emocional entre los padres. Relación muy estrecha madre-hijo, con mala relación de ambos con el padre.	Se trabaja de a solas con el paciente y a solas con los padres, para establecer límites entre los subsistemas parental y filial.
Mujer	60	Ante un acontecimiento vital familiar (disfunción conyugal importante de su hija con su pareja) la paciente se descompensa con dificultad en los límites entre ambas.	Se trabaja el refuerzo de vínculos adecuados madre-hija y se aborda con la paciente su no implicación en el subsistema conyugal de la hija y la diferenciación entre ambas.

Tabla 1 (continuación)

Varón	50	Se descompensa ante dificultades de relación entre su madre y su hermana. Relación de dependencia con su madre y escasa diferenciación. Su descompensación conlleva mayor relación con su madre.	Se intenta trabajar con el paciente la diferenciación y vinculación a otro dispositivo; con la madre se trabaja el aspecto y su implicación con el hijo; así mismo, se trabaja con el paciente y su madre la no involucración del paciente en la relación conflictiva madre-hermana.
Varón	18	Divorcio emocional entre los padres. El padre aparece como figura autoritaria. La enfermedad del hijo, conlleva que el padre se implique emocionalmente con su hijo.	Se trabaja el vínculo del paciente con el padre, para que exista menor ausencia del mismo y se refuerzan actividades conjuntas que favorezcan su desarrollo. Se trabaja con el paciente a solas para evitar su implicación en subsistema conyugal.
Mujer	25	Relación ambivalente y muy estrecha con su madre. Ambas están atravesando un proceso de duelo por un fallecimiento.	Se trabaja el proceso de duelo de la madre y la paciente por separado y la diferenciación entre ambas reforzando el vínculo con iguales.
Varón	35	Disfunción de pareja importante con divorcio emocional. Relación estrecha y ambivalente con la familia de origen.	Se trabaja con el subsistema conyugal para reforzarlo y establecer límites con la familia de origen. Se trabaja el vínculo paciente-madre para favorecer la diferenciación y evitar una actitud regresiva del paciente y la implicación del paciente en el subsistema conyugal de sus padres.

Tabla 1 (continuación)

Varón	30	Existe escasa diferenciación familiar.	Se trabaja con la paciente los límites dentro de la familia. Se trabaja con el paciente y sus hermanos, dichos límites, así como el acontecimiento vital estresante actual familiar (la enfermedad) con objeto de disminuir la ansiedad.
Varón	21	Disfunción de pareja. Familia reconstituida	Se trabaja con la madre la necesidad de establecer límites entre subsistemas y se fortalece su rol como madre.
Mujer	25	Disfunción familiar: padres separados. El padre tiene una enfermedad mental. La madre mantiene una actitud negadora de la enfermedad de la hija. Importante hipercriticismo. La paciente tiene una hija de 2 años	Se trabaja el concepto de la enfermedad mental y su significado en la familia (identificación paciente-padre en la enfermedad, simbología de la madre de la enfermedad mental). Trabajo con la paciente en el rol de madre y de hija y de sus miedos en relación al cuidado del hijo.

### Discusión/Conclusiones

La idea básica que subyace a la noción de Ciclo Vital Familiar es que todas las familias, entendidas éstas en su sentido más amplio, experimentan cambios a lo largo del tiempo y que estos cambios observan unas determinadas regularidades, es decir, se ajustan a un patrón previsible que se puede describir en términos de etapas, de transición o de crisis.

Haley es probablemente quien mejor resume la postura clásica en cuanto a la relación entre problemas clínicos y ciclo vital: “El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital”.

Las técnicas sistémicas apuntan a una maduración de la unidad familiar, la maduración e independencia de sus miembros, aceptación de necesidades y límites de unos respecto a otros, mejoría de los sistemas comunicacionales establecidos, para que de esta manera puedan prescindir de los síntomas.

En nuestro trabajo analizamos las diferentes dificultades en relación a la relación familiar de los pacientes que hemos atendido en nuestra Unidad con patología de rango psicótico. Como describe Bowen en sus trabajos, fundamentalmente son el divorcio emocional, la triangularización y en especial la diferenciación los principales constructos que hemos apreciado implicados en el mantenimiento y el desarrollo de la enfermedad. Las fantasías familiares en torno al concepto de enfermedad, los tabúes y las propias experiencias de enfermedad de los miembros, se ponen en juego cuando hay una situación de crisis de tanta envergadura como un miembro hospitalizado por un trastorno psicótico.

El trabajo de estos miedos y angustias, de los roles y las relaciones patológicas, facilitadoras de la enfermedad y la dificultad en la diferenciación han de trabajarse de forma paralela al resto de los abordajes, no sólo en las unidades de salud mental comunitarias sino desde la propia unidad de hospitalización.

En futuros trabajos nos planteamos, además de aumentar el número de pacientes evaluados para de este modo fortalecer las conclusiones de nuestro estudio, establecer un grupo control que nos permita comparar la evolución de los pacientes con y sin tratamiento familiar. El número de pacientes contemplado en nuestro trabajo y la no existencia de este grupo control, nos impiden ir más allá de un estudio puramente descriptivo a través del cual reflexionar acerca de la necesidad de este abordaje en todos los contextos de tratamiento.

## Referencias

- Baandrup, L., Østrup, J., Klokke, L., Fitzgerald, S., Bjørnshave, T., et al. (2015). Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs - A national clinical guideline. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2, 1-10. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26328910>.
- Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Vargas, J.J., y Ibáñez, E.J. (2008). La diferenciación como un modelo para el análisis de las relaciones de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(1), 102-115.

## PSICOPATOLOGÍA Y FUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA EN LA ESQUIZOFRENIA

**Amelia Villena-Jimena, Aránzazu Gutiérrez-Hurtado y M<sup>a</sup> Magdalena Hurtado-  
Lara**

*Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de  
Málaga*

### Resumen

Diferentes investigaciones se han encargado de estudiar la relación entre la sintomatología psicótica y distintas dimensiones del funcionamiento del paciente con esquizofrenia, aunque muchas de ellas se han centrado en la sintomatología negativa. Conocer cómo se relaciona la sintomatología del paciente en distintas dimensiones del funcionamiento permitirá ajustar los objetivos de los programas de intervención psicosociales y, por consiguiente, aumentar la eficacia de estos. El objetivo del presente estudio ha sido conocer cómo se relaciona la sintomatología negativa, positiva, general y total con distintas áreas del funcionamiento cotidiano y el funcionamiento general. Participaron 74 pacientes (31 mujeres y 43 hombres) con diagnóstico de esquizofrenia con una edad media de 34 años, a los que se les administró la Escala de síndromes positivos y negativos (PANSS) y la Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Los síntomas positivos se relacionan inversamente con el autocuidado, la comunicación, el comportamiento social no personal y el funcionamiento total. Los síntomas negativos, la sintomatología general y la puntuación total en la escala PANSS se relacionan de manera inversa con el autocuidado, la comunicación, la vida autónoma y el funcionamiento total. Como conclusión, los resultados obtenidos son congruentes con los de estudios anteriores. Con respecto a la sintomatología negativa, estudios previos observan que ésta no predice el funcionamiento de las actividades diarias, resultado no congruente con lo obtenido. Estas diferencias pueden deberse a las características de la muestra y/o al uso de un instrumento diferente para medir el funcionamiento.

**Palabras claves:** esquizofrenia, funcionamiento, psicosis, síntomas positivos, síntomas negativos

## PSYCHOPATOLOGY AND EVERYDAY FUNCTIONING IN PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA

### Abstract

Some investigations have studied the relation between psychotic symptomatology and aspects regarding everyday functioning of patients with schizophrenia, however many of them have focused on negative symptomatology. Investigate into this relation allows for modifications to the psychosocial interventions centered on the needs of patients and thus gain more positive results. The goal of the present study was to analyze the relation between negative, positive, general and total symptomatology within and several areas of functioning and general functioning. A sample with 74 people with schizophrenia (31 women and 43 men) with an average age of 34 years was evaluated with Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and Life Skill Profile (LSP). A descriptive analysis was performed. The results showed a significant indirect association between positive symptoms and self-care, communication, self-sufficient, social non personal behavior and general functioning. Negative and general symptoms and total score of PANSS were negatively correlated with self-care, communication, self-sufficient and general functioning. In conclusion, the obtained results were consistent with those obtained in previous studies. Regarding negative symptoms, previous studies have not shown a correlation with daily activities, but this study showed an important correlation between both. These differences may be due to the characteristics of the sample and/or using a different instrument for measuring the operation. Finally, interventions aimed at psychotic symptomatology should be a priority aim for mental health professionals.

**Keywords:** schizophrenia, psychosis, functioning, positive symptoms, negativesymptoms

### Introducción

El funcionamiento cotidiano hace referencia a la capacidad de la persona de adaptarse a las necesidades personales, sociales, laborales y familiares (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento de la Esquizofrenia, 2002). A la largo de la historia este concepto ha ido adquiriendo cada vez más relevancia en el abordaje de la esquizofrenia. Es con el surgimiento del modelo biopsicosocial cuando la psicopatología

comenzó a compartir su protagonismo con el funcionamiento cotidiano. En la actualidad, hay movimientos que, incluso, abogan por una supremacía del funcionamiento sobre la sintomatología propia del trastorno, como es el modelo de la recuperación (Shepherd, Boardman y Slade, 2008).

Este interés por el funcionamiento cotidiano ha propiciado numerosas investigaciones que relacionan con sintomatología que acompaña a la esquizofrenia (Galderisi et al., 2014; Rocca et al., 2014; e.g. Strassnig et al., 2015). La importancia de conocer la relación entre la psicopatología y el funcionamiento radica en las implicaciones para el abordaje de este tipo de pacientes, tanto para el farmacológico como para el diseño de programas de intervención psicosociales. Sin embargo, varios problemas subyacen a las investigaciones que abordan este tema. En primer lugar, hay resultados contradictorios con respecto a esta relación. Mientras hay estudios que relacionan la sintomatología negativa con el funcionamiento y no así la positiva (Strassnig et al., 2015), otros sí hallan una relación con los síntomas positivos (Galderisi et al., 2014), y otros, aunque hallan una relación, no diferencian los tipos de síntomas (Suzuki et al., 2015).

En segundo lugar, la evaluación del funcionamiento se ha realizado con diversos instrumentos, normalmente con instrumentos muy breves, como el GAF, que no permiten distinguir entre las diferentes parcelas del funcionamiento (Samara et al., 2014; e.g. Suzuki et al., 2015). Sin embargo, los hallazgos del estudio de Strassnig et al., (2015) dejan entrever un patrón diferencial entre la psicopatología y el funcionamiento. Concretamente, estos autores obtienen que la sintomatología negativa y la depresión predecían el funcionamiento social, sin embargo, no predecían el funcionamiento relacionado con las actividades de la vida diaria o el funcionamiento vocacional, que estuvieron más relacionados con las habilidades comunicacionales y de manejo del dinero y con el rendimiento cognitivo.

En tercer lugar, en España se cuenta con escasos estudios dirigidos a conocer la relación entre la sintomatología y el funcionamiento en este sector de la población. Tanto la organización de los servicios sanitarios como el contexto sociocultural de cada país en los que se encuentra inmersa esta organización tienen un impacto en el funcionamiento (Harvey y Strassnig, 2012) y pueden estar mediando las relaciones entre ambas variables. Así pues, en países de menor estigma y de mayor implicación de los pacientes con trastorno mental grave en la comunidad, estas personas pueden tener

mejor funcionamiento con independencia de la sintomatología. Por tanto, los resultados obtenidos en estudios realizados en diferentes países podrían diferir. Por ello, es de suma importancia analizar estas relaciones en nuestro contexto.

Por todo ello, el objetivo del presente estudio es responder al interrogante sobre la relación que existe entre los diferentes tipos de síntomas –sintomatología positiva, negativa y general- y las distintas áreas del funcionamiento –interpersonal, autocuidado, comunicación, comportamiento social y vida autónoma- en un grupo de personas diagnosticadas con esquizofrenia que viven en la comunidad y que están en seguimiento por una unidad de salud mental comunitaria.

## **Método**

### *Participantes*

Un total de 74 participantes formaron parte del estudio. De estos, 31 eran mujeres y 43 hombres y tenían una media de edad de 34,5 ( $DT= 8,08$ ; rango = 20-55). Todos ellos estaban diagnosticados de esquizofrenia según criterios de la CIE-10 (OMS) y estaban en seguimiento por una unidad de salud mental comunitaria. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban retraso mental o deterioro cognitivo acusado, un diagnóstico primario de abuso de tóxicos y los que tenían antecedentes de daño neurológico.

### *Instrumentos y procedimiento*

Se administraron la Escala desíndromes positivos y negativos (PANSS); (Kay, Fisbein y Opler, 1987) y la Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana (LSP); (Rosen, Hadzi-Paulovic y Parker, 1989). La PANSS es una escala heteroaplicada que permite obtener tres puntuaciones en tres subescalas: sintomatología positiva, sintomatología negativa y escala de psicopatología general. En el estudio de validación al castellano la escala obtuvo adecuadas propiedades psicométricas (Peralta y Cuesta, 1994). Respecto a la consistencia interna, los índices oscilaron entre .92, para la escala de sintomatología positiva, y .55, para la escala de psicopatología general. Con respecto a la validez, se obtuvieron bajas correlaciones entre las escalas positiva y negativa y moderadas entre la escala de psicopatología general con las positiva y negativa. En el análisis factorial, cuatro factores fueron identificados otorgando a la escala de una

adecuada validez factorial. La LSP, por otro lado, está formada por 36 ítems recogidos en cinco subescalas: autocuidado, vida autónoma, comportamiento social interpersonal, comunicación-contacto social y comportamiento social no personal. Se trata también de una escala heteroadministrada que ha sido adaptada al castellano por Bulbena, Fernández de Larriona y Dominguez (1992). La consistencia interna de la escala fue .85 y mientras que las de la cinco subescalas osciló entre .69 y .79. La fiabilidad por observadores fue superior a .60 para las cinco subescalas.

Ambos instrumentos fueron completados por una psicóloga clínica experta tras una valoración individual de una hora y media aproximadamente previa al inicio de una terapia de grupo. Todos los participantes fueron informados del propósito del estudio y firmaron el consentimiento informado.

**Resultados**

En la Tabla 1, se recogen las puntuaciones medias y la desviación típica en cada una de las subescalas.

Tabla 1

*Media y desviación típica en las distintas subescalas*

	Media	DT	
Subescalas LSP			
Autocuidado	35,14	3,65	
Comportamiento Social Interpersonal	40,42	47,25	
Comunicación o contacto social	17,31	3,53	
Comportamiento Social no Interpersonal	21,58	3,17	
Vida autónoma	17,09	4,33	Tabla 2, se
Puntuación total	126,19	13,52	correlaciones
Subescalas PANSS			
Sintomatología positiva	46,15	17,51	distintas
Sintomatología negativa	13,64	6,39	las
Sintomatología general	15,24	6,13	las
Puntuación total	23,24	7,86	totales. Los
<i>Nota.</i> LSP = Escala sobre el perfil de la vida cotidiana;			
PANSS = Escala de síndromes positivos y negativos			
			positivos se
			de forma

relacionan significativa e inversa con el autocuidado, la comunicación, el comportamiento social no personal y el funcionamiento total. Los síntomas negativos, con el autocuidado, la comunicación, la vida autónoma y el funcionamiento total. La sintomatología general se



relaciona significativamente y también de forma inversa con el autocuidado, la comunicación, la vida autónoma y el funcionamiento total.

Finalmente, la puntuación total en la escala PANSS tiene una correlación significativa e inversa con el autocuidado, la comunicación, la vida autónoma y el funcionamiento total.

Tabla 2

*Correlaciones de Pearson entre la PANSS y la LSP*

		PANSS			
		Síntomas positivos	Síntomas negativos	Sintomatología general	Puntuación total
LSP	Autocuidado	-0,25*	-0,37*	-0,27*	-0,27*
	Comportamiento social interpersonal	-0,18	-0,15	-0,10	-0,10
	Comunicación/contacto social	-0,56*	-0,58*	-0,56*	-0,44*
	Comportamiento social no personal	-0,38*	-0,17	-0,08	-0,14
	Vida autónoma	-0,48*	-0,45*	0,51*	-0,44*
	Puntuación total	-0,66*	-0,49*	-0,43*	-0,40*

*Nota.* PANSS = Escala de síndromes positivos y negativos; LSP = Escala de habilidades en la vida cotidiana.

\* =  $p > 0,05$ .

## Discusión

El presente trabajo tenía como objetivo conocer qué relación hay entre la sintomatología positiva, negativa y general con distintas áreas del funcionamiento cotidiano, así como en el funcionamiento cotidiano general en una muestra de usuarios diagnosticados de esquizofrenia que viven en la comunidad. Los resultados ponen de manifiesto que a mayor sintomatología, peor funcionamiento en la vida cotidiana. Concretamente, el autocuidado, la comunicación, la vida autónoma y el funcionamiento en general guardan una relación inversa con la sintomatología psicótica, tanto positiva como negativa, mientras que el comportamiento social no personal se relaciona sólo con los síntomas positivos.

Con respecto a la sintomatología negativa, el mismo patrón de correlaciones es hallado por Vila, Ochoa y Haro (2003) usando los mismos instrumentos que en el presente estudio, es decir, la sintomatología negativa se correlaciona inversamente con

la vida autónoma, con el autocuidado y con el contacto social o habilidades comunicaciones. Sin embargo, otros estudios relacionan la sintomatología negativa con el funcionamiento interpersonal social y no con otras áreas, como el funcionamiento vocacional y habilidades de desempeño cotidiano (Strassnig et al., 2015). Mientras que en el presente estudio la sintomatología negativa se relaciona únicamente con las habilidades comunicacionales o contacto social, que serían las habilidades sociales más concretas, en el estudio de Strassnig et al. (2015) se relaciona también con habilidades sociales más complejas, como tener amistades, tener relaciones de cooperación con los de alrededor, etc. Diferencias en las habilidades interpersonales evaluadas pueden estar explicando que los resultados no sean totalmente acordes. En el caso de las actividades cotidianas, puede estar ocurriendo que las evaluadas en el presente estudio sean más generales que las evaluadas en el estudio de Strassnig et al. (2015).

La sintomatología positiva se ha visto relacionada con todas las áreas de funcionamiento evaluadas, excepto con el comportamiento social interpersonal. Estos resultados son congruentes con los obtenidos por estudios anteriores en los que los síntomas positivos predecían un escaso funcionamiento (Galderesi et al., 2014). En el estudio de Vila et al. (2003) fue hallado el mismo patrón de relaciones aunque solo en el grupo de los hombres. El valor de la correlación indica que no se trata de una relación nada desdeñable y que por tanto, debe ser tenida en cuenta.

Una de las implicaciones que se deriva del presente estudio es que, dadas las altas correlaciones entre la sintomatología y el funcionamiento, la búsqueda de intervenciones dirigidas a mejorar estos síntomas deben ser una prioridad para los profesionales de la salud mental. Sin embargo, las correlaciones, aunque significativas, son bajas o moderadas, lo que está indicando que intervenciones dirigidas a mejorar el funcionamiento podrían ser eficaces aunque el usuario presente sintomatología. En el caso de las habilidades sociales complejas, dado que no se observa una correlación con los síntomas, intervenciones dirigidas a mejorarlas deberían incluirse independientemente de la sintomatología que presente el usuario.

Con respecto a las limitaciones del estudio, habría que destacar que al tratarse de un diseño transversal no se puede inferir causalidad entre las variables relacionadas, para lo que serían necesarios estudios longitudinales. Al tratarse de correlaciones lineales entre dos variables, el estudio tampoco permite conocer qué variables pueden estar mediando o moderando estas relaciones. El tamaño de la muestra y la

homogeneidad de la muestra también son una limitación, aunque la homogeneidad permite conocer con mayor precisión qué ocurre en este tipo de usuarios, reduce la variabilidad de los datos.

Futuras investigaciones en esta línea deben ir dirigidas a conocer qué otras variables están relacionadas con el funcionamiento en este tipo de usuarios de salud mental con la idea de llevar a cabo acciones dirigidas a maximizar las variables que se relacionen con un mejor funcionamiento. Variables como el auto-estigma o el rendimiento cognitivo, que en estudios previos han mostrado una relación con el funcionamiento (e. g. Jeste et al., 2005), pueden estar teniendo en papel relevante también en los usuarios de nuestro entorno.

## Referencias

- Bulbena, A., Fernández de Larrinoa, P. y Dominguez, A.I. (1992). Adaptación castellana de la Escala LSP (LifeSkillsProfile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. *Actas Luso- Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 20(2), 51-60.
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., ...Maj, M. (2014). The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factor on real-life functioning of people with schizophrenia. *WorldPsychiatry*, 13(3), 275-287.
- Grupo Español para la Optimización del Tratamiento de la Esquizofrenia (2002). La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(5), 312-325.
- Harvey, P. D. y Strassnig, M. (2012). Predicting the severity of every functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*, 11, 73-79.
- Jeste, N. D., Moore, D. J., Goldman, S. R., Bucardo, J., Davila-Fraga, W., Golshan, S., et al. (2005). Predictors of every day function in gamongolder Mexican Americans vs. Anglo-Americans with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(10), 1304-1311.
- Kay, S.R., Fisbein, A. y Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994). Psychometric properties of the positive and negative síndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psyquiatry Research*, 53, 31-40.

- Rocca, P., Montemagni, C., Zappia, S., Piterà, R., Siguado, M. y Bogetto, F. (2014). Negative symptoms and every functioning in schizophrenia: A cross-sectional study in real-world setting. *Psychiatry Research*, 218(3), 284-289.
- Rosen, A., Hadzi-Paulovic, D. y Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A measure of assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 325-337.
- Samara, M.T., Engel, R.R., Millier, A., Kandenwein, J., Toumi, M. y Leucht, S. (2014). Equipercentile linking of scales measuring functioning and symptoms: Examining the GAF, SOFAS, CGI-S, and PANSS. *European Neuropsychopharmacology*, 24, 1767-1772.
- Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Strassnig, M. T., Raykov, T., O'Gorman, C., Bowie, C. R., Sabbab, S., Durand, D. et al. (2015). Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: The roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. *Schizophrenia Research*, 165(1), 76-82.
- Suzuki, T., Uchida, H., Sakurai, H., Ishizuki, T., Tsunoda, K., Takeuchi, H., et al. (2015). Relations between global assessment of functioning and other rating scales in clinical trials for schizophrenia. *Psychiatry Research*, 227, 265-269.
- Vila, F., Ochoa, S. y Haro, J.M. (2003). Psicopatología y funcionamiento social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que viven en la comunidad. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(6), 319-323.

## **AMBIGÜEDAD Y PSICOSIS: ATRIBUCIÓN DE EMOCIÓN A EXPRESIONES NEUTRAS**

**Ana Rosa González-Barroso\*, Alicia Ruíz-Toca\*\*, Marta García-Montes\*\* y  
Guillermo Lahera-Forteza\***

*\*Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid; \*\*Hospital Universitario Príncipe  
de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, Spain*

### **Resumen**



Las personas con psicosis refieren una activación y experiencia emocionales diferentes a personas sin patología psiquiátrica, además de un déficit en el reconocimiento de emociones. Estos resultados son más acusados cuando se trata de estimulación neutra. Sin embargo, pocos estudios han estudiado la relación entre ambos procesos. Objetivo: Analizar la relación entre la reactividad subjetiva ante expresiones faciales neutras y la atribución errónea de emociones. Método: 51 personas (28 hombres y 22 mujeres) con descompensación psicótica. Se les pidió que puntuaran 20 expresiones emocionales en valencia y arousal y que identificaran las emociones expresadas. Se analizaron las respuestas que dieron a las expresiones neutras. Resultados: El 67.4% de las respuestas fueron aciertos. De los fallos, la más frecuente fue atribuir tristeza, seguida por enfado y miedo. Resultados: Para puntuaciones altas en arousal, la valencia predice la tasa de aciertos ( $\chi^2=5,97$ ,  $p=0.014$ ) así como la probabilidad de atribuir enfado a imágenes neutras ( $\chi^2=7,34$ ,  $p=0.007$ ). Para puntuaciones bajas en arousal, la valencia predice la probabilidad de atribuir enfado ( $\chi^2=5,30$ ;  $p=0.021$ ) a caras neutras. Conclusiones: El reconocimiento de expresión neutra y la atribución incorrecta de enfado están relacionadas con la valencia subjetiva de la expresión, relación modulada por los niveles de arousal.

**Palabras clave:** Psicosis, reconocimiento de emociones, procesamiento emocional, cognición social.

## AMBIGUITY AND PSYCHOSIS: EMOTION ATRIBUTION TO NEUTRAL EXPRESSIONS

### Abstract

People with psychosis experienced a different emotional activation and experience compared to people without psychiatric pathology, and, in addition, a deficit in emotional recognition. All this results are more pronounced when it comes to neutral stimulation. However, few studies have studied the relationship between the two processes. The objective is to analyze the relationship between subjective reactivity to neutral facial expressions and the erroneous attribution of emotions. Method: 51 people (28 men and 22 women) with psychotic decompensation were assessed. They were asked to rate 20 images of emotions in valence and arousal. And then they were asked to recognize the emotions of the images. The responses to the images that did not express any emotion were analyzed. Results: 67.4% of the answers were correct. About the failures, the most frequent was to attribute sadness to neutral faces, followed by anger and fear. Results: In high arousal scores, valence predicts success rate ( $\chi^2 = 5.97$ ,  $p = 0.014$ ) as well as the probability of attributing anger to neutral images ( $\chi^2 = 7.34$ ,  $p = 0.007$ ). In low arousal scores, valence also predicts the probability of attributing anger ( $\chi^2 = 5.30$ ,  $p = 0.021$ ). Conclusions: The recognition of neutral expression and the incorrect attribution of anger are related to the subjective valence of the expression, relationship modulated by arousal levels.

**Keywords:** Psychosis, emotional recognition, emotional processing, social cognition.

### Introducción

La psicosis es un fenómeno experiencial y subjetivo de la mente con una base neurobiológica común (hiperdopaminergia meso-límbica), filtrado a través de los esquemas del individuo, dando lugar a diferentes manifestaciones clínicas.

Kee, Horan, Mintz y Green (2004) observaron que existía una correlación entre las dificultades en identificación emocional y el ajuste social en pacientes con esquizofrenia, por lo que le otorgó una gran importancia a hora entender situaciones sociales (Edwards, Jackson y Pattison, 2002; Van Rijn, Aleman, Swaab y Kahn, 2005), siendo clave en la cognición social. Los déficits en percepción emocional han sido bien establecidos en esquizofrenia crónica (Edwards et al., 2002; Feinberg, Rifkin, Schaffer

y Walker, 1986; Habel et al, 2000; Herberner, Hill, Marvin y Sweeney, 2005; Kohler y Brennan, 2004; Kee, Horan, Mintz y Green, 2004; Mandal, Pandey y Prasad, 1998; van der Gaag y Haenene, 1990) así como en fases tempranas de la enfermedad (Edwards, Pattison, Jackson y Wales, 2001; Kucharska-Pietura, David, Masiak y Phillips, 2005).

Otros estudios sugieren que los déficits en el procesamiento de información emocional tendrían relación con la severidad de la sintomatología que correlacionaría inversamente con el rendimiento en discriminación emocional (Heimberg, Gur, Erwin, Shtasel y Gur, 1992; Schneider, Gur, Gur y Shtasel, 1995), tanto en el caso de la sintomatología positiva (Leitman et al., 2005) como la sintomatología negativa (Kohler et al., 2010) y la sintomatología negativa secundaria al tratamiento con antipsicóticos (Artaloytia et al., 2006; Daros et al., 2014).

Todo esto sugeriría que la cognición básica y la cognición social actúan como factores separados, contemplando la posibilidad de que la cognición social actúe como mediadora entre la neurocognición y el funcionamiento social (Rodríguez y Touriño, 2010).

Tanto los déficits en la identificación facial (Chan, Li, Cheung y Gong, 2010) como en reconocimiento de emociones han sido hallados en pacientes con esquizofrenia y se ha sugerido que interactúan unos con otros (Baudouin, Martin, Tiberghien, Verlut y Franck, 2002; Bediou et al., 2005; Lahera et al., 2013; Martin, Baudouin, Tiberghien y Franck, 2005; Ventura, Wood, Jiménez y Helleman, 2013). Lo que necesitaría ser resuelto, sin embargo, es si los pacientes con esquizofrenia presenta un déficit específico en el procesamiento de los rostros o un déficit general en el procesamiento sensorial que influiría en etapas posteriores del procesamiento de rostros (Darke, Peterman, Park, Sundram y Carter, 2013). En cuanto a las diferencias en función de la emoción, según la literatura (Kober et al., 2008; Phan, Wager, Taylor y Liberzon, 2002; Phan et al., 2004; Wager et al., 2003) los hallazgos más relevantes apuntan a que los fallos en la discriminación de las distintas emociones implicarían distintos sistemas cerebrales (Adolphs, 2002; Adolphs, Tranel y Damasio 2001; Vuilleumier y Pourtois, 2007;).

No se trataría, por tanto, solamente de un problema de procesamiento de la información emocional, sino también de déficits en el procesamiento perceptual básico.

## Método



### *Participantes*

El grupo experimental compuesto por 51 personas que cumplían criterios según DSM-IV-TR para episodio psicótico agudo. Los criterios de exclusión para estos grupos fueron: diagnóstico de psicosis debida a enfermedad médica o psicosis debida a consumo de sustancias; historia de TCE, enfermedad neurológica, defecto visual o cualquier condición médica que afecte a su rendimiento cognitivo.

En el momento de la evaluación, los sujetos se encontraban ingresados en las Unidades de Hospitalización Breve del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares y Hospital Militar Gómez Ulla de Madrid. La evaluación tuvo lugar entre 3 y 7 días desde su ingreso hospitalario.

### *Materiales*

**Test de reconocimiento emocional Penn** (Penn Emotion Recognition Test; ER40); (Gur et al., 2002).

**Test de reconocimiento emocional Penn** (Penn Emotion Recognition Test; ER40); (Gur et al., 2002).

El ER-40 fue proporcionado por la escuela de medicina Perelman de la Universidad de Pennsylvania. Se trata de una prueba estandarizada que, en su versión ER40, consta de 40 fotografías a color que evocan felicidad, tristeza, ira, miedo y expresiones emocionales neutras, balanceadas por género y grupo étnico, incluyendo cuatro de intensidad baja y cuatro de alta intensidad de cada emoción, más ocho neutrales (Gur et al., 2002).

Se estima una fiabilidad test-retest en controles de 0.80 y en pacientes 0.76. Estudiando el rendimiento tanto de individuos sanos como con esquizofrenia, el ER40 está libre de los efectos de techo y suelo (Carter et al., 2008).

**Escala de autoevaluación Manikin** (Self Assessment Manikin, SAM); (Bradley y Lang, 1994).

El SAM es un instrumento de medida pictórico, no verbal, de fácil y rápida aplicación. Sirve para la evaluación subjetiva de las variables valencia, arousal y dominancia de reactividad ante las imágenes (Lang, 1995).

### *Procedimiento y Diseño*



Los estímulos se presentaron en formato digital, en una presentación de diapositivas compuesta por 20 imágenes del instrumento ER40 (ver tabla 1).

Tabla 1

Imágenes del ER40 empleadas en el estudio

1. FAX_25	Enfado	11. MN_223	No emoción
2. MSZ_126	Tristeza	12. FHZ_127	Alegría
3. MAZ_146	Enfado	13. MHZ_216	Alegría
4. FFZ_29	Miedo	14. FAZ_129	Enfado
5. MFZ_132	Miedo	15. MSZ_112	Tristeza
6. FFZ_236	Miedo	16. FHX_220	Alegría
7. FFX_54	Miedo	17. FN_13	No emoción
8. MAZ_128	Enfado	18. MHX_140	Alegría
9. MFX_153	Miedo	19. FN_204	No emoción
10. MN_111	No emoción	20. FSZ_210	Tristeza

La valoración de los sujetos se realiza en una sola sesión, con el siguiente esquema:

- Evaluación de la reactividad subjetiva a las imágenes del ER40 en las variables valencia y arousal mediante el cuestionario SAM.
- Una vez el sujeto ha concluido la evaluación subjetiva, se pasó a la tarea de identificación de emociones. Para ello, se volvieron a presentar al sujeto las imágenes correspondientes a la prueba ER40, con la instrucción en este caso de que digan de qué emoción se trata.

En cada diapositiva aparecerán las cinco opciones (Alegría, Tristeza, Enfado, Miedo y No emoción) para el sujeto eligiera una de ellas. Para este estudio se analizaron las expresiones neutras (ver figura 1).



Figura 1. Expresiones neutras extraídas del ER40.

El paciente permaneció sentado, a unos 50 cm de un monitor de ordenador en el que se proyectaban las imágenes. Previamente se le habrá avisado de abstenerse de ingerir café o tabaco antes de la prueba.

Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico SPSS 12.0 (SPSS Inc., Chicago, USA). Se utilizaron las pruebas estadísticas de regresión lineal y regresión logística.

## Resultados

Al analizar las respuestas que los sujetos daban a los rostros neutros, encontramos que el 67,4% de las respuestas eran No Emoción, es decir, eran aciertos (ver tabla 2).

De los fallos (32,6% de las respuestas), el más frecuente fue atribuir tristeza (22,9%), seguida por enfado (4,9%), y por último, miedo (2,1%) y alegría (2,8%).

Tabla 2

*Frecuencia y porcentaje de emociones atribuidas*

	Frecuencia	Porcentaje
Alegría	4	2,8
Tristeza	33	22,9
Enfado	7	4,9
Miedo	3	2,1
No emoción	97	67,4

Para establecer la relación entre la reactividad y la probabilidad de atribuir emociones, se llevan a cabo análisis de regresión. Los resultados muestran que no existe una relación lineal entre la reactividad (puntuaciones en valencia y arousal) y la tasa de aciertos ( $F= 0,472$ ;  $p=0,625$ ). Sin embargo al comprobar la interrelación entre las variables valencia y arousal encontramos los siguientes resultados de regresión logística: Para las puntuaciones altas en arousal, la valencia sí predice la tasa de aciertos ( $\chi^2=5,97$ ,  $p=0.014$ ) así como la probabilidad de atribuir enfado ( $\chi^2=7,34$ ,  $p=0.007$ ). Para puntuaciones bajas en arousal, la valencia también predice la probabilidad de atribuir enfado ( $\chi^2=5,30$ ;  $p=0.021$ ) a imágenes neutras.

## Discusión y Conclusiones

La atribución incorrecta de tristeza o enfado a expresiones neutras está relacionada con la valencia subjetiva de la expresión y modulada por el arousal. Es

decir, ante rostros ambiguos o neutros que les generan arousal, los pacientes con psicosis aguda tienden a atribuir una emoción basándose en lo agradable o desagradable del rostro. Basándonos en las teorías de saliencia aberrante como mecanismo explicativo de los fenómenos psicóticos, estos resultados son coherentes con la hipótesis de que estímulos a priori no relevantes son considerados salientes por las personas con psicosis (provocan alto arousal), llevándoles a la atribución de emoción (y en último caso, intención) basándose en los datos que tienen acerca de su propia experiencia emocional subjetiva. Así, podría ser, que ante un estímulo neutro ante el que se siente activados y con valencia negativa, le atribuyan, de forma aberrante, una emoción de tristeza o enfado.

### **Agradecimientos**

Al Hospital Universitario Príncipe de Asturias y Hospital Gómez Ulla, de Madrid, por su colaboración en esta investigación, perteneciente al proyecto de tesis doctoral *Reactividad emocional a estímulos afectivos en psicosis aguda*, de la Universidad de Alcalá.

### **Referencias**

- Adolphs, R. (2002). Neural systems for recognizing emotion. *Current Opinion in Neurobiology*, 12, 169-177.
- Adolphs, R., Damasio, H., y Tranel, D. (2002). Neural systems for recognition of emotional prosody: a 3-D lesion study. *Emotion*, 2, 23-51.
- Adolphs, R., Tranel, D., y Damasio, H. (2001). Emotion recognition from faces and prosody following temporal lobectomy. *Neuropsychology*, 15, 396-404.
- Artaloytia, J. F., Arango, C., Lahti, A., Sanz, J., Pascual, A., Cubero, P., et al. (2006). Negative signs and symptoms secondary to antipsychotics: a double-blind, randomized trial of a single dose of placebo, haloperidol, and risperidone in healthy volunteers. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 488-493.
- Baudouin, J. Y., Martin, F., Tiberghien, G., Verlut, I., y Franck, N. (2002). Selective attention to facial emotion and identity in schizophrenia. *Neuropsychologia*, 40, 503-511.

- Bediou, B., Krolak-Salmon, P., Saoud, M., Henaff, M. A., Burt, M., Dalery, J., et al. (2005). Facial expression and sex recognition in schizophrenia and depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 525-533.
- Bradley, M. M., y Lang, P. J. (1994). Measuring emotion: The self assessment manikin and the semantic differential. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(1), 49-59.
- Carter, C. S., Barch, D. M., Gur, R., Gur, R., Pinkham, A. y Ochsner, K. (2008). CNTRICS Final Task Selection: Social Cognitive and Affective Neuroscience–Based Measures. *Schizophrenia Bulletin*, 35(1), 153–162.
- Chan, R. C. K., Li, H., Cheung, E. F. C., y Gong, Q. Y. (2010). Impaired facial emotion perception in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 178(2), 381-390.
- Darke, H., Peterman, J. S., Park, S., Sundram, S. y Carter, O. (2013). Are patients with schizophrenia impaired in processing non-emotional features of human faces? *Frontiers of Psychology*, 4, 525.
- Daros, A. R., Ruocco, A.C., Rilly, J. L., Harris, M. S. H. y Sweeney, J. A. (2014). Facial Emotion Recognition in first-episode schizophrenia and bipolar disorder with Psychosis. *Schizophrenia Research*, 153(0), 32-37.
- 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.
- Edwards, J., Pattison, P. E., Jackson, H. J., y Wales, R. J. (2001). Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 235-253.
- Feinberg, T. E., Rifkin, A., Schaffer, C., y Walker, E. (1986). Facial discrimination and emotional recognition in schizophrenia and affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 276-279.
- Gur, R. C., Sara, R., Hagendoorn, M., Marom, O., Hughett, P., Macy, L., et al. (2002). A method for obtaining 3-dimensional facial expressions and its standardization for use in neurocognitive studies. *Journal of Neuroscience Methods*, 115, 137-143.

- Habel, U., Gur, R. C., Mandal, M. K., Salloum, J. B., Gur, R. E. y Schneider, F. (2000). Emotional processing in schizophrenia across cultures: standardized measures of discrimination and experience. *Schizophrenia Research*, 42, 57-66.
- Heimberg, C., Gur, R. E., Erwin, R. J., Shtasel, D. L., y Gur, R. C. (1992). Facial emotion discrimination: III. Behavioral findings in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 42, 253-265.
- Herberner, E. S., Hill, S. K., Marvin, R. W. y Sweeney, J. A. (2005). Effects of antipsychotic treatment on emotion perception deficits in first episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1746-8.
- Kee, K.S., Horan, W.P., Mintz, J., y Green, M.F. (2004). Do the siblings of schizophrenia patients demonstrate affect perception deficits? *Schizophrenia Research*, 67, 87-94.
- Kober, H., Barrett, L.F., Joseph, J., Bliss-Moreau, E., Lindquist, K., y Wager, T.D. (2008). Functional grouping and cortical-subcortical interactions in emotion: a meta-analysis of neuroimaging studies. *Neuroimage*, 42, 998-1031.
- Kohler, C. G., y Brennan, A. R. (2004). Recognition of facial emotions in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 81-86.
- Kring, A.M. y Campellone, T.R. (2012). Emotion perception in schizophrenia: context matters. *Emotion Review*, 4, 182-186.
- Kucharska-Pietura K., David A. S., Masiak, M. y Phillips, M. L. (2005). Perception of facial and vocal affect by people with schizophrenia in early and late stages of illness. *British Journal of Psychiatry*, 187, 523-528.
- Lahera, G., Herrera, S., Fernández, C., Bardón, M., De los Ángeles, V. y Fernández-Liria, A. (2013). Familiarity and face emotion recognition in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 199-205.
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe: studies of motivation and attention. *American Psychology*, 50, 372-385.
- Leitman, D. I., Foxe, J. J., Butler, P. D., Saperstein, A., Revheim, N., y Javitt, D.C. (2005). Sensory contributions to impaired prosodic processing in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 58, 56-61.
- Mandal, M. K., Pandey, R., y Prasad, A. B. (1998). Facial expressions of emotions and schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 399-412.
- Martin, F., Baudouin, J. Y., Tiberghien, G., y Franck, N. (2005). Processing emotional

- expression and facial identity in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 134, 43-53.
- Phan, K. L., Wager, T. D., Taylor, S. F., y Liberzon, I. (2002). Functional neuroanatomy of emotion: a metaanalysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage*, 16, 331-348.
- Phan, K. L., Wager, T. D., Taylor, S. F., y Liberzon, I. (2004). Funcional Neuroimaging Studies of Human Emotions. *CNS Spectrum*, 9, 256-266.
- Rodríguez, J. T., y Touriño, R. (2010). Cognición social en la esquizofrenia: Una revisión del concepto. *Archivos de Psiquiatría*, 73(9), 1-19.
- Schneider, F., Gur, R.C., Gur, R.E., y Shtasel, D.L. (1995). Emotional processing in schizophrenia: neurobehavioral probes in relation to psychopathology. *Schizophrenia Research*, 7, 67-75.
- Van der Gaag, M., y Haenene, M. A. (1990). Schizophrenia and the impaired evaluation of facial affect. En P.J.D. Drenth, J.A. Sergeant y R.J. Takens (Eds.), *European Perspectives in Psychology* (vol. 1990) (pp. 81-89). Chichester, UK: John Wiley y Sons.
- Van Rijn, S., Aleman, A., Swaab, H., y Kahn, R. S. (2005). Neurobiology of emotion and high risk for schizophrenia: role of the amygdala. *Neuroscience Biobehavioural Review*, 29, 385-397.
- Ventura, J., Wood, R. C., Jiménez, A. M. y Helleman, G. S. (2013). Neurocognition and symptoms identify links between facial recognition and emotion processing in schizophrenia: Meta-analytic findings. *Schizophrenia Research*, 151(1-3), 78-84.
- Vuilleumier, P. y Pourtois, G. (2007). Distributed and interactive brain mechanisms during emotion face perception: evidence from functional neuroimaging. *Neuropsychology*, 45, 174-194.

**DIMENSIONES DEL TRASTORNO ATENCIONAL Y LOS SÍNTOMAS  
NEGATIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA: UN ENFOQUE  
MULTIDIMENSIONAL EMPLEANDO EL TEST DE EJECUCIÓN CONTINUA  
DE CONNER'S EN POBLACIÓN ESPAÑOLA**

**Juan Carlos Sanz<sup>\*</sup>, Guadalupe Espárrago-Llorca<sup>\*\*</sup>, Adela Hans-Chacón<sup>\*\*\*</sup>,  
Alicia Quirós-López<sup>\*\*\*</sup>, Laura Carrión Expósito<sup>\*\*\*\*</sup>, Rafael Lara-Flores<sup>\*\*\*</sup> y  
Sergio Ruiz-Doblado<sup>\*\*\*\*\*</sup>**

*\*Unidad de Salud Mental, Hospital de Mérida, España; \*\*Unidad de Salud Mental,  
Hospital Virgen de la Montaña, Cáceres, España; \*\*\*Unidad de Salud Mental del  
Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla, España; \*\*\*\*Unidad de Salud Mental del  
Hospital "Infanta Margarita", Cabra, Córdoba, España; \*\*\*\*\*Unidad de Gestión  
Clínica de Psiquiatría, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla, España*

**Resumen**

**Antecedentes:** El déficit atencional fue uno de los primero descritos en la esquizofrenia y por sus características, tiene una influencia especialmente disruptora sobre otras funciones cognitivas más complejas como memoria de trabajo o función ejecutiva. **Objetivos:** Los objetivos de este estudio fueron evaluar las características principales del déficit de atención en pacientes con esquizofrenia y las correlaciones entre las características del déficit y el estado clínico de los pacientes. **Método:** La muestra estaba compuesta por 40 pacientes internados con diagnóstico de esquizofrenia y 40 participantes sanos. Se administró el Test de Ejecución Continua (CPT-II) de Conner's junto a escalas de evaluación clínicas y cognitivas, empleando un diseño de corte transversal para estudiar las diferencias en la ejecución del CPT-II entre los dos grupos. Se identificaron las correlaciones entre los diferentes parámetros y se aplicó un análisis estadístico de regresión múltiple para desarrollar modelos explicativos de la contribución del trastorno atencional en el estado clínico del paciente. **Resultados:** Los pacientes con esquizofrenia mostraron una ejecución significativamente pobre en cinco parámetros del CPT-II y especialmente, en el factor atención focalizada. Además, se encontró una asociación significativa principalmente entre atención focalizada y sintomatología negativa. Estas medidas tuvieron una capacidad predictiva del 37% de la varianza de la sintomatología negativa en el modelo de regresión. También, se observó

una relación más modesta entre la sintomatología de tipo desorganizativo con el funcionamiento global y el funcionamiento cognitivo general. Conclusiones: El trastorno de atención principal implica primeramente una dificultad en focalizar la atención, mientras que los factores de atención sostenida y la vigilancia parecen estar afectados solo de manera colateral. Este trastorno principal está asociado con la sintomatología negativa.

**Palabras clave:** esquizofrenia, déficit atencional, síndrome negativo.

**DIMENSIONS OF ATTENTION IMPAIRMENT AND NEGATIVE  
SYNDROME IN SCHIZOPHRENIA: A MULTIDIMENSIONAL APPROACH  
USING CONNERS' CONTINUOUS PERFORMANCE TEST IN SPANISH  
POPULATION**

**Abstract**

Background: Attention impairment was one of the first disorders described in schizophrenia, and it has a disrupting effect on other cognitive domains such as working memory and executive functioning. Objectives: The aim of this study was to assess the specific features of attention impairment in schizophrenia patients and the correlation between those features and patients' clinical status. Methods: The sample was composed of 40 Spanish schizophrenia inpatients and 40 healthy participants. Conners' Continuous Performance Test (CPT-II) with cognitive and clinical scales was administered with a cross-sectional design to study differences in the CPT-II performance of the two groups. Correlations between the different measures were identified, and multiple regression analyses were used to develop models of the contribution of attention impairment to clinical status. Results: Schizophrenia patients showed significant poor performance in five CPT-II measures which loaded prevalently on focused attention. Moreover, a significant association between CPT-II measures mainly linked to focused attention and negative symptoms, was found and these CPT-II measures predicted 37% of the variability of the negative symptoms in the regression model. A more modest relationship between CPT-II with disorganized symptoms, global functioning and general cognitive performance was observed. Conclusions: The core attention impairment in schizophrenia primarily involves a difficulty in focusing

attention, whereas sustained and vigilance factors appear to be only collaterally affected. This specific impairment is mainly associated with negative symptoms.

**Key words:** schizophrenia, attention impairment, negative syndrome.

### **Introducción**

El deterioro de la atención, fue uno de los primeros trastornos descritos en la esquizofrenia, y tiene un efecto perturbador en otras áreas cognitivas como la memoria de trabajo y la función ejecutiva (Heinrichs y Zakzanis, 1998). El déficit de atención se encuentra no sólo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, sino también en sus familiares y en las personas que demuestran una vulnerabilidad a la enfermedad, pero que aún no han desarrollado síntomas. El déficit se produce especialmente cuando el sistema atencional es “confrontado” con tareas más difíciles (Nuechterlein, 1991). Estos hallazgos han llevado a la conclusión de que el déficit de atención constituye un endofenotipo intermedio de la esquizofrenia y podría ser un indicador de la diátesis válido para este trastorno (Liu, Chen, Chang y Lin, 2000).

Uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la atención es el test de ejecución continua (CPT) (Rosvold, Mirsky, Sarason, Bransome y Beck, 1956), que incluye una variedad de pruebas con la función común de medir, durante un período de tiempo prolongado, la capacidad de un sujeto para discriminar un estímulo objetivo de otros estímulos distractores. En un sentido amplio, la CPT puede detectar déficit en atención focalizada y sostenida (Riccio, Reynolds, Lowe y Moore, 2002)

LA CPT-II por lo general se ha considerado una única medida global de la atención sostenida, pero tiene atributos que le permiten evaluar las dimensiones adicionales de atención. Mediante el uso de un *análisis de componentes principales* que explica el 74,4% de la varianza en las puntuaciones de la CPT-II, Egeland y Kovalik-Gran (2009) encontraron que esta prueba era capaz de analizar las siguientes cinco subfunciones de atención: atención focalizada, hiperactividad / impulsividad, atención sostenida, factor de vigilancia (se diferenció entre la vigilancia y la atención sostenida) y el cambio en el control. Diferentes mecanismos subyacentes al deterioro de la atención también se reflejan en diferentes patrones de rendimiento CPT-II, por lo tanto, la interpretación de las diferentes medidas de alteraciones en las subfunciones específicas podría aumentar la especificidad diagnóstica del test.

Hallazgos asociados con la relación entre el deterioro de la atención y sintomatología en pacientes con esquizofrenia parecen variar con respecto a la función de las diversas dimensiones de la sintomatología. Además, los síntomas positivos tienden a estar asociados con el factor de distracción, mientras que los síntomas negativos están relacionados con una disminución en la capacidad para procesar información (Cornblatt y Keilp, 1994). Teniendo en cuenta la persistencia del déficit de atención y la variabilidad de la sintomatología, estos resultados parecen apoyar la hipótesis de Crow (1981) relativa a la existencia de dos procesos patológicos diferentes subyacentes al concepto de esquizofrenia que pueden dar lugar a diferentes perfiles sintomáticos. Mientras que las correlaciones entre los síntomas positivos y el deterioro de la atención son poco comunes, las correlaciones entre el deterioro de la atención y síntomas negativos son más frecuentes (Chen y Faraone, 2000).

Los objetivos del presente estudio son los siguientes: (1) analizar las características específicas de deterioro de la atención en pacientes con esquizofrenia utilizando CPT-II y examinar sub-funciones específicas del déficit para determinar la gravedad de su discapacidad. Testar la hipótesis de que los pacientes con esquizofrenia mostrarán una dificultad principal en centrar la atención. No se espera que la atención sostenida aparezca deteriorada de manera primaria. Como las dificultades de los pacientes son evidentes desde el principio de una tarea de larga duración, este deterioro puede reflejarse en el CPT-II por un fallo frecuente en atención focalizada. Asimismo, esperamos encontrar una asociación significativa entre las medidas CPT-II implicadas en el factor de atención focalizada con síntomas negativos.

## **Métodos**

### *Sujetos y procedimientos*

La muestra estaba compuesta por 40 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de Mérida, España. (28 hombres y 12 mujeres). Nuestro grupo de control estaba compuesto por 40 participantes sanos, incluyendo 10 hombres y 30 mujeres. Los pacientes fueron elegidos para su inclusión si estaban entre las edades de 18 y 60 años, si eran capaces de leer y escribir, tenían la visión y la audición adecuada y habían sido diagnosticados según los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) dentro del espectro de la esquizofrenia. Los criterios de inclusión

para los sujetos sanos fueron los mismos que para el grupo experimental, con la excepción de los criterios para la esquizofrenia o cualquier otro diagnóstico de trastorno mental. Los participantes fueron excluidos si padecían alguna enfermedad mental (que no sea la esquizofrenia), si tenían alguna otra enfermedad somática grave que pudiera poner en peligro el rendimiento cognitivo en las pruebas, o si habían abusado del alcohol o de cualquier sustancia psicoactiva en el plazo de seis meses antes del estudio.

### *Instrumentos*

Las pruebas y cuestionarios administrados fueron los siguientes:

1) Un protocolo para la recopilación de datos demográficos y clínicos desarrollado específicamente para esta investigación.

2) El *Continuous Performance Test de Conners (CPT II)* (Conners, 2004)

3) La Escala para la evaluación del Síndrome Positivo y Negativo de Esquizofrenia (PANSS) (Kay, Fiszbein, Vital-Herne y Silve, 1990).

Las instrucciones para la administración del CPT-II fueron presionar la barra espaciadora en un teclado convencional, cada vez que cualquier letra aparecía en una pantalla de ordenador (324 veces), pero no presionar la barra espaciadora en respuesta a la aparición de la letra "X" (36 veces). La prueba consistió en 6 bloques, y cada bloque tenía 3 partes con 20 elementos cada uno. En cada bloque, las partes tenían un intervalo entre estímulos (IIE) de 1, 2 o 4 segundos. El orden del IIE fue variado. Cada letra se presentó durante 250 ms. No hubo distracciones, y las condiciones de estímulo no fueron degradadas o borrosas. El tiempo de ejecución total de la prueba fue de 14 minutos. Los siguientes 12 puntajes brutos de las medidas incluidas en el informe estándar de la CPT-II fueron analizados en este estudio: omisión y comisión errores, tiempo de reacción, el error estándar del tiempo de reacción (es decir, la consistencia del tiempo de respuesta), la variabilidad de los errores (es decir, una medida de cambio en el estilo de consistencia de las respuestas), perseveraciones, detectabilidad ( $d'$ ) (que es una medida de la capacidad para discriminar entre objetivo y no objetivo), el estilo de respuesta ( $\beta$ ) (que es un índice para la evaluación de la velocidad / precisión en el desempeño de CPT-II), tiempo de reacción en el bloque (la pendiente de los cambios en el tiempo de reacción durante seis periodos), error estándar del tiempo de reacción por el bloque (cambio en consistencia según la prueba progresa), tiempo de reacción por

diferentes IIE y error estándar por el IIE (ajustar a la velocidad de presentación: si el rendimiento disminuye o se hace más variable).

Las puntuaciones de la PANSS se calcularon siguiendo el modelo propuesto por Marder, Davis y Chouinard (1997), por lo que se utilizaron cinco dimensiones en el análisis: los síntomas negativos, síntomas positivos, hostilidad / excitación, ansiedad / depresión y pensamiento desorganizado.

### *Análisis estadístico*

Se empleó un diseño de investigación transversal para analizar las diferencias entre las medias de dos muestras independientes. El análisis de datos se realizó con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS v. 15). El ajuste a la normalidad de las medidas CPT-II fueron examinadas en ambos grupos mediante el análisis gráfico y por la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*, que reveló que 10 de las 12 medidas de CPT-II no encajaban en el supuesto de normalidad. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos de las dos muestras. Las diferencias en las mediciones de CPT-II entre los pacientes y controles sanos se analizaron mediante la prueba no paramétrica de Mann-Whitney (MW U), con un nivel de significación de  $p < 0,05$ . La posible asociación entre las medidas CPT-II con características clínicas, cognitivas y demográficas de los pacientes con esquizofrenia se analizaron mediante Rho ( $\rho$ ) de Spearman correlaciones de dos colas con un nivel de significación más conservador establecido en  $p < 0,01$  para evitar error de tipo I. Se realizaron varios análisis de regresión lineal para desarrollar modelos específicos de déficit de atención y para determinar cómo contribuye o afecta a la sintomatología.

## **Resultados**

Para evaluar las diferencias en las medidas de CPT-II entre los pacientes con esquizofrenia e individuos sanos, se aplicó la prueba de MW U para las variables dependientes que se presentan en la tabla 1. De las 12 medidas incluidas en este análisis, 5 fueron significativas: omisiones, tiempo de reacción, error estándar del tiempo de reacción, la variabilidad y perseveraciones. Los resultados fueron los siguientes: omisiones  $F(1,77) = 15,38$ ,  $p < 0,001$ ; tiempo de reacción  $F(1,77) = 15,09$ ,  $p < 0,001$ ; error estándar del tiempo de reacción  $F(1,77) = 21,58$ ,  $p < 0,001$ ; variabilidad  $F(1,77) = 15,20$ ,  $p < 0,001$  y perseveraciones  $F(1,77) = 13,21$ ,  $p < 0,001$ .

Tabla 1

***Diferencias en CPT-II entre pacientes esquizofrénicos y controles sanos (Mann-Whitney U)***

CPT-II	Pacientes		Sujetos sanos		M-W U	p
	M	DS	M	SD		
Omisiones	18.0	16.9	04.1	06.3	289.5	<b>0.000</b>
Comisiones	16.6	07.1	12.4	06.7	539.0	0.012
Hit TR	468.0	102.9	392.9	51.8	373.5	<b>0.000</b>
Hit TR ES	11.2	06.3	05.8	02.0	228.5	<b>0.000</b>
Variabilidad	21.3	15.3	08.7	06.4	233.0	<b>0.000</b>
Detectabilidad(d')	02.6	13.2	00.7	00.4	654.5	0.159
Estilo R. ( $\beta$ )	02.7	08.4	01.1	02.0	745.0	0.596
Perseveracion	08.0	15.1	00.4	01.0	211.5	<b>0.000</b>
Hit TR CB	06.9	44.0	-00.0	00.0	724.0	0.239
Hit ES CB	01.5	09.5	-00.0	00.0	517.5	0.004
Hit TR C-IIE	01.6	10.2	00.0	00.0	682.0	0.198
Hit ES C-IIE	01.8	11.8	-00.5	00.1	632.0	0.097

M-W U Mann-Whitney U, TR tiempo de reacción, ES error estandar, CB cambio de bloque, C-IIE Cambio del intervalo inter-estimular, M media, DS desviación estandar.

Las relaciones entre las 5 dimensiones de síntomas derivados del análisis factorial de la escala PANSS y la ejecución en las 12 medidas CPT-II se analizaron mediante correlaciones de Spearman, que revelan lo siguiente: las medidas omisiones CPT-II, tiempo de reacción y el error estándar del tiempo de reacción mostraron una correlación significativa con la dimensión de la PANSS de síntomas negativos, mientras que las medidas de CPT-II: estilo de respuesta ( $\beta$ ) y perseveraciones se correlacionaron significativamente con la dimensión de pensamiento desorganizado. Estos resultados se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2

***Correlaciones de Spearman entre el cluster inatención CPT-II y la escala de sintomatología negativa de la PANSS***

Cluster CPT-II inatención	PANSS Negativa
Omisiones	0.458*
Comisiones	-0.098

Tiempo de reacción	0.463*
Tiempo de reacción error estándar	0.504*
Variabilidad	0.387
Detectabilidad (d')	-0.129
Estilo de respuesta ( $\beta$ )	0.325*
Perseveración	0.083
Tiempo de reacción CB	0.191
Tiempo de reacción C-IIE	-0.127
Error estándar CB	-0.015

PANSS Escala del síndrome positivo y negativo. CB cambio de bloque. C-IIE: Cambio en el intervalo inter-estimular. \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ .

Se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple para examinar la contribución de la ejecución en CPT-II en las dimensiones negativa y desorganizada de la PANSS. En el primer modelo, la puntuación dimensión negativa de la PANSS se introdujo como variable dependiente (VD) y las tres medidas de la CPT-II: omisiones, tiempo de reacción y error estándar del tiempo de reacción se incluyeron como variables independientes (VID). Los resultados de la ecuación fueron:  $R^2 = 0,37$ ,  $F(3,36) = 7,13$ ,  $p < 0,001$ . Estas medidas CPT-II en combinación explican 37% de la varianza en la dimensión negativa de la PANSS. En el segundo modelo, la dimensión desorganizada se incluyó como VD y las dos medidas CPT-II: Estilo de respuesta ( $\beta$ ) y perseveraciones se incluyeron como VIs. El resumen del modelo demostró que las medidas CPT-II fallaron en predecir PANNS dimensión desorganizada,  $R^2 = 0,009$ ,  $F(2,37) = 0,16$ ,  $p > 0,05$ .

## Conclusiones

La ejecución pobre de los pacientes en CPT-II sugiere un déficit predominante en atención focalizada y enlentecimiento del tiempo de reacción de modo consistente durante la ejecución del test. La atención focalizada es prerequisite de la atención sostenida y, en nuestros pacientes, la atención sostenida, la situación en la que la atención debe mantenerse en el tiempo, no estaba afectada de forma principal.

Las medidas que mostraron mayor poder para discriminar pacientes con esquizofrenia de los participantes sanos fueron las mismas que revelaron correlaciones significativas con los síntomas negativos de la PANSS. La asociación entre los síntomas negativos y el déficit de atención parece apoyar la hipótesis de que ciertos

síntomas de la esquizofrenia son resultado del desmoronamiento de la habilidad de los pacientes para dar entrada y procesar de forma adecuada la información que les llega. El déficit de atención impide a los pacientes procesar apropiadamente las claves complejas de la comunicación interpersonal conduciendo a dificultades en sus habilidades sociales.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Chen, W. J., y Faraone, S. V. (2000). Sustained attention deficits as markers of genetic susceptibility to schizophrenia. *American Journal of Genetics*, 97, 52-57.
- Conners, C. (2004). *Continuous Performance Test II. Computer Program for Windows Technical Guide and Software Manual (Computer Program)*. Canada: MHS.
- Cornblatt, B. A., y Keilp, J. G. (1994). Impaired attention, genetics, and the pathophysiology of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 31-46.
- Crow, T. J. (1981). Positive and negative schizophrenia symptoms, and the role of dopamina: Riposte. *British Journal of Psychiatry*, 139, 251-254.
- Egeland, J., y Kovalik-Gran, I. (2010). Measuring Several Aspects of Attention in One Test: The Factor Structure of Conners's Continuous Performance Test. *Journal of Attentional Disorders*, 13, 339-346.
- Heinrichs, R., y Zakzanis, K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12, 426-445.
- Kay, S., Fiszbein, A., Vital-Herne, M., y Silve, L. (1990). The Positive and Negative Syndrome Scale-Spanish Adaptation. *The Journal of Nervous and Mental Disorders*, 178, 510-517.
- Liu, S.K., Chen, W.J., Chang, C.J., y Lin, H. (2000). Effects of Atypical Neuroleptics on Sustained Attention Deficits in Schizophrenia: A Trial of Risperidone Versus Haloperidol. *Neuropsychopharmacology*, 22, 311-319.
- Marder, S.R., Davis, J.M., y Chouinard, G. (1997). The Effects of Risperidone on the Five Dimensions of Schizophrenia Derived Factor Analysis: Combined Results of the North American Trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 538-46.
- Nuechterlein, K. H. (1991). Vigilance in schizophrenia and related disorders. En S.R. Steinhauser, J.H. Gruzelier y J. Zubin (Eds.), *Neuropsychology*,

*Psychophysiology and Information Processing* (pp. 397-433). Amsterdam: Elsevier.

Riccio, C.A., Reynolds, C.R., Lowe, P., y Moore, J.J. (2002). The continuous performance test a window on the neural substrates for attention. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 235-272.

Rosvold, H.E., Mirsky, A.F., Sarason, I., Bransome, E.D. Jr., y Beck, L.H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 20, 343-350.

## DÉFICIT COGNITIVO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO: CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL DÉFICIT Y MÉTODOS DE EVALUACIÓN

**Guadalupe Espárrago-Llorca\***, **Juan Carlos Sanz\*\***, **Laura Carrión-Expósito\*\*\***,  
**Adela Hans-Chacón\*\*\*\***, **Alicia Quirós-López\*\*\*\***, **Rafael Lara-Flores\*\*\*\***,  
**Martín L. Vargas\*\*\*\*\*** y **Sergio Ruiz-Doblado\*\*\*\*\***

*\*Hospital Virgen de la Montaña, Cáceres, España; \*\*Hospital de Mérida, España;*

*\*\*\*Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba; \*\*\*\*Hospital de la Merced, Osuna,*

*Sevilla; \*\*\*\*\*Hospital de Zamora, España; \*\*\*\*\*Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla*

### Resumen

*Antecedentes:* El déficit cognitivo en pacientes con esquizofrenia fue descrito por primera vez en el siglo XX por Kraepelin. Cada vez se hace más evidente que el déficit cognitivo es una parte intrínseca de la enfermedad. Nuestro objetivo es estudiar las características principales del déficit cognitivo en pacientes del espectro esquizofrénico y analizar dos métodos para su evaluación neuropsicológica. *Método:* Partiendo de dos trabajos de investigación originales publicados por dos de los autores de este estudio (Sanz, Vargas y Marín, 2009; Vargas, Sanz y Marín, 2009), llevamos a cabo una revisión de la literatura más reciente sobre este tema. Esta revisión ha servido para actualizar los conocimientos sobre el deterioro cognitivo en la esquizofrenia. *Resultados:* El RBANS parece una herramienta útil en la evaluación del funcionamiento cognitivo general en pacientes con esquizofrenia y la BADS en la evaluación de la función ejecutiva. Se observó una correlación moderada entre la puntuación obtenida en RBANS y la gravedad de la enfermedad. El deterioro de la función ejecutiva puede emplearse como marcador de mayor gravedad de la enfermedad y de estado funcional más pobre. *Conclusiones:* 1. Las alteraciones cognitivas pueden predecir una mala evolución a largo plazo de la enfermedad. 2. Las áreas clave de la función cognitiva que predicen la evolución son: la memoria, la atención y la función ejecutiva. 3. La función ejecutiva y la memoria son probablemente las áreas más significativas y se asocian a la

capacidad para funcionar eficazmente en la sociedad. 4. El déficit cognitivo muestra una moderada asociación con la gravedad del trastorno y la sintomatología negativa.

**Palabras claves:** deterioro cognitivo, esquizofrenia, funcionamiento ejecutivo, tests neuropsicológicos.

## **COGNITIVE DEFICITS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS: MAIN CHARACTERISTICS DEFICIT AND ASSESSMENT METHODS**

### **Abstract**

*Background:* Cognitive impairment in patients with schizophrenia was first described in the twentieth century by Kraepelin. It is becoming more evident that the cognitive impairment is an intrinsic part of the disease. Our aim is to study the main features of cognitive impairment in schizophrenia spectrum patients and analyze two methods for neuropsychological assessment. *Method:* Using two original research papers published by two of the authors of this study (Sanz, Vargas y Marín, 2009; Vargas, Sanz y Marín, 2009) as a starting point, we conducted a systematic review of recent literature on the topic. This review leads to an update of knowledge of cognitive impairment in schizophrenia. *Results:* The RBANS seems to be useful tool in the evaluation of general cognitive performance in patients with schizophrenia and BADS in assessing executive function. A moderate correlation between the score on RBANS and severity of the disorder was observed. Impairment in the executive function may be used as an indicator of greater disorder severity and poorer functional status. *Conclusions:* 1. Cognitive changes may predict a poor long-term evolution of the disease. 2. Key areas of cognitive function that predict the evolution are: memory, attention and executive function. 3. The executive function and memory are probably the most significant areas and are associated with the ability to function effectively in society. 4. The cognitive deficit shows a moderate association with the severity of the disorder and negative symptoms.

**Keywords:** Cognitive impairment, schizophrenia, executive functioning, neuropsychological tests.

## Introducción

Los recientes avances en el área de las neurociencias nos han permitido progresar rápidamente en nuestro conocimiento sobre las enfermedades mentales.

A medida que sabemos más sobre la naturaleza de la esquizofrenia y sus orígenes biológicos, se hace más evidente que los déficits cognitivos son una parte intrínseca de la enfermedad. Numerosos estudios han encontrado déficits cognitivos persistentes y generalizados en pacientes con esquizofrenia a través de diversas áreas incluidas la atención, memoria verbal, la función ejecutiva y el funcionamiento cognitivoglobal (Sharma y Antonove, 2003) y (Bozikas, Kosmidis, Kiosseoglou y Karavatos, 2006). Se considera, por tanto, al deterioro cognitivo como una característica principal de la esquizofrenia (Reilly y Sweeney, 2014), que surge en las primeras fases del trastorno, es relativamente independiente de síntomas y se correlaciona con el funcionamiento global del paciente (Keefe, 2014). Además, el deterioro cognitivo se presenta como un posible *endofenotipo* de la esquizofrenia, y parece ser un factor predictivo del ajuste psicosocial del paciente (Carbon e Correll, 2014) y (Salavati et al., 2015). Por esta razón, los déficits cognitivos pueden ser de gran valor pronóstico en la esquizofrenia, y una evaluación cognitiva de rutina debería formar parte de las buenas prácticas clínicas (Kahn y Keefe, 2013).

Labatería replicable para la evaluación del estado neuropsicológico (RBANS) (Randolph, 1998) es un instrumento de cribado cognitivo breve, estandarizado y diseñado para medir el funcionamiento neuropsicológico global que evalúa varias áreas de interés en la esquizofrenia: la memoria inmediata, visuoespacial/construccional, el lenguaje, la atención, memoria demorada, así como una medida global (escala total). La mayoría de los estudios revisados sobre el rendimiento cognitivo en pacientes con esquizofrenia utilizando RBANS han demostrado que la memoria es el área más deteriorada, seguida por la atención. Sin embargo, las áreas visuoespacial /construccional y el lenguaje se demuestra que no están deterioradas o sólo lo están ligeramente (Loughland, Lewin, Vaughan, Sheedy y Harris, 2007).

La evaluación conductual del síndrome disejecutivo (BADS) (Wilson, Alderman y Burgess, 1996) es una prueba diseñada para evaluar problemas cotidianos relacionados con el síndrome disejecutivo, adoptando un enfoque “orientado al proceso”.

El propósito de nuestro trabajo es doble: por una parte, realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre el tema reseñado (deterioro cognitivo en pacientes con

esquizofrenia) y, por otro lado, la exposición de los resultados de dos estudios de investigación originales, realizados por este equipo de investigación:

1. Sanz et al. (2009), cuyo objetivo ha sido investigar la potencial utilidad clínica de RBANS en una muestra española de pacientes con esquizofrenia.

2. Vargas et al. (2009), cuyos objetivos han sido: 1) Explorar la fiabilidad, sensibilidad, especificidad, consistencia interna y validez convergente de la BADS y compararla con otras medidas clásicas de funcionamiento ejecutivo en población española y 2) explorar las relaciones e implicaciones de la disfunción ejecutiva con el estado clínico en pacientes con esquizofrenia.

### **Método**

Por una parte, llevamos a cabo una revisión bibliográfica de la literatura más relevante y actual (de los últimos cinco años) sobre esta materia, en la base de datos MEDLINE. Por otra parte, realizamos un análisis, discusión de resultados y conclusiones de dos trabajos de investigación originales publicados por dos de los autores de este estudio: Sanz et al. (2009) y Vargas et al. (2009). La metodología específica de cada uno de estos estudios está desarrollada en los dos artículos referidos y no se incluye en el texto por limitaciones en la extensión de este capítulo.

### **Resultados**

#### **Estudio 1: Battery for assessment of neuropsychological status (RBANS) in schizophrenia: a pilot study in the Spanish population.**

- A pesar de ciertas limitaciones la RBANS parece una herramienta útil en la evaluación del funcionamiento cognitivo en pacientes con esquizofrenia.

- Se apreció que los pacientes con esquizofrenia y los pacientes psiquiátricos no psicóticos puntuaban en RBANS significativamente peor que los controles sanos, y los pacientes con esquizofrenia un poco peor que los pacientes psiquiátricos no psicóticos, aunque esta diferencia no fue significativa (figuras 1 y 2).

- Se observó una correlación moderada entre la puntuación obtenida en RBANS y la gravedad de la enfermedad.

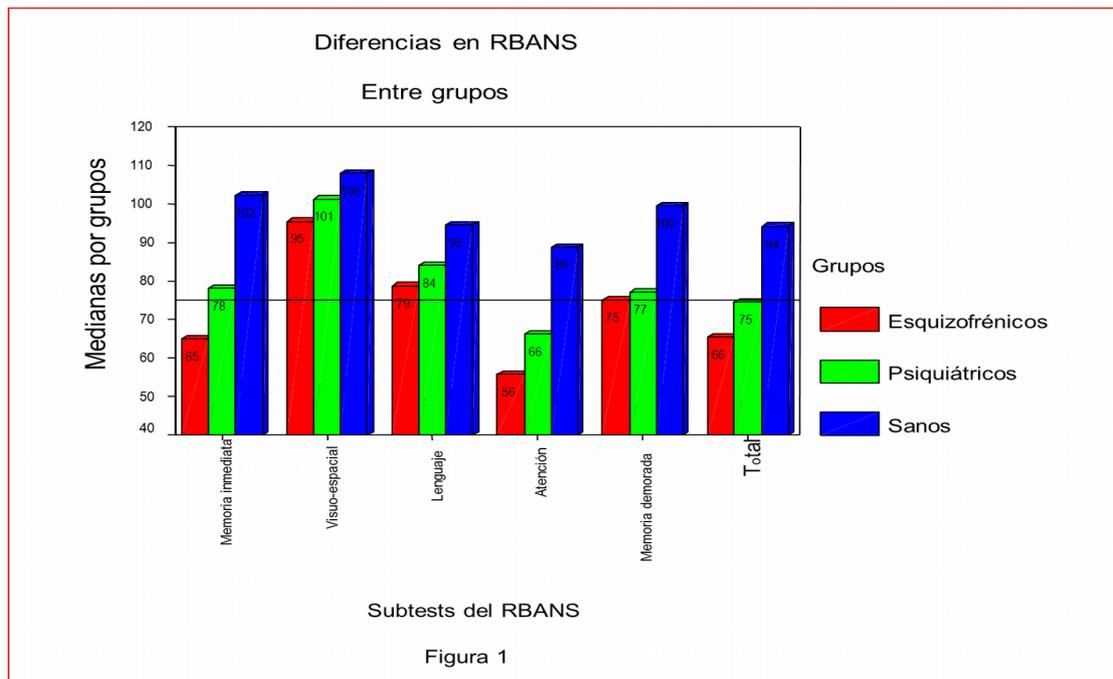


Figura 1. Diferencias en RBANS en pacientes con esquizofrenia, pacientes psiquiátricos no psicóticos y pacientes sanos.

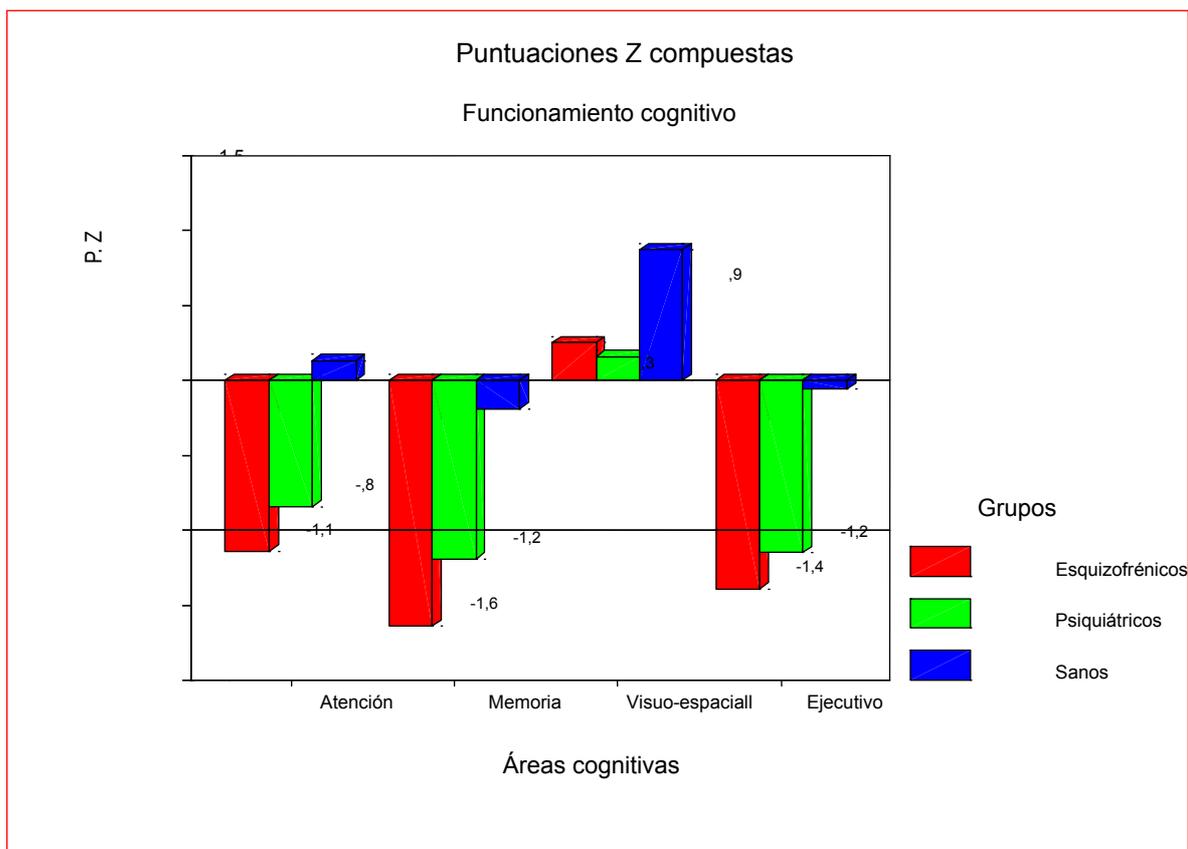
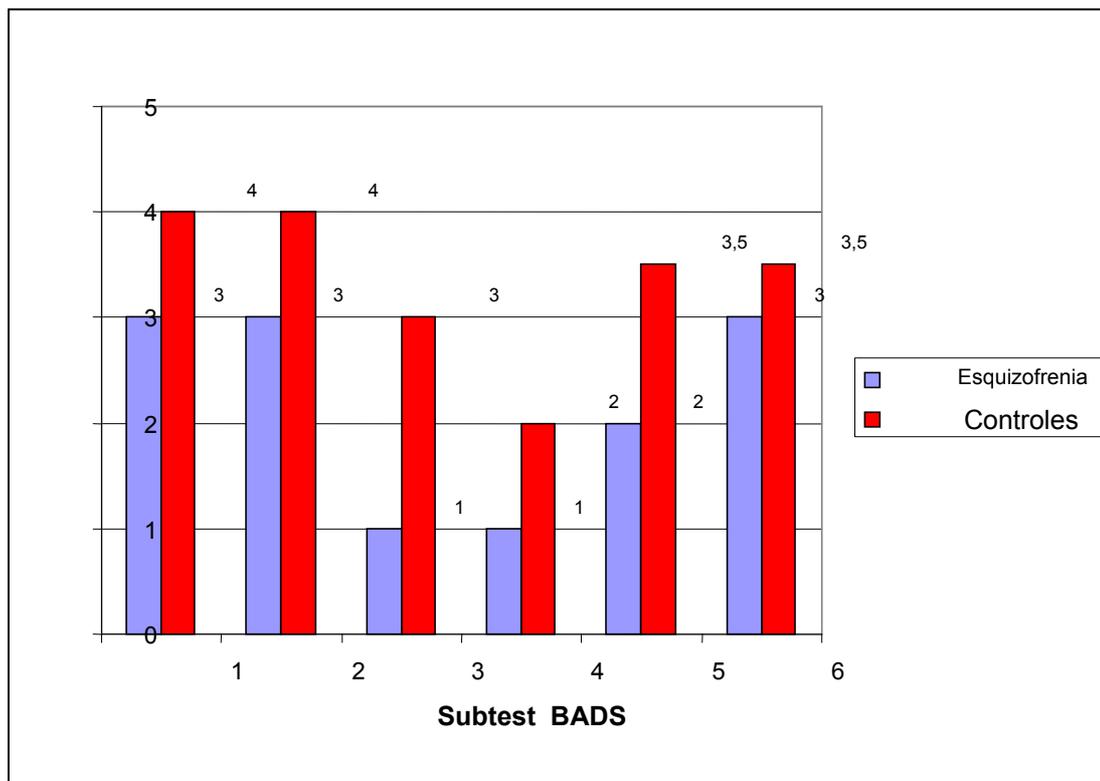


Figura 2. Rendimiento de sujetos de los tres grupos según áreas cognitivas mediante transformación de los test en puntuaciones Z.

**Estudio 2: Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome Battery (BADS) in Schizophrenia. A Pilot Study in the Spanish Population.**

- La proporción de pacientes con esquizofrenia que presentaban deterioro de la función ejecutiva en nuestra muestra fue de 47%.

- Podemos concluir que la BADS es una herramienta fiable y válida en la evaluación de la función ejecutiva en esquizofrenia. El diagnóstico de “deterioro de la función ejecutiva” puede emplearse como marcador de mayor gravedad de la enfermedad y de estado funcional más pobre (figura 3).



Eje x: 1: Cartas cambio de norma, 2: programa de acción, 3: búsqueda de la llave, 4: juicio temporal, 5: mapa de zoo, 6 : Suma 6 elementos.

*Figura 3. Diferencias por grupo en BADS.*

**Discusión**

Los déficits cognitivos son considerados una característica fundamental de la esquizofrenia ya que se observan en todas las fases de la enfermedad ([Nuechterlein, Ventura, Subotnik yBartzokis, 2014](#)), incluso antes de la aparición de psicosis (en las fases premórbidas) ([Kahn yKeefe, 2013](#)) y ([Keefe, 2014](#)), pudiendo predecir el inicio de la enfermedad entre las personas con alto riesgo de desarrollarla. Además, estos déficits

a menudo persisten durante las remisiones en pacientes sintomáticos y son relativamente estables a través del tiempo ([Nuechterlein et al., 2014](#)).

Existe evidencia suficiente de que la gravedad del deterioro varía entre las diversas áreas, pero existe discrepancia entre autores. Rajji, Miranda y Mulsant (2014) exponen que los déficits más graves se observaron en la velocidad de procesamiento de la información (al igual que Burton et al., 2013) y en la memoria verbal y visual, mientras que el procesamiento motor estaba menos afectado.

En una revisión [Lepage, Bodnar yBowie](#) (2014) encontraron que la memoria verbal es una de las áreas cognitivas más deterioradas estableciéndose como uno de los indicadores más relevantes del curso evolutivo. Frommann et al., 2011 sostienen que los déficits de memoria se asociaron con la aparición de los síntomas psicóticos y, por tanto, puede ser útil en la predicción de la psicosis y la orientación de intervención temprana.

Sin embargo, [Corigliano et al., \(2014\)](#) han encontrado que las principales áreas cognitivas afectadas varían según el tipo de paciente: déficits en la velocidad de procesamiento, visual-aprendizaje y la cognición social en individuos prodrómicos, en la memoria de trabajo en los pacientes con un primer episodio y en la atención en pacientes con varios episodios.

En cuanto al déficit en la memoria de trabajo en los pacientes con esquizofrenia, Zajenkowski, Styła e Jędrasik-Styła (2015) sugieren, que ésta puede explicarse, parcialmente, por el aumento del estado de preocupación (se centran en pensamientos irrelevantes sin relación con la actividad), justo antes de la tarea.

Un mejor rendimiento en las tareas verbales y menos episodios psicóticos se han asociado con un estado de remisión sintomatológica, mientras que un peor rendimiento en la tarea de memoria y más episodios psicóticos se relacionan con la hospitalización forzada ([de Nijs,Zoun yInvestigators, 2014](#)).

Como cabría esperar, [Wu, Dagg yMolgat](#) (2014) han encontrado correlación entre el deterioro cognitivo y el nivel educativo del paciente, la gravedad de la enfermedad y los síntomas negativos.

También se han descrito déficits metacognitivos en los pacientes con esquizofrenia, estando asociado con peor funcionamiento psicosocial y otras variables estrechamente vinculados a los resultados ([Lysaker et al., 2015](#)). [Prouteau et al.](#)(2015)

sostienen que la disfunción ejecutiva es un factor limitante para el “insight” neurocognitivo.

Por otra parte, se ha demostrado que existen pacientes con esquizofrenia sin déficit cognitivo que solo presentan deterioro en el área de cognición social. Pese a la normalidad en la cognición de estos pacientes, no se aprecia un mejor resultado (vida independiente) en la comunidad ([Muharib et al., 2014](#)).

En general, podemos decir que el impacto de la cognición en la capacidad de vivir en la comunidad se ha estudiado muy poco, existiendo un importante vacío en la literatura y tratándose de un tema relevante, ya que más del 80% de los pacientes con esquizofrenia vive en la comunidad (Rajji et al., 2014).

En definitiva, la mejora de los tratamientos para los síntomas cognitivos en la esquizofrenia es un área clave para la investigación futura, así como un esfuerzo por detectar los déficits cognitivos tempranos con el objetivo de un diagnóstico y tratamiento precoces ([Kahn y Keefe, 2013](#)).

## Conclusiones

1. Las alteraciones cognitivas pueden predecir una mala evolución a largo plazo de la enfermedad.
2. Las áreas clave de la función cognitiva que predicen la evolución son: la memoria, la atención y la función ejecutiva.
3. La función ejecutiva y la memoria son probablemente las áreas más significativas y se asocian a la capacidad para funcionar eficazmente en la sociedad.
4. El déficit cognitivo muestra una moderada asociación con la gravedad del trastorno y la sintomatología negativa.

## Referencias

- Bozikas, V.P., Kosmidis, M.H., Kiosseoglou, G. y Karavatos, A. (2006). Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 136–143.
- Burton, C.Z., Vella, L., Harvey, P.D., Patterson, T.L., Heaton, R.K. y Twamley, E.W. (2013). Factor structure of the MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 146, 244-248.

- Carbon, M. y Correll, C.U. (2014). Thinking and acting beyond the positive: the role of the cognitive and negative symptoms in schizophrenia. *CNS Spectrums*, 19, 38-52.
- [Corigliano, V.](#), [De Carolis, A.](#), [Trovini, G.](#), [Dehning, J.](#), [Di Pietro, S.](#), [Curto, M.](#), et al. (2014). Neurocognition in schizophrenia: from prodrome to multi-episode illness. *Psychiatry Research*, 220, 129-134.
- [De Nijs, J.](#), [Zoun, K.](#) y [Investigators, G.](#) (2014). The association between cognitive deficits and different outcomes of schizophrenia. *Psychiatria Polska*, 48, 1087-1104.
- Frommann, I., Pukrop, R., Brinkmeyer, J., Bechdolf, A., Ruhrmann, S., Berning, J., et al. (2011). Neuropsychological profiles in different at-risk states of psychosis: executive control impairment in the early--and additional memory dysfunction in the late--prodromal state. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 861-873.
- [Kahn, R. S.](#), y [Keefe, R. S.](#) (2013). Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA Psychiatry*, 70, 1107-1112.
- [Keefe, R.S.](#) (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, C. R.](#) (2014). Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 5-12.
- Loughland, C.M., Lewin, T.J., Vaughan, J.C., Sheedy, J. y Harris, A.W. (2007). RBANS neuropsychological profiles within schizophrenia samples recruited from non-clinical settings. *Schizophrenia Research*, 89, 234-242.
- [Lysaker, P.H.](#), [Vohs, J.](#), [Minor, K.S.](#), [Irarrázaval, L.](#), [Leonhardt, B.](#), [Hamm, J.A.](#), et al. (2015). Metacognitive Deficits in Schizophrenia: Presence and Associations With Psychosocial Outcomes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 530-536.
- [Muharib, E.](#), [Heinrichs, R.W.](#), [Miles, A.](#), [Pinnock, F.](#), McDermid Vaz, S. y [Ammari, N.](#) (2014). Community outcome in cognitively normal schizophrenia patients. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 20, 805-811.
- Nuechterlein, K.H., Ventura, J., Subotnik, K.L. y Bartzokis, G. (2014). The early longitudinal course of cognitive deficits in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 25-29.

- [Prouteau, A.](#), [Atzeni, T.](#), [Tastet, H.](#), [Bergua, V.](#), [Destailats, J.M.](#) y [Verdoux, H.](#) (2015). Neurocognitive insight and executive functioning in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 20, 64-71.
- Rajji, T.K., Miranda, D. y Mulsant, B.H. (2014). Cognition, Function, and Disability in Patients With Schizophrenia: A Review of Longitudinal Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 13–17.
- Randolph, C.H. (1998). *Repeatable battery for the assessment of neuropsychological status*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Reilly, J. L. y Sweeney, J. A. (2014). Generalized and specific neurocognitive deficits in psychotic disorders: utility for evaluating pharmacological treatment effects and as intermediate phenotypes for gene discovery. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 516-522.
- Salavati, B., Rajji, T.K., Price, R., Sun, Y., Graff-Guerrero, A. y Daskalakis, Z.J. (2015). Imaging-based neurochemistry in schizophrenia: a systematic review and implications for dysfunctional long-term potentiation. *Schizophrenia Bulletin*, 41, 44-56.
- [Sanz, J.C.](#), [Vargas, M.L.](#) y [Marín, J.J.](#) (2009). Battery for assessment of neuropsychological status (RBANS) in schizophrenia: a pilot study in the Spanish population. *Acta Neuropsychiatrica*, 21, 18-25.
- Sharma, T. y Antonove, L. (2003). Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences, and future treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 25–40.
- [Vargas, M.L.](#), [Sanz, J.C.](#) y [Marín, J.J.](#) (2009). Behavioral assessment of the dysexecutive syndrome battery (BADS) in schizophrenia: a pilot study in the Spanish population. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 22(2), 95-100.
- Wilson, B., Alderman, N. y Burgess, P. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS). Manual*. London: Harcourt Assessment.
- [Wu, C.](#), [Dagg, P.](#) y [Molgat, C.](#) (2014). A pilot study to measure cognitive impairment in patients with severe schizophrenia with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Schizophrenia Research*, 158, 151-155.
- Zajenkowski, M., Styła, R. y Jędrasik-Styła, M. (2015). [Task related stress and cognitive control in patients with schizophrenia](#). *Psychiatria Polska*, 49, 337-347.

## **SALUD FAMILIAR Y GESTIÓN FAMILIAR DE LA ENFERMEDAD EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE**

**Alejandro Jesús de Medina-Moragas, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, María José Fernández-Fernández y Marta Lima Serrano**

*Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla*

### **Resumen**

*Antecedentes:* Dadas las dificultades psicosociales asociadas al Trastorno Mental Grave, la familia como unidad puede ver alterada su Salud Familiar y Gestión de la Enfermedad, convirtiéndose en un núcleo de atención prioritario. *Objetivos:* sistematizar los resultados científicos vigentes y de calidad sobre la Salud Familiar y el Trastorno Mental Grave. *Método:* Revisión sistemática en seis bases de datos llevada a cabo por dos revisores independientes. Se seleccionaron artículos científicos de metodología observacional relacionados con el tema de estudio, publicados en los últimos cinco años, y de calidad metodológica moderada o fuerte. *Resultados:* Un buen clima familiar favorece el proceso de salud en estas familias, que generalmente se mantienen unidas con una adecuada integridad, aunque su funcionamiento está alterado por una carga elevada de cuidado y un deterioro en los roles individuales. La familia se vuelca para apoyar a la persona con el problema de salud y participar en su proceso asistencial, aunque a menudo se implican demasiado, aumentando el impacto del cuidado y pudiendo disminuir la autonomía de la persona afectada. Hay numerosos recursos que proporcionan a la familia una mayor resiliencia para afrontar los acontecimientos estresantes, estas familias suelen utilizar estrategias iniciales de evitación que dejan paso a unas más activas y centradas en el problema. Un afrontamiento correcto favorece la normalización familiar, que en estas familias suele ocurrir con éxito. *Conclusiones:* La Salud Familiar y la Gestión Familiar de la Enfermedad se ven afectadas en cada una de sus dimensiones en familias encargadas de cuidar a personas con Trastorno Mental Grave. Las dimensiones de la Salud Familiar se relacionan estrechamente con el curso de la enfermedad y la salud de los miembros de la familia.

**Palabras clave:** Salud Familiar, Gestión Familiar de la Enfermedad, Trastorno Mental Grave, Revisión sistemática.

## **FAMILY HEALTH AND FAMILY DISEASE MANAGEMENT IN SEVERE MENTAL DISORDER**

### **Abstract**

**Introduction:** Given the psychosocial difficulties associated with Severe Mental Illness, the family as a unit may be altered its Family Health and Disease Management, becoming a core priority attention. **Objectives:** To systematize the existing scientific results and quality information on Family Health and Mental Disorder Grave. **Method:** Systematic review in six databases conducted by two independent reviewers. Observational articles related to the topic of study, published in the last five years with moderate or strong methodological quality were selected. **Results:** A good family climate favors the process of health in these families, usually held together with an appropriate integrity, but its operation is altered by a high burden of care and a deterioration in individual roles. The family goes out to support the person with health problems and participate in their care process, but too often involve increasing the impact of care and may reduce the autonomy of the individual concerned. There are numerous resources that provide the family a greater resilience to cope with stressful events, these families often use initial avoidance strategies that give way to a more active and focused on the problem. Proper coping fosters family normalization, which often happens in these families successfully. **Conclusions:** Family Health and Family Disease Management are affected in each of its dimensions in family caregivers for people with Severe Mental Illness. The dimensions of the Family Health are closely related to the course of the disease and the health of family members.

**Keywords:** Family Health, Family Disease Management, Severe Mental Disorder, Systematic Review.

### **Introducción**

El *Trastorno Mental Grave* hace referencia a un grupo heterogéneo de personas que sufren trastornos psiquiátricos graves con alteraciones mentales de duración



prolongada y un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos socio-sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (National Institute of Mental Health, 1987).

Mediante la creación del movimiento de La Reforma Psiquiátrica se adoptó el modelo comunitario, asistiendo al paciente con Trastorno Mental Grave sin extraerlo de su contexto social (Ley 14/1986 de 25 de abril). Esta desinstitucionalización implica que la familia tiene que hacer frente a situaciones derivadas de la enfermedad de su familiar. En España, se calcula que el 80% de personas con enfermedad mental viven con sus familias, que tienen que prestar asistencia continua en su vida diaria. Esto puede modificar la salud de los familiares, que se constituyen como la principal fuente de cuidados y socialización en estos pacientes (Tourinho, Inglott, Baena, Fernández y Álvarez, 2004).

La *Salud Familiar* es el funcionamiento efectivo de la familia en su contexto social, fomentando la salud, el desarrollo y el bienestar de sus miembros. Dicho concepto ha sido operativizado fragmentándolo en cinco dimensiones (Lima, Lima, Jiménez y Domínguez, 2012):

- *Clima social de la familia*: ambiente interno de la unidad familiar y la capacidad de la familia para proporcionar un entorno favorable caracterizado por las relaciones y los objetivos de los miembros de la familia.
- *La integridad de la familia*: grado de unión entre los miembros de la familia y su capacidad para mantener la cohesión y los vínculos emocionales.
- *El funcionamiento de la familia*: capacidad del sistema familiar para satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo, permitiendo el mantenimiento de las rutinas y procesos familiares y de un entorno seguro y protector, manteniendo así su funcionalidad.
- *Resiliencia familiar*: capacidad de la familia para una adaptación y funcionamiento positivos después de una adversidad o crisis significativa.
- *Afrontamiento de los problemas de la familia*: capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia.

Además, cuando se trata de familias con un miembro que sufre una enfermedad, como es el caso de las familias de personas con Trastorno Mental Grave, es necesario atender a una *Gestión Familiar de la Enfermedad* que genere un ambiente familiar positivo, con estabilidad afectiva y modos de afrontamiento adecuados que permitan a

la persona que tiene la enfermedad y al conjunto de miembros de la unidad familiar adaptarse a la crisis y obtener los servicios y recursos que precisan para satisfacer sus necesidades. Este constructo se divide fundamentalmente en tres dimensiones (Lima et al., 2012):

- El *apoyo familiar durante el tratamiento*: capacidad de la familia para estar presente y proporcionar apoyo emocional a una persona sometida a un tratamiento.
- La *participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional*: capacidad de la familia para participar en la toma de decisiones, la prestación de la asistencia y la evaluación de la asistencia proporcionada por el personal sanitario.
- *Normalización de la familia*: capacidad de la familia para desarrollar estrategias para su funcionamiento óptimo cuando uno de sus miembros tiene una enfermedad crónica o discapacidad, adaptándose a la situación y generando los cambios necesarios para mantener sus funciones.

Los conocimientos sobre la Salud Familiar en estos trastornos están dispersos y no se ha encontrado ningún estudio que los sintetice abarcando todos los resultados de la Salud Familiar, por lo que se considera justificado hacer una revisión sistemática sobre un tema de tal calado.

*Objetivo*: sistematizar los resultados científicos vigentes y de calidad sobre la Salud Familiar, la Gestión Familiar de la Enfermedad y el Trastorno Mental Grave.

## **Método**

### *Diseño*

Se realizó una revisión sistemática según las pautas que marca la Declaración PRISMA, que establece los ítems que debe tener una revisión sistemática para ser considerada un estudio de calidad (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009).

### *Instrumentos utilizados*

Las bases de datos utilizadas fueron: Pubmed, CINAHL, Scopus, WOS, PsycINFO y Psycodoc. La calidad metodológica de los registros obtenidos fue valorada mediante la herramienta *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*, que ha demostrado ser útil en las revisiones sistemáticas de estudios aleatorizados y no aleatorizados (Thomas, 2003).

### Procedimiento

Se realizó la búsqueda durante el mes de marzo del 2014 por parte de dos revisores independientes. Cada uno de los revisores llevó a cabo dos cribados o selecciones de los artículos y una valoración de la calidad metodológica.

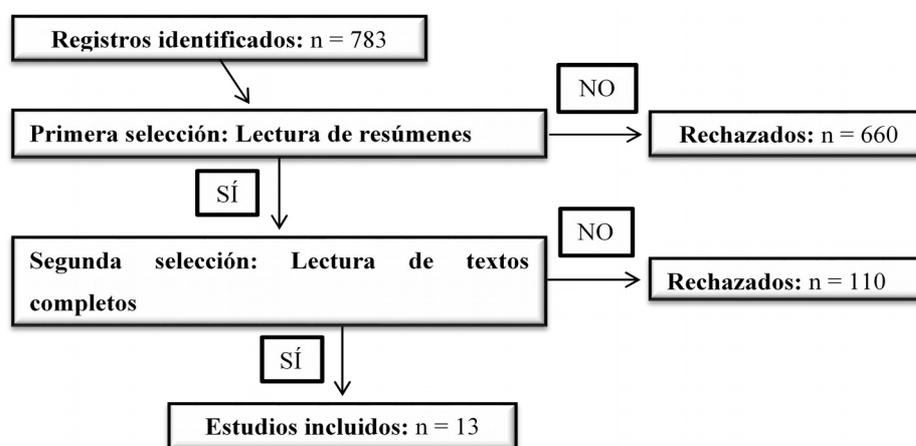
Una vez seleccionados los artículos definitivos, se clasificaron los resultados, dividiéndolos por categorías y englobándolos en las diferentes dimensiones de la Salud Familiar y Gestión Familiar de la Enfermedad para tener una visión ordenada del problema. Con estos datos, se realizó una síntesis cualitativa de los resultados.

### Participantes

Para minimizar los sesgos, se definieron una serie de criterios de inclusión: se incluirían artículos originales de investigación de corte descriptivo con relación directa con la Salud Familiar, la Gestión Familiar de la Enfermedad y el Trastorno Mental Grave, de calidad moderada o fuerte y publicados en los cinco años anteriores a la fecha de búsqueda.

### Resultados

El total de registros obtenidos en la búsqueda fue de 783. En la *Figura 1* se detallan los registros aceptados y rechazados en cada base de datos durante los dos cribados. Después de la valoración de la calidad metodológica, trece artículos fueron los seleccionados para su inclusión en el estudio. Los artículos resultantes contaban con una considerable heterogeneidad entre sí, por lo que no fue posible hacer un análisis estadístico de los resultados.



*Figura 1.* Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios.

Seguidamente, se sintetizan los hallazgos obtenidos en esta muestra dentro de las distintas dimensiones de la Salud Familiar y la Gestión Familiar de la Enfermedad.

*Clima social de la familia:* una alta cohesión familiar percibida, caracterizada por un estilo democrático con cercanía en las relaciones familiares y un entorno familiar expresivo y sociable guarda relación con una mejor evolución del trastorno (Dadic-Hero et al., 2013). Por el contrario, los pacientes que viven en entornos familiares carentes de estilo democrático, donde hay alta crítica y hostilidad y baja calidez emocional sufren un empeoramiento sintomatológico (Schlosser et al., 2010).

*Integridad de la familia:* estas familias suelen mantener una integridad familiar adecuada, con actitudes de cercanía, protección y asistencia, manteniéndose unidas pese a las dificultades (de Sousa, Marques, Rosário y Queirós, 2012).

*Funcionamiento de la familia:* las modificaciones más importantes se refieren generalmente al desempeño y distribución de roles familiares: el menor funcionamiento global de las personas con Trastorno Mental Grave (Magliano et al., 2009) asociado a un pobre funcionamiento en su rol, aumenta la carga familiar de cuidado, dificultando el desempeño del rol de cuidador (Hjärthag, Helldin, Olsson y Norlander, 2012). Esto conlleva en los familiares encargados del cuidado un riesgo elevado de síntomas psiquiátricos, abuso de sustancias psicoactivas, e incluso trastornos físicos u orgánicos (Hsiao y Riper, 2009).

*Resiliencia familiar:* la disminución del impacto negativo del Trastorno Mental Grave sobre la familia, incluso cuando éste es de largo recorrido, se asocia con altos niveles de esperanza en la familia, percepciones positivas sobre la enfermedad (Barrowclough, Gooding, Hartley, Lee y Lobban, 2014), calidez emocional entre los familiares, una adecuada red de apoyo social (Hsiao y Riper, 2009), la capacidad de exteriorizar los problemas y buscar ayuda (Chien, Yeung y Chan, 2014), realización de actividades de ocio (Zahid y Ohaeri, 2010), altos niveles educativos (de Sousa et al., 2012) y económicos (Zahid y Ohaeri, 2010) y un sistema sanitario de calidad (Magliano et al., 2009).

*Afrontamiento de los problemas de la familia:* Predomina en estas familias un locus de control externo en el que perciben que lo que acontece a su familia depende más de factores externos que de la propia familia (Dadic-Hero et al., 2013), por lo que se atribuyen poca responsabilidad de la enfermedad y sus síntomas. Son poco frecuentes las estrategias de evitación del problema con un afrontamiento centrado en la emoción

que puede llevar al uso de alcohol u otras drogas. Éste predomina en las primeras fases de la enfermedad, dejando paso posteriormente a estrategias de afrontamiento centrado en el problema, en las que se enfocan en él en lugar de intentar ignorarlo (de Sousa et al., 2012).

*Apoyo familiar durante el tratamiento:* una mayor dedicación al cuidado se asocia con una mejora en la calidad de vida y sintomatología del paciente, es decir, a más carga soporta el cuidador, mejor calidad de vida tiene la persona con el trastorno mental a costa de la de su familiar (Zahid y Ohaeri, 2010). En cualquier caso, cabe resaltar que esta dedicación del cuidador debe ser la necesaria, pues el hecho de que los familiares se impliquen excesivamente en los cuidados puede ser negativo para el curso de la enfermedad, ya que se dificulta la independencia y autonomía del paciente, que tomará menos decisiones por sí mismo y asumirá menos responsabilidades (Schlosser et al., 2010).

*Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional:* el desgaste que produce el desarrollo de la enfermedad puede provocar que los familiares pierdan con frecuencia la confianza en los profesionales sanitarios, dejando de considerarles como un recurso de apoyo práctico y psicológico (Magliano et al., 2009).

*Normalización de la familia:* las actitudes de coerción o discriminativas por parte de la familia suelen aparecer en las primeras fases de la enfermedad, cuando se dispone de menos recursos para manejar la situación y la carga del cuidado es pesada, sobre todo si la relación afectiva entre los familiares no es estrecha. Sin embargo, es común que la familia se adapte a las dificultades con éxito, superándolas y habituándose a la situación de salud (de Sousa et al., 2012).

## **Discusión/Conclusiones**

Esta revisión sistemática ha permitido identificar y seleccionar aquellos estudios de investigación vigentes y de calidad que reflejan la influencia recíproca del Trastorno Mental Grave y las distintas dimensiones de la Salud Familiar y la Gestión Familiar de la Enfermedad.

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. La participación de dos revisores independientes y la valoración de la calidad de los artículos seleccionados eliminaron parte de los sesgos que pueden afectar a los estudios de revisión sistemática.

A la luz de los resultados que arroja esta revisión sistemática, se concluye que la Salud Familiar y la Gestión Familiar de la Enfermedad se ven afectadas en cada una de sus dimensiones en familias encargadas de cuidar a personas con Trastorno Mental Grave. Las dimensiones de la Salud Familiar se relacionan estrechamente con el curso de la enfermedad y la salud de los miembros de la familia.

### Referencias

- Barrowclough, C., Gooding, P., Hartley, S., Lee, G., y Lobban, F. (2014). Factors associated with distress in relatives of a family member experiencing recent-onset psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(1), 40-46.
- Chien, W. T., Yeung, F. K., y Chan, A. H. (2014). Perceived stigma of patients with severe mental illness in Hong Kong: Relationships with patients' psychosocial conditions and attitudes of family caregivers and health professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(2), 237-251.
- Dadic-Hero, E., Ruzic, K., Zarkovic, T., Graovac, M., Siuc-Valkovic, D., Knez, R., et al. (2013). Relations between the Course of Illness, Family History of Schizophrenia and Family Functioning in Persons with Schizophrenia. *Collegium Antropologicum*, 37(1), 47-55.
- Hjärthag, F., Helldin, L., Olsson, A. K. y Norlander, T. (2012). Family burden and functional assessment in the Swedish CLIPS-study: do staff and relatives agree on individuals with psychotic disorders' functional status? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(4), 581-587.
- Hsiao, C. Y., y Riper, M. V. (2009). Individual and family adaptation in Taiwanese families of individuals with severe and persistent mental illness (SPMI). *Research in Nursing & Health*, 32(3), 307-320.

- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- Lima, J. S., 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.
- Magliano, L., Orrico, A., Fiorillo, A., Vecchio, H. D., Castiello, G., Malangone, C., et al. (2009). Family burden in bipolar disorders: results from the Italian Mood Disorders Study (IMDS). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(02), 137-146.
- 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.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Rockville, MD: Division of Education and Service Systems Liaison.
- Schlosser, D. A., Zinberg, J. L., Loewy, R. L., Casey-Cannon, S., O'Brien, M. P., Bearden, C. E., et al. (2010). Predicting the longitudinal effects of the family environment on prodromal symptoms and functioning in patients at-risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 118(1), 69-75.
- Sousa, S. D., Marques, A., Rosário, C. y Queirós, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(4), 186-197.
- Thomas, H. (2003). *Quality assessment tool for quantitative studies*. Effective Public Health Practice Project. McMaster University, Toronto.
- Touriño, R., Inglott, R., Baena, E., Fernández, J. y Álvarez, C. A. (2004). *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.
- Zahid, M. A., y Ohaeri, J. U. (2010). Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10(1), 71.

## TERAPIA GRUPAL EN EL MUTISMO SELECTIVO

**Inés Bello-Pombo\***, **María Cristina Laiz-Reverte\*\***, **Yolanda Blaya-Sánchez\***,  
**Josefa Belén Murcia-Liarte\***, **Silvia Bravo-Gómez\*** y **Mercedes Rocío Raposo-  
Hernández \*\*\***

*\*PIR Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena); \*\*Psicóloga  
Especialista en Psicología Clínica CSM Infanto-Juvenil (Cartagena); \*\*\*MIR  
Psiquiatría Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)*

### Resumen

Antecedentes: El Mutismo Selectivo es un "Trastorno del comportamiento social de inicio habitual en la infancia", según la clasificación CIE-10, mientras que el DSM 5 lo ubica dentro de los "Trastornos de ansiedad", ya que la gran mayoría de los niños con este diagnóstico tienen un componente de ansiedad social importante, por lo que los programas psicológicos para dicho trastorno tienen esta esfera presente. Método: Se plantea una terapia grupal breve de 8 sesiones semanales de 2 horas de duración para niños con edades comprendidas entre los 6 y los 8 años y con diagnóstico de Mutismo Selectivo, además de una sesión familiar. Se trabaja sobre todo desde un enfoque cognitivo-conductual centrado en las habilidades sociales, emociones, ansiedad social, y otras características como la hipersensibilidad, la tolerancia a la frustración y la hiperexigencia. Resultados: La satisfacción con el tratamiento ha sido elevada, tanto por parte de los niños como de los padres y de los profesores. El 75% de los participantes del grupo pudieron hablar durante la terapia. Los resultados se generalizaron al colegio en donde los profesores refirieron que los niños estaban más comunicativos verbalmente con los compañeros, y más sociables. Conclusión: La terapia grupal se presenta como una alternativa útil para la generalización de las pautas aprendidas en el grupo, así como un espacio de encuentro en donde los padres pueden ser partícipes activamente de la evolución de sus hijos y de los puntos en común con otras familias, logrando una interiorización mayor de los posibles factores que originan y mantienen dicho diagnóstico.

**Palabras clave:** Mutismo selectivo, terapia grupal, familia

## GROUP THERAPY IN SELECTIVE MUTISM

### Abstract

Background: From Selective Mutism is a "social behavior disorder usual starting in childhood," according to the ICD-10 classification, while the DSM 5 which lies within the "anxiety disorders", as the vast majority of Children with this diagnosis are an important component of social anxiety, so that psychological programs for the disorder have this present sphere. Method: A brief group therapy 8 weekly sessions of 2 hours for children aged between 6 and 8 years and diagnosed with selective mutism is proposed, along with a family session. It works mainly from a cognitive-behavioral approach focused on social skills, emotions, social anxiety, and other characteristics such as sensitivity, tolerance to frustration and high demand. Results: Satisfaction with treatment was high, both for children and parents and teachers. 75% of the group participants could talk about in therapy. The results are generalized to school where teachers reported that children were more communicative verbally with peers, and more sociable. Conclusion: Group therapy is presented as a useful alternative to the generalization of patterns learned in the group as well as a meeting place where parents can participate actively in the development of their children and in common with other families, achieving greater internalization of the possible factors that cause and maintain this diagnosis.

**Keywords:** Selective mutism, group therapy, family

### Introducción

Con la publicación del DSM-III (1980) el diagnóstico de Mutismo Selectivo pertenecía a una categoría diferente del diagnóstico de Fobia Social, lo que se mantuvo en ediciones posteriores. En la Clasificación Diagnóstica DSM-IV y en su edición revisada, el Mutismo Selectivo estaba incluido dentro de epígrafe de "Otros trastornos de inicio en la infancia y en la adolescencia", pero los múltiples estudios realizados indicaron continuamente su marcado solapamiento con los síntomas de la Fobia Social, incluida bajo el epígrafe de "Trastornos de Ansiedad". Es habitual que los niños con mutismo selectivo padezcan también fobia social o algún otro diagnóstico de Trastorno de Ansiedad; también ocurre que cuando ya no se cumplen criterios para el diagnóstico

de Mutismo Selectivo, la persona siga experimentando molestias en situaciones sociales (Keeton y Crosby, 2012). La relación entre los diagnósticos también aparece en otros aspectos como niveles similares de ansiedad, comorbilidad, antecedentes familiares de ansiedad y tendencia a la inhibición conductual.

Debido a los avances científicos comentados, los actuales criterios diagnósticos del DSM-5 (2015) conceptualizan el Mutismo selectivo dentro de la categoría diagnóstica de los Trastornos de Ansiedad, y definen el Mutismo Selectivo como un fracaso constante para hablar en situaciones sociales concretas en las que existe la expectativa por hablar, a pesar de hacerlo en otras situaciones (Criterio A); además la alteración interfiere en los logros educativos o laborales (Criterio B); la duración del trastorno es de al menos un mes (no limitándose al primer mes de escuela; Criterio C), como criterios excluyentes (D y E) se indica que la alteración no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social; no se explica mejor por un trastorno de la comunicación, y no se produce sólo durante el curso de un trastorno del espectro autista ni ningún trastorno psicótico. Es decir, la nueva clasificación del DSM-5 puede facilitar la comprensión de este trastorno y mejorar las estrategias de tratamiento.

La prevalencia del Mutismo Selectivo oscila según algunos estudios entre 0,11% y 0,5%, otros, entre 0,18% y 1,98% (Elizur y Perednik, 2003). El Mutismo Selectivo tiende a aparecer entre los 2.7 y 3.7 años. Los síntomas pueden llegar a su manifestación más aguda cuando los niños entran en la escuela por primera vez y el problema persiste más de un mes. Las investigaciones longitudinales muestran que la sintomatología mutista se desarrolla a lo largo de 8 años aproximadamente, después de los cuales, el síntoma clave desaparece (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen y Gutenbrunner, 2001), aunque sí siguen presentando dificultades en la comunicación, bajo rendimiento académico y mayores tasas de trastornos mentales (Steinhausen, Wachter, Laimbo y Winkler, 2006), entre los que destacan los Trastorno de ansiedad por separación, altas tasas de timidez y síntomas somáticos, problemas de eliminación, retraso del habla o trastornos de la comunicación.

Dentro de las similitudes entre la Fobia Social y el Mutismo Selectivo se puede destacar que ambos tienden a tener una aparición gradual, a menudo presente desde el inicio de la infancia y se relacionan con la inhibición conductual, y suelen presentar un curso estable. La asociación entre inhibición conductual y Mutismo Selectivo se basa en

las características compartidas que tienen como la renuencia a hablar, la timidez a lo largo de la vida, la dificultad para responder a situaciones nuevas y a las transiciones vitales.

Como características específicas del mutismo se pueden destacar las siguientes: Incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas cuando es de esperar que hable, pese a hacerlo en otras situaciones; capacidad de comunicación a través de gestos, movimientos, sacudidas, estirando o empujando; presencia ocasional de verbalizaciones monosilábicas con tendencia a producirse de manera monótona o con voz alterada. Sin embargo, la complejidad y comorbilidad de este diagnóstico se encuentra en sus características asociadas, entre las que se destacan (según DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association [APA], 2002): timidez excesiva, miedo a la evaluación de otros, aislamiento y retraimiento social, “pegarse” a otros, rasgos compulsivos, negativismo o comportamiento controlador usualmente en casa, posibles trastornos de la comunicación y/o trastornos de ansiedad (el más frecuente es la fobia social). Además si la fobia social es grave, los síntomas de ansiedad pueden ser crónicos. Muchos niños con Mutismo Selectivo muestran evidencia de adquisición retraso del habla o mala articulación (Kristensen, 2000).

Varios estudios señalan el papel de los factores genéticos en la etiología del Mutismo Selectivo. En un estudio, alrededor del 70% de los familiares de primer grado de niños con Mutismo Selectivo tenían antecedentes de ansiedad social y timidez, y el 37% de los familiares de primer grado tenía un historial de Mutismo Selectivo (Black y Uhde, 1995). Además, el 78% de los familiares de primer grado en otra muestra, obtuvieron síntomas de pobre producción del lenguaje, timidez extrema, y trastornos del lenguaje, con tasas de concordancia de Mutismo Selectivo en familiares de primer grado hasta el 27% (Remschmidt et al., 2001).

Es preciso tener en cuenta todas estas características centrales y dificultades asociadas a la hora de realizar programas de tratamiento que resulten eficaces para esta población. Dentro de los tratamientos psicológicos eficaces destaca la terapia de corte cognitivo conductual en la que hay que tener en cuenta la madurez cognitiva y emocional del niño, la posibilidad de involucrar a padres/cuidadores, cuya duración esté comprendida entre 8-12 sesiones de 90 minutos de duración, con grupos de niños de la misma edad. Como elementos centrales (Olivares, Macià y Méndez, 1991), dicha terapia estaría compuesta por la psicoeducación, entrenamiento en estrategias de

relajación, exposición a situaciones sociales temidas o evitadas a través de una jerarquía gradual, estrategias de afrontamiento activas y positivas, entrenamiento en habilidades sociales y oportunidades para ensayar habilidades en situaciones sociales. Con respecto a los padres es útil realizar una psicoeducación y entrenamiento de habilidades para los padres, para promover y reforzar la exposición del niño a las situaciones y el desarrollo de habilidades sociales temidas o evitadas. Otras revisiones de los programas de tratamiento empleados en el Mutismo Selectivo recomiendan un plan de tratamiento individualizado multidisciplinar basado en la escuela, en el que se impliquen maestros médicos y padres.

## **Método**

### *Participantes*

Los participantes son niños con diagnóstico de Mutismo Selectivo derivados por los profesionales del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cartagena para la realización de este grupo. El número de participantes fue de tres niñas y un niño; otra niña fue derivada para iniciar terapia grupal pero ella misma rechazó el tratamiento. Todos los participantes tenían diagnóstico principal Mutismo Selectivo, y una de las niñas presentaba un Trastorno de la Comunicación a estudio. Las edades estaban comprendidas entre los 6 y los 9 años. Otros datos sociodemográficos importantes sobre las familias es que todas las familias presentaban una estructura tradicional familiar: padres casados y con varios hijos del mismo matrimonio. El niño era hijo de inmigrantes nórdicos pero tenía nacionalidad española.

### *Materiales/Instrumentos utilizados*

Materiales de dibujo, cartulinas, folios, colores, juegos en general. Situaciones y láminas para trabajar las habilidades sociales. Material escrito entregado a los padres donde aparecen diferentes pautas de manejo.

### *Procedimiento*

El programa se compone de un total de 10 sesiones: 8 con los pacientes y 2 intercaladas con los padres. En estas sesiones con los padres se permite la entrada de los

pacientes, se les permite participar si lo desean pero en ninguna sesión lo hacen y prefieren permanecer en la misma estancia pero jugando entre ellos.

En las sesiones grupales con los niños se trabajó sobre todo la comunicación a través del juego, empleando materiales como una pizarra, colores, folios... todos los materiales utilizados tenían diferentes colores, texturas y formas para trabajar de manera indirecta la creatividad y la espontaneidad. También se tuvo presente que los materiales fuesen individualizados y cada niño trabajaba con los que había elegido, lo que facilitaba que cada uno tuviese su espacio individual dentro del espacio grupal, además que las actividades realizadas en la sesión podían ser compartidas con la familia o con las terapeutas una vez finalizado el grupo.

También se realizó un entrenamiento básico en habilidades sociales: hacer peticiones, dar las gracias, decir que no... Se insistió en la importancia de hablar de las emociones, validándolas y poniendo nombres y colores a cada una, porque se vio que eran niños con dificultades para expresar determinados tipos de emociones negativas y poder comunicarlas.

Otra estrategia fue el fomentar la cohesión grupal a través del juego compartido, que facilitase la empatía, el respeto y el ritmo de cada uno a la hora de iniciar el cambio.

Para promover el habla se empleó inicialmente un enfoque no-directivo, permitiendo que cada niño se expresase como considerase conveniente. Una vez iniciada la comunicación verbal se permitía que fuese en todo de voz bajo y facilitando espacios para ello como “el lugar para hablar”, poco a poco se fue adoptando un enfoque más conductual desvaneciendo los estímulos como “el lugar para hablar”, ignorando conductas de demanda de atención no verbales, y reforzando los progresos y tono de voz adecuado.

En las sesiones grupales familiares se procedieron a dar pautas a los padres para impedir la sobreprotección de los hijos pero que al mismo tiempo mostrasen su apoyo y ayuda; también se trabajaron diferentes hipótesis que explicasen el origen del trastorno en sus hijos: timidez, mutismo como algo genético (en todas las familias al menos uno de los progenitores tuvo síntomas de mutismo selectivo en la infancia, aunque no fue diagnosticado en su momento), imitación de los hermanos mayores (en varias familias los hermanos mayores habían experimentado síntomas del mutismo selectivo, aunque no tan graves ni persistentes como el hijo diagnosticado), llamadas de atención y cuidado, formas de relacionarse de los padres con el entorno (inhibición, “no hables con

extraños”, dificultad en la expresión de emociones) y formas de relacionarse de los padres con los hijos (en todas las familias se observó que los padres eran excesivamente críticos y muy centrados en los fallos y defectos, proporcionando poco refuerzo positivo, lo que aumentaba la autoexigencia de sus hijos).

### *Diseño*

El diseño fue una terapia grupal de corte cognitivo-conductual además de intervenciones con juegos, con sesiones grupales con los pacientes y sesiones grupales familiares.

### **Resultados**

Después del tratamiento, las tres niñas hablaban a un volumen y tono normales. El niño habló pero siempre con ayuda de la terapeuta, sin embargo, mejoró sus habilidades sociales siendo capaz de decir “no” en varias ocasiones y sin mostrar una conducta tan sumisa como al inicio del tratamiento, este resultado podría estar influido por la corta edad del niño, ya que era el más pequeño de todos. Los padres mostraron su satisfacción con el tratamiento y agradecieron especialmente las sesiones multifamiliares en donde se pudieron trabajar pautas y problemas que todos compartían, así como verse reflejados en otras familias, lo que sirvió para moldear su función como modelos de aprendizaje de sus hijos.

Otro resultado importante es que a pesar de que no se hizo intervención explícita en los colegios de niños, en todos ellos notaron mejoría, refiriendo que los niños se encontraban más sociables y participativos en las clases. Ninguno de los colegios solicitó pautas de manejo a pesar de que se les propuso la opción.

### **Discusión/Conclusiones**

Sería interesante proporcionar un tratamiento más largo a este tipo de pacientes, ya que una vez que inician el habla sería necesario poder abordar con ellos otras cuestiones como dedicar más tiempo al trabajo de las habilidades sociales, facilitar la expresión de emociones y poder realizar un trabajo corporal, ya que destaca su rigidez y falta de espontaneidad. Estas características corporales podrían estar relacionadas con que los padres de estos niños ejercen más control sobre las interacciones entre padres e hijos propiciando rigidez y tensión. Además, estas familias son menos activas

socialmente, están menos involucradas en actividades de esparcimiento, y ofrecen menos oportunidades para la socialización (Bruch y Heimberg, 1994).

Sin duda es interesante intercalar sesiones familiares para recordar pautas, resolver dudas, abordar de manera más directa determinadas dinámicas familiares que pueden estar interfiriendo y manteniendo el cuadro diagnóstico. Se ha sugerido recientemente (Sharkey y McNicholas, 2008) que el estilo de crianza caracterizado por una crianza sobreprotectora, caracterizados por actitudes de los padres sobre controladoras, ansioso y demasiado exigentes podría ser otro posible factor etiológico. A un nivel más del comportamiento, sin embargo, un estudio observacional por Edison et al. (2011) demostraron que los padres de niños con Mutismo Selectivo parecen ser más controladores y sobreprotectores con sus hijos.

Existen otras opciones como adaptar tratamientos cognitivos conductuales de ansiedad al Mutismo Selectivo, que incluyan formación para los padres, la colaboración de la escuela, y la psicoeducación acerca del trastorno. Estas opciones suelen simplificar el componente de reestructuración cognitiva y aumentar el elemento de exposición a situaciones temidas o evitadas (Keeton y Crosby, 2012).

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Black, B., y Uhde, T.W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847–856.
- Bruch, M.A. e Heimberg, R.G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(2), 155– 168.
- Edison, S. C., Evans, M. A., McHolm, A. E., Cunningham, C. E., Nowakowski, M. E., Boyle, M., y Schmidt, L. A. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 270–290.
- Elizur, Y., y Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451–1459.

- Keeton, C.P., y Crosby, M.G. (2012). Social Phobia and Selective Mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, 621–641.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249–256.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1991). *Revisión de estudios de caso único sobre mutismo electivo* (manuscrito). Departamento de Metodología y Análisis del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., y Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 284–296.
- Sharkey, L., y McNicholas, F. (2008). ‘More than 100 years of silence’, elective mutism: a review of the literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 255–263.
- Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimbo, K., y Winkler, C. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 751–756.

## OBESIDAD MÓRBIDA EN LA ADOLESCENCIA DESDE LA PERSPECTIVA RELACIONAL – SISTÉMICA

**Jose Joaquin García-Arenas, Jose María Gabari-Ledesma, Antonia Sánchez-López, M<sup>a</sup> Ascensión Albacete-Belmonte, Jesús Onofre Valera-Bernal y M<sup>a</sup> Milagros García-Arenas**

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

### Resumen

**Antecedentes:** La obesidad mórbida asociada a trastornos de sobreingesta es uno de los aspectos menos estudiados en el campo de los trastornos alimentarios. Pensamos que es necesario tomar conciencia de la gravedad que implica esta patología tanto a nivel orgánico como psicológico. Para ello, proponemos intervenir desde un modelo relacional que considere la dimensión emocional del trastorno, el significado del cuerpo como medio de expresión del sufrimiento y el sobrepeso como metáfora de una mala distribución de los “pesos familiares”. Los objetivos son: sensibilizar acerca de las implicaciones emocionales y relacionales de la obesidad mórbida en la adolescencia, e ilustrar la intervención terapéutica sobre un caso de obesidad mórbida desde el modelo sistémico. **Método:** La paciente, de 12 años, inicia seguimiento en nuestro Centro de Salud Mental en 2011, refiriendo historia de obesidad previa agravada por ingesta compulsiva. Los padres refieren “dificultades para controlarla”. Verbaliza sentimientos de soledad, vacío, tristeza y ansiedad significativos. La intervención psicoterapéutica se dirige a potenciar aspectos personales adaptativos y normalizar hábitos alimentarios mediante el trabajo de la responsabilidad dentro del sistema familiar. Recibe además intervención psicofarmacológica y seguimiento de enfermería. **Resultados:** Evolución irregular del peso, no se observa pérdida significativa. Discreta mejoría afectiva, mayor adaptación al grupo de iguales. Explicitación de experiencias de soledad por parte de la menor y sus padres, que empiezan a repararse. Redefinición de las responsabilidades individuales, que le da a cada miembro de la familia un papel más activo ante la resolución de sus propias dificultades. **Conclusiones:** El tratamiento de la obesidad mórbida requiere un abordaje integral que considere tanto los aspectos físicos y

dietéticos como los emocionales y relacionales, y que tenga en cuenta la sobreingesta como síntoma con una función dentro de los sistemas familiares.

**Palabras clave:** Obesidad mórbida. Adolescencia. Sistemas relacionales. Terapia familiar. Caso clínico.

### **MORBID OBESITY IN ADOLESCENCE THROUGH A RELATIONAL – SYSTEMIC VIEWPOINT**

#### **Abstract**

**Background:** Morbid obesity linked to compulsive ingestion disorders is one of the least studied issues related to eating disorders. In our opinion, it is important to be conscious about the severe physical and emotional consequences that this pathology involves. For this reason, we propose a psychotherapy based on a systemic model, which considers the disorder from an emotional perspective, the meaning of the body as a way to express suffering, and being overweight as a metaphor of wrong distribution of “family matters”. Our aims are: to raise awareness of emotional and relational involvements of the morbid obesity in adolescence, and to exemplify through a clinical case the psychotherapy based on a systemic model. **Method:** The patient is a 12 year old girl who has attended our Mental Health Centre since 2011. Her mother refers a history of obesity, that is increased due to compulsive ingestion episodes, as well as difficulties controlling her daughter. The patient states feeling loneliness, emptiness, sadness and anxiety which are all clinically relevant. Psychotherapy is aimed to develop personal coping resources and normalize eating habits, mainly focusing on the work with responsibility among the family system. In addition to this, the patient receives psychopharmacological treatment and nurse supervision. **Results:** There is not a significant loss of weight, with an irregular progress. Light improvement in her mood state, she feels more comfortable with her peers. The loneliness suffered by the patient and her parents seems to be improving. Individual responsibilities have been redefined, which has given every family member the capacity to face their own problems. **Conclusions:** Treatment of morbid obesity requires an approach which takes into account physical, dietetical, emotional and relational issues, and that allow us to

understand compulsive eating episodes as a symptom with a determined function in the family systems.

**Keywords:** Morbid obesity. Adolescence. Relational systems. Family therapy. Clinical case.

### **Introducción**

A pesar de las múltiples complicaciones que conlleva tanto a nivel físico como psicológico, la obesidad mórbida asociada a los trastornos de sobreingesta alimentaria es quizás uno de los fenómenos menos estudiados en el campo de los trastornos alimentarios (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2005). Consideramos necesaria, en este sentido, una aproximación que nos permita entender y abordar no sólo la sintomatología conductual (episodios de sobreingesta, malos hábitos alimentarios...), sino también toda la red de significados y dinámicas relacionales que activan y mantienen el problema.

Desde un punto de vista relacional (Andolfi y Mascellani, 2012) para poder entender los casos de obesidad mórbida en la adolescencia necesitamos, en primer lugar, detenernos en la función que el cuerpo cumple como medio de expresión de un sufrimiento que es negado por otros canales de comunicación.

Si ampliamos el foco hacia el contexto de relaciones del adolescente, podemos ver como estas defensas se desarrollan dentro de sistemas familiares fusionales o aglutinados en los que los límites que determinan las funciones y posiciones individuales se han establecido de forma confusa y ambigua. Como resultado de esta indefinición, el adolescente obeso se termina situando en el centro de toda la problemática familiar, asumiendo un doble papel: es la persona que causa el sufrimiento a la familia y, como tal, también la única que les puede devolver la alegría y la calma. Con esto, la pérdida de peso se puede entender no sólo como una necesidad para el adolescente, sino también como un acto heroico que reestablece el orden dentro de todo el sistema familiar.

En el presente trabajo vamos a describir el abordaje de un caso de obesidad mórbida en la adolescencia desde un modelo de terapia familiar sistémica. Con este enfoque buscamos una redefinición de los patrones relacionales que permita no sólo

reducir la sintomatología alimentaria sino también poder desbloquear pautas antiguas que dificultan significativamente el crecimiento del adolescente y sus padres.

### **Identificación del paciente**

J.S., mujer de 12 años de edad. Hija única. Aunque inicialmente convive con ambos padres, estos se separan durante la terapia, quedándose la menor a vivir con su madre. Estudia 6º de primaria.

### **Análisis del motivo de la consulta**

Solicita atención en Centro de Salud Mental por episodios de sobreingesta alimentaria asociados a importante obesidad mórbida.

### **Historia del problema**

En entrevista inicial (mayo de 2011), a la que acuden J.S. y su madre, refieren historia previa de obesidad, que han intentado controlar con tratamientos dietéticos, con resultados irregulares. Describen incremento progresivo del peso en los últimos tres años. J.S. reconoce en los últimos meses que come a escondidas de sus padres, quienes intentan utilizar estrategias de control externo y una cuidadora “para que controle a la hija”, sin obtener resultados positivos, verbalizando que “no podemos controlarla”. Refieren también nula motivación de J.S. para seguir dietas. Impresiona por otra parte ánimo triste, sedentarismo e importante aislamiento social, aunque la menor dice que el peso no le supone un problema en la relación con los iguales. Describe importantes sentimientos de soledad y abandono, cuentan que los padres trabajan todo el día, por lo que J.S. suele pasar las tardes sola en casa o con una cuidadora. A nivel de analíticas, no refieren alteraciones significativas. Sin antecedentes médicos o evolutivos de interés.

A nivel familiar hablan de “un buen clima familiar”, aunque la madre reconoce algunas discusiones con su marido “por el problema de mi hija, aunque son en privado y yo la defiendo”.

Describen a una chica sociable y con buena adaptación escolar, si bien hablan de un rendimiento escolar algo bajo, recibe apoyo escolar.

### **Análisis y descripción de las conductas problema**

Identificamos como principal conducta problema los frecuentes episodios de ingesta compulsiva, que mantienen y agravan el problema del sobrepeso. Por otra parte pensamos que hay que trabajar también sobre el aislamiento social y los hábitos de vida sedentarios, asociados a un estado anímico de tristeza, anhedonia y elevada ansiedad basal.

### **Establecimiento de las metas del tratamiento**

En primer lugar buscamos la normalización de los hábitos alimentarios y reducción de los episodios de ingesta compulsiva, para así poder favorecer la pérdida de peso. Y, en segundo lugar, fomentar nuevas pautas que disminuyan la clínica ansioso – depresiva ligada a los atracones y el descontrol alimentario, favoreciendo la búsqueda de espacios que permitan potenciar la sociabilidad y los aspectos sanos de su desarrollo adolescente.

### **Estudio de los objetivos terapéuticos**

- Normalización de hábitos alimentarios y el desarrollo de hábitos de vida saludables.
- Disminuir la clínica afectiva y potenciar los recursos personales y relacionales de J.S.

### **Selección del tratamiento más adecuado**

Tras la entrevista de acogida realizada por enfermería y el primer contacto con psicología, se establece el diagnóstico de Trastorno de la conducta alimentaria sin especificar (F50.9), según criterios de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). Se inicia el trabajo psicoterapéutico, que parte de la contextualización de los síntomas alimentarios dentro de un importante malestar anímico, donde predominan sentimientos de soledad e indefensión. Planteamos desde aquí dos líneas de trabajo:

- Derivación a grupo de relajación con enfermería para ayudarle a manejar las conductas impulsivas y los síntomas de ansiedad, y que se acompaña con sesiones de psicoeducación alimentaria y seguimiento de registros de alimentación.
- Abordaje familiar centrado en la búsqueda de recursos personales y familiares que permitan poder construir una nueva relación parento – filial. Buscamos así la

creación de pautas basadas en la seguridad, la confianza y el respeto, que permitan a J.S. poder continuar su proceso adolescente con el apoyo y el acompañamiento de sus padres. Dicha búsqueda implica también el trabajo sobre experiencias de abandono individuales y compartidas dentro de la familia, y que han terminado configurando un triángulo relacional del que ninguno de los tres parece capaz de salir por sí mismo.

En una fase posterior del tratamiento se derivó también a psiquiatría para iniciar tratamiento farmacológico en coordinación con el Servicio de Endocrinología del hospital de referencia.

### **Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase**

La evaluación del caso se ha realizado a través de las entrevistas clínicas con J.S. y sus padres. Por su parte, dado el riesgo físico que conlleva el cuadro, enfermería y psiquiatría han realizado el seguimiento del peso, constantes vitales y estado físico general de la menor.

### **Aplicación del tratamiento**

El tratamiento ha tenido lugar en sesiones de frecuencia variable según la evolución (de 15 días a un mes), con la participación de la menor y sus padres. La duración total ha sido de 3 años y medio, con interrupción de 15 meses al año de iniciar la terapia, coincidiendo con un viaje que realiza la familia a su país de origen.

Podemos hablar por tanto de dos fases dentro de la terapia:

Durante la primera fase, que se inicia en mayo de 2011, trabajamos los hábitos alimentarios, que no se llegan a normalizar del todo, y empiezan a aparecer algunos cambios en su estilo de vida (va a academia de baile, empieza a salir con sus amigas...) Esto repercute también en una leve mejoría afectiva, si bien persisten sentimientos de soledad y tristeza significativos junto con baja autoestima. Observamos buena respuesta al entrenamiento en relajación. En esta fase sentamos las bases del trabajo familiar, que permite a J.S. verbalizar el deseo de estar más tiempo con sus padres, y que se acompaña de un progresivo acercamiento hacia la figura materna. Surge entonces la metáfora del peso como un regalo hacia los padres (“si bajara 20 kilos mis padres serían más felices”), que redefine la solución más como un deber y obligación que como una necesidad propia, y en la que parece que incluso el cariño de los padres se pone en

juego. Esta primera etapa finaliza en mayo de 2012, informan que se van de vacaciones y no retoman a la vuelta.

Reinicia seguimiento en agosto de 2013. Acude sola a la primera sesión, adjuntando un informe de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el que se recomienda retomar seguimiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental. Fue derivada a dicha Unidad desde el Servicio de Endocrinología ante la evolución tórpida del cuadro de obesidad mórbida. Persiste dificultad para el control de la ingesta, y aparecen ya serias complicaciones físicas (dificultad al respirar), reconoce atracones diarios hasta 3 semanas antes. Ha iniciado tratamiento farmacológico, pero no específica. Persiste ánimo triste, parece que solo puede pedir ayuda a través de la comida. Continúa aislamiento social, aunque parece que ha mejorado algo el rendimiento escolar, cursa 2º ESO. Se observa también un mejor contacto y actitud algo más colaboradora con la terapia.

Se deriva de nuevo a enfermería y, por primera vez, a psiquiatría, para seguimiento nutricional y médico y revisión del tratamiento farmacológico. Se prescribe Topamax 100 (1 – 1 – 1), con buena adherencia. Retomamos el trabajo psicoterapéutico, centrado ya en la dimensión relacional del problema alimentario, que parece la única forma posible que tiene la paciente de pedir ayuda a sus padres, a la vez que se constituye como metáfora del reparto de responsabilidades dentro del sistema relacional de J.S. Para ello introducimos preguntas del tipo “¿Quién piensas que podría ayudarte a perder peso?”, “¿Cuántos kilos les corresponden a cada uno?” “¿Qué tienen que hacer ellos para ayudarte a perder esos kilos?”. Iniciamos así un trabajo de reasignación de las funciones familiares cuyo principal objetivo ha sido ayudar a J.S. y sus padres a definir límites claros entre el sistema parental y el filial. Buscamos el que cada uno pueda empezar a tomar decisiones para aliviar un sufrimiento que se relaciona en parte con la alimentación de la hija, pero también tiene mucho que ver con experiencias de abandono vividas por los padres tras la separación, y que no han podido ser elaboradas..

### **Evaluación de la eficacia del tratamiento**

Aunque la adherencia al tratamiento ha sido buena con los tres profesionales, la evolución del peso ha sido muy irregular, sin observarse una pérdida significativa en ningún momento. Sí ha conseguido, sin embargo, una reducción importante de los

episodios de sobreingesta. Continúa también con seguimiento por parte de Endocrinología.

A nivel afectivo sí encontramos una discreta mejoría afectiva, que permite la aparición ya de aspectos adolescentes sanos: mayor identificación con el grupo de iguales, primeras ambivalencias (¿comer con las amigas o perder peso?), interés por los chicos y mayor cuidado personal...

Y respecto a las dinámicas familiares, hemos podido observar algunos movimientos importantes:

- *La imposibilidad de pedir*: Inicialmente madre e hija establecen alrededor del peso una relación de entrega mutua (“haré lo que ella me pida para ayudarla”) desde la que ninguna puede pedir nada, y que una vez que se explicita les permite empezar a hablar de la ausencia del padre desde la separación conyugal.

- *La vuelta del padre ausente*: La aparición del padre en terapia despierta sentimientos de insatisfacción por parte de la madre y enfado de la hija, de los que podemos empezar a hablar. Finalmente el padre propone una mayor participación en el proceso terapéutico de la hija, lo que implica que las dos lo reconozcan como persona capaz y con recursos para ayudarles.

- *Experiencias de soledad dentro de la familia*: La incorporación del padre reactiva una dinámica entre los tres en la que parece que se llega a negar (o camuflar) la separación conyugal. Este movimiento tranquiliza a la hija y los padres, y permite a estos últimos empezar a hablar de sus experiencias de abandono tras la separación. Se pone de manifiesto la dificultad en ambos padres para elaborar el sentimiento de soledad, que él intenta compensar con el consumo de alcohol y ella con una relación cada vez más fusional con su hija.

- *¿Cuánto pesa la responsabilidad de tus padres?*: Los tres han vivido historias de soledad que han situado a la hija en una posición de gran responsabilidad, en tanto que se le da el mensaje de que la reparación de los padres sólo puede llegar a través de la pérdida de peso de la hija. Esto añade una carga extra a J.S., que asume un trabajo adulto que solo éstos pueden resolver. Desde aquí, se señala a los padres la necesidad de asumir la responsabilidad sobre la elaboración de sus propias historias, liberando a su hija de un peso que actualmente ella no sabe como manejar. Entendemos que así empieza la verdadera redistribución de los pesos familiares.

## Seguimiento

En abril de 2015, al cumplir los 16 años, se deriva al Programa de Adultos en el mismo Centro de Salud Mental. No disponemos, en el momento de la elaboración de este capítulo, de nuevos datos clínicos significativos.

## Discusión/Conclusiones

El tratamiento de la obesidad mórbida requiere un abordaje integral que considere tanto los aspectos físicos y dietéticos como los emocionales y relacionales. En este sentido, entendemos que la sobreingesta alimentaria no deja de ser un síntoma y, como tal, es necesario poder entender su función dentro de los sistemas relacionales a la hora de trabajar con él.

Por otra parte, no debemos olvidar que la impulsividad y la ambivalencia son características inherentes a la adolescencia, lo que nos hace plantearnos hasta qué punto nosotros, o los propios adolescentes, vamos a ser capaces de poder contenerla.

Finalmente, aunque el trabajo con los sistemas relacionales suele restringirse al ámbito familiar, es fundamental tener en cuenta todos aquellos contextos significativos para el adolescente, a los que también se le debe dar cabida en la terapia.

## Referencias

- Andolfi, M. y Mascellani, A. (2012). *Historias de la adolescencia: Experiencias en terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2005). *Guía de Práctica Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Murcia: Subdirección General de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

## LA ADOPCIÓN: UNA COMPLEJA REALIDAD

**Teresa Montalvo-Calahorra\*** y **Marta Álvarez Calderón\*\***

*\*Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid;*

*\*\*Hospital Rey Juan Carlos. Madrid*

### Resumen

**Antecedentes:** Existen diversos estudios que señalan que los niños adoptados presentan más trastornos de del desarrollo, de la conducta y del vínculo que los niños no adoptados. Entre los problemas de conducta más frecuentemente citados encontramos: agresividad, hiperactividad, impulsividad o conductas delictivas. La evaluación de la familia, y el no trabajar únicamente con el paciente identificado, aporta información relevante sobre la dinámica familiar y facilita una visión más comprensiva acerca de la compleja realidad que supone un proceso de adopción. **Método:** Se presenta un caso con el que se está trabajado psicoterapéuticamente en el momento actual. Análisis de caso único. Varón de 18 años natural de Colombia y adoptado a la edad de 2 años. Se desconocen antecedentes familiares y pediátricos hasta el momento de la adopción, en el que se hace manifiesto un retraso motor, un retraso del lenguaje así como un 33% de discapacidad auditiva. A lo largo del desarrollo ha acudido a múltiples especialistas, siendo diagnosticado de TDAH y hace dos años de Trastorno de Conducta. Se realiza recogida de la historia clínica del paciente, exploración psicopatológica y se inicia un abordaje familiar del problema. **Resultados:** Es preciso señalar que los problemas surgen principalmente en la preadolescencia, surgiendo dificultades en la comunicación y en la expresión de afectos y necesidades así como la incapacidad de los padres para manejar adecuadamente los problemas de conducta del hijo. El paciente presenta un trastorno por dependencia al cannabis así como rasgos de personalidad antisocial y marcada impulsividad. **Conclusiones:** El por qué de la naturaleza de las dificultades que presentan los niños adoptados no puede entenderse fuera del contexto de las relaciones familiares. Se hace necesaria una visión sistémica del problema, evitando la psicopatologización del individuo.

**Palabras clave:** adopción internacional, dependencia cannabis, impulsividad, terapia familiar.



## ADOPTION: A COMPLEX REALITY

### Abstract

**Antecedents:** There are several studies indicating that adopted children have more developmental disorders, behavioral disorders and attachment disorders than non-adopted children. The studies point that the more common behavioral problems are: aggression, hyperactivity, impulsiveness or criminal behavior. The analysis of the family, and working not only with the identified patient, provides relevant information on the family dynamic and facilitates a more comprehensive idea about the complex reality that the adoption process is. **Method:** A case that is currently being worked psychotherapeutically is presented. One subject analysis. 18 year-old male from Colombia, adopted at the age of 2 years. Until the adoption is finished the familiar, pediatric and clinical background remains unknown, after a medical examination there appears to be a motor and language delay and the lost of the 33% of hearing. Throughout his growth, the patient has gone to multiple specialists, being diagnosed with ADHD and diagnosed two years ago with conduct disorder. A collection of the patient history is done, also a psychopathological examination and the approach to the problem involving the family. **Results:** It should be noted that problems appear mainly in a preadolescence phase, the patient shows communication difficulties, problems appears also in the show of affection and needs, the incapacity of the parent to face these behavior. The patient has a cannabis dependence disorder and presents a antisocial behavior and impulsiveness. **Conclusions:** The reason for the difficulties that adopted children have cannot be understood outside the context of family relationships. A systemic approach to the problem is needed, avoiding the psychopathologization of the individual.

**Keywords:** international adoption, cannabis dependence, impulsivity, family therapy.

### Introducción

En la última década, especialmente desde mediados de la década de los noventa, la adopción internacional crece de manera exponencial (Ferrándis, 2003; Montané 1996). Entre los años 2004 y 2007 España fue, tras Estados Unidos, el segundo país que más niños adoptó fuera de nuestras fronteras (Selman, 2012).



El perfil de los adoptados nos dice que mayoritariamente son adoptados de forma tardía. En un estudio sobre adopción internacional realizado por Palacios, Sánchez-Sandoval y León (2005) sobre una muestra de 131 familias adoptivas, señalan los niños y niñas que llegaron a España tenían una media de edad de 38.5 meses), con lo que esto conlleva de riesgo en el desarrollo del tipo de apego.

Por otra parte los estudios (Palacios et al., 2005) indican que los menores adoptados, especialmente aquellos que tienen historia de vivencia institucional antes de la adopción, tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de la conducta y del vínculo. Muchos de estos niños han sufrido exposición prenatal a drogas, alcohol o tabaco, han sufrido experiencias de maltrato o negligencia y la mayoría de ellos provienen de orfanatos o centros residenciales en los que en muchas ocasiones carecen de los cuidados o la atención necesaria.

Se han llevado a cabo diferentes estudios comparativos entre niños adoptados y no adoptados, encontrándose mayor incidencia de problemas de conducta, impulsividad e hiperactividad cuando los niños proceden especialmente de muestras clínicas. En muchos de estos estudios se subraya que los padres adoptivos buscan más ayuda profesional y acuden con más frecuencia a los servicios de salud mental. Esto se puede deber a una menor tolerancia de los padres adoptivos al mal comportamiento de los niños, expectativas previas, nivel socio-económico (Ochando, Peris, Millán y Loño, 2008; Palacios et al., 2005) o escasa información, recursos de afrontamiento, y apoyo en la postadopción.

En los últimos años se está reivindicando la necesidad de la atención pre y postadoptiva de cara a orientar, apoyar y educar a las familias y a los menores ya que en los últimos años asistimos a un aumento de las cifras de reabandono. Se señala que el 2,35% de niños en protección en la Comunidad de Madrid en acogimiento residencial en 2011 provenían de adopciones fracasadas. Entre los motivos que argumentan los padres se encuentran las dificultades en la vinculación afectiva y el manejo de los problemas de conducta.

El aumento del número de consultas relacionadas con niños y adolescentes adoptados y el intercambio de experiencias entre los profesionales ponen de manifiesto el desconocimiento sobre esta cuestión. No es infrecuente encontrar que la mayor parte de los adoptantes han tenido dificultades sobre las necesidades específicas de los niños

adoptados y sobre los procesos que deben desarrollar para asumir su condición adoptiva.

## **Método**

### *Participantes*

Se trata de un varón de 18 años que acude acompañado de sus padres a Psicología Clínica por iniciativa de los padres tras escasos resultados en varios dispositivos anteriores.

### *Materiales e instrumentos*

La evaluación e intervención se ha llevado a cabo mediante sesiones semanales familiares, individuales y de pareja, de una hora de duración cada una. El tipo de orientación psicoterapéutica fue de tipo integradora pero con un marcado componente sistémico, en un diseño de caso único. Las primeras sesiones estuvieron destinadas principalmente a recabar información: datos de filiación, composición familiar, historia del desarrollo, proceso de adaptación familiar y vinculación afectiva, historia del problema, relaciones familiares y sociales, fuentes de apoyo, tratamientos anteriores, etc., alternando sesiones familiares e individuales. La terapia familiar se ha dirigido a trabajar las relaciones entre los miembros de la familia, límites entre subsistemas, habilidades de negociación y comunicación así como reconstrucción del proceso de adopción y validación emocional. Con el paciente se ha trabajado la motivación al cambio, autorregulación emocional y relaciones con iguales principalmente. Por otra parte, con los padres se ha trabajado la parentalidad, conyugalidad así como historia personal de cada uno de los miembros de la pareja, reconstrucción e integración del proceso adoptivo, expresión de sentimientos y ajuste de expectativas.

### *Procedimiento y diseño*

#### **Motivo de consulta**

Se trata de un varón de 18 años, adoptado, que acude a Psicología Clínica en marzo de 2015 por iniciativa de los padres tras no alcanzar mejoría significativa en tratamientos anteriores. Presenta dependencia al cannabis con gran repercusión conductual, conductas de desobediencia y agresividad verbal. El paciente presenta

escasa conciencia del problema y hostilidad referida y manifiesta hacia sus padres existiendo un importante deterioro de las relaciones familiares.

### **Antecedentes personales**

Tras su llegada a España, presentaba un retraso motor y del lenguaje, así como un 33% de discapacidad auditiva, motivo por el que acudió a Atención Temprana y Logopedia hasta los 6 años de edad.

A los 11 años sus padres consultan con un neuropediatra al presentar conductas de desobediencia e inquietud en el domicilio familiar. Diagnosticado de TDAH inicia tratamiento con metilfenidato. Desde los 11 a los 15 años realiza diferentes tratamientos individuales dirigidos al tratamiento psicológico y psicofarmacológico del déficit de atención e hiperactividad, con escasos resultados y con empeoramiento conductual.

Desde los 14 años consume cannabis a diario mostrando un patrón de dependencia que ha venido agravando las relaciones familiares. Acudió a CAID de zona durante 6 meses con escasa adherencia. Desde hace tres años acude a Salud Mental de zona con seguimiento mensual por psiquiatra, quien le diagnostica de trastorno de conducta y realiza ajuste psicofarmacológico.

### **Historia biográfica**

Nacido en Colombia y adoptado a la edad de 24 meses. Se trata del menor de una fratría de dos hermanos biológicos, ambos adoptados. Institucionalizado desde los 3 meses hasta el momento de la adopción. Se desconocen antecedentes familiares y pediátricos hasta el momento de la adopción aunque los padres refieren que en el orfanato les dijeron que la madre biológica era politoxicómana.

Los padres refieren que la adaptación del niño fue buena. Los padres describen a su hijo como “un niño feliz, muy alegre y extrovertido” Durante la primaria presentó un buen rendimiento escolar, no necesitó apoyo extraescolar y se relacionaba bien con iguales. Los padres indican que al mismo tiempo era un niño muy dependiente, presentaba tics motores, enuresis hasta los 7 años de edad junto con terrores nocturnos.

Realizaron seguimiento post adoptivo durante el primer año con cese del mismo al no presentar ninguna dificultad en la adaptación el primer año tal y como explican los padres.

Los padres refieren que desde pequeño fue consciente de sus orígenes, aunque consideran que nunca ha aceptado su condición adoptiva, ya que desprecia a otros niños latinos y elude cualquier tema relacionado con su procedencia.

A los 11 años de edad empieza presentar ciertas conductas de desobediencia en la casa y las peleas con el hermano al que llama “negro”. La adaptación escolar en estos momentos es buena, no presentando conductas de inquietud y desobediencia en el aula. Los padres deciden buscar ayuda privada y el niño es diagnosticado de TDAH. Uno de los psiquiatras a los que acuden les recomienda que cedan la custodia a la CAM, con el consiguiente empeoramiento de las relaciones familiares y la reactivación del miedo al abandono.

Con la entrada en el segundo curso de la Educación Secundaria Obligatoria, empieza a presentar conductas disruptivas en clase, absentismo escolar. Los padres deciden cambiarlo de colegio, repitiendo 2º de la ESO. Al empezar 3º los problemas se mantienen, repitiendo nuevamente curso, pero esta vez en un nuevo centro escolar, donde consigue acabar la ESO. Han acudido a varios especialistas en el circuito privado, con mejoría parcial de las conductas. En esta etapa inicia consumo de cannabis, acudiendo a recurso específico durante 6 meses. En este tiempo realiza controles de orina y realiza seguimiento con terapeuta ocupacional.

### **Episodio actual**

Se trata de una familia compuesta por cuatro miembros, los padres de 52 y 51 años respectivamente, y los hijos de 18 y 20 años. El padre se encuentra en paro desde hace un año y la madre da clases particulares.

Refieren que el hijo pequeño (paciente identificado), presenta un empeoramiento desde hace varios meses. Los padres se muestran muy preocupados por el consumo de cannabis, pide dinero a diario, no cumple horarios ni normas, no mantiene hábitos básicos de higiene, presenta un patrón alterado de sueño y alimentación, con hiperfagia nocturna y aumento ponderal de 10 Kg, se muestra agresivo verbalmente en casa con amenazas frecuentes de muerte e insultos reiterados.

La madre y el padre discrepan en muchos puntos en esta primera entrevista. Entre ellos no hay acuerdo y esta situación ha repercutido en su relación de pareja. No perciben grandes avances a lo largo de los 7 años que su hijo lleva en tratamiento. Relatan que han acudido a varios profesionales pero reconocen que no han seguido las indicaciones de los mismos. Apuntan que en una ocasión fueron a una sesión de terapia familiar, pero el padre no quiso continuar “tenía que hablar de mí y yo no tengo ningún problema, el problema son mis hijos” El hijo mayor presenta los mismos problemas que el pequeño, aunque su conducta no es tan “explosiva”. Han seguido la misma

trayectoria en cuanto al número de especialistas consultados y los diagnósticos recibidos. El hermano rechaza acudir a terapia.

Respecto a las familias de origen, ambos padres presentan escaso apoyo familiar y con algunos miembros la comunicación es inexistente.

El paciente niega los problemas que relatan los padres y dice que el problema son ellos ya que no le dan el dinero que necesita ni le dejan hacer su vida. Presenta intensos sentimientos de rabia hacia sus padres a los que culpa constantemente. Reconoce consumir cannabis a diario. En el momento actual no estudia ni trabaja y se relaciona con un grupo de jóvenes con los que consume y participa en algunas actividades marginales como hurtos, engaños y mendicidad.

## **Resultados**

Durante el proceso de valoración se hace manifiesta la presencia de alteraciones graves de conducta reiteradas de difícil contención en el domicilio familiar, desinhibición verbal, irritabilidad, tendencia al pensamiento concreto, empobrecimiento ideológico-afectivo, inquietud psicomotriz, y rasgos de personalidad antisocial.

Siguiendo a Minuchin y Fishman (1983) nos encontramos ante una familia aglutinada, con límites difusos, con uso de la violencia físico y verbal, dificultades en la vinculación afectiva, delegación de la parentalidad en los profesionales, deterioro de la conyugalidad y fronteras rígidas con el exterior. Se hace necesario ver qué papel juegan los síntomas en el sistema familiar y resituarlo en el momento del ciclo vital en el que empezaron a aparecer las dificultades. Éstas surgen en el inicio de la adolescencia, etapa en la que fundamental la construcción de la identidad y en la que la familia debe flexibilizarse para hacer frente a los cambios que supone esta etapa. Es importante destacar los sentimientos de aislamiento de los padres, especialmente de la madre, se siente impotente y sobrepasada por las conductas de sus hijos, llegando a buscar ayuda profesional ante conductas aparentemente no patológicas sino propias de la adolescencia como la transgresión de límites o la rebeldía,

A lo largo de las siguientes sesiones, los padres relatan que decidieron llevar a cabo la adopción, después de doce años de relación en la que intentaron tener un hijo biológico sin éxito sometiéndose a diferentes tratamientos de fertilidad. Se muestran abatidos, al contar el proceso, que según refieren “llevamos a cabo con toda la ilusión del mundo y ahora vemos que ha sido un fracaso”. La madre refiere que desde que

empezaron los problemas en casa pasaba mucho miedo y angustia y se sentía sola. En el último año los problemas se han agravado, reconocen que no sienten que sean sus hijos. Los perciben como unos extraños y manifiestan un importante rencor hacia ellos. El padre utiliza a menudo el castigo físico e insulta al hijo con frecuencia. Se plantean echarles de casa ya que la situación se ha visto insostenible. Por otro lado subvencionan sus deudas y acceden a darle dinero por temor a que se descontrole.

Es importante destacar que el paciente no acude a tratamiento por iniciativa propia y que se muestra hostil ante la presencia de los padres, realiza cumplimiento parcial de las prescripciones y presenta una escasa motivación al cambio, se siente incomprendido por los padres a los que culpa de la adopción. A lo largo del proceso se produce una cierta mejoría, seguida de un posterior empeoramiento, al empezar el padre a trabajar y no poder acudir a terapia. La policía acude al domicilio en varias ocasiones y se plantean pedir una orden de alejamiento hacia los hijos.

### **Conclusiones**

La adolescencia es periodo en que se desarrolla el sentido de la propia identidad, un período difícil en el que los conflictos naturales de esta edad se pueden amplificar por la situación de adopción: reactivación del miedo al abandono y la pérdida, mayor dificultad en la construcción de la identidad, crisis en la identidad familiar, cambios corporales o inseguridad. Estos aspectos sumados a otros factores propios del menor adoptado (desarrollo evolutivo, tiempo de institucionalización, adaptación, etc.) la familia (falta de información sobre el proceso de adopción, expectativas irreales o inadecuadas sobre la adopción, estilo educativo inadecuado, incapacidad para empatizar con las necesidades del hijo, etc.) y el entorno social (falta de apoyo en la post adopción o tendencia a lapsicopatologización del individuo por parte de los profesionales sanitarios) pueden dificultar el proceso.

Algunos estudios como los realizados por Brodzinsky, Smith y Brodzinsky (1998) han mostrado que existe una mayor vulnerabilidad en las personas adoptadas (especialmente en la edad escolar y adolescencia) a presentar problemas o dificultades, aunque es importante destacar que la mayoría de estos estudios se realizan en poblaciones clínicas. Como anteriormente comentábamos es posible que las familias de niños de condición adoptiva acudan con mayor frecuencia a las unidades de salud mental, hecho que ocurre en el caso anteriormente presentado y que puede favorecer

una visión reduccionista de los problemas, atendiendo en mayor medida a los síntomas o los problemas del niño y dejando de lado a la familia o la existencia de una realidad más compleja como puede ser la adopción.

Ser adoptado es tener presente que previamente ha habido una experiencia de abandono y que dicho abandono deja secuelas significativas en muy diferentes áreas del desarrollo del menor. Por ello creemos necesaria una visión sistémica del problema, evitando la psicopatologización del individuo.

## Referencias

- Brodzinsky, D.M., Smith, D. y Brodzinsky, A. (1998). *Children's adjustment to adoption: Developmental and clinical issues*. London: SAGE publications, Inc.
- Ferrándis, A. (2003). La adopción internacional. En I. Lázaro e I. Mayoral (Coords.), *Jornadas sobre derecho de los menores* (pp. 203-212). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1983). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Montané, M.J. (1996). La evolución de la adopción internacional en España. *Anuario de Psicología*, 71, 23-35.
- Ochando, G., Peris, S., Millán, M.V. y Loño, J. (2008). Trastornos de conducta en niños adoptados. *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente*, 24, 24-31.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. y León, E. (2005). Adopción y problemas de conducta. *Ridep*, 1(19), 171-190.
- Selman, P. (2012). Tendencias globales en adopción internacional: ¿En el “interés superior de la infancia”? *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, XVI(395(21)). Recuperado el 26 de noviembre de 2015 de <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-395/sn-395-21.htm>

**ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO CON PRE-ADOLESCENTES Y  
ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA DESDE LA  
PERSPECTIVA SISTÉMICA. EL USO DE LA AUTORIDAD COMO  
ELEMENTO TERAPÉUTICO**

**Olalla García Pineda\*, Antonio León Maqueda\*\*, Lucía Jiménez García\* y María  
José Blanco-Morales Limones\*\***

*\*Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Virgen  
Macarena. Sevilla; \*\*Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.  
Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla*

**Resumen**

Antecedentes: En esta comunicación se realiza una réplica de un estudio inicial donde se exponía la importancia del análisis de la demanda de tratamiento de las familias con preadolescentes y adolescentes con trastornos del comportamiento. En función de dicho análisis los autores proponen un tipo determinado de intervención, definiendo cuatro posibles situaciones resultado del análisis inicial, que requerirían diferentes estrategias de abordaje y confrontación; teniendo en cuenta si el adolescente participa en la entrevista y acepta el tratamiento. Método: La muestra estuvo compuesta por 56 chicos y chicas con edades comprendidas entre los 9 y los 18 años de edad, fundamentalmente con diagnósticos según códigos CIE 10; F91 (Trastorno disocial) y F92 (Trastornos disociales y de las emociones mixtos). Se trata de un grupo de pre-adolescentes y adolescentes que realizaban tratamiento Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) del área hospitalaria Macarena de Sevilla. Se creó un instrumento de evaluación ad hoc, que fue administrado por parte de los profesionales responsables del programa de terapia familiar, que a su vez examinaron las historias clínicas del conjunto de menores participantes en la investigación. Resultados y conclusiones: Los resultados de la investigación actual, con una muestra mayor de sujetos que la primera investigación inicialmente realizada, permiten mantener a grandes rasgos las conclusiones del estudio inicial, destacándose la importancia de cómo se estructuran las relaciones del subsistema parental y cómo, por influencia de dicha estructuración,

aparece el síntoma como respuesta. Además, en este estudio se aporta nueva información sobre el proceso de intervención y la evolución del tratamiento.

**Palabras claves:** Terapia familiar, modelo sistémico, trastorno del comportamiento, trastorno de conducta, adolescentes.

**ANALYSIS OF TREATMENT WITH EARLY ADOLESCENTS AND ADOLESCENTS WITH CONDUCT DISORDER FROM THE SYSTEMS PERSPECTIVE. THE USE OF AUTHORITY AS THERAPEUTIC ELEMENT**

**Abstract**

**Background:** This communication consists of a replication of a previous study where importance of demand's analysis for treatment with families having early adolescents and adolescents presenting behaviour problems was showed. Starting from this analysis, four possible kinds of demands emerged and specific treatments were suggested. These possible situations would require different strategies of approach and confrontation; taking into account whether the teen participates in the interview and accepts the treatment. **Method:** The sample consisted of 56 boys and girls, aged between 9 and 18, who were treated at the Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) in the Macarena Hospital area of Seville. The diagnoses were mainly, according to CIE 10 codes; F91 (Conduct disorder) and F92 (Depressive conduct disorder). An ad hoc instrument was created and the professionals in charge of the family therapy program administered it by also examining the medical records of the group of children involved in the research. **Results and conclusions:** With a larger sample, this replication permits us to confirm general conclusions from the first study. These results highlight the importance of parental alliance and its influence on adolescents symptoms. Moreover, other information about the intervention process and the treatment progress is discussed.

**Key words:** Family therapy, behaviour disorder, behaviour problems, family therapy, systemic model, adolescents.

## Introducción

En 2006, se emprendió un estudio dentro del programa de terapia familiar de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) del área hospitalaria Macarena de Sevilla, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, sobre la manera en la que nos era solicitada intervención par chicos y chicas que presentaban trastornos de conducta (León et al., 2006a; León et al., 2006b).

Como fruto de esta investigación emergió una configuración estándar de cuatro formas de demanda diferentes, que requerían de estrategias diferentes de confrontación. Estas son:

A. El/la Paciente identificado/a (PI) se niega a participar del proceso.

A. a. Los padres se muestran impotentes. Se constata un peor pronóstico. En esta situación los padres suelen acudir a petición de otros. Ante esto, como medida estratégica de activación del subsistema parental, cuestionamos la conveniencia de su capacidad para poder hacerse cargo de la educación de su hijo. Se deja implícita la idea del sistema de control en cuanto que podrían estar incurriendo en una situación de negligencia: la intervención, tras la evaluación, si el subsistema parental no ofrece indicios de cambio, iría encaminada a plantear la sustitución de los padres para que la función paterna sea realizada con medidas de protección o control del menor por una institución, planteando la necesidad de intervención de los servicios sociales, del servicio de protección al menor o directamente de la fiscalía de menores, en función de la gravedad y necesidades del caso. Encontramos esta situación como excepcional, sin embargo necesaria de ejecutar dentro del amplio terreno de la cobertura de protección hacia los menores que cualquier institución ha de contemplar en su trato con éstos y sus protectores oficiales.

Creemos que uno de los aspectos *subvertidos* en estas patologías es el de la autoridad, por lo que es necesario introducir elementos de contención en función de dicha contención observada.

A. b. Los padres aún creen conservar algo de autoridad y aceptan ponerla en juego. En este grupo nos encontramos en una posición de partida de mejor pronóstico, dado que el subsistema parental, si bien cree no tener autoridad, con el sólo hecho de señalársele la necesidad de ponerla en juego, posibilita que ésta aparezca. El trabajo inicial es conseguir que los padres se apoyen mutuamente y abandonen sus dificultades relacionales en pos de la salud del hijo.

La estrategia va dirigida a que el hijo o hija visualice la autoridad de los padres, la mutua cooperación de éstos (retomar tareas de colaboración) y lo innecesario de su síntoma para que los padres colaboren en alguna tarea.

B. El hijo, está presente y acepta implícitamente acudir a las entrevistas. Los padres acuden a entrevista manteniendo cierto nivel de autoridad (encanto que pueden hacer que el/la chico/a comparezca a las entrevistas y que pueda opinar), pero la actitud de éste/a se muestra opositora y desafiante hacia las indicaciones de autoridad de los progenitores.

La intervención va dirigida en primer lugar a descubrir cuál es la función del síntoma y evaluar las relaciones (alianzas y coaliciones) que retroalimentan su función homeostática. Una vez cumplida esta fase se *fabrica* una estrategia individualizada que permita al sistema subsistir sin el síntoma.

C. El hijo presenta una relación de rivalidad con uno de los progenitores, sin embargo mantiene un nivel “preferente” de comunicación con el otro (propuesta de coalición). El hijo acepta de buen grado la posibilidad de un tratamiento. El solicitante suele ser el progenitor con línea preferente de comunicación. Uno de los primeros objetivos de la intervención es librar al hijo de la relación de coalición. Para ello se establecerá un conjunto de alianzas terapéuticas que impida, sobre todo, el establecimiento de colaciones perversas y de secretos que invaliden cualquiera de las intervenciones terapéuticas.

D. El hijo, si bien no es el que ha solicitado la demanda, acepta en la primera entrevista la posibilidad de tratamiento y explicita su deseo de hablar a solas de sus dificultades. La presentación de este contexto en la demanda implica una genuina solicitud de intervención psicoterapéutica del joven, que conlleva una propuesta de psicoterapia para el individuo, con sesiones de información, consensuada con el/la pre-adolescente en tratamiento, a los padres. A esta situación, asimismo, puede llegarse, tras proceso terapéutico exitoso, desde las situaciones anteriormente citadas, realizándose una reformulación de la demanda inicial.

### **Objetivos de la investigación**

A. Describir el proceso terapéutico desarrollado con pre-adolescentes y adolescentes con Trastorno Disocial usuarios de la USMIJ Macarena.

B. Contrastar con las investigaciones anteriores la relación entre la demanda inicial y la propuesta terapéutica.

C. Contrastar con las investigaciones anteriores la relación entre la demanda inicial y el pronóstico de la intervención, analizando además la asociación de dicha demanda con otras variables de la intervención no contempladas hasta el momento.

D. Examinar posibles relaciones entre la propuesta de intervención y la evolución del caso.

## **Método**

### *Participantes*

Entre todos los menores que con expediente activo en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil en el momento en que se llevó a cabo esta investigación, se seleccionaron aquellas historias clínicas de menores que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: (A) presentaban un diagnóstico F91 según el CIE 10, (B) recibieron tratamiento en la Unidad durante el año 2010, (C) el profesional de referencia era alguno de los profesionales referentes clínicos de la USMIJ. Se contabilizaron 153 historias clínicas, de las cuales se seleccionó aleatoriamente un tercio aproximadamente (36,67%).

La muestra final del estudio estuvo constituida por 56 chicos y chicas (83,9% varones) con diagnóstico de Trastorno Disocial (F91 según CIE 10), en un 69,64% de las ocasiones diagnóstico F91, en un 23,21% con diagnóstico F92 y en el 7,15% de las ocasiones restantes con diagnóstico F92, F94 o F95.

Se trata de un grupo de pre-adolescentes y adolescentes entre 9 y 18 años de edad ( $M = 14,18$ ,  $DT = 2,46$ ). Atendiendo al período evolutivo en que se encontraban estos menores, un 16,07% de la muestra estuvo compuesta por pre-adolescentes (entre 9 y 11 años), un 39,29% de estos chicos y chicas se encontraba en la adolescencia inicial (entre 12 y 14 años), un 21,43% en la adolescencia media (entre 15 y 16 años) y el 23,21% restante en la adolescencia tardía (entre 17 y 18 años). No hubo diferencias en función del sexo ( $X^2 = 2,11$ ,  $p = ,716$ ) ni de la edad ( $X^2 = 14,58$ ,  $p = ,265$ ) en cuanto al diagnóstico de partida.

### *Instrumentos*

Se diseñó un instrumento de evaluación *ad hoc* para esta investigación que recogía información socio-demográfica sobre el caso (sexo, edad, trastorno diagnosticado), una medida cuantitativa sobre el número de sesiones de intervención, y diversas preguntas con opciones de respuesta cerradas acerca de la situación inicial antes de comenzar la intervención, como acerca de la evolución del tratamiento en sí mismo.

En relación a las medidas relativas a la situación inicial antes de comenzar la intervención, se incluyeron tres preguntas relativas a: el tipo de demanda realizada (*valorando si el adolescente participa en la entrevista y acepta el tratamiento*) el tipo de tratamiento recomendado (1=*terapia*, 2=*terapia y control*) y el tipo de terapia propuesta (1=*individual*, 2=*familiar*, 3=*individual y familiar*).

En cuanto a la evolución de la intervención, se realizaron cuatro preguntas que incluían información sobre: si se había producido adherencia al tratamiento (0=*no* y 1=*sí*), si el pronóstico era favorable o no favorable (0=*no favorable* y 1=*favorable*), si se había dado el alta al menor (0=*no* y 1=*sí*) y las razones para que se produjera el alta (1=*éxito en la intervención*, 2=*abandono* 3=*otros*).

### *Procedimiento y diseño*

Los profesionales responsables del programa de terapia familiar examinaron las historias clínicas del conjunto de menores participantes en la investigación. Tras la revisión de cada expediente ambos profesionales cumplimentaron el instrumento de evaluación, con una dedicación aproximada de 15 minutos por cada expediente.

## **Resultados**

### *Descripción del tratamiento*

Los chicos y chicas participantes en la investigación y sus familias recibieron una intervención que osciló entre 2 y 56 sesiones ( $M = 13,36$ ,  $DT = 12,43$ ). Los participantes en la investigación variaron en cuanto a la demanda inicial planteada en la primera entrevista, de modo que en un 10,71% de las ocasiones el adolescente se negó a participar o no estuvo presente en la entrevista, en un 44,64% el adolescente acudió por imposición y los padres conservaban cierta autoridad, en un 30,36% el adolescente mantenía una relación preferente con un progenitor y aceptó el tratamiento, y en el

14,29% restante de las ocasiones el adolescente aceptó el tratamiento, expresando deseos de hablar a solas.

*Relación entre la demanda inicial y la propuesta de intervención*

En la Tabla 1 se presenta el contraste de frecuencias efectuado entre, por un lado, la situación de demanda inicial y, por otro, el tipo de intervención (terapia o terapia más control) y el tipo de terapia (individual, familiar o individual y familiar). Dado que estos análisis implicaban la comparación de dos grupos en función de variables dicotómicas, empleamos comparaciones de frecuencias, examinando los residuos tipificados corregidos para determinar la magnitud de la acumulación de frecuencias en las distintas categorías, empleando el estadístico Chi-Cuadrado para la obtención del nivel de significación del contraste e interpretando el valor ofrecido por el estadístico *V* de Cramer como indicador del tamaño del efecto del análisis realizado.

Tabla 1

*Contraste de frecuencias entre la demanda inicial y la propuesta de intervención (tipo de intervención y tipo de terapia)*

		Demanda inicial				X <sup>2</sup>	V	
		No acude	Alianza parental	Aceptación + coalición	Aceptación			
Tipo de intervención	Terapia	<i>n</i>	2	14	9	4	1,02	,14
		<i>r<sub>z</sub></i>	-1,0	0,6	0,1	-0,1		
	Terapia + control	<i>n</i>	4	11	8	4		
		<i>r<sub>z</sub></i>	1,0	-0,6	-0,1	0,1		
Tipo de terapia	Individual	<i>n</i>	0	2	1	0	1,96	,14
		<i>r<sub>z</sub></i>	-0,6	0,6	0,3	-0,7		
	Familiar	<i>n</i>	0	3	2	1		
		<i>r<sub>z</sub></i>	-0,9	0,0	0,4	0,3		
	Individual + familiar	<i>n</i>	5	19	10	5		
		<i>r<sub>z</sub></i>	1,1	-0,4	-0,5	0,1		

\**p* < ,08 \*\**p* < ,05 \*\*\**p* < ,01 \*\*\*\**p* < ,005 \*\*\*\*\**p* < ,001

*r<sub>z</sub>* = residuos tipificados corregidos

Los contrastes realizados indican que la situación de demanda inicial era independiente tanto del tipo de intervención en general (X<sup>2</sup> = 1,02, *p* = ,798) como del tipo de terapia en particular (X<sup>2</sup> = 1,96, *p* = ,924), no hallándose diferencias estadísticamente significativas ni por tanto clínicamente relevantes.



Sin embargo, a nivel descriptivo sí se observó un mayor porcentaje de necesidad de uso de control en la situación de demanda inicial en la que el adolescente no acudía al tratamiento, por lo que en la Figura 1 se representan gráficamente estos porcentajes.

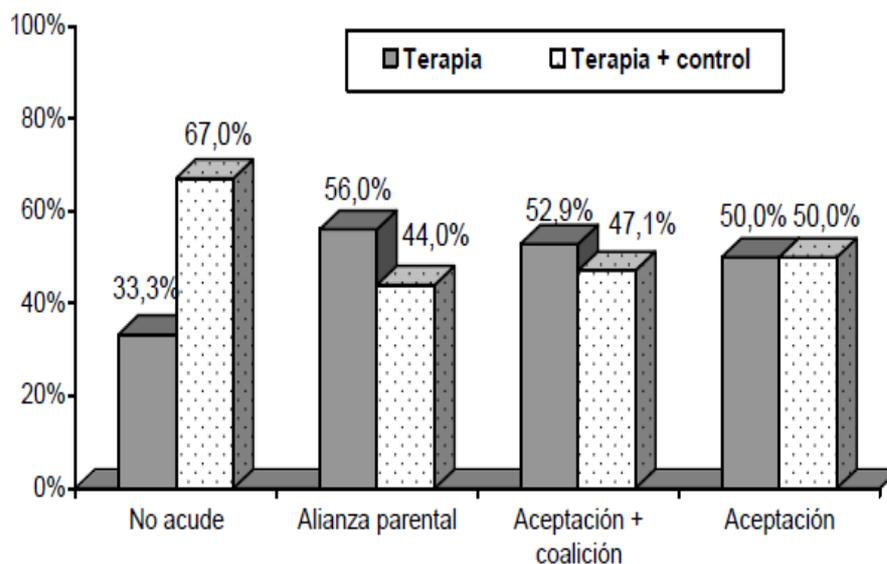


Figura 1. Tipo de intervención (porcentajes) en función de la demanda inicial.

*Relación entre la demanda inicial y la evolución de la intervención*

En la Tabla 2 se presenta el contraste de frecuencias efectuado entre estas dimensiones. Nuevamente empleamos el estadístico Chi-Cuadrado e interpretamos el valor ofrecido por el estadístico *V* de Cramer como indicador del tamaño del efecto. Siguiendo las recomendaciones ofrecidas por Agresti(30), la relevancia clínica de estos resultados ha sido calificada como despreciable cuando  $V < ,10$ , baja cuando  $V > ,10$  y  $V < ,30$ , media cuando  $V > ,30$  y  $V < ,50$  y alta cuando  $V > ,50$ .

Tabla 2

Contraste de frecuencias entre la demanda inicial y la evolución de intervención (adherencia al tratamiento y pronóstico de la intervención)

		Demanda inicial					X <sup>2</sup>	V
		No acude	Alianza parental	Aceptación + coalición	Aceptación			
Adherencia al tratamiento	No	n	3	4	1	0	8,62*	,39
		r <sub>z</sub>	2,6	0,3	-1,2	-1,2		
	Sí	n	3	21	16	8		
		r <sub>z</sub>	-2,6	-0,3	1,2	1,2		
Pronóstico de la intervención	No favorable	n	5	8	9	2	6,97*	,35
		r <sub>z</sub>	2,1	-1,5	1,0	-1,1		
	Favorable	n	1	17	8	6		
		r <sub>z</sub>	-2,1	1,5	-1,0	1,1		

\*p < ,08 \*p < ,05 \*\*p < ,01 \*\*\*p < ,005 \*\*\*\*p < ,001

r<sub>z</sub> = residuos tipificados corregidos

Como se observa en la Tabla 2, hubo diferencias significativas y clínicamente relevantes en la adherencia al tratamiento en función de la demanda inicial (X<sup>2</sup> = 8,62, p = ,035, V = ,39). Los residuos tipificados corregidos muestran que los adolescentes que se negaban a participar o acudir tendían a agruparse en la categoría de *no adherencia al tratamiento*, mientras que los adolescentes que aceptaban la posibilidad de tratamiento (con o sin coalición) tendían a agruparse en la categoría *sí adherencia al tratamiento*. A continuación, en la Figura 2, se representan gráficamente estos resultados.

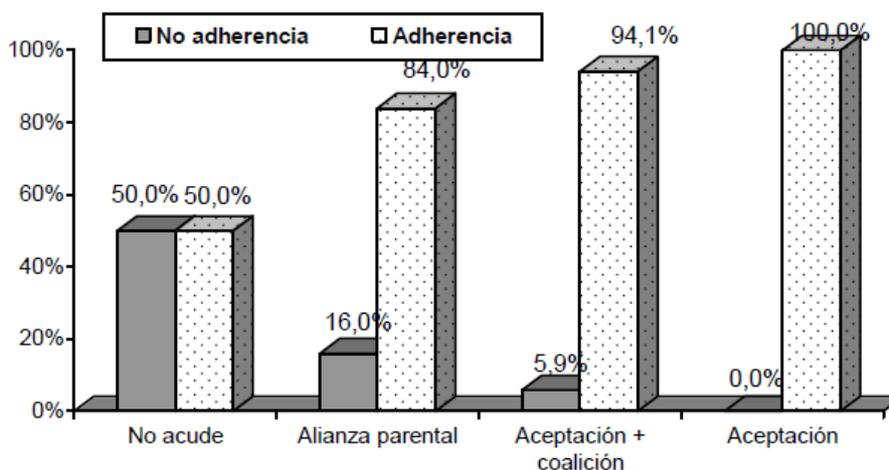


Figura 2. Adherencia al tratamiento (porcentajes) en función de la demanda inicial.

En relación al pronóstico de la intervención, en la Tabla 2 se aprecia que se obtuvo una asociación marginal entre dicho pronóstico y el tipo de demanda inicial ( $X^2 = 6,97$ ,  $p = ,073$ ). Los residuos tipificados corregidos indican que los adolescentes que se negaban a participar o acudir tendían a agruparse en la categoría *mal pronóstico*, mientras que quienes aceptaban el tratamiento (con o sin coalición) tendían a agruparse en la categoría de *buen pronóstico*). En la Figura 3 se representan gráficamente estos resultados.

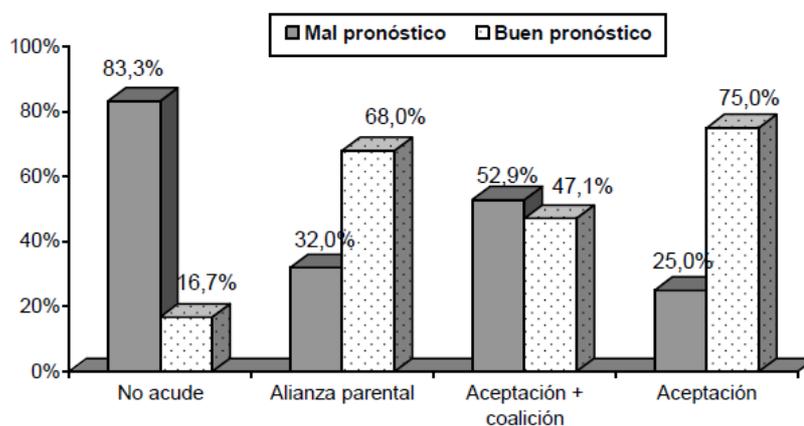


Figura 3. Pronóstico de la intervención (porcentajes) en función de la demanda inicial.

## Discusión y Conclusiones

Este estudio nos ha permitido realizar un examen más exhaustivo del modelo de intervención propuesto desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

En relación a la situación de demanda inicial de forma específica, al realizar la actual réplica del estudio, hemos observado un menor porcentaje de sujetos (7,14% de la muestra) en el que el adolescente se niegue a acudir al servicio y los padres se muestren impotentes (León et al., 2006a). No tenemos elementos concluyentes, pero estimamos que probablemente la propia historia del programa haya ido enviando mensajes a nuestro alrededor de forma que el conocimiento del mismo haya ido *depurando* las características de las peticiones de intervención.

En cuanto a la relación entre la situación de demanda inicial, por un lado, y el proceso de intervención y la evolución del paciente, por otro, los resultados permiten realizar algunas interpretaciones interesantes. Así, los datos de estudio parecen confirmar que no existen diferencias en el modo en que se ha intervenido con los

adolescentes en función de la situación de demanda. Sin embargo, dicha demanda inicial sí ha mostrado diferencias en cuanto a la evolución de la intervención (mayor adherencia y mejor pronóstico).

Examinando la relación entre las características del proceso terapéutico y la evolución del paciente hemos encontrado que el pronóstico en este tipo de casos mejora si no es necesaria la utilización de un contexto de control y sólo se emplea una intervención psicoterapéutica. Las implicaciones prácticas de estos resultados son claras: los casos que no necesitan de medidas de control deben presentar una mínima autoridad de los padres. Esto supone la necesidad de conseguir un acuerdo tácito en los padres que permita el control de la conducta del hijo (Fishman, 1995; Haley, 1985; Minuchin y Fishman, 1984). De este modo, se confirma la hipótesis de Fishman (1995) sobre la relación entre la patología del hijo y la disfuncionalidad en los padres. Por tanto, se muestra como imprescindible el análisis del subsistema parental y del proceso de desvinculación de sus familias de origen, como soporte fundamental para la intervención (Boszormenyi-Nagy y Spark, 2003; Bowen, 1991; Haley, 1985).

Finalmente, valorando el tipo de terapia que se ofrece desde la USMIJ, los resultados obtenidos indican, en nuestra opinión, el valor de la terapia familiar como una modalidad terapéutica eficaz y eficiente.

## Referencias

- Bowen, M. (1991). *De la familia el individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- Boszormenyi-Nagy, I., y Spark, G. M. (2003). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fishman, H. C. (1995). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- León, A., Blanco-Morales, M.-J., y Lara, L. (2006a, Junio). *Contextualización del tratamiento, para preadolescentes con trastorno de conducta, a partir del análisis de la solicitud de atención. El uso de la autoridad como elemento terapéutico*. Póster presentado en el X Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Sevilla

León, A., Blanco-Morales, M.-J., y Sánchez, V. (2006b, Junio). *Contextualización en el tratamiento de adolescentes con trastornos disociales en una Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil*. Póster presentado en el X Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Sevilla.

Minuchin, S., y Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

**ALTA CAPACIDAD+ ALTA SENSIBILIDAD****Rosabel Rodríguez\* y Helena Alvarado\*\***

*\*Dpt. de Pedagogía Aplicada y Psicología de la Educación. Universitat de les Illes Balears; \*\*Psicóloga. Creix. Centre de Desenvolupament infantil*

**Resumen**

Si bien la definición de superdotación es continuamente debatida y modificada debido a la heterogeneidad de la población, la existencia de un alto nivel de sensibilidad entre las personas de altas capacidades parece estar ampliamente aceptado. La unión de ambas características puede dar lugar a aparentes paradojas donde la sensibilidad que muestran muchos niños y adolescentes superdotados no se traduce en una buena capacidad para encajar socialmente. Aunque sería razonable pensar que un individuo sensible a los sentimientos y las percepciones de los demás debería ser bastante competente desde el punto de vista social, no siempre es así y aunque se exhiba un profundo entendimiento en el ámbito social, éste podría no transferirse a los comportamientos reales. Como Dabrowski y Piechowski (1977) enfatizaron hay una fuerte correlación positiva entre el nivel intelectual y la intensidad emocional, de manera que las personas con superdotación, precocidad o talento son los que más riesgo tienen de que dicha sensibilidad les afecte de manera negativa. Frecuentemente sometidos a presiones sociales, familiares o educativas, pueden llegar a enmascarar su talento o sentirse mal consigo mismos dando lugar a diferentes tipos de problemas como la depresión, la ansiedad o la baja autoestima. Así mismo las respuestas ambientales pueden mantener y empeorar los problemas manifiestos, incrementando su inadaptación global. Por tanto, todos ellos deben ser tratados desde una doble vertiente: una correcta identificación e intervención educativa, además de una terapia individual y sistémica centrada en la superación de dichas dificultades.

**Palabras clave:** Alta capacidad intelectual, superdotación, sobre-excitabilidad, terapia estratégica breve

## HIGH HABILITY+HIGH SENSIBILITY

### Abstract

While the definition of giftedness is continuously debated and modified due to the heterogeneity of the population, the existence of a high level of sensitivity among people of high ability seems to be widely accepted. The combination of both features can result in apparent paradoxes where sensitivity shown by many gifted children and adolescents does not translate into a good ability to fit in socially. While it would be reasonable to think that a sensitive feelings individual and the perceptions of others should be fairly competent from a social point of view, it is not always the case and while a deep understanding in the social field is displayed, it may not be transferred to the actual behaviors. As Dabrowski and Piechowski (1977) emphasized there is a strong positive correlation between the intellectual and the emotional intensity, so that people with gifted, precocious or talented are the most at risk of such sensitivity that affects them negatively. Often subjected to social, family and educational pressures, they may mask their talent or feel bad about themselves giving rise to different types of problems such as depression, anxiety or low self esteem. Also environmental responses can maintain and worsen the manifest problems, increasing their overall maladjustment. Therefore, they must be treated from two aspects: correct identification and educational intervention plus an individual and systemic therapy centered on overcoming these difficulties.

**Keywords:** High Intellectual Ability, Giftedness, Over-excitability, Brief strategic therapy

### Introducción

La alta capacidad intelectual (ACI) se entiende como un término paraguas referido a las personas superdotadas, con talento o precoces. Por su parte, la alta sensibilidad, también conocida como sobre-excitabilidad o hiperestesia, es entendida como una predisposición biológica para identificar con menos dificultad determinadas sensaciones, teniendo su manifestación poco que ver con las emociones, y mucho más con los aspectos ambientales.

Frecuentemente la alta sensibilidad se confunde con la hipersensibilidad, es decir,



con la fragilidad emocional. Una persona puede ser altamente sensible y no ser hipersensible, es decir, no ser excesivamente susceptible, insegura o poseer una baja autoestima, características todas ellas recurrentes en los individuos hipersensibles.

Las personas ACI no tienen porque ser hipersensibles, de hecho la mayoría aprenderá no solo a controlar sus emociones, como hacen todos los niños, sino a desarrollar una buena inteligencia emocional que le permita comprenderlas y utilizarlos de forma eficaz.

### *Altas capacidades y alta sensibilidad*

La observación y el estudio de las personas ACI ha llevado a concluir que la intensidad, la sensibilidad y la sobre-excitabilidad son características frecuentes en su desarrollo (Bouchard, 2004; Bouchet y Falk, 2001; Lind, 2001; Tieso, 2007).

La sobre-excitabilidad emocional es el equivalente a alta sensibilidad según aparece en los trabajos del psicólogo y psiquiatra Kazimierz Dabrowski (1902-1980) y su teoría de la Desintegración Positiva. Dabrowski y Piechowski (1977) definieron la “sobre-excitabilidad” (traducción literal de la palabra inglesa “overexcitability”) como una intensidad innata que indica una mayor capacidad para responder a los estímulos y se expresa en una mayor sensibilidad, una mayor conciencia y una mayor intensidad en la respuesta.

Según esta teoría el conflicto y el sufrimiento interior eran necesarios para un desarrollo avanzado. Evidentemente no toda la gente se mueve hacia un avanzado nivel de desarrollo, sin embargo, una alta capacidad intelectual combinada con el fenómeno de la sobre-excitabilidad era pronóstico de un nivel potencial de desarrollo superior.

Dabrowski (1972) identificó cinco tipos de sobre-excitabilidad: psicomotora, sensitiva, intelectual, imaginativa y emocional. Una persona puede poseer una o más de éstas sobre-excitabilidades, siendo especialmente frecuente su aparición entre los sujetos muy creativos y en las personas ACI. Poseer una o más sobre-excitabilidad representa una diferencia real en la calidad de las experiencias: “Aquel que manifiesta varias formas de sobre-excitabilidad, ve la realidad de una manera diferente, más fuerte y desde más puntos de vista” (Dabrowski, 1972, p. 7). Experimentar el mundo de este modo sin igual puede llevar consigo grandes alegrías, pero también puede dar lugar a grandes frustraciones. La clave de una alta sensibilidad es la facultad que tiene la persona para superar los estímulos negativos, sobretodo a través del aprendizaje y del

control de sus reacciones emocionales.

Aunque no todas las personas ACI poseen dicha sobre-excitabilidad, en este grupo se encuentra muchos más casos que en la media de la población. La intensidad emocional de los sujetos ACI no se trata de una cuestión de sentir más que el resto de la gente sino de una manera de experimentar el mundo distinta: más viva, absorbente, penetrante, compleja.

Los niños y adolescentes ACI tienden a ser sensibles emocionalmente (Mendaglio, 1995; Sword, 2005) y con frecuencia poseen una alta sensibilidad (Walker, 2002). La alta sensibilidad, traducida en un desarrollo más intenso de los sentidos, les permite, por ejemplo, percibir el estado de ánimo de los demás, anticipar las intenciones de otras personas o interpretar el lenguaje corporal de una manera más eficaz que la mayoría y a una edad temprana.

#### *Las emociones en las personas ACI*

Las emociones de las personas ACI pueden ser más complejas e intensas (Sword, 2005), esta complejidad se observa a menudo en el amplio rango de emociones que pueden experimentar a la vez en un momento dado y la intensidad, referida a la profundidad de los sentimientos y la conducta, es evidente en ese desbordamiento de sus sentimientos acerca de prácticamente todo: "El grado de intensidad emocional es una característica individual estable y bastante independiente de lo que en realidad evocada la emoción" (Piechowski, 1997, p. 62).

Al examinar los aspectos intelectuales, creativos, emocionales o conductuales de los niños y adolescentes ACI la intensidad suele ser una de las características más notable. La intensidad y la complejidad, ayudan a explicar por qué se pueden producir emociones y reacciones demasiado intensas como respuesta a situaciones que tal vez aún no conocen o que aún no han aprendido a responder de forma eficaz. Así por ejemplo, las actitudes y emociones de los demás tienen un fuerte impacto sobre estos niños y adolescentes cuya conciencia aumentada los hace especialmente vulnerables (Walker, 2002; Forna y Frame, 2001).

Muchas personas no son conscientes de que los sentimientos intensos son una parte de las ACI. Históricamente la expresión de sentimientos intensos ha sido vista como un signo de inestabilidad emocional, más que como una clara evidencia de una rica vida interior por lo que es frecuente que se le presta poca atención. En occidente,

tradicionalmente se ha considerado a las emociones y el intelecto como dos partes separadas y contradictorias. Es importante que a los niños y adolescentes ACI se les enseñe a interpretar su alta sensibilidad como una respuesta normal y susceptible de aprender a entender y controlar de forma adecuada.

## **Método**

### *Participantes*

Se estudian 15 casos de padres que acuden a consulta por dificultades de sus hijos centradas en la sobre-excitabilidad. El grupo está comprendido por 11 varones y 4 mujeres entre los 6 y los 15 años, todos ellos con alta capacidad intelectual.

Los 15 casos se dividieron en cuatro ámbitos centrales de afectación: personal, familiar, escolar y social, si bien la problemática interfería en mayor o menor medida al resto de áreas.

#### **a) Dificultades comportamentales a nivel familiar y alta capacidad**

Las dificultades comportamentales poco manejables se dieron en 9 los menores, 7 de ellos centrados exclusivamente en el hogar, especialmente en la interacción con las figuras parentales, aunque también afectaban de forma directa a la fratria. Los síntomas fueron: irritabilidad, agresividad verbal, enfrentamiento a la autoridad, baja tolerancia a la frustración, exigencia desmesurada al entorno familiar, negativismo, dificultad para aceptar sus errores, susceptibilidad a la crítica y desacato a la norma.

#### **b) Dificultades comportamentales a nivel escolar y alta capacidad**

La alteración comportamental de los 2 casos indicados se caracterizó por un claro enfrentamiento hacia figura del maestro, con escalada simétrica relacional y conductas de indisciplina.

#### **c) Ansiedad y alta capacidad**

Cuatro de los sujetos acudieron por ansiedad: 2 por miedos generalizados, 1 por crisis de angustia, y 1 por trastorno obsesivo compulsivo. Se apreciaban como síntomas asociados a la sobre-excitabilidad, labilidad emocional, inseguridad, decaimiento, perfeccionismo, exceso de control y dificultades de adaptación a los cambios. La mitad de ellos presentaron trastorno de la conciliación del sueño. Las conductas más significativas se centraban en evitación de situaciones que les generaban malestar y dependencia de los padres.

#### **d) Desadaptación social y alta capacidad**

Los dos últimos casos manifestaron mayor desadaptación en el ámbito social. Uno por inhibición y otro por demanda atencional. Mostraron alta susceptibilidad a la crítica, interpretación negativa de las conductas sociales externas y actitud defensiva. El 20% de la totalidad estudiada presentaron como antecedentes acoso escolar o “bullying” por parte de sus iguales en alguna etapa escolar.

#### *Procedimiento e intervención*

De los 15 casos descritos se determinó la sobre-excitabilidad como denominador común, siendo ésta el motivo de consulta de los padres y de este estudio. Dicha sobre-excitabilidad se caracterizaba por susceptibilidad a la crítica, dificultades en la regulación de las emociones y en el control de la conducta, en la aceptación de errores, inseguridad personal y exigencia desmesurada al entorno.

Dado que los padres eran los consultores de la dificultad de sus hijos, el método utilizado para abordar la sobre-excitabilidad fue la terapia breve estratégica. Este modelo de intervención busca romper rápidamente la rigidez del sistema perceptivo-reactivo disfuncional, y lograr la extinción de la sintomatología, reestructuración y reorganización de sus modalidades perceptivas, cognitivas y comportamentales (Nardone y Balbi, 2009). Se realizó la intervención sobre la sobre-excitabilidad de modo indirecto, esto es, interviniendo con los padres para dotarles de los recursos que permiten una reducción del síntoma en el menor y, en consecuencia, una mejora adaptativa de éste a nivel personal y general.

Tras la definición del problema, se busca el sistema interactivo no funcional que lo mantiene. En este caso los padres suelen informar de diferentes soluciones intentadas disfuncionales ante la sobre-excitabilidad de su hijo centradas en:

1. control: controlarlo para que reduzca la intensidad de la emoción, a menudo evitando o previniendo las situaciones que se creen desencadenantes,
2. escalada de poder: entrar en escalada con el menor y perder ambos el control con implementación posterior de castigos por el considerado mal comportamiento, o bien,
3. sobre-atención al síntoma: se sobre atiende la conducta con alta intensidad afectiva con el fin de calmarlo.

Estas tres soluciones intentadas, más allá de reconducir la situación, mantienen y

empeoran el síntoma, siendo reconocido este aspecto por el hecho de que existe un aumento de la sobre-excitabilidad de sus hijos con el paso de tiempo, tanto en frecuencia, duración e intensidad de los episodios, y una clara sensación de pérdida de control parental ante estas situaciones.

Es en este primer momento donde se construye con los padres la hipótesis de la espontaneidad versus la voluntariedad y se establece una reestructuración cognitiva sobre el malestar emocional de sus hijos con respecto a las situaciones vividas.

La reestructuración cognitiva consiste en ofrecer a la familia una explicación nueva sobre la conducta de su hijo, que cambia su manera de “verlo” o “pensarlo” proporcionando un alivio emocional, ya que encuadra el problema como menos amenazante y más manejable. Se trata de dar un significado nuevo de la realidad que está viviendo.

La reestructuración cognitiva del malestar se desarrolla de la siguiente manera: “Imaginemos que puntuáramos las situaciones de 1 a 10, en función del grado de importancia, siendo 1 una situación de mínima importancia y 10 una de alta significación. A su vez, se puntúan las emociones también de 1 a 10, siendo 1 una emoción muy leve, y un 10 una emoción muy intensa”.

Si bien un sujeto con un grado de excitabilidad y sensibilidad dentro de la media, manifiesta una respuesta que es congruente entre situación y emoción, es decir, ante una situación valorada como “2”, reacciona con una intensidad emocional de “2” (o cercano a ese valor), en el caso de sus hijos con alta capacidad intelectual y sobre-excitabilidad, una situación “2” es vivida de manera extrema, por ejemplo, como un “7”. No existe intencionalidad voluntaria ante esa reacción, sino una amplificación de las emociones espontánea que aumenta y empeora en función de la respuesta del entorno, en este caso familiar.

Tras esta reestructuración cognitiva, donde se elimina la intencionalidad, se plantea la estrategia de observar y no intervenir el síntoma de la sobre excitabilidad. La estrategia de observar y no intervenir se trata de una técnica que consiste en observar la conducta inadecuada sin dar muestras de provocación o intervención. El adulto observa la situación sin decir nada, toda la energía del adulto debe ir canalizada en controlarse a sí mismo, sin dar muestra de afectación o de mostrar atención negativa al respecto. Una vez la conducta del niño disminuye y desaparece, el adulto debe preguntarle si ya ha acabado (sin inmutarse) y en ese momento retirarse, si continúa permanecemos

impasibles. De esta forma el adulto permite la conducta pero elimina las soluciones intentadas disfuncionales que mantienen y empeoran el problema, proporcionando al niño o adolescente la oportunidad de gestionar el control de su emoción.

### **Resultados y Conclusiones**

La *intervención indirecta* a través de los progenitores permite no tratar a los menores como el foco del problema, sino dar relevancia a la alteración de la comunicación y de relación que se establece entre los miembros a consecuencia de la sobre excitabilidad.

La sobre excitabilidad entendida como una *respuesta espontánea* y no voluntaria reduce la culpabilidad del niño en cuanto al manejo de la situación y de intencionalidad subyacente, eliminando la interpretación negativa de su conducta. Los adultos, por tanto, deben ayudar a su hijo a gestionar dicha emoción desbordada para adecuarla progresivamente a la importancia de la situación vivida, aumentando el control de su conducta y, por tanto, disminuyendo y favoreciendo la adaptabilidad de su reacción emocional.

Los *cambios producidos* incluyen la reducción de tres factores: el número de enfrentamientos, la intensidad de la reacción emocional y la duración de los episodios, mostrando progresivamente una mejora en el auto control y en consecuencia, favoreciendo positivamente la comunicación familiar, con aumento de las interacciones positivas y de situaciones de satisfacción entre los miembros.

### **Referencias**

- Bouchard, L.L. (2004). An instrument for the measure of Dabrowskian overexcitabilities to identify gifted elementary students. *Gifted Child Quarterly*, 45, 260-267.
- Bouchet, N. y Falk, R.F. (2001). The relationship among giftedness, gender, and overexcitability. *Gifted Child Quarterly*, 45, 260-267.
- Dabrowski, K. (1972). *Psychoneurosis is not an illness*. London: Gryf.
- Dabrowski, K. y Piechowski, M.M. (1977). *Theory of levels of emotional development* (Vols.1 & 2). Oceanside, NY: Dabor Science.
- Fornia, G.L. y Frame, M.W. (2001). The Social and Emotional Needs of Gifted Children: Implications for Family Counseling. *The Family Journal: counseling*

- and therapy for couples and families*, 9(4), 384-390.
- Lind, S. (2001). Over excitability and the gifted. *SENG Newsletter*, 1(1), 3-6.
- Mendaglio, S. (1995). Sensitivity among gifted persons: A multi-faceted perspective. *Roeper Review*, 17(3), 169-172.
- Nardone, G., y Balbi, E. (2009). *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa. Lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias*. Barcelona: Herder.
- Piechowski, M. M. (1997). Emotional giftedness: The measure of intrapersonal intelligence. En N. Colangelo y G. A. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (2nd Ed.) (pp. 366–381). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Sword, L.K. (2005). *Emotional intensity in gifted children*. Recuperado de <http://sengifted.org/emotional-intensity-in-gifted-children/>.
- Tieso, C.L. (2007). Patterns of over excitabilities in identified gifted students and their parents: A hierarchical model. *Gifted Child Quarterly*, 51, 11–22.
- Walker, S.Y. (2002). *The survival guide for parents of gifted kids: How to understand, live with, and stick up for your gifted child*. Minneapolis, USA: Free Spirit Publishing.

## LA CAJA DE ARENA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

**María Victoria Sánchez, Ángel Fernández, Moisés Jiménez, Víctor Ortega, Lara Garrido, Sandra Morán y Bárbara Pérez**

*Grupo Laberinto Salud y Psicología*

### Resumen

**Antecedentes:** La caja de arena como técnica, surge en Europa en los años 50, fruto del trabajo que Dora Kalff hace de la “Técnica de los mundos” de Margaret Lowenfeld. El objetivo es que la persona pueda conectar con el contenido mental de manera sutil y pueda plasmarlo representando una escena en una caja con arena donde se añaden elementos que representan diferentes personajes y contextos. **Método:** A partir de una revisión bibliográfica sobre la técnica, se describirá el procedimiento para aplicarla, incluyendo los elementos necesarios para la realización de la técnica. **Resultados:** Es una técnica proyectiva vivencial que facilita la expresión y comprensión de los estados emocionales. Como medio de expresión seguro y contención emocional para los pacientes, permite explorar estados internos, expresar a través de un vehículo diferente de lo verbal, enriquecer las narrativas a través de la emergencia de metáforas terapéuticas e integrar partes disociadas. A su vez posibilita al terapeuta acercarse al mundo intrapsíquico del paciente a través de lo simbólico. La aplicación ha sido diversa: niños y adultos con bloqueos emocionales, situaciones traumáticas (malos tratos, abusos sexuales, etc.), niños que presentan retraso en el desarrollo con afectación al lenguaje, daño neurológico, trastornos del apego, trastornos de conducta alimentaria, adicciones, problemas de conducta e incluso psicosis. También se está incluyendo en programas de terapia psicológica escolar y familiar. **Conclusiones:** La revisión bibliográfica y la experiencia clínica nos permiten valorar el potencial diagnóstico y terapéutico de la técnica de Caja de arena en población adulta e infantil, especialmente en casos de trauma y ante la presencia de problemas emocionales asociados a dificultad en la verbalización de los contenidos psíquicos.

**Palabras clave:** Caja de arena, psicopatología, trauma, psicoterapia,

## SANDPLAY IN PSYCHOTHERAPY

### Abstract

**Background:** The Sandplay technique, appeared in Europe in the 50s, is the result of an adaptation of the "Technique of the Worlds" of Margaret Lowenfeld achieved by Dora Kalff. The goal of the Sandplay is let the person connect with his mental content in a subtly way, and let him translate this mental content in a scene in a sandplay adding elements that represent different characters and contexts. **Method:** Using a literature review of the technique, the process of application will be described including all the necessary elements to perform the technique. **Results:** The Sandplay technique is an experiential projective technique that facilitates the expression and understanding of emotional states. As way of emotional expression safe for patients containment, it can be used to explore inner mental states, expressed through a different way than verbal. The technique also can enrich the mental narratives through the emergence of therapeutic metaphors that can integrate dissociated parts. Futhermore, the technique allows the therapist to approach the patient's intrapsychic world through the symbols. Its application has been diverse: children and adults with emotional blocks, trauma (abuse, sexual abuse, etc.), children with developmental delay and language impairment, neurological damage, attachment disorders, eating disorders, addictions, behavioral problems and even psychosis. Also it is being included in school programs and family counseling. **Conclusions:** The literature review and clinical experience enable us to assess the diagnostic and therapeutic potential of the Sandbox technique in adult and pediatric population, especially in cases of trauma and in the presence of emotional problems associated with difficulty in speaking of psychic contents.

**Keywords:** Sandplay, psychopathology, trauma, psychotherapy

### Introducción

La evaluación psicológica cuenta con una amplia variedad de posibilidades que ha ido incrementándose a lo largo del tiempo (Sánchez y Rivero 2011).

Podemos diferenciar:

- Técnicas de observación: lo que se observa es un hecho que ocurre en una situación. Podemos observar conducta verbal o lingüística (se refiere al contenido del

mensaje), no verbal (expresiones motoras: expresiones faciales, conducta gestual y postural), espacial o proxémica (elección de lugar en un espacio y conjunto de desplazamientos de un sujeto, realización). Dentro de las técnicas de observación se incluyen los registros narrativos, escalas de apreciación, protocolos observacionales de conducta, códigos o sistemas de categorías, registros de productos de conducta y dispositivos electrónicos.

-Autoinformes: son manifestaciones verbales que emite una persona sobre cualquier manifestación propia, cognitiva, fisiológica o motora, el observador es el propio sujeto. Se pueden analizar las siguientes variables: rasgos, dimensiones o factores de personalidad (EJ: 16-PF, MMPI), estados (ej: STAI), repertorios conductuales (PES, UES, FSS-III) y repertorios cognitivos (ACS, COPE). Incluyen la entrevista, cuestionarios, inventarios y escalas, autorregistros y pensamientos en voz alta (monólogo continuo, muestras de pensamientos y registros de eventos).

- Técnicas objetivas: recogen eventos psicológicos observables o amplificables. El sujeto no controla su respuesta por completo, por lo que ésta se registra de forma objetiva e involuntaria. Podemos diferenciar las cognitivas, que valoran atención (polirreactígrafo y CPT), percepción (taquitoscopio, cámara oscura, aparato Phi, ilusiones ópticas y RTF), memoria (taquitoscopio y tambores de memoria), aprendizaje (aprendizaje discriminativo y condicionamiento) y conceptos (test de categorías Halstead); las motoras, que valoran movimientos oculomotores, coordinación motriz, medidas de la actividad; y las psicofisiológicas

- Técnicas subjetivas: el sujeto ha de describirse o clasificarse a sí mismo, a otras personas u objetos, o son otras personas conocidas las que llevan a cabo estas funciones. Se caracterizan porque la respuesta que emite el sujeto es voluntaria, son técnicas semi-estructuradas, no enmascarados. Incluye las listas de adjetivos (ACL, DACL), clasificación Q (CQ De Block, Técnica de Ajuste a Modelos de Bem, técnica Q de Autoconcepto de Fierro), diferencial semántico, test de constructos personales de Kelly y métodos hermenéuticos y narrativos.

- Técnicas proyectivas: se trata de técnicas no estructuradas que aportan muestras de conducta representativas y válidas. Supone que todas las respuestas que emiten las personas poseen un significado y se toman como caracteres de la personalidad. Son técnicas enmascaradas o disfrazadas: el sujeto no puede falsificar las respuestas porque no conoce la relación que se da entre éstas y su mundo inconsciente. Los resultados

obtenidos se estudian de forma cualitativa, ideográfica, subjetiva y global. Se distinguen las técnicas estructurales (Test de Rorschach, HIT de Holtzman, Z de Zulliger) temáticas (TAT, TRO, PFT, CAT), expresivas/gráficas (test de la familia, test de la figura humana, test del árbol), constructivas (test del pueblo, test de la aldea imaginaria, juego diagnóstico) asociativas (fábulas de Düss, asociación de palabra, frases incompletas) y refractarias (grafología).

La caja de arena como técnica, surge en Europa en los años 50, fruto del trabajo que Dora Kalff hace de la “Técnica de los mundos” de Margaret Lowenfeld. Es una técnica proyectiva vivencial que facilita la expresión y comprensión de los estados emocionales. El objetivo es la persona pueda conectar con el contenido mental de manera sutil y pueda plasmarlo representando una escena en una caja con arena donde se añaden elementos que representan diferentes personajes y contextos. Se pretende acceder al mundo intrapsíquico del menor y la comprensión de su contenido.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la técnica de Caja de arena como herramienta de evaluación y terapéutica para profesionales del ámbito de la salud mental y educativo.

## **Método**

Para recoger toda la información relativa a la Técnica de Caja de Arena se han revisado las fuentes bibliográficas que incluyen publicaciones sobre esta técnica. Esta revisión ha permitido recoger toda la información necesaria para poder presentar el origen de la técnica, el material necesario para utilizarla, el procedimiento, el papel del terapeuta, el potencial terapéutico y los distintos ámbitos de aplicación en los que puede utilizarse.

## **Resultados**

La historia de la Caja de arena (Sandplay) se inicia cuando HG Wells se da cuenta de que sus hijos, mientras juegan en el suelo con figuras en miniatura estaban trabajando sus problemas entre sí y con otros miembros de la familia. Dos décadas después la psiquiatra infantil Margaret Lowenfeld (Londres, 1979), a partir de la lectura de Wells, añadió miniaturas en las estanterías de la sala de juegos de su clínica, lo que le permitió descubrir que los niños utilizan símbolos con bastante naturalidad para recrear sus mundos interiores, como cuando manipulan y juegan con objetos. Así es como

encontró el método que estaba buscando para ayudar a los niños a expresar sus emociones (“técnica de los mundos”). . Se considera la creadora de la técnica de Caja a la psicoterapeuta Dora M. Kalff (Suiza, 1904-1990), quien basó sus teorías en los principios de la psicología analítica de Carl Gustav Jung y en el trabajo de Margarita Lowenfeld. Dora colaboró con Margaret diseñando la bandeja y añadiendo la arena, construyendo un método que facilitaba que los niños pudieran traer el contenido psíquico a la consciencia, a través de un juego con esencia no verbal y simbólica, en un ambiente facilitador generado por el terapeuta.

Respecto al material, el primer elemento que necesitamos es un recipiente pintado azul con arena: la arena y los laterales ofrecen permiten la excavación hasta la profundidad o la construcción hasta las alturas. Se considera la caja como un elemento contenedor de la psique. El fondo y los laterales azules simulan el mar y el cielo. La arena nos conecta con la tierra, tiene cualidades sensoriales y kinestésicas. Por otro lado, los pacientes tienen que tener a su disposición un grupo de pequeñas figuras que incluyan una muestra representativa de todos los seres animados e inanimados que podemos encontrar en el mundo externo y en el mundo imaginativo interno. Así, deben tener a su disposición las siguientes categorías: personas (familias de diferentes razas y diferentes profesiones), elementos de cómics y películas, elementos de fantasía (dragones, minotauros, cíclopes, fantasmas, esqueletos...), elementos místicos y espirituales (paloma de la paz, sacerdote, fraile, monja , ángeles, caballos alados, sirenas...), animales (domésticos , salvajes , prehistóricos, de granja , insectos , animales marinos, serpientes...), construcciones y viviendas (casas, colegios, edificios, castillos, tienda de campaña, puentes, iglú...), elementos domésticos (muebles, botellas...), puentes, comida, vegetación (árboles de distintos tipos, plantas, césped, flores...), ítems naturales (rocas, troncos, maderas...), y medios de transporte (coches, camiones, autobuses, aviones, trenes, barcos, policías, bomberos...) . Las figuras, medio de expresión seguro, permiten expresar el mundo interno de forma simbólica, siendo esta emergencia a la consciencia del contenido simbólico una parte importante en el proceso terapéutico.

Previamente a la utilización de la técnica en una sesión, debemos preparar la sala, supervisando que todo esté en orden: por un lado, las figuras en la estantería agrupadas por categorías, todas al alcance de la vista (si no es posible, con una escalera que

permita alcanzarlas), por otro lado, debemos asegurarnos que no hay figuras enterradas y dejar la arena plana.

Una vez que tenemos a nuestra disposición la bandeja con arena y las figuras podemos invitar al paciente (niño o adulto) a que sientan la arena y jueguen con ella: pueden aplastarla, cavar... todo está permitido excepto tirar arena fuera de la caja. La consigna puede ser: “¿Ves estas miniaturas? puedes colocarlas en esta caja y hacer lo que tú quieras. Coges lo que quieras y lo haces aquí. Yo seré tu ayudante y estaré acompañándote todo el rato. Mientras la haces, estaremos en silencio”. El papel del terapeuta es mantenerse presente con una completa atención e interés, tiene que supervisar la escena sin abandonar la sala en ningún momento. Nunca debe dirigir, juzgar ni interferir. Así, la función del terapeuta es contener sin invadir ni abandonar, ser empático y reflejar la emoción sin interpretar y sin intervenir, manteniendo la metáfora. Durante el proceso de construcción de la caja el terapeuta se mantiene en silencio, y nunca mete la mano dentro de la caja, y una vez terminada la construcción, el terapeuta observa lo creado y puede preguntar cómo fue hacer la caja y pedir reacciones al terminar la obra. En el caso de hacer preguntas, tienen que tener un formato abierto, del tipo: “¿Quieres hablar sobre lo que has hecho?” “¿qué está pasando en este mundo?,...”, “parece que...he visto que... háblame de...”. En algunas ocasiones el paciente no quiere hablar de lo que ha hecho, siempre hay que respetarlo y no insistir. Según la creadora de la técnica, Dora Kalff, si podemos " hacer nada "podemos ayudar a crear. Más adelante, en una fase posterior del proceso terapéutico, se puede devolver al paciente un análisis psicológico o interpretación, si no se va a seguir trabajando con la técnica.

El uso de la Técnica de Caja de arena, como técnica proyectiva vivencial, nos permite comprobar cómo inmerso en el juego con las figuras y la arena, el paciente pierde las inhibiciones propias del nivel consciente y entra en el mundo de lo inconsciente, facilitando la expresión sin censura. En este sentido, las escenas que se construyen en la caja son comparables a las imágenes simbólicas que ocurren en sueños, considerándose manifestaciones concretas de su mundo interior (Grubbs, 1994).

El potencial terapéutico de la Caja de arena surge de la capacidad que tiene para facilitar la exploración de estados internos y la expresión y comprensión de los estados emocionales. Ayuda a persona a conectar con el contenido mental de manera sutil y a poder plasmarlo representando una escena en una caja con arena donde puede utilizar

elementos que representan diferentes personajes y contextos. Sirve para acceder al mundo intrapsíquico del paciente y la comprensión de su contenido: puede funcionar como un medio de expresión seguro de conflictos, miedos, fortalezas, etc. (Marrodán, 2013).

Se puede considerar que las miniaturas representan las palabras y la bandeja la gramática. Es una herramienta multidimensional, ya que no sólo facilita la expresión emocional sino que también permite generar sentimientos de control ante situaciones traumáticas recreadas, ya que es el autor el que dirige la escena y toma el control sobre ésta (Alzate, 2011).

Podemos encontrar en las diferentes escenas elementos que nos indican el tipo de apego de la persona (evitativo, ansioso-ambivalente, desorganizado, seguro), al igual que en el lenguaje de las miniaturas podemos traducir indicadores de sintomatología en las diferentes escenas creadas: por ejemplo, sintomatología ansiosa, depresiva, agresiva, situaciones de amenaza y riesgo, incertidumbre, inseguridad, sentimientos de abandono o soledad, duelos no resueltos, conflictos internos y de lealtades, angustia, terror, culpa, vivencias violentas, malos tratos o abusos. Igualmente, podemos encontrar elementos resilientes en las escenas a través de símbolos que sugieren puntos fuertes, generando seguridad y protección. Es muy importante que el terapeuta no ponga la atención sólo en lo deficitario, sino en los recursos de la persona (Carey, 1990).

En definitiva, la técnica de la Caja de arena permite expresar a través de un vehículo diferente de lo verbal, enriquecer las narrativas a través de la emergencia de metáforas terapéuticas e integrar partes disociadas.

Respecto a los ámbitos de aplicación, en los primeros años desde su aparición, fue utilizada principalmente en niños y adultos con bloqueos emocionales, malos tratos, abusos sexuales y un abanico de situaciones traumáticas, en las que las palabras muchas veces no están disponibles (Cunningham, Fill y Al-Jamie, 2000).

Si bien los contextos de aplicación han ido aumentando, considerándose un recurso valioso para los profesionales del ámbito de la salud mental en el trabajo terapéutico con niños, adolescentes y adultos: trauma, problemas emocionales asociados a dificultad en la verbalización de los contenidos psíquicos, mutismo, trastornos de conducta, duelo, adicciones, trastornos psicósomáticos, dolor crónico, trastornos de conducta alimentaria, etc.

Aparte del ámbito clínico, se está comenzando a iniciar su uso en contextos escolares, en horario de tutorías y en las sesiones con el orientador. En este ámbito puede ser una herramienta útil en casos de sospecha de dificultades emocionales de los menores de forma preventiva, y para la intervención en casos de retraso en el desarrollo del lenguaje, déficit de atención, trastornos del apego, problemas de autoestima, problemas conductuales, dificultades en la relación con iguales, problemas familiares, trauma, bullying y otros (Flahive, 2005).

### **Discusión/Conclusiones**

La revisión bibliográfica nos permite valorar el potencial diagnóstico y terapéutico de la técnica de Caja de arena en población adulta e infantil, especialmente en casos de trauma y ante la presencia de problemas emocionales asociados a dificultad en la verbalización de los contenidos psíquicos, ayudando a no retraumatizar.

En población infantil sería interesante valorar su alcance diagnóstico y terapéutico, junto a otras técnicas como las proyectivas gráficas y la hora de juego, en casos de: trastornos de la comunicación, problemas internalizantes (retraimiento, síntomas somáticos, ansiedad, depresión), externalizantes, (peleas, rabietas, desobediencia, destructividad, conducta delictiva y agresiva) y mixtos, incluyendo problemas sociales, de pensamiento y atención (Richards, Pillay y Fritz, 2012).

Por otro lado, son necesarias más investigaciones en la intervención clínica en casos de duelo patológico, trastornos de conducta alimentaria, adicciones, trastornos psicosomáticos, problemas de conducta, psicosis, etc. Igualmente, consideramos oportuna la investigación de su aplicación en contextos escolares de forma preventiva.

### **Agradecimientos**

Queremos dar las gracias a la psicóloga Claudia López de Huhn, que ha sido la persona que nos ha puesto en contacto con la técnica, convirtiéndose en una herramienta muy valiosa en nuestro trabajo diario con los pacientes.

### **Referencias**

Alzate, L. (2011). *El juego con la caja de arena desde una mirada Kleiniana* (Tesis doctoral). Universidad Pontificia Javeriana.

- Carey, L. (1990). Sandplay therapy with a troubled child. *The Arts in Psychotherapy*, 17(3), 197-209.
- Cunningham, C., Fill, K., y Al-Jamie, L. (2000). Sandtray play with traumatized children: A comparison study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2(2), 195-205.
- Flahive, M. (2005). *Group sandtray therapy at school with preadolescents identified with behavioral difficulties* (Doctoral dissertation). University of North Texas.
- Grubbs, G. (1994). An abused child's use of sandplay in the healing process. *Clinical Social Work Journal*, 22(2), 193-209.
- Marrodán, G. (2013). *Construyendo puentes. La técnica de la caja de arena (sandtray)*. Urduliz: Declée de Brouwer.
- Richards, S., Pillay, J. y Fritz, E. (2012). The use of sand tray techniques by school counsellors to assist children with emotional and behavioural problems. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 367-373.
- Sánchez, M.V., y Rivero, R. (2011). *Evaluación psicológica*. Murcia: Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual.

**“WHEN I’M WITH HER... WHEN SHE’S NOT WITH ME...”**  
**CHILDREN AND WORKING/NON-WORKING MOTHERS: AN ANALYSIS**  
**OF NARRATIVES**

**Francesca Gioia, Valentina Boursier and Valentina Manna**

*Department of Humanities, University Of Naples Federico II*

**Abstract**

Introduction: In the debate on work-family balance and its challenges, still little is known about children's point of view and their needs and desires. Objectives: We aimed at exploring how children perceive the time spent with and without their mothers, what they wish to change about it and if there is any difference between children with working (WM) and non-working mothers (NWM). Methods: We asked to 797 children from South Italy, aged 7-10 years and equally distributed for gender, to write down illustrative moments spent with and without their mothers and what they would like to change within them. The narratives were analyzed through the software T-LAB by means of a Thematic Analysis of Elementary Contexts (TAEC) and a Specificities Analysis (SA). Results: We obtained 6 clusters: C1-And finally...weekend!, C2-Everyday rules, C3-She and me, C4-Sometimes I feel, C5-A wand for the world and C6-Friends. Seen in the factorial space, the clusters appear to be aggregated, along factorial axis Y in an area counterpoising themes referring to “Doing” (C3-C5-C6) and “Emotions” (C1-C2-C4); whilst along the X, we found the opposition of clusters referring to “With whom I’m” (C1-C3-C6) and “Inside me” (C4-C5); C2 marks the boundary among them. Furthermore, we found that children desire to affirm their own identity, a wish differently expressed in females (identification with mother) and in males (conflict expression). Conclusions: The study didn’t reveal considerable differences between children with WM and NWM, highlighting that them all need quality time. Both groups narrated special moments spent with family as well as moments of exclusivity with their mothers, but also with peer group or alone, confirming the strivings of children towards independence and the essential role of the environmental provision that gives them the “capacity to be alone”.

**Keywords:** Work-family balance, Children, Mothers, Quality time.



## Introduction

Nowadays, balancing work and family is one of the hardest daily challenges for parents because of their overlap and reciprocal influence. On the one hand, women have gained a leading role into the labour market, despite the care responsibility, and on the other hand, men, especially younger ones, have expressed a wish to become increasingly present in the family life. According to the *Model of Work and Family Life*, created by Ellen Galinsky (1999), the work and family life are the constituent parts of a circle of moving water. Parents have no alternative but to sail, in light of fluid exchanges between individuality, work, family and communities. This is the real challenge for parents, especially for mothers. Indeed, women continue to perform a substantive, disproportionate amount of unpaid work compared with men, and mothers curtail their involvement in the paid labour force in response to family demands more frequently than fathers (Cooklin et al., 2014).

The *woman of double presence* (Balbo, 1978) seems to be the image of today's woman, divided between the role of mother and working woman: by now, the productivity is a natural stage of social and personal feminine development. Despite this, still too often, a working mother enters the labour market not without guilt, hetero and self-imposed, because of the constant comparison with her Ego Ideal (VegettiFinzi, 1992) and with the fantasy of the *perfect mother* (Chodorow, 1991). Instead, work *per se* is not a problem for children, particularly on the part of mothers. Parents' and mothers' working hours do not necessarily impact negatively on children (Lewis, Noden, & Sarre, 2008). As Galinsky (1999) stressed, what it is really important is '*how we work*'.

For many years the everyday reality of working parents and their children has been captured in notions of "quality time" versus "quantity time" (Christensen, 2002) because the time parents spend with children is considered a critical barometer of optimal parenting (Milkie, Kendig, Nomaguchi, & Denny, 2010) in many Western cultures. This matter has become part of our cultural discourse concerning what it means to be a "good parent" (Snyder, 2007). According to literature, often parents confuse quality and quantity time and they define the need of "quality time" as need of "more time together" (Christensen, 2002; Lewis et al., 2008). In this sense, "quality time" epitomizes the ideal image of "happy families" in which parents are key actors (Christensen, 2002). But actually, what is really important is the kind of time that

parents, especially mothers, spend with their children and how they feel about it (Milkie et al., 2010). The employed mothers' capability to create enough quality time with children and child-centered activities may allow them to feel better about their whole lives as working mothers (Milkie et al., 2010) and it increases the sense of work-family balance. Furthermore, quality time should be relaxing and dedicated to fun family activities, such as a vacation or a family game night, intended to help families take a break from hectic work and school schedules (Snyder, 2007).

The debate on this matter underlined that it engages many social aspects involving interdependently gender and generations (Naldini, & Saraceno, 2011), but do children and parents think in the same way about their time together? (Christensen, 2002). As Lewis' et al.' (2002) findings indicated, there is a difficult balancing act for parents to perform in terms of presence and absence, but the simple presence is not necessarily the main issue for children. Still little is known about children's views and experiences on it (Harden, Backett-Milburn, MacLeanc, Cunningham-Burley, & Jamiesone, 2013).

### *Aims*

This study aimed to "give voice" to children and collect their narratives about the time spent with and without mother. Particular attention has been paid to the dyadic dynamics and to the quality of the moments and activities with the parent. The study also wanted to compare the narratives of children with working and non-working mothers to explore their needs and desires and to identify any differences.

### **Method**

Research strategy:

### *Participants*

The study involved 797 children, aged between 7 and 10 years. Among these children, equally distributed for gender (51.3% female and 48.7% male), 55.3% had a working mother and 44.7% a non-working mother. The sample was recruited in five different Primary Schools of Naples, southern Italy, distributed in different areas of the city.

### *Materials*

The administered tool was a “*narrative questionnaire*”. At first we asked the children their name, to identify the gender, age, if mother and father worked and, if so, to specify what kind of job they did. Next questions aimed at exploring, according to literature, how children perceive the time spent with family (Christensen, 2002), especially with mother. Specifically, the questions were:

1. Narrate a time of the day spent with your mom.
2. Narrate a time of the day spent without your mom.
3. If you had a magic wand, what would you change about these moments?

To really “give voice” to children and their wishes it was not enough the mere description of special and daily life moments. What appeared very important to us was to offer them the space to give expression to the imaginary dimension through the narrative instrument and the reference to a magical tool, the wand, for the emergence of the inner world, with its needs and desires.

### *Procedure*

After having obtained the consent of families, School Principals and teachers, the instrument was administered to children in their classrooms and during school hours to observe children in their natural setting, a familiar environment. This procedure limits possible reactions of anxiety due to the presence of an unknown adult.

Before beginning we explained to the children that it was by no means a school assignment, that we would not have paid attention to any grammatical error and that there would be no judgment, so as to establish a relaxed mood. Furthermore, children had no time limit to answer questions.

The narratives were analyzed through the software T-LAB by means of:

1. Thematic Analysis of Elementary Contexts (TAEC). This T-LAB tool allows to obtain and explore a representation of corpus contents through few and significant thematic clusters (from 3 to 50), each of which:
  - consists of a set of elementary contexts (i.e. sentences, paragraphs or short texts like responses to open-ended questions) characterized by the same patterns of key-words;
  - is described through the lexical units (i.e. words, lemmas or categories) and the most characteristic variables (if present) of the context units from which it is composed.

2. Specificities Analysis (SA). This T-LAB tool enables to check which lexical units (words, lemmas or categories) are typical or exclusive in a text or a corpus subset defined by a categorical variable, as well as to check the 'typical contexts' of each analysed subset (e.g. the 'typical' sentences used by any specific group) (Lancia, 2004).

### *Design*

In this study we adopted a qualitative-quantitative research strategy. A sequential procedure, in which the researcher seeks to elaborate on or expand the findings of one method with another method (Creswell, 2003), fitted our aims the best. We used a narrative instrument, typically qualitative, and we carried out the data analysis using the software T-LAB, all-in-one set of linguistic and statistical tools for content analysis and text mining (Lancia, 2004).

### **Results**

Thematic Analysis of Elementary Contexts (TAEC) pointed out 6 clusters (main themes of narratives) that we interpreted and nominated as:

- C1. *And finally...weekend!*: being together with parents and other familiar figures (uncles and aunts, grandparents, etc), as a family, on Saturday and Sunday;
- C2. *Everyday rules*: references to daily life, marked by schedules and strict rules (for example: catechism, math, timetable);
- C3. *She and me*: the time spent exclusively with mother for activities such as dining, watching TV, doing homework;
- C4. *Sometimes I feel*: the emotions (sadness, anger, pleasure). Here it is expressed children's openness to the inner world;
- C5. *A wand for the world*: the imagination and the desire to actually change the world (i.e. peace, war, poverty, gain);
- C6. *Friends*: the game time and the peer group (friendship, videogames, football, amusement, etc).

Seen in the factorial space provided by T-LAB, the clusters appear to be aggregated, along factorial axis Y, in an area counterpoising themes referring to two dimensions: "Doing" (C3-C5-C6) and "Emotions" (C1-C2-C4); whilst, along the X we find the opposition of clusters referring to "With whom I am" (C1-C3-C6) and "Inside me" (C4-C5). Cluster 2, split down the middle, seems to mark the boundary among

these two last dimensions. Furthermore this cluster seems borderline between the time that children share with others (families, mothers and friends) and the time they spend alone (with their own emotions and desires) (Figure 1).

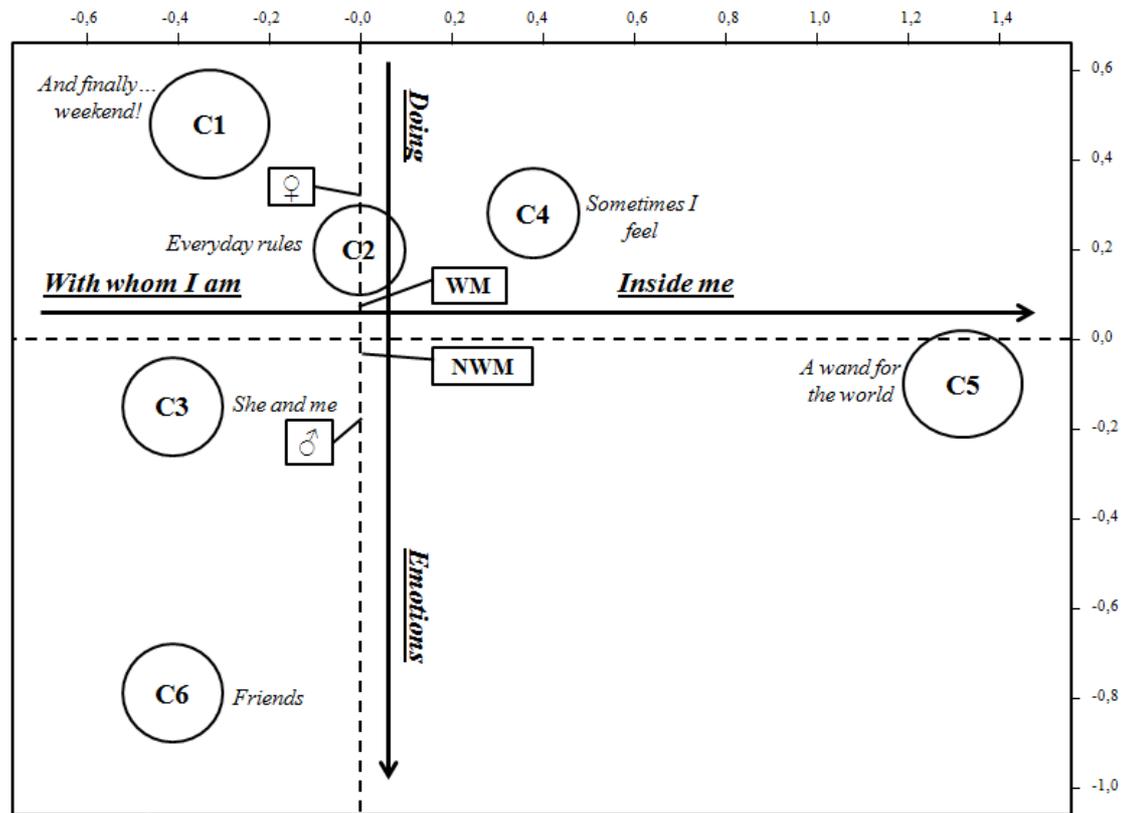


Figure 1. Relationships Between the Clusters on Factorial Axes.

The Exclusive Words provided by Specificities Analysis of narratives show that there are gender differences.

*Girls' exclusive words:* together alone, make up, shopping, doll, to dance, mother and child play *etc.*

*Boys' exclusive words:* teeth, milk, guns, war, go-kart, to win, to broke *etc.*

**Discussion and conclusion**

Our results don't show considerable differences between children with WM and NWM. Children of both groups narrated special and daily family moments spent with parents and other familiar figures (i.e., grandparents, brothers and sisters, etc.), game moments with peers or alone and moments exclusively lived with their mothers. However, our study shows that parents' and children's ideas about the time they can

spend together are different. In spite of parents' point of view as literature reports, these narratives suggest that special moments as everyday routine turn time spent together into "quality time". An important aspect of family time in children's account can be captured in the notion of "someone, being there for you" in time, someone to talk to, someone who helps you and does things for you (Christensen, 2002).

Ilenia's words (a 10 years old girl with a working mother) are representative: "*A time of the day spent with my mom that I really like is when we sit on the couch and talk and cuddle, or when she comes to pick me up at school. Even when she rests, rarely*".

Furthermore, the nature of our clusters (for example the weekend coming, daily rules, family meals and games with friends) shows the pivotal role played by routine and environmental provision in child development, to grow through regressive and progressive movements, to establish and maintain emotional bonds. We know how these important aspects constitute the basis of the self-identity and of the "capacity to be alone" (Winnicott, 1965).

About children's needs and desires, the participants in our study don't explicitly express the desire to spend more time with their mothers. While on the one hand children referred the negative feelings due to mother's absence (for example sadness and anger), on the other hand, if they had a magic wand, they would not increase mother's presence and change their family environment, but they would change the world with his concrete problems (they seem very sensitive to economic issues and war news).

Children's narratives state that they are extremely careful to the rules, even if in different ways: children with NWM often complained they must follow the rules and schedules imposed by their life contexts, while children with WM appear more engaged in many activities, maybe due to mother's absence for business reasons. They appear more responsible, being "already grown up". In a dual dimension, quite typical for children, between regression to dependence and progression to autonomy, children with NWM seem to easily swing to the regressive pole, while children with WM seem to lean towards independence and autonomy. This oscillation is similarly trackable in the Specificities Analysis of narratives, where children seem to affirm their own identity through the relationship with their mothers; but this need is differently expressed in females and in males. Girls' exclusive words seem to refer to moments peacefully spent

with mother and to a feminine dimension that they share with her, through regressions and progressions towards essential movements of identification.

Boys' exclusive words, on the contrary, seem to express separation and opposition to regressive movements (obviously experienced), conflicts and aggression, mostly referring to autonomous and peer group activities.

The factorial space provided by T-LAB, which offered a graphic representation of relationship among clusters, seems to confirm the complexity of children's experiences of development through the need of both mother's presence and absence. It's also characterized in the oscillation between opposite dimensions: the time to share with others "With whom I am" (with family, mother and friends) and the time to be deeply alone "Inside me" (the inner world with feelings and fantasy); the time of "Doing" things with mother and/or with peers and the time to feel dual "Emotions".

Our study certainly represents a "situated" profile, focused on South Italy children and it would be interesting to test different Italian areas. It would be useful to involve mothers asking them which moments they think children have reported about time spent with and without them and to promote quality time to spend together comparing needs and desires.

## References

- Balbo, L. (1978). La doppia presenza. *Inchiesta*, 32, 3-6.
- Chodorow, N. (1991). *La funzione materna*. Milano: Rosenberg & Selliers.
- Christensen, P. H. (2002). Why More 'Quality Time' is not on the Top of Children's lists: the 'Qualities of Time' for Children. *Children & Society*, 16, 77-88.
- Cooklin, A. R., Westrupp, E., Strazdins, L., Giallo, R., Martins, A., & Nicholson, J. M. (2014). Mothers' work-family conflict and enrichment: associations with parenting quality and couple relationship. *Child: Care, Health and Development*, 41(2), 266-277.
- Creswell, J. W. (2003). *RESEARCH DESIGN. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Galinsky, E. (1999). *Ask the children. What America's Children Really Think About Working Parents*. New York: William Morrow and Company.

- Harden, J., Backett-Milburn, K., MacLeane, A., Cunningham-Burley, S., & Jamieson, L. (2013). Home and away: constructing family and childhood in the context of working parenthood. *Children's Geographies, 11*, 298-310.
- Lancia, F. (2004), *Strumenti per l'Analisi dei Testi. Introduzione all'uso di T-LAB*. Milano: Angeli Editore.
- Lewis, J., Noden, P., & Sarre, S. (2008). Parents' Working Hours: Adolescent Children's Views and Experiences. *Children & Society, 22*, 429-439.
- Milkie, M. A., Kendig, S. M., Nomaguchi, K. M., & Denny, K. E. (2010). Time With Children, Children's Well-Being, and Work-Family Balance Among Employed Parents. *Journal of Marriage and Family, 72*, 1329-1343.
- Naldini, M., & Saraceno, C. (2011). *Conciliare famiglie e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*. Bologna: Il Mulino Editore.
- Snyder, K. A. (2007). A Vocabulary of Motives: Understanding How Parents Define Quality Time. *Journal of Marriage and Family, 69*, 320-340.
- VegettiFinzi, S. (1992). *Il romanzo della famiglia. Passioni e ragioni del vivere insieme*. Milano: Mondadori Editore.
- Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando Editore.

## DETERIORO DE LA FUNCIONALIDAD PSICOSOCIAL SEGÚN EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

**Teresa Sarmiento-Luque, David Busse Olive y Carlos Conesa López**

*Servicio de Salud Mental y Toxicomanías. Hospital de Mollet. Barcelona*

### Resumen

La hospitalización parcial proporciona una estructura y ayuda a los pacientes, y al mismo tiempo mantiene la implicación de la familia y la comunidad. Objetivos: Valorar el funcionamiento psicosocial. Muestra y método: 42 pacientes. Es un estudio observacional prospectivo. Al *ingreso* se recogieron variables: socio-demográficas, clínicas y el nivel de funcionamiento personal y social (Escala de Funcionamiento Personal y Social, PSP) y al *alta* se vuelve a valorar el nivel de funcionamiento. Se aplicaron las pruebas t de Student y Correlación de Pearson. Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de la Escala de Funcionamiento Personal y Social, PSP al ingreso y al alta ( $t = -3.177$ ,  $p = 0.007$ ) en los diagnósticos del Eje I, y entre la PSP del ingreso y el alta ( $t = -5.193$ ,  $p = 0.000$ ) de los diagnósticos del Eje II. En cambio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la PSP al ingreso ( $t = 0.637$ ,  $p = 0.528$ ) y al alta ( $t = 0.365$ ,  $p = 0.717$ ) entre los diagnósticos del eje I y II. En la subescala relaciones personales y sociales se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el ingreso ( $t = 2.671$ ,  $p = 0.011$ ) y el alta ( $t = 2.898$ ,  $p = 0.006$ ) en los trastornos de la personalidad (TP) del Cluster B, pero no en los Cluster A y C. Sólo se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, baja y directamente proporcional entre la diferencia de puntuación PSP ingreso-alta en los TP y la subescala de actividades sociales habituales (incluyendo trabajo, estudio), ( $r_p = 0.453$ ,  $p = 0.0018$ ). Conclusiones: Hay una mejora en el autocuidado, en actividades sociales habituales incluido trabajo y estudios, y en las relaciones personales y sociales de los pacientes que ingresan en hospital de día, tengan tanto como diagnóstico principal el eje I o el eje II.

**Palabras claves:** deterioro, funcionalidad, diagnóstico.

## IMPAIRMENT OF PSYCHOSOCIAL FUNCTIONALITY AS THE MAIN DIAGNOSIS

### Abstract

Partial hospitalization provides structure and helps patients, while maintaining the involvement of the family and the community. Objectives: To assess psychosocial functioning. Sample and Method: 42 patients. It is a prospective observational study. At admission variables they were collected: socio-demographic, clinical and level of personal and social functioning (Scale Personal and Social Performance, PSP) and high re-assess the level of performance. Student t test and Pearson correlation were applied. Results: Statistically significant differences between the means of the Scale of Personal and Social Performance, PSP were found at admission and discharge ( $t = - 3.177$ ,  $p = 0.007$ ) in Axis I diagnoses, and between income and PSP high ( $t = - 5.193$ ,  $p = 0.000$ ) of the Axis II diagnosis. Instead they found no statistically significant differences between the scores of the PSP income ( $t = 0.637$ ,  $p = 0.528$ ) and high ( $t = .0365$ ,  $p = 0.717$ ) between the diagnoses of axis I and II. In personal and social relations subscale significant differences between income ( $t = 2.671$ ,  $p = 0.011$ ) and high ( $t = 2.898$ ,  $p = 0.006$ ) in personality disorders (TP) of Cluster B were found, but not in the Cluster A and C. Only statistically significant, low and directly proportional linear association between income difference PSP-highest score in the TP and subscale usual social activities (including work, study), ( $r_p = 0.453$ ,  $p = 0.0018$ ) was found. Conclusions: There is an improvement in self-care, in usual social activities including work and study, and personal and social relationships of patients admitted to hospital the day, having both main diagnostic axis I or axis II.

**Keywords:** deterioration, functionality, diagnosis.

### Introducción

La funcionalidad plena se define como la capacidad de adaptación a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales que posee un miembro adulto productivo y sin enfermedad (Bousoño y GEOPTE, 2002).

Uno de los mayores problemas es la medición adecuada del concepto de funcionalidad, por varias razones. Por un lado, es un constructo que se solapa parcialmente con otras variables como, por ejemplo, la calidad de vida o la discapacidad. Por otra parte, la disminución de funcionalidad que produce cada enfermedad es específica (en dependencia de los síntomas), por lo que resulta necesario desarrollar instrumentos individualizados adaptados a cada trastorno (Bobes, Gracia-Portilla, Bascaran, Saiz y Bousoño, 2007; Bousoño y GEOPTÉ, 2002).

La mayoría de las intervenciones en rehabilitación psicosocial buscan como objetivo principal mejorar el funcionamiento de la vida de los usuarios para una mejor adaptación social. Dado que las personas con trastorno mental grave (TMG) viven cada vez más en la comunidad, los clínicos y los cuidadores argumentan que la calidad de vida debe estar relacionada con los tratamientos recibidos. Los estudios han indicado que los programas combinados de tratamiento farmacológico y rehabilitación disminuyen las recaídas, mejoran el funcionamiento y facilitan la integración social y laboral (Kingdom y Turkington, 2005; Liberman y Kopelwitz, 2004; Vallina y Lemos, 2003). Sin embargo pocos estudios se han preocupado de medir si estos resultados positivos incluyen también mejoras en la calidad de vida, y los que se han hecho se han centrado fundamentalmente en pacientes que son dados de alta tras periodos largos de hospitalización (Lehman, Possidente y Hawker, 1986; Lehman, Ward y Linn, 1982). A pesar de eso, la calidad de vida se ha convertido en un concepto fundamental en la evaluación de los efectos de los tratamientos que se ofrecen a los pacientes crónicos.

Existen dos modelos de calidad de vida. Uno, utiliza medidas basadas en la satisfacción del individuo con áreas vitales como relaciones, familia, actividad recreativa, salud etc. (Argermeyer y Katsching, 1997). Se trata de una percepción subjetiva de la propia persona sobre un sentimiento de bienestar global y satisfacción con la vida. El otro enfoque se basa en medidas amplias que incluyen el funcionamiento, ingresos económicos, empleo, status residencial, etc. Se trata de una consideración de los aspectos objetivables del funcionamiento y adaptación del sujeto en las distintas áreas vitales. En general, existe un acuerdo en que la calidad de vida debe reflejar el bienestar de la persona tanto en su consideración objetiva como subjetiva.

En lo que se refiere al apoyo social hay evidencias de que a mayor apoyo social (AS), mayor estabilidad sintomatológica y permanencia en la comunidad en personas

con TMG (Fakhoury, Murray, Shepherd y Priebe, 2002). Estos resultados concuerdan con el hecho de que el AS se ha reconocido como factor de protección de los problemas mentales. De hecho, la relación entre las puntuaciones en AS percibido y salud mental positiva es significativa en la mayoría de los países europeos. Por otro lado, las personas con TMG suelen tener redes sociales de escaso tamaño, y el apoyo social suele estar restringido al ámbito de la familia o al propio sistema de cuidados sociales y sanitarios. Por eso no solo es importante intervenir en esta área, sino también proveer apoyos específicos directamente a través de los programas, en especial para las personas que viven en entornos con redes sociales pequeñas y poco diversas.

El curso de los TMG, y en especial de las esquizofrenias incluye desde una recuperación completa hasta un curso deteriorante prolongado durante años. Así, tras un tratamiento integral en la comunidad durante una media de dos años, aproximadamente el 50% estará mejorado a los 5-6 años de seguimiento. El otro 50% es probable que experimente lo que se ha denominado "curso crónico", que consiste en discapacidades o deterioros en lo social, personal y laboral (Hegarty, Baldessarini, Tohen, Watermaux y Oepen, 1994). En estudios de seguimiento longitudinal después del primer diagnóstico de esquizofrenia, se ha comprobado la importancia de la dimensión del deterioro en la etiqueta diagnóstica. Así, cuando se incluye una medida de funcionamiento se producen modificaciones en el diagnóstico a los diez años de revisión del mismo. Si las puntuaciones en el funcionamiento tienen una tendencia a la baja con los años, se ratifica el diagnóstico de esquizofrenia. A la inversa, cuando con los años las puntuaciones en funcionamiento tienden a subir se llega a eliminar el diagnóstico inicial o a cambiarlo por otro (Bromet, Naz, Fochtmann, Carlson y Tanenberg, 2005). En estudios prospectivos de todo el mundo que van de 10 años a 25 años y que incluyen a más de 2.500 sujetos con esquizofrenia se llega a la conclusión de la presencia del deterioro como una dimensión definitoria de la gravedad asociada al trastorno. De hecho, se ha considerado tradicionalmente que la dimensión de funcionamiento opera independientemente de los síntomas (Shepherd, 1997).

El deterioro es la dimensión que más se utiliza para evaluar si una persona está o no está recuperada del trastorno (Harrow, Grossman, Jobe y Herbener, 2005). Si el paciente muestra un incremento en autonomía personal, redes sociales, ocupación y trabajo, se considera como recuperado de las consecuencias negativas del trastorno. Utilizando la dimensión recuperación operativizada con medidas de funcionamiento se

han encontrado porcentajes entre el 19% y el 27% de personas con esquizofrenia recuperados de la enfermedad en seguimientos a 15 años (Harrow et al., 2005) y hasta el 40% recuperados parcialmente (Bromet et al., 2005).

Evaluar la funcionalidad de forma fiable es un objetivo importante para evaluar la eficacia de los tratamientos, por esta razón se ha utilizado en el presente estudio la Escala de Funcionamiento Personal y social (Personal and Social Performance Scale, PSP), en un contexto de hospitalización parcial (UHPP), ya que la UHPP es una modalidad valiosa para el tratamiento de las fases agudas de los trastornos mentales severos. Proporciona una estructura y una ayuda considerable a los pacientes, y al mismo tiempo mantiene la implicación de la familia y la comunidad. Existen evidencias de que las mejoras en la funcionalidad social y personal generan una sensación de optimismo y satisfacción en los pacientes y familiares (García-Heras, Carrasco y Casas, 2008; Lehman et al., 2004). Por ello nos hemos plantado los siguientes objetivos: valorar el funcionamiento personal y social de los pacientes ingresados en la UHPP, identificar las áreas de intervención y detectar los cambios en el funcionamiento personal y social.

## **Método**

### *Procedimiento y Diseño*

Es un estudio observacional prospectivo, que evalúa a nivel basal y al alta, una serie de aspectos. Al *ingreso* se recogieron variables: socio-demográficas, clínicas y el nivel de funcionamiento personal y social (Escala de Funcionamiento Personal y Social, PSP) y al *alta* se vuelve a valorar el nivel de funcionamiento.

Se aplicaron las pruebas t de Student y Correlación de Pearson.

### *Participantes*

Se estudiaron 42 pacientes ingresados en la UHPP. Un 66.7% eran mujeres y un 33.3 % hombres, con edades comprendidas entre 20 y 70 años (M= 41.48 y DT= 13.04).

### *Instrumentos utilizados*

Para valorar la funcionalidad de los pacientes con TMS se administró la Escala de Funcionamiento Social y Personal (Personal and Social Performance Scale, PSP),

desarrollada por Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini y Pioli (2000), posteriormente validada por Vittorielli et al. (2003) y validada al español por García-Portilla, Bousoño, Bascaran, Guzmán y Bobes (2011).

Esta escala es un instrumento heteroaplicado que mide el funcionamiento en cuatro áreas de comportamiento: autocuidado; actividades sociales habituales incluido trabajo y estudio; relaciones personales y sociales; y comportamientos perturbadores y agresivos. Junto con la PSP, los autores desarrollaron una entrevista semiestructurada que ayuda a los clínicos a obtener la información pertinente en cada área. Teniendo en cuenta la información obtenida, los clínicos puntúan las 4 áreas según los criterios operativos establecidos, utilizando una escala Likert de gravedad de 6 puntos, que va del 1 (ausente) al 6 (muy grave), de tal manera que se obtienen puntuaciones en cada una de las 4 áreas, las puntuaciones más altas indican un funcionamiento peor, y una puntuación global en la que los valores más elevados reflejan un mejor funcionamiento personal y social.

La escala PSP presenta las siguientes ventajas: a) no incorpora psicopatología; b) especifica claramente las áreas que han de ser evaluadas y c) proporciona criterios operativos claros para la valoración de la gravedad de la discapacidad (García-Portilla et al., 2011).

## Resultados

Los datos sociodemográficos básicos de la muestra se exponen en la tabla 1.

Tabla 1

*Variables sociodemográficas (n=42)*

VARIABLES	TIPO	FRECUENCIA	(%)
Estado civil	Soltero	10	23,8
	Casado	18	42,
	Separado	10	9
	Viudo	4	23,8
			9,5

Tabla 1 (continuación)

Nivel académico	<i>Primarios</i>	20	47,
	Secundarios	10	6
	Universitarios	7	23,8
	Sin estudios	2	16,7
	Otros	3	4,8
			7,1
Situación laboral	Activo	5	11,9
	ILT	10	23,8
	Paro con subsidio	3	7,1
	Paro sin subsidio	9	21,4
	<i>Pensionista</i>	15	35,
			7

Todos los pacientes presentan simultáneamente trastornos en los ejes I y II. Un 35,7% (n= 15) de la muestra tiene como diagnóstico principal el eje I y un 64,3% (n=27) el eje II.

De los diagnósticos en el eje I, el trastorno depresivo mayor (50%) es el más frecuentemente presentado. En cuanto al eje II, los trastornos de personalidad del Cluster B (31,0%) son los más frecuentes.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de la Escala de Funcionamiento Personal y Social, PSP al ingreso y al alta ( $t = -3,177$ ;  $p = 0,007$ ) en los diagnósticos del Eje I, y entre la PSP del ingreso y el alta ( $t = -5,193$ ;  $p = 0,000$ ) de los diagnóstico del Eje II. En cambio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la PSP al ingreso ( $t = 0,637$ ;  $p = 0,528$ ) y al alta ( $t = 0,365$ ;  $p = 0,717$ ) entre los diagnósticos del eje I y II.

En la subescala relaciones personales y sociales se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el ingreso ( $t = 2,671$ ;  $p = 0,011$ ) y el alta ( $t = 2,898$ ;  $p = 0,006$ ) en los trastornos de la personalidad (TP) del Cluster B, pero no en los Cluster A y C.

Sólo se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, baja y directamente proporcional entre la diferencia de puntuación PSP ingreso-alta en los TP y la subescala de actividades sociales habituales (incluyendo trabajo, estudio), ( $r_p = 0,453$ ;  $p = 0,0018$ ).

## Conclusiones

Hay una mejora en el autocuidado, en actividades sociales habituales incluido trabajo y estudios, y en las relaciones personales y sociales de los pacientes que ingresan en hospital de día, tengan tanto como diagnóstico principal el eje I o el eje II.

## Referencias

- Argermeyer, M., C., y Katsching, H. (1997). Theoretical models of quality of life for mental disorders. En H. Katsching, H. Freeman, y N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 3-15). New York: Willey.
- Bobes, J., Gracia-Portilla, M. P., Bascaran, M. T., Saiz, P. A. y Bousoño, M. (2007). Quality of life in Schizophrenic patients. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 215-26.
- Bousoño, M., y Grupo GEOPTe (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia). (2002). La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 312-25.
- Bromet, E. J., Naz, B., Fochtmann, L. J., Carlson, G., y Tanenberg, M. (2005). Long term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 639-649.
- Fakhoury, W. K., Murray, A., Shepherd, G., y Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Social Psychiatry Epidemiology*, 37, 301-315.
- García-Heras, S., Carrasco, O. y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de pacientes con trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17(3).
- García-Portilla, M. P., Bousoño, M., Bascaran, M. T., Guzmán, C. y Bobes, J. (2011). Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable e inestable. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4, 9-18.
- Harrow, M., Grossman, L., Jobe, T., y Herbener, E. (2005). Do patients with schizophrenia show periods of recovery? A 15 year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 723-734.

- Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M., Wateraux, C., y Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literatura. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1409-1416.
- Kingdom, D., y Turkington, D. (2005). Evidence for effective treatments in schizophrenia. En D. Kingdom y D. Turkington (Eds.), *Cognitive Therapy of Schizophrenia* (pp. 28-42). New York: Guilford Press.
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., y Perkins, D. O. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1-56.
- Lehman, A. F., Possidente, S., y Hawker, F. (1986). The quality of life of chronic patients in a State Hospital and in Community Residences. *Hospital and Community Psychiatry*, *37*(9), 901-907.
- Lehman, A. F., Ward, N. C., y Linn, L. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, *139*(10), 1271-1276.
- Lieberman, R. P., y Kopelowicz, A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial*, *1*, 12-29.
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S. y Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*, 323-29.
- Shepherd, G. (1997). Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. En J. A. Aldaz y C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp. 1-22). Edit: Siglo XXI.
- Vallina, O., y Lemos, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En M. Álvarez, J. R. Hermida, C. Rodríguez y I. A. Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 35-79). Madrid: Pirámide.
- Vittorielli, M., Pioli, R., Brambilla, L., Rossi, G., Sleijpen, C., Magliano, L., et al. (2003). Efficacy of the "VADO" approach in psychiatric rehabilitation: a controlled study. *Epidemiol Psychiatry Social*, *12*, 43-52.

## PSICOPATOLOGÍA Y PERFIL DE PERSONALIDAD EN LA ENFERMEDAD DE STEINERT

**Izaskun Basterra-Jiménez\***, **Raquel Seijas-Gómez\***, **Pilar Luna-Lario\*\***, **Javier Tirapu-Ustarroz\*\***, **Marina Iridoy-Zulet\*\*\***, **Ivonne Jericó-Pascual\*\*\*\***, **Teresa Cabada-Giadas\*\*\*\*\***, **María José Aibar-Luis\*\*\*\*\*** y **José Javier López-Goñi\*\*\*\*\***

*\*Psicóloga Clínica; \*\*Psicólogo Clínico. Fundación Argibide. Pamplona. Navarra; \*\*\*Neuróloga Clínica San Miguel; \*\*\*\*Médico especialista en Neurología. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Navarra; \*\*\*\*\*Médico especialista en Radiología. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Navarra; \*\*\*\*\*Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental de Estella; \*\*\*\*\*Psicólogo. Universidad Pública de Navarra*

### Resumen

Antecedentes: La distrofia miotónica tipo 1 (DM1) o enfermedad de Steinert es una enfermedad multisistémica y progresiva cuyos síntomas característicos son afectación muscular progresiva, fatiga, hipersomnolencia, o deterioro cognitivo, entre otros. Los estudios de personalidad y psicopatología llevados a cabo hasta la actualidad apuntan hacia la presencia de sintomatología depresiva así como alta incidencia de rasgos de cluster A y C en la personalidad de estos pacientes. Objetivos: Caracterizar el perfil psicopatológico y de personalidad de pacientes con DM1 y comparar los resultados obtenidos en esta población con sujetos sanos. Método: Muestra de 27 pacientes con diagnóstico de DM1 en seguimiento en el Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario de Navarra y 15 controles. Los criterios de inclusión fueron tener menos de 50 años y descartar cualquier otra patología o condición física que impidiese realizar la evaluación psicológica. Se empleó el Test de los 90 Síntomas (SCL-90), Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) e Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Resultados: El grupo de pacientes presentó mayores niveles de sintomatología tanto depresiva como ansiosa ( $p < .05$ ) e informó de niveles más elevados de sufrimiento psíquico y psicossomático global. Por dominios somáticos, el grupo de pacientes presentó puntuaciones significativamente más elevadas en obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo. Conclusiones: Es

frecuente hallar rasgos de personalidad disfuncionales y otra psicopatología en los pacientes con DM1, que afectan negativamente en la calidad de vida. La detección de estas características y el diseño de intervenciones psicoterapéuticas adecuadas pueden contribuir al aumento de la calidad de su vida de los pacientes y de sus familiares.

**Palabras clave:** Distrofia Miotónica, Enfermedad de Steinert, Estado emocional, Personalidad.

## **PSYCHOPATHOLOGY AND PERSONALITY PROFILE IN THE STEINERT DISEASE**

### **Abstract**

Background: Myotonic dystrophy type 1 (DM1) or Steinert disease is a progressive and multisystem disease whose characteristic symptoms are progressive muscle involvement, fatigue, hypersomnolence, or cognitive impairment, among others. The studies to characterize psychopathological and personality profile indicates the presence of depressive symptoms and high incidence of traits from cluster A and C in the personality of these subjects. Objectives: To characterize the psychopathological and personality profile of patients with DM1 and compare the results obtained in this population with healthy subjects. Method: Sample of 27 patients diagnosed with DM1 and treated in the Neurology Department of the Complejo Hospitalario de Navarra and 15 controls. The inclusion criteria were to be less than 50 years old and to rule out any other pathology or physical condition that would prevent the psychological evaluation. The instruments used were the Symptom Checklist 90 (SCL-90), Hamilton Anxiety Scale (HARS) and Beck Depression Inventory (BDI-II). Results: The group of patients had higher levels of depressive and anxious symptoms ( $p < .05$ ) and reported higher levels of psychological and psychosomatic global suffering. Related to somatic domains, the patients have significantly higher scores in obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, paranoid ideation and psychoticism. Conclusions: It is common to find dysfunctional personality traits and other psychopathology in patients with DM1, affecting negatively to their quality of life. The detection of these features and the design of appropriate psychotherapeutic interventions can contribute to increase the quality of life of patients and their families.

**Keywords:** Myotonic Dystrophy, Steinert Disease, Emotional state, Personality

## **Introducción**

La Distrofia Miotónica tipo 1 (DM1) o Enfermedad de Steinert, es la más frecuente de las distrofias musculares de aparición en la edad adulta (Ahlstrom & Sjoden, 1996). Es una enfermedad de herencia autosómica dominante, con presentación clínica variada y multisistémica (con afectación muscular, cardíaca, oftálmica, gastrointestinal, endocrina y del sistema nervioso central) (Antonini et al., 2006). Los primeros estudios sistemáticos para caracterizar el perfil cognitivo y de personalidad describieron ansiedad y depresión como patologías más frecuentes (Brumback, 1987), además de rasgos de personalidad del espectro psicótico - esquizotípicos (Caso et al., 2014), paranoides (Delaporte, 1998) o ansiosos (evitativos, dependientes, obsesivo-compulsivos y pasivo-agresivos) (Ekström, Hakenäs-Plate, Tulinius y Wentz, 2009).

Algunos autores explican este perfil de personalidad como consecuencia de la afectación cerebral progresiva más que como resultado de un proceso adaptativo al diagnóstico (Caso et al., 2014).

## **Método**

### *Objetivo*

Describir el perfil psicopatológico de una muestra de pacientes con Enfermedad de Steinert en seguimiento en Consultas Externas del Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario de Navarra y compararla con un grupo de controles sanos.

### *Participantes*

La muestra estaba compuesta por 27 pacientes con diagnóstico de DM1, variante clásica o de inicio adulto, y 14 controles. Los criterios de inclusión en este estudio fueron tener menos de 50 años y descartar cualquier otra patología o condición física que impidiese realizar las otras pruebas incluidas en el protocolo de evaluación multidisciplinar desarrollado para esta enfermedad.

### *Materiales/Instrumentos*

A nivel psicopatológico se empleó el Test de los 90 Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 2002); la Escala de ansiedad de Hamilton (HARS) (Hamilton, 1959) y el Inventario de depresión de Beck (BDI II) en su adaptación española (Beck, Steer & Brown, 2011). Todos ellos cuentan con adecuadas propiedades psicométricas en muestras españolas (González et al., 1989; Lobo et al., 2002; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003)

### *Procedimiento*

Tanto los sujetos experimentales como los controles completaron tests de cribaje de psicopatología seleccionados por un Psicólogo Clínico. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado antes de la administración del protocolo de evaluación. Se realizó análisis de frecuencias en variables clínicas y demográficas en los dos grupos y se realizó la comparación en las medidas entre los grupos mediante U-Mann Whitney. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS-20.

### *Diseño*

Se ha realizado un estudio descriptivo mediante un diseño de encuesta de dos grupos no apareados.

## **Resultados**

El grupo de pacientes tuvo un menor nivel educativo y una tasa de inactividad laboral que duplicó a la del grupo control, donde todos los sujetos se encontraban activos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad media, distribución por sexos ni presencia de antecedentes personales psiquiátricos y/o discapacidad intelectual (Tabla 1).

Tabla 1

*Variables demográficas y clínicas*

	Total (N = 41)		Pacientes (n = 27)		Grupo de control (n = 14)		U
	Media	(d.t.)	Media	(d.t.)	Media	(d.t.)	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	X <sup>2</sup> (gl)
<b>Edad media</b>	38,61	(8,61)	38,59	(9,219)	38,64	(7,64)	
<b>Sexo</b>							
Hombre	19	46,3%	13	48,1%	6	42,9%	0,10 (1)
Mujer	22	53,7%	14	51,9%	8	57,1%	
<b>Nivel educativo</b>							
Primarios	12	29,3%	8	29,6%	4	28,6%	
FP Grado medio	18	43,9%	17	63,0%	1	7,1%	
FP Grado superior	2	4,9%	0	--	2	14,3%	
Universitarios	9	22,0%	2	7,4%	7	50,0%	
<b>Nivel educativo</b>							
Primarios/Secundarios/FP grado medio	30	73,1	25	92,6%	5	35,7%	15,2 (1)***
Universitarios/FP grado superior	11	26,9%	2	7,4%	9	64,3%	
<b>Situación laboral actual</b>							
Estudiante	6	14,6%	4	14,8%	2	14,3%	
Trabajador cualificado	8	19,5%	2	7,4%	6	42,9%	
Trabajador no cualificado	10	24,4%	5	18,5%	5	35,7%	
Trabajo protegido para personas con discapacidad	1	2,4%	1	3,7%	0	--	
Desempleado	4	9,8%	3	11,1%	1	7,1%	
Trabajo doméstico	1	2,4%	1	3,7%	0	--	
Incapacidad laboral permanente total	1	2,4%	1	3,7%	0	--	

Tabla 1 (continuación)

Incapacidad laboral permanente absoluta	10	24,4%	10	37,0%	0	--	
<b>Situación laboral</b>							
Activo	30	73,2%	16	59,3%	14	100%	7,8** (2)
Incapacidad laboral	11	26,8%	11	40,7%	0		
<b>Antecedentes</b>							
<b>personales</b>							
<b>psiquiátricos/</b>							
<b>Discapacidad</b>							
<b>intelectual</b>							
Ausencia de ap de interés	28	68,3%	17	63,0%	11	78,6%	
Trastorno depresivo mayor	1	2,4%	1	3,7%	0	--	
Trastorno personalidad	1	2,4%	0	--	1	7,1%	
Trastorno ansioso-depresivo	5	12,2%	4	14,8%	1	7,1%	
Discapacidad intelectual	3	7,3%	3	11,1%	0	--	
Trastorno adaptativo	2	4,9%	1	3,7%	1	7,1%	
TDAH	1	2,4%	1	3,7%	0	--	
<b>Ausencia de antecedentes psiquiátricos/ Discapacidad intelectual</b>	<b>28</b>	<b>68,3%</b>	<b>17</b>	<b>63,0%</b>	<b>11</b>	<b>78,6%</b>	<b>1,0</b>

A nivel psicopatológico, los pacientes presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa ( $p < .05$ ), y malestar psíquico y psicossomático global. Los dominios somáticos con puntuaciones significativamente más elevadas en el SCL-90 (Derogatis, 2002) fueron obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo (Tabla 2).

Tabla 2

Psicopatología



	<b>Total (N = 39)</b>		<b>Pacientes (n = 25)</b>		<b>Grupo de control (n = 14)</b>		
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>U</i>
<b>BDI-II</b>	9,79	(8,77)	12,04	(9,70)	5,79	(4,89)	104,00*
<b>HARS</b>	10,9	(9,48)	13,16	(9,23)	7,00	(8,90)	92,00*
	5						
<b>SCL-90-R</b>							
Índice Global Severidad	0,53	(0,42)	0,61	(0,45)	0,38	(0,35)	99,5*
Nº total síntomas positivos	23,0	(0,00)	23,00	(0,00)	23,00	(0,00)	175,0
	0						
Intensidad total síntomas	0,05	(0,13)	0,07	(0,16)	0,02	(0,02)	102,5*
Somatización	0,33	(0,00)	0,33	(0,00)	0,33	(0,00)	175,0
Obsesión Compulsión	0,69	(0,54)	0,84	(0,52)	0,42	(0,47)	93,0*
Sensibilidad	0,64	(0,60)	0,80	(0,65)	0,35	(0,34)	93,0*
<b>Interpersonal</b>							
Depresión	0,72	(0,63)	0,88	(0,66)	0,43	(0,46)	98,5*
Ansiedad	0,41	(0,47)	0,46	(0,51)	0,33	(0,41)	139,5
Hostilidad	0,34	(0,42)	0,38	(0,48)	0,27	(0,30)	166,5
Ansiedad Fóbica	0,48	(1,60)	0,29	(0,35)	0,81	(2,66)	122,0
Ideación Paranoide	2,71	(13,8	4,08	(17,28	0,26	(0,41)	80,5**
	6)						
Psicoticismo	0,38	(0,60)	0,50	(0,70)	0,17	(0,29)	102,00*
	8)						
Síntomas Discretos	2,90	(13,6	4,24	(17,05	0,49	(0,68)	105,5*

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

### Discusión/Conclusiones

La distrofia miotónica tipo 1 o enfermedad de Steinert es una enfermedad multisistémica y progresiva (Antonini et al., 2006; Turner & Hilton-Jones, 2010) que se caracteriza, entre otros, por afectación muscular progresiva, fatiga, hipersomnolencia, o deterioro cognitivo. La literatura describe también una alta incidencia de alteraciones emocionales entre los pacientes afectados por esta enfermedad (Brumback, 1987; Franzese et al., 1991; Palmer, Boone, Chang, Lee y Black, 1994; Rakocevic-Stojanovic et al., 2014) y hay cierto consenso sobre qué rasgos les caracterizan (Peric et al., 2014; Serra et al., 2014; Sistiaga et al., 2010). Así, se ha descrito un perfil de personalidad homogéneo con diferencias estadísticamente significativas, en comparación a otros

grupos controles, en rasgos de evitación, obsesivo-compulsivos, pasivo-agresivos y esquizotípicos (Delaporte, 1998) y con una alta incidencia de rasgos ansiosos (rasgos evitativos, dependientes, obsesivo compulsivos y pasivo agresivos) (Delaporte, 1998; Meola et al., 2003; [Palmer](#) et al., 1994). Investigaciones recientes encuentran que todos los pacientes se situaban en un continuum de personalidad que va desde rasgos esquizotípicos en un extremo hasta el diagnóstico de trastorno paranoide de personalidad en el otro extremo, considerándose, por tanto, fundamental la evaluación de los rasgos de personalidad para el manejo de la enfermedad (Serra et al., 2014).

Respecto a las variables psicopatológicas y de personalidad los resultados del presente estudio son congruentes con los hallazgos descritos en la literatura. Los resultados de nuestro estudio reflejan puntuaciones superiores en **ansiedad** y **depresión** en el grupo de pacientes así como niveles superiores de sufrimiento psíquico y psicossomático global. En las **variables de personalidad**, los pacientes presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo.

En la línea de los resultados de este trabajo, la literatura revisada defiende que las manifestaciones clínicas de la enfermedad merman el nivel de autonomía de los pacientes y repercuten en las actividades de la vida diaria, en el ámbito laboral y social (Antonini et al., 2006; Axford y Pearson, 2013; Rakocevic-Stojanovic et al., 2014). En nuestra muestra la afectación funcional de la enfermedad se vio reflejada en la medida que la condición laboral mayoritaria era la de incapacidad laboral. Es por ello que varios autores consideran que la evaluación de la calidad de vida es fundamental (Antonini et al., 2006; Gagnon et al., 2013; Kierkegaard, Harms-Ringdahl, Holmqvist y Tollbäck, 2011).

Persiste todavía el debate acerca de las hipótesis causales de estas alteraciones emocionales y de personalidad. Algunos trabajos defienden que son resultado de la preocupación por las condiciones médicas y las limitaciones funcionales derivados de la propia enfermedad. Es decir, que serían manifestaciones propias de un proceso de adaptación a la enfermedad y a las limitaciones derivadas de la misma (Winblad, Lindberg y Hansen, 2006). Sin embargo, otros autores apoyan la hipótesis de que los cambios emocionales y neuropsicológicos podrían ser atribuidos a alteración en función cerebral, considerando que los cambios cerebrales incidirían directamente en el estado anímico, y no simplemente se trataría de un proceso adaptativo. (Caso et al., 2014;

Meola et al., 2003). Sea cual sea la hipótesis que se proclame imperante, parece relevante poner énfasis en la necesidad de dedicar esfuerzo terapéutico en la detección de estas manifestaciones clínicas y en el diseño de intervenciones psicoterapéuticas adecuadas con el objetivo de realizar un abordaje integral de la enfermedad que redunde en una mejor calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Como limitaciones de este trabajo destacamos, en primer lugar, el pequeño tamaño muestral así como la falta de grupos comparados perfectamente pareados en relación a edad, CI, sexo, nivel educativo o situación laboral entre otras variables. Otra limitación es la alta variabilidad en los resultados de algunas de las pruebas (SCL-90). Se considera que estas limitaciones dificultan la interpretación de los resultados y pueden sesgar el establecimiento de conclusiones firmes. Así, es recomendable realizar estudios con mayor tamaño muestral y donde se controlen estas limitaciones metodológicas.

Por otra parte se valora como otra limitación la falta de una medida retrospectiva así como de un seguimiento longitudinal de las evaluaciones psicopatológicas y de personalidad. De cara a estudios futuros sería interesante realizar controles evolutivos de los resultados preliminares obtenidos, para definir la evolución de las manifestaciones psicopatológicas y variables de personalidad. Por último, y con el objetivo de cuantificar la afectación funcional sería adecuado incluir en los protocolos alguna medida de calidad de vida.

## Referencias

- Ahlstrom, G, y Sjoden, P.O. (1996). Coping with illness-related problems and quality of life in adult individuals with muscular dystrophy. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(4), 365-376.
- Antonini, G., Soscia, F., Giubilei, F., De Carolis, A., Gragnani, F., Morino, S., et al. (2006). Health-related quality of life in myotonic dystrophy type 1 and its relationship with cognitive and emotional functioning. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(3), 181-5.
- Axford, M.M., y Pearson, C.E. (2013). Illuminating CNS and cognitive issues in myotonic dystrophy: Workshop report. *Neuromuscul Disord*, 23(4), 370-4.

- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (2011). *BDI-II: Inventario de depresión de Beck II* (adaptación española de Sanz J. y Vázquez C.). Madrid: Pearson.
- Brumback, R.A. (1987). Disturbed personality and psychosocial adjustment in myotonic dystrophy: relationship to intellectual/cognitive function and underlying affective disorder (depression). *Psychological Reports*, 60(3 Pt 1), 783–96.
- Caso, F., Agosta, F., Peric, S., Rakočević-Stojanović, V., Copetti, M., Kostic, V. S., et al. (2014). Cognitive impairment in myotonic dystrophy type 1 is associated with white matter damage. *PLoS ONE*, 9(8), e104697. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0104697>
- Delaporte, C. (1998). Personality patterns in patients with myotonic dystrophy. *Archives of Neurology*, 55(5), 635–40.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
- Ekström, A. B., Hakenäs-Plate, L., Tulinius, M., y Wentz, E. (2009). Cognition and adaptive skills in myotonic dystrophy type 1: A study of 55 individuals with congenital and childhood forms. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51(12), 982–990.
- Franzese, A., Antonini, G., Iannelli, M., Leardi, M.G., Spada, S., Vichi, R., et al. (1991). Intellectual functions and personality in subjects with noncongenital myotonic muscular dystrophy. *Psychological Reports*, 68(3), 723–32.
- Gagnon, C., Meola, G., Hébert, L.J., Puymirat, J., Laberge, L., y Leone, M. (2013). Report of the first Outcome Measures in Myotonic Dystrophy type 1 (OMMYD-1) international workshop: Clearwater, Florida, November 30, 2011. *Neuromuscular Disorders*, 23(12), 1056–68.
- González, J. L., Derogatis, L. R., De las Cuevas, C., Gracia, R., Rodríguez, F., Henry, M., et al. (1989). *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Kierkegaard, M., Harms-Ringdahl, K., Holmqvist, L.W., y Tollbäck, A. (2011). Functioning and disability in adults with myotonic dystrophy type 1. *Disability and Rehabilitation*, 33(19-20), 1826–1836.
- [Lobo, A.](#), [Chamorro, L.](#), [Luque, A.](#), [Dal-Ré, R.](#), [Badia, X.](#), y [Baró, E.](#) (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(13), 493-499. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
- Meola, G., Sansone, V., Perani, D., Scarone, S., Cappa, S., Dragoni, C., et al. (2003). Executive dysfunction and avoidant personality trait in myotonic dystrophy type 1 (DM-1) and in proximal myotonic myopathy (PROMM/DM-2). *Neuromuscular Disorders*, 13(10), 813–21.
- [Palmer, B.W.](#), [Boone, K.B.](#), [Chang, L.](#), [Lee, A.](#), y [Black, S.](#) (1994). Cognitive deficits and personality patterns in maternally versus paternally inherited myotonic dystrophy. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16(5), 784-95.
- Peric, S., Sreckov, M., Basta, I., Lavrnjic, D., Vujnic, M., Marjanovic, I., et al. (2014). Dependent and paranoid personality patterns in myotonic dystrophy type 1. *Acta Neurologica Scandinavica*, 129(4), 219–25.
- Rakocevic-Stojanovic, V., Peric, S., Madzarevic, R., Dobricic, V., Ralic, V., Ilic, V., et al. (2014). Significant impact of behavioral and cognitive impairment on quality of life in patients with myotonic dystrophy type 1. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 126, 76–81.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Jesus\\_Sanz4/publication/235428300\\_Adaptacion\\_espanola\\_del\\_Inventario\\_para\\_la\\_Depresion\\_de\\_Beck-II\\_BDI-II\\_3\\_Propiedades\\_psicometricas\\_en\\_pacientes\\_con\\_trastornos\\_psicologicos/links/004635286284977095000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Sanz4/publication/235428300_Adaptacion_espanola_del_Inventario_para_la_Depresion_de_Beck-II_BDI-II_3_Propiedades_psicometricas_en_pacientes_con_trastornos_psicologicos/links/004635286284977095000000.pdf)
- Serra, L., Silvestri, G., Petrucci, A., Basile, B., Masciullo, M., Makovac, E., et al. (2014). Abnormal functional brain connectivity and personality traits in myotonic dystrophy type 1. *JAMA Neurology*, 71(5), 603–11.
- Sistiaga, A., Urreta, I., Jodar, M., Cobo, M., Emparanza, J., Otaegui, D., et al. (2010). Cognitive/personality pattern and triplet expansion size in adult myotonic dystrophy type 1 (DM1): CTG repeats, cognition and personality in DM1. *Psychological Medicine*, 40(3), 487–95.

- Turner, C., y Hilton-Jones, D. (2010). The myotonic dystrophies: diagnosis and management. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 81(4), 358–67.
- Winblad, S., Lindberg, C., y Hansen, S. (2006). Cognitive deficits and CTG repeat expansion size in classical myotonic dystrophy type 1 (DM1). *Behavioral and Brain Functions*, 2, 16.

## TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA DUAL

**\*Isabel M<sup>a</sup> De Haro- G<sup>a</sup>, \*\*Sara García-Marín y \*\*\*Sara Pérez-Ibars**

*\*Psicóloga Clínica; \*\*Psiquiatra; \*\*\*Psicóloga General Sanitaria*

*Centro de Salud Mental y Drogodependencias de Lorca (Servicio murciano de salud)*

### Resumen

Se presenta el estudio de un caso único N= 1. Antecedentes: Paciente derivada del programa de trastornos mentales graves por una ingesta abusiva de alcohol y crisis psicótica, con ingreso hospitalario. Presenta una patología dual grave (Crisis psicótica, que en abstinencia evoluciona a un trastorno de la personalidad; Dependencia al alcohol).F60.3 y F10.2, según CIE-10. Método: Se presenta el estudio clínico de un caso único de Patología dual en Trastorno de Personalidad. Aplicación del modelo Motivacional y Cognitivo-Conductual en las sesiones individuales y el Modelo Matrix para las adicciones, en sesiones grupales. Sesiones individuales (con la paciente y/o familia) quincenales durante 12 meses y sesiones grupales durante 40 semanas. Intervención psicológica multicomponente con formato individual, grupal y familiar con controles semanales de drogas y alcohol en régimen ambulatorio. Tratamiento psiquiátrico que fue evolucionando y adaptándose a las necesidades psiquiátricas de la paciente. Resultados: Se evalúa depresión y rasgos de personalidad antes, durante (6 meses) y al finalizar el tratamiento (12 meses). La variable depresión disminuye notablemente manteniéndose en el seguimiento, las variables de personalidad experimentan una bajada durante los primeros seis meses, aunque continúan igual hasta el final del tratamiento. Conclusiones: Es necesario una etapa de seguimiento para seguir trabajando los esquemas cognitivos maladaptativos que no han terminado de disminuir, como el equipo de tratamiento esperaba. Se corrobora la dificultad que existe para cambiar determinados rasgos de personalidad por su estabilidad en el tiempo. Un formato individual y grupal garantizan la intervención integral que requiere un caso de psicopatología dual. También es importante un abordaje multiprofesional, multicomponente e intensivo para que sea efectivo en los trastornos de patología dual.

**Palabras clave:** Trastorno de la Personalidad, Patología Dual, Multicomponente y Multiprofesional.

## **PERSONALITY DISORDER AND COMPLICATIONS CLINICS IN DUAL DIAGNOSIS TREATMENT**

### **Abstract**

We present a unique case study N=1. Antecedents: The patient came from a Serious Mental Disease program because of an abusive alcohol consumption and a psychotic crisis, after a hospital admission. She suffers a dual pathology ( Psychosis crisis that becomes a Personality disorder in withdrawal and Alcohol dependence) F.60.3 and F10.2, according to CIE-10.Method: We present a unique clinical case study of Dual Pathology in Personality disorder .For individual sessions, we applied Motivational and Cognitive-Behavioral model. The group dynamics were made based on Matrix addiction model.Individual sessions were each 15 days, with the patient and her family sometimes, during 12 months and group sessions during 40 weeks of treatment. The treatment used has been multicomponent psychological intervention with individual, group and family dynamics and weekly drug and alcohol tests as an outpatient. Psychiatric treatment developed during this period, adapting to the psychiatric needs of the patient. Results: This case evaluated depression and personality characteristics before, during (6 months later) and at the end of the treatment (that lasted 12 months to be completed).Depression variable signally decreased at the beginning and kept during the treatment. Personality variables reduced during firsts 6 months and kept that level until the end of the treatment. The treatment used has been multicomponent psychological intervention with individual, group and family dynamics and weekly drug and alcohol tests as an outpatient. Conclusions: We need a tracking stage to work cognitive maladaptative schemes, due to their prevalence (that was to be expected by the treatment equipment). We corroborate the difficult to change some personality characteristics because of their stability over time. It is important a multiprofesional, multicomponent and intensive approach to be effective in dual pathology disorder.

**Keywords:** Personality Disorder, Dual Pathology, Multicomponent and Multiprofesional.



### **Identificación de la paciente**

Mujer de 42 años, soltera sin hijos estudios de biblioteconomía, nivel socio cultural medio y económico bajo. Vive con sus padres en Lorca (Murcia). Es la segunda hermana de cuatro con antecedentes de consumo de alcohol por parte de la rama paterna. En el momento que acude a tratamiento vive sola con los padres a los que cuida sin mucha ayuda por parte de las otras hermanas, ella vive esta situación con normalidad e incluso obligatoriedad.

### **Análisis del motivo de consulta**

Derivada por el hospital, con poca conciencia de enfermedad, aunque bastante asustada y desorientada. No hay una demanda explícita por su parte, pero entendimos que su actitud de colaboración y asistencia sería un componente importante para trabajar la adherencia terapéutica y establecer una intervención reglada y multiprofesional. Se sentía confusa tras el episodio psicótico inducido por abuso de alcohol. Se diagnostica F10.2 “dependencia al alcohol” y F60.0-F60.1”Trastorno paranoide y dependiente de la personalidad”, según Cie-10 y seguimiento de la sintomatología psicótica, la cual remitió con el tratamiento psiquiátrico y multicomponente.

### **Historia del problema**

La paciente relata una infancia y adolescencia adaptativa y sin problemas graves. Es a la edad de 25 años a partir de la cual empieza a consumir alcohol con patrón esporádico de su ingesta, a partir de una ruptura de pareja, junto con la pérdida de un empleo en una biblioteca, el cual ella valoraba mucho. Su evolución fue tórpida ya que el alcohol siempre actuaba de fondo. Los padres siempre actuaban y la llevaban a urgencias o al médico cuando la situación se ponía muy grave y abandonaba sus deberes de cuidadora.

El terremoto que sacudió a Lorca en el año 2011, provocó, a muchas familias y en concreto a ésta, a cambiar de domicilio de la ciudad al campo, con bastantes dificultades de movilidad. Una situación de aislamiento, que aumentó la depresión de la paciente y la sensación de impotencia con respecto a sus problemas.

A continuación se describirá el caso siguiendo las normas de redacción de casos clínicos de Buela (2002).

### **Análisis y descripción de las conductas problema.**

Las conductas problema que actúan como eje principal de la complicada situación psicopatológica fueron:

- 1- El trastorno mental y del comportamiento debido a la dependencia de alcohol.
- 2- La sintomatología psicótica encapsulada en los trastornos de personalidad marcadamente paranoides y dependiente.
- 3- La situación familiar en la que la paciente ejercía de cuidadora sin tener condiciones para ello, sobrepasándole la carga familiar.
- 4- Trastorno depresivo.

La sintomatología depresiva fue aumentando conforme la situación socio-económica se fue debilitando y una marcada ausencia de relaciones normalizadas con sus iguales, que fue poco a poco perdiendo por su tendencia al aislamiento y vergüenza por su situación personal. Un dolor que fue tapando con el alcohol y enajenándose poco a poco de la realidad y de sus propias capacidades de recuperación. El aislamiento, la soledad, la tristeza, las pérdidas sin elaborar (trabajo y pareja), son variables relacionadas con las conductas problema principales, que mejorarán si abordamos de forma multiprofesional y multicomponente.

### **Establecimiento de las metas de tratamiento.**

Las metas que nos marcamos estaban negociadas con la paciente ajustándose a un compromiso y consentimiento informado.

- 1-Eliminar la conducta adictiva y responsabilizarse de ella. Aumentar la colaboración familiar y disminuir la carga familiar de tareas y funciones.
- 2-Eliminar la sintomatología psicótica y responsabilizarse de la toma del tratamiento psiquiátrico.
- 3-Eliminar la depresión e incorporar un repertorio de estrategias y habilidades de afrontamiento para aumentar su autonomía.
- 4-Adaptar su percepción paranoide de la realidad a una más realista que le ayude a adaptarse a las distintas situaciones problemáticas que le surjan del día a día.
- 5-Aumentar su capacidad de disfrutar de los logros y de las situaciones cotidianas.

**Estudio de los objetivos terapéuticos.**

Los objetivos terapéuticos que nos marcamos en función de su patología dual y de los propios deseos y necesidades de la paciente fueron:

1. Establecer un vínculo adecuado con el equipo que la trata.
2. Asistencia y participación en el tratamiento multicomponente y multiprofesional diseñado para su psicopatología.
3. Realización de controles semanales de drogas y alcohol, para seguimiento de su adicción y el aumento del autocontrol del craving y los deseos de consumo.
4. Realización previa explicación, del análisis funcional, de las situaciones problemáticas diarias. Responsabilizarse de traerlo hecho a las citas psicológicas.
5. Ante las posibles recaídas no abandonar el tratamiento y pedir ayuda de urgencias al equipo que la trata.

**Selección y aplicación de los tratamientos más adecuados.**

El tratamiento psicológico basado en los modelos motivacional y cognitivo-conductual para la adicción, como apuntan Quiroga y Fernández (2003).

La conducta “Clave” que consideramos fue la conducta adictiva, ya que actuando sobre ella y eliminándola, cambiaría y mejorarían tanto los síntomas emocionales, psicóticos y de personalidad. Peris y Balaguer (2010) recomiendan tratamientos multicomponentes y multiprofesionales, siendo los modelos con más eficacia y eficiencia, los motivacionales para la primera parte del tratamiento de desintoxicación y los cognitivos-conductuales para la fase central del tratamiento de deshabitación.

Nosotros incluimos entrenamiento en técnicas de relajación y *mindfulness* para la fase de seguimiento, ya que aunque no hay estudios concluyentes sí están resultando probablemente eficaces en la reducción y manejo de la impulsividad y en concreto del fenómeno “craving” (deseo de consumo).

El análisis funcional como herramienta clave, tanto para el paciente con el formato: antecedentes-problema-consecuencias desengranando la conducta en lo que hago, lo que siento y lo que pienso. Para los profesionales aporta mucha información y ayuda al trabajo diario y basado en la realidad de lo que le ocurre o no a la paciente, asegurando una metodología de actuación con una implicación directa del paciente.

La selección del tratamiento psicológico fue en base:- A las directrices de actuación de la sociedad española de patología dual.- En base a la propia formación específica de los profesionales y de la implementación del programa Matrix en el centro de atención a las drogodependencias en donde trabajamos, con lo cual nos resultaba fácil incorporar a la paciente al programa de deshabituación en formato grupal (grupo de recuperación temprana y grupo de prevención de recaídas).-Apoyo farmacológico en la fase de desintoxicación y deshabituación, con reducción programada en base a la mejoría general y adaptación de la paciente a su realidad( disminuir el sufrimiento innecesario).

La variable “tiempo de retención en el tratamiento” asegura una abstinencia prolongada en relación a la problemática de las conductas adictivas unidas a una comorbilidad con trastornos psicopatológicos. Diseñamos el tratamiento individual con un año de duración y un año de seguimiento de los resultados alcanzados. El modelo Matrix asegura una retención del paciente de más o menos un año en grupo.

El tratamiento grupal contempla un primer grupo de “recuperación temprana” diseñado con 9 sesiones semanales de hora y media dedicadas a la comprensión de la adicción, al registro de los consumos y al trabajo compartido en el grupo, ocupa los primeros meses de abstinencia. El segundo grupo de prevención de recaídas ofrece un repertorio de 33 sesiones semanales de dos horas, dedicadas al reforzamiento de la abstinencia, establecimiento de técnicas de prevención de recaídas, de fortalecimiento en habilidades sociales enfocadas a aumentar su autonomía, análisis funcional de los consumos y técnicas de relajación, control y manejo del craving (deseo de consumo).

El tratamiento psicológico individual lo constituyeron sesiones quincenales enfocadas al seguimiento de su abstinencia, a la orientación psicoeducativa a los padres para el entendimiento de la problemática y manejo de situaciones difíciles, a la profundización y aumento en la responsabilidad de sus patologías y el establecimiento de objetivos que concluyeran en la consecución de las metas marcadas al principio. Las sesiones individuales fortalecían la relación terapéutica que resulta “clave” en la retención y la mejoría de la patología dual.

La etapa de seguimiento estuvo constituida por 15 sesiones (una al mes más o menos), en las que se iba repasando y fortaleciendo todo lo conseguido. Se utilizó la filosofía del modelo cognitivo conductual de tercera generación basado en la aceptación, de su problemática y el compromiso con el mantenimiento de la calidad de

vida obtenida, consolidando conductas que le ayudan a mantenerse en abstinencia. Entrenamiento en *mindfulness* (10 minutos en cada sesión), para aumentar su tolerancia a la frustración y no dejarse llevar por la impulsividad. Apoyando la inserción socio-familiar y la búsqueda de la máxima autonomía.

**Tratamiento Psiquiátrico.** En el proceso de desplazamiento de domicilio motivado por seísmo natural, experimenta una recaída alcohólica importante, requiriendo un ingreso hospitalario psiquiátrico por Trastorno mental por consumo de alcohol. Por la dudosa adherencia a su tratamiento oral previo (sertralina y triaprida y el abandono claro de risperidona intramuscular quincenal pautaada), se introduce paliperidona de liberación retardada mensual.

Se aprecia que en ausencia de consumo mantenido, la potencial sintomatología psicótica no está presente, por lo que se reduce la dosis antipsicótica paulatinamente hasta la suspensión y posteriormente la antidepresiva con el mismo fin. En la actualidad, la paciente solo tiene pautaada una benzodiacepina suave, condicional a ansiedad.

### **Selección y aplicación de las técnicas de evaluación. Análisis de resultados.**

1-Se evaluó la depresión antes, durante y después del tratamiento, con el inventario de Beck, pasándolo en los tres periodos acordados y con la evaluación de los criterios de la Cie-10.

2-Se evaluó rasgos de personalidad con el inventario IPDE-Cie-10 de rasgos de personalidad, en los tres periodos acordados.

3-Se recogieron todas las analíticas de orina y de la muestra del alcoholímetro, tomadas dos por semana, durante un año.

4-Se pasó la prueba del índice de gravedad de la adicción a las drogas Assit.

Los resultados con los que empezamos a trabajar marcaban una depresión grave, una alta puntuación en los rasgos de personalidad dependiente y paranoide (puntuaban en positivo 10 de 10 ítems), un índice de severidad de la adicción alto en consumo de alcohol y una prueba positiva en consumo de alcohol, al menos a la semana.

A los seis meses, marcaba una depresión moderada en el inventario de Beck, los rasgos de personalidad paranoide y dependiente a la media (puntuaba en positivo 5 de 10 ítems), un índice de severidad de la adicción normalizado (sin consumos) y unos resultados en todas las analíticas negativos al consumo de alcohol.

Al año de tratamiento, siguió mejorando puntuando “ausencia de depresión” en el inventario de Beck, los rasgos de personalidad se mantuvieron con resultados medios en el tiempo (puntuaba en positivo 5 de 10 items). Los resultados de abstinencia total en el índice de gravedad de la adicción continuaban apuntando a la abstinencia total.

Los resultados apuntan que el tratamiento fue eficaz en cuanto a la mejoría de la depresión y del trastorno mental y del comportamiento debido a la dependencia del alcohol.

En cuanto a los rasgos de personalidad parecen más resistentes al tratamiento, teniendo una mejoría inicial y manteniéndose en ésta hasta el final del año. La personalidad ofrece más resistencia a los cambios debido a su naturaleza evolutiva, estructural y de aprendizaje a lo largo de la vida.

### **Aplicación del tratamiento**

Sesiones individuales quincenales, enfocadas a la consecución y mantenimiento de la conducta adictiva, al reparto equitativo de las tareas familiares, a la orientación psico-educativa de los padres con respecto a la problemática adictiva y su función específica de apoyo externo para reforzar el tratamiento, trabajo del análisis funcional de lo ocurrido en esos quince días, entre cada sesión.

Sesiones grupales enfocadas a la consecución y mantenimiento de la abstinencia, al entrenamiento de habilidades sociales y de afrontamiento con iguales que cursan patología afín, en donde la paciente va reforzando sus estrategias de afrontamiento ante el consumo y sus habilidades sociales para su inserción socio-laboral, aumentando su autoestima y autoconcepto. Entrenamiento grupal en técnicas de relajación y sesiones de mindfulness para el manejo del craving.

Todo esto dentro de una línea de intervención de aceptación y compromiso de la evolución y tendencia crónica de sus patologías.

### **Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos**

En cuanto a las metas que nos propusimos, se cumplieron todas excepto la reducción de los rasgos de personalidad hacia una adaptación a su realidad, ya que seguían marcando positivo.

En éste sentido podemos concluir que habría que seguir trabajando más tiempo los asuntos que tienen que ver con la interpretación de todo lo que le ocurre en la vida

cotidiana, utilizando el año de seguimiento para el tratamiento de la personalidad, como se recomiendan Secades y Fernández (2003) sobre los tratamientos eficaces para los trastornos de personalidad

La paciente tras el tratamiento intensivo ambulatorio permanece en abstinencia, vive con una nueva pareja en la actualidad y mantiene unas relaciones familiares menos dependientes estableciendo sus límites en base a sus necesidades y deseos. Tiene relaciones de calidad con sus amigos. Continúa en seguimiento y cada tres meses llama o pide una cita para seguir en contacto y trabajar asuntos de la vida cotidiana.

### **Seguimiento**

El seguimiento psicológico se realizó en 15 sesiones individuales (una por mes), en las cuales, como anteriormente nos hemos referido, iban planteadas a fortalecer la abstinencia y el trabajo conseguido en el año de tratamiento. El modelo cognitivo-conductual de tercera generación basado en la aceptación y el compromiso, fue la base de las 15 sesiones y en concreto la técnica de *mindfulness* durante 10 minutos en cada sesión, para ajustar y aumentar el control de impulsos, que todavía seguía manifestando. El seguimiento psiquiátrico fueron tres sesiones en un año para ir reduciendo y ajustando la medicación.

### **Observaciones del equipo de tratamiento**

Consideramos que la paciente se recuperó consiguiendo los objetivos marcados por lo que también se consiguieron las metas propuestas.

La variable de depresión es más susceptible a la mejoría y mantenimiento de ésta (al disminuir la vulnerabilidad a la psicopatología adictiva) como apuntan Sánchez, Álvarez y Rodríguez (2012).

Con respecto a las variables de personalidad se podría diseñar en este tipo de perfiles un tratamiento de seguimiento específico para seguir abordando la personalidad y los estilos de afrontamiento.

El porcentaje de mujeres consumidoras de alcohol con comorbilidad psiquiátrica asociada es del 47% siendo los más frecuentes los trastornos de personalidad, depresión y ansiedad, según Alegria et al. (2010).

En alcoholismo el paciente con rasgos dependientes y paranoides necesitará más tiempo en tratamiento para poder afirmar una recuperación gradual en el tiempo. La

continuidad del tratamiento antipsicótico, facilitada por la administración del inyectable, actúa de marco en este proceso.

### Referencias

- Alegria, A. A., Hasin, D. S., Nunes, E. V., Liu, S. M., Davies, C., Gront, B. F., et al. (2010). Comorbidity of generalized anxiety disorder and substances disorder. *Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, 9*, 1187-95.
- Buela, G. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica, 2*, 525-532.
- Peris, L., y Balaguer, A. (2010). *Protocolos de intervención en patología dual en trastornos de personalidad*. Barcelona: Brainpharma, S.L.
- Quiroga, E., y Fernández, J. R. (2003). Tratamientos eficaces para la drogadicción. *Psicothema, 13*, 365-380.
- Sánchez, J. F., Alvarez, P. y Rodriguez, J. J. (2012). Psychiatric disorder associated with Alcoholim: 2 years follow-up of treatment. *Actas Españolas de Psiquiatría, 40*(3), 129-135.
- Secades, R., y Fernandez, J. R. (2003). Tratamientos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema, 13*, 393-406.

## EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA STEPPS PARA LA REDUCCIÓN DE LA IMPULSIVIDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

Mara Segura-Serralta, Cristina Tormo-Martín y Regis Villegas

*Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia, España*

### Resumen

**Antecedentes:** El programa STEPPS, aplicado junto a otros tratamientos habituales, se ha mostrado efectivo en la reducción de la gravedad de síntomas y del Índice Global de Gravedad en el TLP, no obstante existe la necesidad de nuevos estudios que confirmen su efecto sobre algunos aspectos específicos del trastorno. Nuestro objetivo es valorar la eficacia del STEPPS sobre la mejora de la impulsividad en nuestro grupo de pacientes, independientemente de otros parámetros, realizando el estudio en un contexto clínico.

**Método:** Se desarrolló el STEPPS en un grupo de 6 pacientes con TLP (2 presentaban dependencia de cannabis; 2 habían estado ingresados en los últimos 6 meses; 5 sin terapia individual), a lo largo de 20 sesiones semanales de 2 horas de duración. Los participantes fueron derivados desde cualquier dispositivo sanitario del Hospital Clínico Universitario de Valencia a la unidad de psicología clínica de dicho hospital y la evaluación se llevó a cabo hasta completar el grupo. Utilizamos la “Barratt Impulsiveness Scale” (BIS-11) (Barratt, 1985) para valorar la impulsividad antes y después de la intervención. **Resultados:** Existen diferencias significativas entre las puntuaciones tomadas pre y post intervención en las variables de impulsividad total ( $p=0.28$ ;  $p<0.05$ ), impulsividad cognitiva ( $p=0.42$ ;  $p<0.05$ ), e impulsividad no planificada ( $p=0.27$ ;  $p<0.05$ ). **Conclusiones:** El programa ha mostrado efectividad en la reducción de la impulsividad en nuestro grupo desarrollado en contexto clínico, a pesar de la gravedad de los pacientes incluidos en el programa y de que la mayoría no seguía terapia individual. Sería conveniente ampliar estos resultados con estudios a largo plazo.

**Palabras Clave:** Trastorno Límite de la Personalidad, STEPPS, Terapia de grupo, Impulsividad.

## EFFECTIVENESS OF STEPPS PROGRAM TO REDUCTION IMPULSIVITY IN A PATIENTS GROUP WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER (BPD)

### Abstract

**Background:** STEPPS program, complementing other standard treatments, has been effective in reducing the severity of symptoms and the Global Severity Index in BPD, however further studies are needed to confirm its effect on some specific aspects of the disorder. Our objective is to evaluate the effectiveness of STEPPS on reduce impulsivity in our group of patients, regardless of other parameters, conducting the study in a clinical context. **Methodology:** STEPPS was developed in a group of 6 patients with BPD (2 met the criteria for cannabis dependence, 2 had been hospitalized in the last 6 months, 5 without individual therapy) over 20 weekly sessions of 2 hours. Participants were derived from any medical device of the *Hospital Clínico Universitario de Valencia* and the evaluation was carried out consecutively to complete the group. We use "Barratt Impulsiveness Scale" (BIS-11) (Barratt, 1985) to assess impulsivity before and after intervention. **Results:** There are significant differences between pre and post intervention scores in the variables "total impulsivity" ( $p = 0.28$ ;  $p$  unplanned  $p < 0.05$ ), "cognitive impulsivity" ( $p = 0.27$ ;  $p < 0.05$ ), and "unplanned impulsivity" ( $p = 0.42$   $p < 0.05$ ). **Conclusions:** The program shown effectiveness in reducing impulsivity in our group developed in clinical context, despite the severity of the patients included in the program and most of them didn't follow individual therapy. It would be appropriate to extend these results with long-term studies.

**Palabras Clave:** Borderline Personality Disorder, STEPPS, Group Therapy, Impulsivity.

### Introducción

El trastorno límite de la personalidad se considera un trastorno mental grave que presenta una elevada prevalencia en la población general (1-2%) y en la población clínica, donde se estima que entre un 11 y un 20% de los pacientes ambulatorios y entre un 18 y un 32% de los hospitalizados en unidades psiquiátricas estarían diagnosticados

de TLP (Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011), situándose como el trastorno de personalidad más prevalente en el ámbito clínico. Se considera que el abordaje de este trastorno es muy dificultoso (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009), por lo que se han realizado numerosos estudios dirigidos a desarrollar aspectos de prevención, detección e intervención en el TLP. En las dos últimas décadas se ha conseguido proporcionar evidencia empírica de la eficacia de distintos tratamientos psicológicos sobre aspectos específicos del trastorno, como la Terapia Dialéctica Conductual de Linehan (1993), considerada como un tratamiento de primera línea para el TLP (Rodríguez et al., 2014), la Terapia basada en la Mentalización de Bateman y Fonagy (2004), la Terapia Centrada en Esquemas de Young (2003) y la Psicoterapia basada en la Transferencia desarrollada por Clarkin y sus colaboradores en 2007 (Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; Quiroga y Errasti, 2001). No obstante, en el contexto de la sanidad pública resulta difícil aplicar algunas de estas terapias y se tiende a buscar intervenciones más eficientes, como es el caso de las terapias grupales.

El STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving) es un programa de entrenamiento en grupo manualizado para el TLP, fue desarrollado por Blum y sus colaboradores en 1995. Está dirigido a pacientes ambulatorios y se diseñó para ser utilizado de manera complementaria a otros tratamientos habituales (ej. Terapia farmacológica, terapia psicológica individual). El programa se desarrolla a lo largo de 20 sesiones de frecuencia semanal, cada una de ellas tiene 2 horas de duración, combina elementos de la terapia cognitivo-conductual con el entrenamiento de diferentes habilidades deficitarias en estos pacientes y está formado por tres módulos: a) aumento de la conciencia de enfermedad, b) entrenamiento en habilidades de regulación emocional y c) entrenamiento en habilidades de regulación comportamental. Aplicado junto a otros tratamientos habituales, se ha mostrado efectivo en la reducción de la gravedad de síntomas y del ICG (impresión clínica global) en el TLP., y se han encontrado mejorías en las medidas de afectividad, impulsividad y el funcionamiento general (Blum et al., 2008; Cuevas y López, 2012) no obstante se plantea la necesidad de otras investigaciones que confirmen estos efectos (Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011). Este estudio, realizado en un contexto clínico, tiene como objetivo valorar la efectividad del programa STEPPS sobre uno de los síntomas característicos de las personas con TLP, independientemente de otros parámetros. Específicamente nos

centramos en estudiar los efectos del programa sobre la mejora de la impulsividad en nuestro grupo de pacientes.

## Método

### *Participantes*

El grupo estaba compuesto inicialmente por 9 miembros, de los cuales solo 6 terminaron el programa STEPPS completo. Los pacientes fueron derivados desde cualquier dispositivo de salud mental (centros de salud mental, unidad de psicología clínica en atención primaria, unidad de conductas adictivas y sala de hospitalización psiquiátrica) del Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV). Se incluyeron aquellos participantes que cumplieran los siguientes criterios: a) Edad comprendida entre 18 y 65 años. b) Entender el español hablado y escrito y c) Cumplir criterios diagnósticos de TLP según DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002). Fueron excluidos aquellos pacientes que cumplieran alguno de los siguientes: a) Diagnóstico de esquizofrenia, b) Diagnóstico de trastorno bipolar, c) Enfermedad médica de consideración que impida la realización del tratamiento psicológico y d) Haber participado previamente en un grupo STEPPS. Los sujetos no fueron excluidos si habían tenido algún episodio de intento de suicidio o habían estado ingresados en la sala de hospitalización psiquiátrica en los últimos 6 meses, ni si presentaban un diagnóstico comórbido de dependencia de sustancias, de trastorno de la conducta alimentaria o de cualquier trastorno mental que no interfiriera con los objetivos del tratamiento. De este modo, cabe destacar que dos de los pacientes presentaban un trastorno por dependencia al cannabis y 2 habían estado ingresados en la sala de psiquiatría del HCUV en los 6 meses anteriores a la evaluación. En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de los pacientes que participaron en el programa.

Tabla 1

### *Características sociodemográficas de la muestra*

<i>Edad</i>	Rango: 18-56 Media: 19,33 DT=13,9
<i>Sexo</i>	
Mujer	N=5
Hombre	N=1

Tabla 1 (continuación)

<i>Estado Civil</i>	
Casado	N=1
Soltero	N=4
Divorciado	N=1
<i>Nivel de Estudios</i>	
Primarios	N=4
Medios	N=2
<i>Situación laboral</i>	
Activo	N=1
Inactivo	N=5

### *Instrumentos*

En las sesiones de evaluación para la valoración de los criterios de inclusión se realizó una entrevista clínica y se administró la entrevista semiestructurada SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997) para la evaluación de los trastornos de personalidad según DSM-IV-TR, un cuestionario de datos sociodemográficos que recogió información sobre la edad, estado civil, nivel de estudios y situación laboral, y un cuestionario de información clínica relevante para obtener información acerca de los tratamientos psicológicos y farmacológicos actuales y anteriores, el número de ingresos hospitalarios, de visitas a urgencias y de conductas suicidas y parasuicidas de los últimos 6 meses, el uso de tóxicos y de otras conductas desadaptativas de regulación emocional. Además, los pacientes fueron evaluados antes y después de la intervención mediante los siguientes cuestionarios autoinformados: Borderline evaluation of severity over time (BEST) (Pfohl et al., 2009), Borderline symptom list 23 (Bohus et al., 2007), Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) (Gratz y Roemer, 2004), Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996), Escala de afecto positivo y negativo (Watson y Clark, 1994) y el Inventario breve de síntomas (Derogatis, 1983).

Con el objetivo de valorar la impulsividad y cumplir con el propósito de este estudio utilizamos la “Barratt Impulsiveness Scale” (BIS-11) (Barratt, 1985). El BIS-11 está formado por 30 ítems que se puntúan en una escala Likert de 4 puntos (nunca-ocasionalmente-a menudo-siempre). Consta de tres subescalas: 1) Impulsividad cognitiva, que evalúa la capacidad de centrarse en la tarea presente y la presencia de pensamientos intrusivos y acelerados. 2) Impulsividad Motora, evalúa la tendencia a la actuación no reflexiva y de llevar una vida estable 3) Impulsividad no planeada, que

valora la tendencia a planificar y pensar deliberadamente, y a disfrutar de los desafíos mentales. Permite obtener una puntuación total y una puntuación de cada una de las subescalas.

El análisis de resultados se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 21. Se realizaron análisis descriptivos para explorar las características sociodemográficas y clínicas de la muestra. Posteriormente se llevó a cabo una prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para comparar los datos obtenidos pre y post intervención.

### *Procedimiento*

Para el reclutamiento de los participantes del grupo se realizó una sesión clínica a la que acudieron los profesionales sanitarios de los distintos dispositivos del servicio de psiquiatría del HCUV (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especialistas en salud mental, residentes en psiquiatría, residentes en psicología clínica y residentes en enfermería de salud mental). En la sesión se informó del procedimiento de derivación mediante una interconsulta al servicio de psicología clínica del mismo hospital, y de los criterios de inclusión y de exclusión.

Dos residentes en psicología clínica realizaron dos entrevistas individualizadas a cada paciente derivado para la valoración de su inclusión en el programa STEPPS. En la primera sesión se realizó una entrevista clínica, se les explicó el plan y el encuadre terapéutico, y se les pidió la firma de un consentimiento informado. Tras la firma del consentimiento, se les administraron los cuestionarios de autoinforme descritos en el apartado anterior. En la segunda entrevista se realizó el pase de la entrevista SCID-II.

Se evaluaron un total de 16 pacientes, al terminar el proceso de evaluación se realizó una reunión entre las dos residentes en psicología clínica y una psicóloga clínica adjunta en la que se valoraron los criterios de inclusión/exclusión de los participantes y su adecuación al grupo. Se incluyeron inicialmente 9 participantes, a la primera sesión acudieron 8 y solo 6 finalizaron el grupo.

Dos residentes en psicología clínica, que habían sido formadas previamente en el programa terapéutico STEPPS condujeron la intervención. La frecuencia fue semanal, en horario de tarde. Las sesiones se desarrollaron siguiendo el protocolo del STEPPS.

Al finalizar la terapia los cuestionarios fueron administrados de nuevo a los participantes para obtener los datos post-intervención.

### Diseño

Se ha realizado un estudio longitudinal prospectivo, evaluando cuantitativamente los datos obtenidos pre y post tratamiento mediante cuestionarios autoinformados.

### Resultados

Al analizar los resultados de los cuestionarios observamos que existen diferencias significativas entre las puntuaciones tomadas pre y post intervención en las variables de impulsividad total ( $p=0.28$ ;  $p<0.05$ ), impulsividad cognitiva ( $p=0.42$ ;  $p<0.05$ ), e impulsividad no planificada ( $p=0.27$ ;  $p<0.05$ ). En la Figura 1 se muestran las medias de las puntuaciones de los participantes en el BIS-11 antes (pre) y después (post) de la intervención.

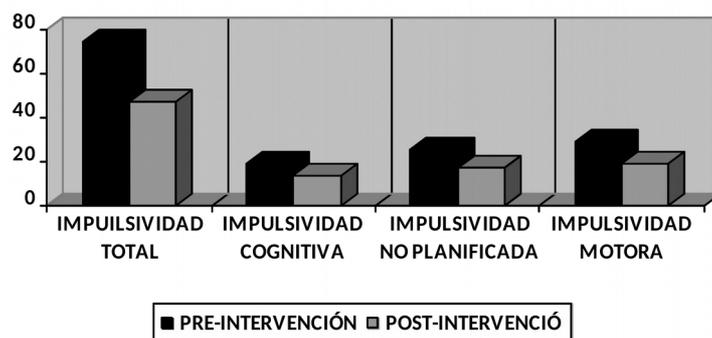


Figura 1. Medias Pre y Post tratamiento de las escalas del BIS-11.

### Conclusiones

El programa ha mostrado efectividad en la reducción de la impulsividad, siguiendo la línea de lo que apuntan las investigaciones anteriores (Blum et al., 2008; Cuevas y López, 2012). Hay que tener en consideración que nuestro grupo fue desarrollado en contexto clínico, y que la mejoría en las medidas de impulsividad fueron significativas a pesar de la gravedad de los pacientes incluidos en el programa y de que la mayoría de ellos no seguía terapia individual. Como se comenta en las guías clínicas sobre el manejo de TLP (Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009) sería conveniente ampliar estos resultados con estudios a largo plazo, por lo que desde la unidad de psicología clínica del HCUV nos planteamos como objetivo seguir desarrollando anualmente el programa

STEPPS y ampliar nuestros datos en relación a la eficacia de la terapia tanto sobre la impulsividad como sobre otros parámetros de interés.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR* (4ª Ed.). Barcelona: Masson.
- Barrat, E. S. (1985). Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. En J. T. Spence y C. E. Izard (Ed.), *Motivation, emotion, and personality* (pp. 137–146). North Holland, the Netherlands: Elsevier.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalizationbased treatment*. Nueva York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blum, N., John, D. S., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., et al. (2008). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165, 468-478.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Külher, T. y Stieglitz, R. (2007). Psychometric properties of the Borderline symptom list. *Psychopathology*, 40, 126-132.
- Cuevas, C., y López, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R administration, scoring, and procedures manual II*. Towson, M.D: Clinical Psychometric Research.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., y Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Fórum de Salut Mental y AIAQS. (Coords.). (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A.S. y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377(9759), 74-84.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder: treatment and management*. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- Pfohl, B., Blum, N., St. John, D., McCormick, B., Allen, J., y Black, D.W. (2009). Reliability and validity of the borderline evaluation of severity over time (BEST): A self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 281-293.
- Quiroga, E., y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3), 393-406.
- Rodriguez, E., Agüero, L., Mangué, J., De la fuente, L., Ibarra, O., y Bellver, A. (2014). Reducción de consultas en urgencias por ideación autolítica y/o intentos de suicidio de pacientes con trastorno límite de personalidad tras terapia dialéctico-conductual. En M. T. Ramiro y T. Ramiro-Sánchez (Comps.), *VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica* (p. 334). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- Watson, D., y Clark, L. A. (1994). *The PANAS-X. Manual for the positive and negative affect shedule*. University of Iowa.

## ALTERACIONES DE PERSONALIDAD EN PACIENTES ALCOHÓLICOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO

**David Granados-Rodríguez\***, **Ana Aparicio-Mingueza\*\***, **M<sup>a</sup> Carmen Martín-Contero\*\*\***, **Juan Carlos Rivera-Aullol\*\*\*\*** y **Fernando Domínguez-Gil\*\*\*\*\***

*\*Psicólogo Clínico. Hospital de Día de Salud Mental del Hospital La Merced;*

*\*\*Psicóloga Clínica. Fundación Miguel Servet-Navarrabiomed. Pamplona;*

*\*\*\*Psicóloga Clínica. Hospital de Día Psiquiátrico Iruvide; \*\*\*\*Médico. Centro Sociosanitario de Plasencia*

### Resumen

Antecedentes: En los últimos años ha crecido notablemente el interés por los trastornos duales en el ámbito de las conductas adictivas. No existe un acuerdo con respecto al trastorno de personalidad que se asocia con mayor frecuencia al alcoholismo. El objetivo de este estudio es conocer la comorbilidad de las alteraciones de personalidad con la dependencia del alcohol. Método: La muestra está compuesta por 76 sujetos diagnosticados de Dependencia del alcohol, que acudieron a tratamiento de desintoxicación e inicio de deshabitación en régimen de internamiento voluntario en la Unidad de Alcoholismo Hospitalaria de Plasencia, entre Febrero 2014 y Abril 2015. Se realizó la evaluación mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-III) tras la fase de desintoxicación, durante la tercera semana de ingreso hospitalario, con el fin de eliminar la posible influencia de la sintomatología abstinencial. Resultados: La edad media es de 42 años (con un rango comprendido entre los 30 y los 64). Los resultados obtenidos en el MCMII-III reflejan que el 69,7% (53 sujetos) de la muestra presenta, al menos, una alteración de personalidad asociada a su dependencia del alcohol. La alteración observada con más frecuencia la encontramos en la escala antisocial (43,39%), seguida de la escala dependiente (15,09%). En función del sexo, la tasa de alteraciones de personalidad en hombres asciende al 67,27% de la muestra (20 antisocial, 7 narcisista y 6 paranoide), mientras que en las mujeres alcanza el 76,19% (4 dependiente y 4 histriónica). Conclusiones: Nuestros resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios que también señalan una tasa elevada de alteraciones de

personalidad en pacientes alcohólicos. Sería conveniente tener en cuenta estos datos tanto de cara a la evaluación como a la planificación del tratamiento.

**Palabras clave:** Alcoholismo, trastornos de personalidad, trastorno por consumo de alcohol, comorbilidad.

## **PERSONALITY DISORDERS IN ALCOHOLIC PATIENTS: A DESCRIPTIVE STUDY**

### **Abstract**

**Antecedents:** In recent years, interest in dual disorders in the field of addictive behaviors has grown considerably. There is no agreement with respect to which personality disorder is most often associated with alcoholism. The aim of this study was to determine the comorbidity of personality disorders with alcohol dependence. **Method:** The sample consists of 76 patients diagnosed with alcohol dependence, who attended drug treatment and early cessation under a voluntary placement in the Alcoholism Unit of Hospital of Plasencia, between February 2014 and April 2015. The evaluation was conducted by the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) after the detoxification phase, during the third week of hospitalization, in order to eliminate the possible influence of abstinence symptoms. **Results:** The average age is 42 years (with a range between 30 and 64). The results obtained in the MCMI-III show that 69.7% (53 subjects) of the sample has at least one personality disorder associated with alcohol dependence. The alteration observed most frequently was found in the antisocial scale (43.39%), followed by the dependent scale (15.09%). By sex, the rate of personality disorders in men amounts to 67.27% of the sample (20 antisocial, 7 narcissistic and 6 paranoid), whereas in women reaches 76.19% (4 dependent and 4 histrionic). **Conclusions:** Our results agree with those obtained in other studies that also indicate a high rate of personality disorders in alcoholic patients. It would be wise to consider these data both as regards the assessment and treatment planning.

**Keywords:** Alcoholism, personality disorders, alcohol use disorder, comorbidity.

## **Introducción**

En los últimos años ha crecido notablemente el interés por los trastornos duales -coexistencia de un trastorno adictivo con otro trastorno psicopatológico- en el ámbito de las conductas adictivas (Casas y Guardia, 2002). Desde un punto de vista clínico, resulta fundamental estudiar la relación entre la dependencia del alcohol y las alteraciones de personalidad concomitantes, ya que éstas van a influir en el curso clínico de la adicción. La presencia de trastornos de la personalidad en pacientes alcohólicos no sólo afecta al pronóstico terapéutico (Cangas y Olivencia, 2001), sino que aumenta considerablemente las dificultades en el manejo clínico de estos pacientes (Pedrero y Segura, 2003) y se relaciona con un mayor riesgo de recaída o abandono del tratamiento (Fernández-Montalvo et al., 2004).

Los resultados encontrados en estudios de prevalencia de alteraciones de personalidad en pacientes alcohólicos son muy heterogéneos, oscilando entre el 24% y el 80%. No existe tampoco un acuerdo con respecto al trastorno de personalidad que se asocia con mayor frecuencia al alcoholismo, variando según el estudio entre el trastorno antisocial, el histriónico, el paranoide, el narcisista, e incluso, el no especificado (Fernández-Montalvo y Landa, 2003).

Dada la amplia heterogeneidad de trastornos que se observa, resulta imposible, hoy por hoy, establecer un perfil homogéneo de personalidad en este tipo de pacientes. Por ello, el objetivo de este estudio es conocer la comorbilidad de las alteraciones de personalidad con la adicción al alcohol. Para ello se utiliza el MCMI-III (Millon, 2000), instrumento ampliamente utilizado en este ámbito, con una muestra de 76 pacientes que acuden voluntariamente a tratamiento de desintoxicación y deshabitación a una unidad hospitalaria especializada.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra de sujetos de este estudio está compuesta por 76 pacientes que acudieron a tratamiento de desintoxicación e inicio de deshabitación en la Unidad de Alcoholismo Hospitalaria de Plasencia, entre Febrero 2014 y Abril 2015. Se trata de un programa de un mes de duración, en régimen de internamiento voluntario, dirigido a

pacientes con diagnóstico principal de Dependencia del alcohol (F10.24), según criterios DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000).

#### *Materiales/Instrumentos utilizados*

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (Millon, 2000) es un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuestas dicotómica (verdadero/falso), que proporcionan información sobre 11 escalas básicas de personalidad (esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva, compulsiva, negativista, autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizotípica, límite y paranoide), 7 síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, somatomorfo, bipolar, distímico, abuso de alcohol, abuso de otras sustancias, trastorno estrés postraumático) y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (trastorno del pensamiento, depresión mayor, trastorno delirante). Debido al objetivo de este estudio, se presentan solamente los resultados de las 14 escalas de personalidad.

El manual del MCMI-III describe datos de estandarización de varias muestras (Millon, 2000). La muestra normativa constó de 1000 hombres y mujeres que representaban una amplia variedad de diagnósticos psiquiátricos. Las confiabilidades promedio test-retest y por consistencia interna de las escalas del MCMI-III son muy buenas para un inventario de personalidad. Los coeficientes alfa van de 0,66 a 0,89 para las escalas de personalidad y de 0,71 a 0,90 para los síndromes clínicos. La fiabilidad test-retest para las puntuaciones dimensionales va de 0,85 a 0,93. El acuerdo entre jueces en los diagnósticos es de kappa  $<0,45$  para todos los trastornos de personalidad.

Respecto a la validez de la prueba, los estudios de correlaciones entre las puntuaciones dimensionales del MCMI con distintos cuestionarios han arrojado resultados moderados, por ejemplo con el Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) la mayoría de las correlaciones de las escalas están por encima de 0,50. La sensibilidad del MCMI-III varía mucho entre escalas: 0,44-0,92 (media=0,60); igual que su poder predictivo: 0,30-0,81 (media=0,69).

*Procedimiento*

La evaluación de todos los sujetos se llevó a cabo durante la tercera semana de ingreso hospitalario, tras la fase de desintoxicación. En concreto se llevaron a cabo dos sesiones de evaluación. En la primera sesión, realizamos una entrevista individual en la que recogimos los datos sociodemográficos y registramos la historia de consumo de alcohol del paciente. En la segunda sesión, evaluamos las características de personalidad de los pacientes mediante la entrega y cumplimentación del MCMI-III. Una vez transcurridas tres semanas desde el inicio de la abstinencia, se elimina la posible influencia de los síntomas de abstinencia. Dado que el objetivo de nuestro estudio es conocer qué alteraciones de personalidad se observan con más frecuencia entre los pacientes alcohólicos, incluyendo tanto trastornos de la personalidad como rasgos de personalidad desadaptativos, hemos considerado la presencia de una alteración de personalidad cuando la puntuación en la base-base (TB) del MCMI-III es superior a 75.

*Diseño*

Se trata de un estudio observacional transversal.

**Resultados**

Las características sociodemográficas recogidas de la muestra aparecen descritas en la Tabla 1. Como puede observarse, la edad media de los pacientes es de 42 años (con un rango comprendido entre los 30 y los 64) y hay una proporción de casi 3 hombres por cada mujer, lo que coincide básicamente con lo obtenido en otros estudios.

Tabla 1  
Características sociodemográficas

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
EDAD MEDIA (Rango)	42 (30-64)	
SEXO		
Varones	55	72,36
Mujeres	21	27,64

Los resultados obtenidos en el MCMI-III reflejan que el 69,7% (53 sujetos) de la muestra presenta, al menos, una alteración de personalidad asociada a su dependencia del alcohol. Entre los sujetos con alteraciones de personalidad, un 72% (38) presentan alteraciones en una única escala de personalidad del MCMI-III, mientras que el 28% (15) restante presentan dos o más alteraciones de personalidad. En estos 53 sujetos alcohólicos con alteraciones de la personalidad, la observada con mayor frecuencia es la *antisocial*, que afecta al 43,39% de los casos, seguida de la *dependiente* (15,09%), y a continuación la *histriónica*, *narcisista* y *paranoide*, que se observan en el 13,20% de los casos cada una de ellas (Tabla 2).

Tabla 2

Comparación entre alcohólicos con alteraciones de personalidad según el sexo

Escala de personalidad	Total	Hombres	Mujeres
	(n=53) N (%)	(n=37) N (%)	(n=16) N (%)
Esquizoide	5 (9,43%)	5 (13,51%)	0
Evitativa	2 (3,77%)	1 (2,70%)	1 (6,25%)
Depresiva	5 (9,43%)	4 (10,81%)	1 (6,25%)
Dependiente	8 (15,09%)	4 (10,81%)	4 (25%)
Histriónica	7 (13,20%)	3 (8,10%)	4 (25%)
Narcisista	7 (13,20%)	7 (18,91%)	0
Antisocial	23 (43,39%)	20 (54,05%)	3 (18,75%)
Agresiva	0	0	0
Compulsiva	4 (7,54%)	1 (2,70%)	3 (18,75%)
Negativista	0	0	0
Autodestructiva	0	0	0
Esquizotípica	1 (1,88%)	1 (2,70%)	0
Límite	1 (1,88%)	1 (2,70%)	0
Paranoide	7 (13,20%)	6 (16,21%)	1 (6,25%)

Nota: La suma total de alteraciones de personalidad es superior al número de sujetos debido a que hay pacientes que presentan más de una alteración de personalidad asociada (TB >75).

Una vez obtenido el porcentaje global de sujetos afectados por alteraciones de personalidad y las alteraciones más prevalentes, se ha comparado la frecuencia de las distintas alteraciones de personalidad en función del sexo. La tasa de alteraciones de personalidad en los hombres asciende al 67,27% (37 sujetos) de la muestra. Los más frecuentes son, en orden de importancia, la *antisocial*, que afecta al 54,05% de los

hombres con alteraciones de personalidad, seguido de la *narcisista* (18,91% de los casos) y la *paranoide* (16,21% de los casos).

En el caso de las mujeres, la tasa global de alteraciones de la personalidad se sitúa en el 76,19% (16 pacientes) de la muestra. Las alteraciones que observamos con mayor frecuencia son la *dependiente* e *histriónica*, que afectan al 25% de las mujeres alcohólicas con alteraciones de la personalidad, seguida por la *compulsiva* y la *antisocial*, con una tasa del 18,75% cada una de ellas.

### **Discusión/Conclusiones**

En el presente estudio hemos llevado a cabo una valoración de las alteraciones de personalidad más frecuentes en la población alcohólica. Los resultados obtenidos indican que un 69,7% de la muestra presenta, al menos, una alteración de la personalidad (el 67,27% de los hombres y el 76,19% de las mujeres). Estos datos coinciden con los obtenidos en otras investigaciones en las que también se ha encontrado una tasa elevada de trastornos de personalidad en pacientes alcohólicos (Grant et al., 2004; Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi, Lorea y Zarzuela, 2002).

Las alteraciones de personalidad más frecuentemente observadas en nuestro estudio se encuentran en las escalas *antisocial* y *dependiente*, lo que coincide con otros estudios (Morgenstern, Langenbucher, Labouvie y Miller, 1997), con un claro predominio de la escala *antisocial*. En concreto, el predominio de rasgos antisociales de personalidad condicionará de forma importante el planteamiento terapéutico, debido a las dificultades de estas personas para trabajar aspectos emocionales, siendo necesario un abordaje más centrado en aspectos cognitivo-conductuales.

Respecto a la comparación de los resultados por sexos, los hombres manifiestan más frecuentemente alteraciones de personalidad *antisociales* y *narcisistas*, mientras que en las mujeres son los rasgos *dependientes* e *histriónicos* los más prevalentes. Teniendo en cuenta la división que realiza el DSM-IV-TR de los trastornos de la personalidad por grupos o clusters (A: raros-excéntricos; B: dramáticos-emocionales; C: ansiosos-temerosos), podemos concluir que en nuestro estudio, la mayoría de los pacientes con alteraciones de personalidad pertenecerían al grupo B, el de los dramáticos-emocionales. Estos resultados podrían ayudarnos a diseñar intervenciones específicas para personas con problemas por consumo de alcohol, que además presenten personalidades con estas características.

Como se ha comprobado en otros estudios, la presencia de alteraciones de personalidad en pacientes con problemas por consumo de alcohol, aumenta notablemente el grado de dificultad en el manejo clínico de estos pacientes (Cangas y Olivencia, 2001; Pedrero y Segura, 2003), aumenta la probabilidad de recaída o abandono terapéutico (Fernández-Montalvo et al., 2004), con una clara afectación en el pronóstico terapéutico (Cangas y Olivencia, 2001). Los resultados de este estudio demuestran, una vez más, la importancia de tener en cuenta factores relativos a la personalidad del alcohólico a la hora de planificar tanto la evaluación clínica como desarrollar programas de tratamiento específicos (Fernández-Montalvo et al., 2002). El tener en consideración aspectos caracteriales del paciente alcohólico permitirá valorar la probabilidad de implicación y cumplimiento terapéutico, establecer objetivos terapéuticos apropiados y adaptar los tratamientos a las características de los pacientes, así como determinar la necesidad de una mayor o menor estructuración del contexto terapéutico.

Este estudio presenta una importante limitación, en relación a la valoración de las alteraciones de personalidad, que se ha realizado mediante una prueba de autoinforme (MCMI-III). Aunque es una prueba ampliamente utilizada en el ámbito de las conductas adictivas, para futuras investigaciones parece conveniente plantearse el uso de otras herramientas diagnósticas, como son las entrevistas clínicas dirigidas a valorar trastornos de la personalidad.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a ed. - Textorevisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA.
- Cangas, A. J., y Olivencia, J. J. (2001). Relación de los trastornos de la personalidad con el seguimiento de instrucciones terapéuticas y las recaídas en sujetos drogodependientes. *Psicología Conductual*, 9, 541-549.
- Casas, M., y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, 195-219.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J. J., Lorea, I., y Zarzuela, A. (2002). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 217-225.

- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I., y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 271-283.
- Fernández-Montalvo, J., y Landa, N. (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clinica y Salud*, 14, 27-41.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. y Pickering, R. P. (2004). Cooccurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 361-368.
- Millon, T. (2000). *Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E., y Miller, K. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.
- Pedrero, J. y Segura, I. (2003). Los trastornos de personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos*, 3, 229-240.

**INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA CON EL ALUMNADO TDAH DE  
EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA EN LA EXPRESIÓN ESCRITA:  
PROGRAMA DE INSTRUCCIÓN COGNITIVO-ESTRATÉGICO**

**María del Carmen Mondragón Mullor**

*Profesora de Educación Secundaria. IES Gaviota (Adra) Almería; Investigadora de la  
Universidad de Almería*

**Resumen**

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) manifiesta unas dificultades en las funciones ejecutivas que afectan a un grupo de habilidades esenciales para la organización y autorregulación del resto de las actividades cognitivas y que se proyectan en un bajo rendimiento académico. Desde una metodología funcional, colaborativa y orientada a solventar las principales dificultades del alumnado con TDAH en la expresión escrita, se desarrolla un Programa de Instrucción basado en la utilización de las funciones ejecutivas y del auto-conocimiento del proceso de la escritura en un contexto del grupo-clase. El programa se aplica al alumnado de 3<sup>a</sup> de ESO y de los programas de Diversificación Curricular (DICU) con el objetivo de realizar una comparativa analítica antes y después de la intervención didáctica en el ámbito de la competencia lingüística y productiva de textos, al mismo tiempo que comprobar la eficacia de su aplicación en el desarrollo de las funciones ejecutivas. Los resultados de la investigación confirman que los alumnos con dificultades de aprendizaje no desarrollan procesos cognitivos, no adoptan estrategias adecuadas en la expresión escrita ni manifiestan conductas de autorregulación en las composiciones escritas. Todo ello sugiere la necesidad de incorporar un Programa de Instrucción Cognitivo-Estratégico para la mejora de la competencia escrita. La aplicación del Programa con el alumnado que presenta dificultades de aprendizaje en general, y de forma específica con el alumnado TDAH puede ayudar a incrementar y a integrar el uso de las estrategias cognitivas, metacognitivas y motivacionales en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la escritura.

**Palabras clave:** Expresión escrita, estrategias cognitivas, funciones ejecutivas, autorregulación y aprendizaje.



**PSYCHO-PEDAGOGICAL INTERVENTION WITH ADHD OF  
COMPULSORY SECONDARY EDUCATION STUDENTS IN WRITING:  
COGNITIVE STRATEGY INSTRUCTIONAL PROGRAM**

**Abstract**

Attention Deficit and Hyperactivity disorder (ADHD) manifests difficulties in executive functions which affect a group of essential skills for organizing and self-regulation from the rest of the cognitive activities and which are reflected in a low academic performance. From a functional and collaborative methodology aimed at solving the main problems of students with ADHD in written expression, we must develop a program of instruction based on the use of executive functions and the self-knowledge of the process of writing in the context of the class group. The program is applied to students of 3rd year of Compulsory Secondary Education and also to those of Curricular Diversification in order to carry out a comparative analysis before and after the educational intervention in the productive and linguistic competence of texts and, at the same time, to test the effectiveness of its application in the development of executive functions. The implementation of the program with students who have learning disabilities in general, and specifically with ADHD students can help to enhance and integrate the use of cognitive, metacognitive and motivational strategies in the process of teaching and learning of writing.

**Keywords:** Written expression, cognitive strategies, executive functions, self-regulation and learning.

**Introducción**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5), (American Psychiatric Association [APA], 2014) ha realizado aportaciones interesantes relacionadas con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) que afectan a los criterios de diagnóstico y de categorías. De esta forma, en el ámbito infanto-juvenil los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia del DSM-IV-TR pasan a convertirse en el DSM-5 en trastornos del neurodesarrollo.



La literatura científica actual relacionada con el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H) considera que es uno de los problemas neuropsiquiátricos más prevalentes en la edad infantil y asociados a altas cifras de comorbilidad.

Según los estudios realizados por Mulas, Gandía, Roca, Etchepareborda, Abad (2012) este trastorno es la problemática del neurodesarrollo más frecuente en la clínica neuropsiquiátrica, afectando a un 5-7% de los niños, lo que representa al menos uno de cada aula escolar.

Actualmente, el tratamiento por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) incluye intervenciones farmacológicas, psicosociales y educativas (tratamiento multimodal) y se aboga por un diseño personalizado teniendo en cuenta las características de la persona y la comorbilidad que lo acompaña.

El estudio MTA (estudio multimodal de tratamiento de niños con TDAH) se diseñó para evaluar las opciones de tratamiento disponibles en los años noventa para el TDAH, y fue de los primeros estudios realizados por el National Institute of Mental Health en niños (The MTA Cooperative Group, 1999). Se demostró la eficacia del tratamiento combinado (farmacológico y cognitivo-conductual).

Las Guías de Práctica Clínica (GPC), (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010) recomiendan terapia cognitivo-conductual como tratamiento inicial en cuadros de sintomatología leve o repercusión funcional mínima, en todos los demás casos, recomiendan abordaje psicofarmacológico (metilfenidato y atomoxetina) como primer opción.

En el marco de la investigación científica seguimos las investigaciones de Abad-Mas et al. (2011) que consideran la importancia de un entrenamiento en funciones ejecutivas y la autorregulación y autocontrol en la planificación de estrategias entre otras para fomentar y desarrollar la memoria del trabajo con el alumnado con TDAH.

El estudio realizado por Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez (2013) considera la importancia de las intervenciones psicológicas en el alumnado e identifica la expresión escrita como el problema de aprendizaje más común en estudiantes con TDAH con un 65%, por otra parte, según Zeigler Dendy, C.A. (2011), los alumnos manifiestan déficit en dos categorías generales en las funciones ejecutivas; habilidades académicas específicas y habilidades esenciales relacionadas con planificación y memoria de trabajo.

Tomando como referencia las investigaciones de Barkley (2011) y Brown (2003) y las ocho componentes generales de las funciones ejecutivas que afectan al desempeño escolar de los alumnos que tienen TDAH, diseñamos el Programa de Instrucción.

El entrenamiento de las funciones ejecutivas a través de la autorregulación y autocontrol y la planificación de estrategias favorecen la atención del alumno y la mejora en su rendimiento académico.

La implementación de un programa estratégico- cognitivo con el alumnado TDAH de educación secundaria obligatoria tiene como objetivos fundamentales mejorar la expresión escrita a través de un Programa de Instrucción que incorpora estrategias orientadas a desarrollar la memoria de trabajo del control ejecutivo y sostenimiento activo en el alumnado con dificultades de aprendizaje.

Desde la línea de investigación desarrollada por Fidalgo, R., Torrance, M. y Robledo, P. (2009) se desarrolla un Modelo de Instrucción centrado en la mejora del dominio cognitivo y auto-regulado de los diferentes procesos cognitivos de la escritura. Siguiendo a Fidalgo y García (2007) centramos nuestro estudio en la focalización del proceso de planificación textual como parte de la composición escrita, analizando las estrategias que sigue el alumnado en la intervención.

## Método

### *Participantes*

La población la componen 30 alumnos de tercero de educación secundaria obligatoria (8 alumnos pertenecientes a los Programas de Diversificación Curricular y 22 alumnos a 3ª ESO D) matriculados en el curso 2014/15 en un centro público del poniente almeriense.

Tabla 1

### *Selección del alumnado*

CURSOS	ALUMNAS	ALUMNOS	TOTAL
<b>3º ESO D</b>	12	10	22
<b>3ºESO DICU</b>	5	3	8
<b>TOTAL</b>	17	13	30

El alumnado tenía una edad comprendida entre 15 y 17 años y presentaba dificultades de aprendizaje relacionadas con la comprensión, producción de textos y deficiencias en las funciones ejecutivas.

La investigación se realizó con un grupo de referencia que se asignó al grupo de tercero de la ESO D (22 alumnos) en donde se integraban los alumnos de DICU (8 alumnos). Las características académicas de este grupo están relacionadas con determinadas dificultades del aprendizaje relacionadas con la comprensión y producción escrita.

### *Materiales*

Los instrumentos seleccionados para el desarrollo de nuestra investigación han sido la aplicación de un cuestionario de elaboración propia, entrevistas personales con la familia (alumno y familia), documentación personal del alumno relacionada con su rendimiento académico y la aplicación de un Programa de Instrucción Cognitivo-Estratégico.

El cuestionario se aplicó a todo el grupo que formaba el curso de tercero de educación secundaria obligatoria (30 alumnos) en horario diurno y en el espacio habitual donde se desarrolla la clase por la profesora que impartía también el Programa de Diversificación Curricular. Este cuestionario, validado por expertos, contenía preguntas relacionadas con el desarrollo de la producción escrita a partir de una temática elegida y sus dificultades en su elaboración.

El cuestionario se aplicó en dos fases temporales (noviembre y mayo). Su estructura se mantuvo en ambas pero se desarrollaron diversas líneas temáticas para la producción textual.

El objetivo era analizar las dificultades que presentaba el alumnado en el desarrollo de la producción escrita y su capacidad para planificar y desarrollar un texto, así como conocer las deficiencias que presentaban en el desarrollo de las funciones ejecutivas, al mismo tiempo que realizar una tabla comparativa en la aplicación del Programa con los resultados obtenidos antes de su análisis.

Las entrevistas personales con el alumnado tras la corrección del cuestionario y comentario del mismo, nos ayudaban a conocer cuáles eran sus problemas académico-personales y las dificultades de aprendizaje que manifestaban en cada uno de los

ámbitos analizados, así como para establecer con el alumno un plan estratégico de colaboración y participación en cada una de las actividades didácticas propuestas.

La documentación personal del alumnado nos la proporcionaba la orientadora del centro, al mismo tiempo que nos informaba de su rendimiento académico y características personales de los alumnos.

La aplicación de un Programa de Instrucción cognitivo-estratégico tiene como principal objetivo fomentar y desarrollar los procesos cognitivos y metacognitivos en la producción textual, al mismo tiempo que favorecer la comprensión y regulación de las funciones ejecutivas. Su ámbito de análisis se desarrolla desde la comprensión y producción de textos.

### *Procedimiento*

El cuestionario se aplicó en la primera semana del mes de noviembre (primera evaluación) y a finales de mayo (tercera evaluación) en horario de mañana por la profesora que impartía la clase de lengua. Posteriormente, se realizó la corrección siguiendo una escala de evaluación relacionada con la competencia lingüística y producción de textos. Realizada la clasificación de cada uno de los principales errores cometidos por el alumnado, se aplicó el Programa de Instrucción cognitivo-estratégico.

Este Programa se desarrolló durante los meses de noviembre a mayo con el grupo de 3ª ESO D en horario de clase y con tres sesiones por semana por la profesora que impartía la clase de la materia de lengua castellana y literatura. Al grupo de alumnos que integraba el Programa de Diversificación se le aplicó con 4 sesiones diarias desde noviembre hasta el 15 de mayo. A finales de mayo se aplicó otro cuestionario con las mismas variables estudiadas para comparar el nivel adquirido por el alumnado tras el desarrollo del Programa de Instrucción y analizar las mejoras obtenidas y las que se encontraban en proceso.

Se realizó una comparativa analítica entre los conocimientos adquiridos por el alumno antes del programa de instrucción y su posterior aplicación para comprobar el grado de eficacia de dicho programa.

La tabla comparativa fue organizada en las dimensiones y variables analizadas que nos sirvieron para detectar cuáles eran las dificultades de aprendizaje que se habían superado y aquellas otras que seguían manifestándose.

Para la evaluación de la calidad de los textos analizados se utilizaron las medidas centradas en la interpretación global (coherencia, calidad y estructura) y en las medidas formales con indicadores en cada una de las dimensiones analizadas. Medidas todas ellas que han sido validadas en estudio previos (Fidalgo, Torrance y García, 2008). Por otra parte, la evaluación textual fue completada mediante la utilización de otro tipo de medidas de evaluación de la coherencia textual que se realizó a través del recuento manual de diferentes indicadores lingüísticos.

### *Diseño*

El diseño de la investigación ha tenido un carácter descriptivo y exploratorio, basado en la metodología cualitativa-participativa y en la técnica del análisis de contenidos.

### **Resultados**

Los resultados obtenidos se organizan desde dos fases de actuación: antes y después de la aplicación del Programa de Instrucción y en dos ámbitos teóricos: competencia lingüística y producción textual.

I. Antes de la aplicación del Programa de Instrucción: grupo 3ª ESO D y DICU

- Los alumnos no planifican su texto y no aplican las normas de ortografía y caligrafía.
- Tienen dificultad para comprender la idea principal y secundaria.
- Se sienten inseguros y no participan en la clase.
- Muestran dificultad para expresar sus emociones.
- No realizan las actividades de clase a tiempo y no las terminan en su casa.

II. Después de la intervención didáctica: grupo 3ª ESO D y DICU

- El alumno organiza su texto y planifica sus ideas.
- Mejora notablemente en la caligrafía y reduce sus faltas de ortografía.
- Colabora con los compañeros en el desarrollo de las actividades.
- Comprende el texto y extrae las ideas principales aunque sigue con dificultad extraer alguna visión crítica del texto.
- Se siente animado porque acaba las actividades a tiempo.

Se comprueba como tras la aplicación del Programa de Instrucción en los dos grupos analizados (grupo de 3ª ESO D y Grupo DICU) hay una mejora en los ámbitos analizados, la competencia lingüística y la de producción textual. No obstante, existen diferencias entre la competencia lingüística en donde el porcentaje de errores es menor que en la producción de textos (Figura 1 y Figura 2).

El alumnado encuentra más dificultad en producir un texto que en aplicar las normas gramaticales y ortográficas en la composición escrita. Se hace necesario regular y practicar las estrategias cognitivas y metacognitivas de la producción textual con el alumnado de la etapa de educación secundaria obligatoria.

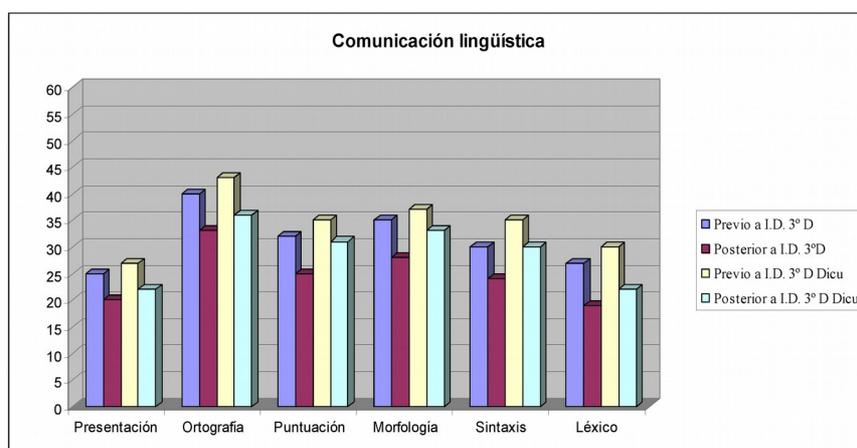


Figura 1. Comunicación escrita.

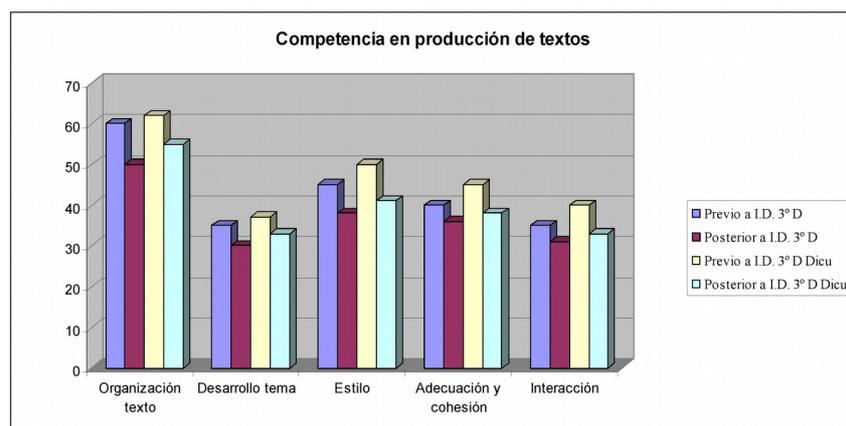


Figura 2. Producción textual.

**Conclusiones**



Nuestro estudio se desarrolla a partir de los resultados obtenidos de la aplicación de un cuestionario para analizar el grado de competencia lingüística con el alumnado de la ESO en las investigaciones realizadas con los Programas Instruccionales centrados en la auto-regulación en la escritura diseñado y validado por Fidalgo et al. (2008), dicho modelo se desarrolla con la propuesta de Zimmerman (2013) a través del aprendizaje secuencial de las habilidades de auto-regulación en la composición escrita.

A diferencia de estos estudios que se realizan con grandes grupos de alumnos de diferentes cursos de la educación secundaria, nosotros seleccionamos a un grupo minoritario inscrito en un Programa específico de Diversificación Curricular, procedentes de tercero de la ESO, que vienen todos con problemas de aprendizaje y que lo forman como máximo 12 alumnos.

La posibilidad de trabajar con grupos reducidos contribuye a una mayor dedicación y seguimiento del trabajo del alumnado y la implicación directa del propio alumno en su proceso de enseñanza y aprendizaje.

Los resultados obtenidos en este estudio avalan la eficacia de del Programa de Instrucción aplicado al alumnado inscrito en Diversificación Curricular, aunque somos conscientes que la reducción del grupo de alumnos favorecen la intercomunicación y su participación.

Por otro lado, la aplicación de un Programa de Instrucción requiere un conocimiento específico del profesorado participante y un seguimiento con los demás profesores que no siempre es posible mantener.

Para conseguir un mejor rendimiento en la aplicación de este Programa es necesario conocer y analizar cuales son las principales dificultades que manifiestan los alumnos en el ámbito de la producción escrita.

El Programa de Instrucción se presenta como una alternativa para ayudar al alumnado que manifiesta problemas en su rendimiento académico debido a la falta de comprensión y desarrollo correcto en su producción escrita, al mismo tiempo que contribuye a fomentar la auto-regulación y el conocimiento cognitivo con el alumnado TDAH.

La aplicación de este Programa favorece y mejora el rendimiento académico y la autoestima, así como la integración del alumno con su grupo clase. Se hace necesario la implicación del profesorado, la familia y el centro para colaborar conjuntamente con el alumno que manifiesta dificultades de aprendizaje.

## Referencias

- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Sirera-Conca, M.A., Cornesse, M., Delgado-Mejía, I.D., y Etchepareborda, M.C. (2011). Entrenamiento de funciones ejecutivas en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52(Supl 1), S77-S83.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Guía de Consulta de los criterios diagnósticos*. Madrid: Editorial Médica Panam Ericana, S.A.
- Barkley, R. A. (2011). *Niños hiperactivos, Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Madrid: Espasa.
- Brown, T. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson S.A.
- Fidalgo, R., y García, J. N. (Coords.). (2007). *Instrucción de la auto-regulación y el auto-conocimiento en la composición escrita*. Barcelona: Davinci Continental.
- Fidalgo, R., Torrance, M., y García, J. N. (2008). The long term effects of strategy-focussed writing instructions for grade six sttudents. *Contemporary Educational Psychology*, 33, 672-693.
- Fidalgo, R., Torrance, M., y Robledo P. (2009). Estudio comparativo de dos programas de Instrucción centrados en la planificación o en la revisión textual. En *Actas X Congreso Internacional Galego- Portuguès de Psicología* (pp. 4391-4403). Braga: Universidad do Minho.
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2010). *Guías de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. Madrid, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Mulas, F., Gandía, R., Roca, P., Etchepareborda, M.C., y Abad, L. (2012). Actualización farmacológica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: modelos de intervención y nuevos fármacos. *Revista de Neurología*, 54(Supl 3), S41-S53.
- Serrano- Troncoso, E., Guidi, M., y Alda- Díez, J.A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 44- 51.

The MTA Cooperative Group. (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Multimodal Treatment Study of children with attention-deficity/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-96.

Zeigler, C. A. (2011). *Teaching Teens with ADD, ADHD & Executive Function Deficits: A Quick Reference Guide for Teachers and Parents*. California, EEUU: Woodbine House.

Zimmerman, B. J. (2013). From cognitive modelling to self-regulation: A social cognitive career path. *Educational Psychologists*, 48(3), 135-147.

## PREVALENCIA DEL TDAH Y COMPARACIÓN ENTRE SUBTIPOS TDAH Y FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO EN ALUMNOS DE SEXTO DE PRIMARIA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL PROFESOR

**Ximena Vélez-Calvo\***, **M. Inmaculada Fernández-Andrés\*\*\***, **Raúl Tárraga-Mínguez\*\***, **María José Peñaherrera-Vélez\*** y **Pilar Sanz-Cervera\*\***

*\*Decanato General de Investigaciones, Universidad del Azuay (Ecuador);*

*\*\*Departamento de Didáctica y Organización Escolar, Universidad de Valencia;*

*\*\*\*Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia*

### Resumen

**Antecedentes:** El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) tiene una prevalencia del 5 al 7% (DSM-IV-TR). La literatura científica reporta que el déficit en las funciones ejecutivas (FE) es una de las teorías más aceptadas en el TDAH, y que este trastorno tiene una frecuencia mayor en niños que en niñas. Partiendo de estas premisas, los **objetivos** del presente estudio son: establecer la prevalencia del TDAH con sus diferentes presentaciones clínicas (Inatento, Hiperactivo/impulsivo, o combinado); averiguar la ratio de prevalencia entre niños y niñas, y entre colegios públicos y privados; además de comparar los grupos de TDAH en funcionamiento ejecutivo. **Método:** La muestra la componen 578 estudiantes (283 chicas y 295 chicos), escolarizados en sexto de básica en diversos centros, tanto públicos como privados, de la ciudad de Cuenca (Ecuador). Los instrumentos utilizados son el Raven (para evaluar el CI no-verbal de los participantes), los criterios del DSM-5 (para evaluar la sintomatología de TDAH) y el BRIEF (para evaluar posibles déficits en el FE). **Resultados:** Los resultados muestran una prevalencia de 17%, entre los que se incluyen un 8,7% de hiperactivos-impulsivos, un 0,9% de inatentos y un 7,4% de combinados. La prevalencia de este trastorno en la presente investigación fue mayor en niñas que en niños, no se obtuvo diferencias en el tipo de escuela pero sí que se obtuvieron diferencias respecto a la presencia de déficits ejecutivos, siendo los grupos más perjudicados los subtipos hiperactivo/impulsivo y combinados. **Conclusiones:** La investigación demuestra que la prevalencia es la misma en la escuela pública que en la escuela privada, por lo que se infiere que no existe relación entre la clase social y el TDAH. Los déficits en FE, sin embargo, parece que sí que afectan a todos los niños con TDAH, con independencia de la presentación clínica predominante.

**Palabras clave:** funciones ejecutivas, género, prevalencia, TDAH, tipo de escuela.

**ADHD PREVALENCE AND COMPARISON BETWEEN ADHD SUBTYPES  
AND EXECUTIVE FUNCTIONING ACCORDING TO TEACHER  
PERCEPTION IN SIXTH PRIMARY YEAR**

**Abstract**

**Background:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has a prevalence of 5 to 7% (DSM-IV-TR). The scientific literature reports that executive functions deficits (EF) are one of the most accepted theories in ADHD, and that this disorder has a higher prevalence in boys than in girls. Based on these premises, the **objectives** of the present study are: to establish the prevalence of ADHD with its different clinical presentations (Inattentive, Hyperactive / impulsive or combined); to determine the prevalence ratio between boys and girls, and between state and private schools; as well as to compare the ADHD groups in executive functioning. **Method:** The sample is made up of 578 students (283 girls and 295 boys), enrolled in sixth grade of various state and private schools in the city of Cuenca (Ecuador). The instruments used were the Raven (to evaluate the non-verbal IQ of the participants), the DSM-5 criteria (to assess the symptomatology of ADHD) and the BRIEF (to assess possible deficits in the EF). **Results:** The results show a prevalence of 17%, including 8.7% of hyperactive-impulsive, 0.9% of inattentive and 7.4% of combined. The prevalence of this disorder in the present study was higher in girls than in boys, there were no differences in the type of school, but differences were observed regarding the presence of executive deficits, being the hyperactive / impulsive and the combined subtypes the most affected groups. **Conclusions:** Research shows that the prevalence is the same in state and private schools, so it is inferred that there is no relationship between social class and ADHD. However, the deficits in EF seem to affect all children with ADHD, regardless of the predominant clinical presentation.

**Keywords:** ADHD, executive functions, gender, prevalence, type of school.

**Introducción**



El Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los Trastornos del Neurodesarrollo con mayor incidencia en la infancia y en la adolescencia. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) nos indica una prevalencia del 5 al 7% en población escolar. Sin embargo, estudios de prevalencia nos indican otros porcentajes. Cardo y Servera-Barceló (2005) reportan que estos porcentajes pueden diferir por ámbito geográfico de un 0,78% en Hong Kong a un 17,8% en Alemania.

Este trastorno puede presentarse como predominantemente inatento, hiperactivo/impulsivo, o combinado. Cornejo-Escatell, Fajardo-Fregoso, López-Velázquez, Soto-Vargas y Ceja-Moreno (2015) nos indican que para una prevalencia de 9,1% encontraron que el grupo inatento mostraba un 4,1%, el 1% el grupo hiperactivo/impulsivo y un 4% para el grupo combinado. Vélez, Talero, González e Ibáñez (2008) en un estudio realizado en Colombia, encontraron una tasa global de prevalencia del 4,9%, de la cual, el 3,1% fueron del subtipo inatento, el 1,1% hiperactivo, y el 0,7% combinado.

Respecto al género, el DSM-5 (APA, 2013) reporta que el trastorno es más frecuente en niños que en niñas (ratio 2:1). Sin embargo, estudios como los de Montiel-Nava et al. (2002) y Weiss et al. (2011) encontraron una prevalencia mayor en mujeres.

El déficit en las funciones ejecutivas (FE) es una de las teorías más aceptadas sobre el TDAH. Cardo y Servera-Barceló (2008) determinaron la existencia de déficits ejecutivos relacionados con el TDAH. Además, Rhoades, Greenberg, Lanza y Blair (2011) destacan que el desarrollo de las FE está relacionado con factores conductuales. Por otro lado, Capdevila et al. (2005) precisaron que los síntomas del TDAH son resultado de disfunciones ejecutivas. López y Zambrano (2012) encontraron que las FE afectadas en los sujetos con TDAH fueron: atención sostenida, planificación, anticipación y análisis síntesis. Por otro lado, Ramos-Loyo, Taracena, Sánchez, Matute y González (2011), utilizando el Inventario de Comportamiento de la Función Ejecutiva (BRIEF), encontraron diferencias significativas en la mayoría de variables (Inhibición, Iniciativa, Memoria de Trabajo, Planificación y Organización, Organización de Materiales y Monitoreo) entre los sujetos TDAH y el grupo de control, siendo las puntuaciones mayores en el grupo TDAH.

El presente estudio tiene varios objetivos. El primero es conocer la prevalencia del TDAH (Inatento, Hiperactivo/impulsivo, o combinado) en las aulas de Cuenca (Ecuador). Por otra parte, nos interesa averiguar la ratio entre niños y niñas, y en

colegios públicos y privados. Por último queremos establecer el perfil de los grupos de TDAH (inatento, hiperactivo/impulsivo y combinado) en referencia al FE (Índice Regulación Conductual, Índice Metacognición, Inhibición, Flexibilidad, Control Emocional, Iniciativa, Memoria de Trabajo, Planificación, Organización de Materiales y Supervisión e Índice Global FE).

## Método

### *Participantes*

Participaron 578 estudiantes de sexto de básica en la ciudad de Cuenca (Ecuador). Se solicitó a la Coordinación Zonal de Educación el listado de instituciones públicas y privadas del año 2012-2013. Para obtener el tamaño de la muestra se usó la fórmula de la ecuación de Arkin y Colton (1967), con un margen de error de 5% y un intervalo de confianza del 95,5%. La muestra es de tipo estratificado, aleatorio y probabilístico, ya que la elección se hizo al azar. La distribución de los estudiantes de acuerdo al género y tipo de escuela se precisan en la Tabla 1.

Tabla 1

Distribución de la muestra de acuerdo al género y tipo de escuela

		N (%)
<i>Tipo de Escuela</i>		
	Privada	275 (47.5%)
	Pública	303 (52.5%)
<i>Género</i>		
	Mujeres	283 (48.9%)
	Hombre	295 (51,1%)

Para el estudio fueron incluidos todos los niños de sexto de 14 escuelas (5 públicas y 9 privadas). Se excluyeron del estudio a todos los niños que presentaban CI < 80.

### *Instrumentos*

Inteligencia no-verbal. Esta variable fue medida con *el Test de Matrices Progresivas de Raven SPM (Raven, 2001)*. Es un test no verbal que consta de un cuadernillo conformado por una serie de imágenes a las cuales les falta una pieza. Para

cada patrón hay de seis a ocho opciones de respuesta y se debe seleccionar la opción correcta.

Funciones ejecutivas. Se utilizó *el Inventario de Comportamiento de la Función Ejecutiva (BRIEF)* (Gioia, Isquith, Guy y Kenworthy, 2000), que evalúa FE en función de la percepción de padres y profesores. Cada cuestionario explora 8 áreas: Índice Global de Función Ejecutiva, Índice de Regulación Conductual, Índice de Metacognición, Inhibición, Flexibilidad, Control Emocional, Iniciativa, Memoria de Trabajo, Planificación, Organización de materiales y Supervisión. Para este estudio se utilizó la escala de profesores.

Para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se utilizaron los criterios establecidos por el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013). Los indicadores de carácter descriptivo están distribuidos en los dos subtipos: Inatento e Hiperactivo/Impulsivo. Para establecer el diagnóstico, el sujeto evidenció al menos seis de los nueve síntomas de cada subtipo o doce de la combinación de ambos. Dichas conductas debían manifestarse en más de un contexto (escuela y hogar) y durante un período mayor a seis meses.

### *Procedimiento*

Se solicitó a la Coordinación Zonal de Educación la autorización para aplicar el estudio a las escuelas públicas y privadas seleccionadas. Posteriormente, se contactó a los directores de las instituciones educativas a quienes se solicitó autorización y se les explicó el alcance y procedimiento de esta investigación. Se asistió a las instituciones educativas para aplicar las pruebas de CI para seleccionar a los sujetos con un CI mayor a 80. Para el diagnóstico de TDAH un equipo de psicólogos clínicos entrevistó a padres y maestros. Además se les administró el BRIEF a los profesores.

### **Resultados**

Después de evaluar los TDAH según los requisitos del DSM-5 de padres y profesores, el porcentaje de sujetos que cumplieron los criterios diagnósticos fue del 17%. La distribución para los distintos subtipos fue del 8,7% para el hiperactivo-impulsivo, del 0,9% para el inatento y del 7,4% para el combinado. En la Tabla 2 se presenta la distribución de los subtipos en función de la edad y del CI.

Tabla 2

Medias de los grupos en función de la Edad y el CI

	Desarrollo			
	típico N=480	Hiperactividad N=50	Inatento N=5	Combinado N=43
Edad en meses	128,64	129,44	136,5	131,46
CI	111,27	107,24	103,25	100,66

Se realizaron ANOVAS entre los grupos, que evidenciaron diferencias en edad ( $F_{(3,565)}=5,02$ ;  $p=,002$ ;  $\eta^2_p=,026$ ) y en CI no-verbal ( $F_{(3,565)}=10,91$ ;  $p=,000$ ;  $\eta^2_p=,055$ ), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, por lo que estas variables posteriormente se utilizaron como covariables en el MANOVA realizado.

El segundo objetivo tenía la finalidad de comprobar la incidencia del TDAH entre género. La prevalencia de este trastorno en la presente investigación fue mayor en niñas que en niños con un porcentaje de 9,33% y 7,6% respectivamente. Los resultados, recogidos en la tabla 3, mostraron diferencias significativas entre los grupos ( $\chi^2= 8,075$ ;  $p=,044$ ).

Tabla 3

Número de sujetos y porcentaje según género y subtipo de TDAH

	Hiperactivo	Inatento	Combinado
Hombres (%)	29(5,01%)	1(0,17%)	14(2,42%)
Mujeres (%)	21(3,63%)	4(0,69%)	29(5,01%)

Además, se analizó la incidencia con respecto al tipo de escuela. Se encontró que un 8,9% de sujetos con TDAH asistían a las escuelas públicas y un 8,1% iban a las escuelas privadas. Los resultados del análisis evidenciaron que no existían diferencias significativas ( $\chi^2= 3,479$ ;  $p= ,323$ ).

El tercer objetivo pretendía averiguar si los diferentes subtipos de TDAH tenían el mismo perfil en FE. Para ello, se realizó un análisis multivariado de la varianza MANOVA entre los grupos, utilizando como covariables el CI y la edad, y se obtuvo un resultado significativo (Lambda de Wilks= $,758$ ;  $F_{(3,498)}=4,28$ ;  $p=,000$ ). Los resultados de los ANOVAS mostraron diferencias significativas en todas las variables del BRIEF,

siendo los grupos más perjudicados el combinado y el hiperactivo/impulsivo. Los resultados se precisan en la Tabla 4.

Tabla 4

Medias, desviaciones típicas y Comparaciones entre grupos en Funcionamiento Ejecutivo

variables	Desarrollo Típico		Hiperactivo		Inatento		Combinado		$F_{(3,498)}$	$p$	$\eta^2_p$	Diferencia grupos
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT				
Inhibición	70,09	0,82	89,00	2,47	91,98	8,43	94,72	2,81	38,34**	,000	,188	DT< C,H
Flexibilidad	73,79	0,77	84,98	2,32	96,14	7,93	91,27	2,64	20,35**	,000	,109	DT< C,H,I
Control Emocional	70,98	0,79	85,13	2,39	83,20	8,17	89,77	2,72	22,93**	,000	,121	DT< C,H
Índice regulación conducta	72,59	0,80	88,84	2,40	94,85	8,20	93,80	2,73	30,59**	,000	,156	DT< C,H,I
Iniciativa	71,78	0,85	83,81	2,57	92,44	8,76	91,11	2,92	19,36**	,000	,104	DT< C,H
Memoria Trabajo	73,04	0,85	88,77	2,55	96,86	8,72	94,26	2,90	26,67**	,000	,138	DT< C,H,I
Planificación	72,13	0,78	84,13	2,36	94,89	8,05	91,88	2,68	23,97**	,000	,126	DT< C,H,I
Organización	74,06	0,72	90,15	2,18	97,67	7,46	94,65	2,48	35,85**	,000	,178	DT< C,H,I
Supervisión	66,99	1,11	89,85	3,35	97,47	11,42	94,38	3,80	28,43**	,000	,146	DT< C,H,I
Índice Metacognición	69,71	1,03	88,77	3,10	96,70	10,57	93,84	3,52	24,62**	,000	,129	DT< C,H
Índice Global FE	69,26	1,03	89,20	3,10	96,63	10,59	94,93	3,52	27,21**	,000	,141	DT< C,H

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

### Discusión

La prevalencia encontrada en este estudio fue del 17% y corresponde a un porcentaje similar al reportado por Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos (2001). Sin embargo, en un estudio más reciente de Vélez et al. (2008) realizado en el mismo país reporta una prevalencia del 5,4%. Los autores de este último estudio explican las diferencias por factores relacionados con la región geográfica y el origen étnico. Siguiendo los planteamientos de Cornejo-Escatell et al. (2015), las causas podrían también estar explicadas por componentes sociales relacionados con factores familiares y educacionales.

La prevalencia del trastorno fue mayor en niñas que en niños, sin embargo otros estudios han encontrado resultados similares a los de nuestro estudio (Montiel-Nava et al., 2002; Mora, 2011; Weiss et al., 2011).

El estudio de Montiel-Nava et al. (2002), además encontró una distribución distinta a la encontrada en nuestro estudio siendo de un 1,65% para el grupo inatento, un 0,73% para el grupo Hiperactivo/Impulsivo y un 5,87% para el grupo combinado. Por otro lado, Mora (2011) revisó los factores familiares y concluyó que la hiperactividad es más frecuente en familias disfuncionales, donde hay maltrato infantil, hacinamiento y alcoholismo intrafamiliar; pudiendo ser, por tanto, consecuencia cultural el porcentaje de hiperactividad e impulsividad obtenido en nuestro estudio.

Respecto al tipo de escuela, no se encontraron diferencias significativas entre los niños que asisten a instituciones públicas y los que asisten a instituciones privadas.

Finalmente, respecto al tercer objetivo se apreció la presencia de déficits ejecutivos en todas las categorías del BRIEF. En otros estudios se han encontrado diferencias significativas en algunas categorías de FE, no en todas como es nuestro caso. López y Zambrano (2012), por ejemplo, demostraron que las principales FE afectadas fueron memoria de trabajo, atención sostenida y dividida. Ramos-Loyo et al. (2011) encontraron diferencias significativas en la mayoría de las subcategorías del BRIEF, siendo las mayores puntuaciones para el grupo TDAH. También en otro estudio de Navarro y García-Villamizar (2011) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones de la escala BRIEF entre el grupo TDAH y el grupo de desarrollo típico.

Nuestro estudio, por tanto, demuestra problematicidad en FE en el grupo combinado y en el grupo hiperactivo/impulsivo en todas las variables, siendo el grupo inatento el que varía dependiendo de la función ejecutiva afectada. Así pues, se aconseja llevar a cabo una intervención en FE en los alumnos con diagnóstico TDAH, con el fin de mejorar dichas funciones.

### **Agradecimientos**

A todas las escuelas participantes y a la financiación de Senescyt -Ecuador con la beca para docentes No 018-CIBAE.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Arkin, H., y Colton, R. (1967). *Tables for Statisticians*. New York: Barnes & Noble.
- Capdevila, C., Artigas, J., Ramírez, A., López, M., Real, J., y Obiols, J. (2005). Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit atencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos? *Revista de Neurología*, 40(1), 17-23.
- Cardo, E., y Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40(1), 11-15.
- Cardo, E., y Servera-Barceló, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46(6), 365-372.
- Cornejo-Escatell, E., Fajardo-Fregoso, B. F., López-Velázquez, V., Soto-Vargas, J., y Ceja-Moreno, H. (2015). Prevalencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares de la zona noreste de Jalisco, México. *Revista Médica MD*, 6(3), 190-195.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., y Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)*. Lutz: Psychological Assessment Resources.
- López, H., y Zambrano, E. (2012). Comparación de funciones ejecutivas en muestra de niños con y sin TDAH de la Ciudad de México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 663-687.
- Montiel-Nava, C., Peña, J., López, M., Salas, M., Zurga, J., Montiel-Barbero, I., et al. (2002). Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Revista de Neurología*, 35(11), 1019-1024.
- Mora, L. N. (2011). *Prevalencia de hiperactividad y factores asociados en escolares Cuenca*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Navarro, M. I., y García-Villamizar, D. A. (2011). Funcionamiento ejecutivo en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad: una perspectiva ecológica de

- los perfiles diferenciales entre los tipos combinado e inatento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 113–124.
- Pineda, D., Lopera, F., Henao, G., Palacio, J., y Castellanos, F. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32(3), 217-222.
- Ramos-Loyo, J., Taracena, A., Sánchez, L., Matute, E., y González, A. (2011). Relación entre el Funcionamiento Ejecutivo en Pruebas Neuropsicológicas y en el Contexto Social en Niños con TDAH. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(1), 1-16.
- Raven, J. (2001). *Test de Matrices Progresivas Raven*. Madrid: Tea.
- Rhoades, B., Greenberg, M., Lanza, S., y Blair, C. (2011). Demographic and familial predictors of early executive function development: Contribution of a person-centered perspective. *Journal of Experimental Child Psychology*, 108(3), 638-662.
- Vélez, A., Talero, C., González, R., e Ibáñez, M. (2008). Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 24(1), 6-12.
- Weiss, N., Schuler, J., Monge, S., McGough, J., Chavira, D., Bagnarello, M., et al. (2011). Prevalencia y tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Costa Rica. *Vertex*, 22(99), 337-342.

## EFICACIA DE LA EXPOSICIÓN PURA FRENTE LA EXPOSICIÓN GUIADA PARA REDUCIR FACTORES DE RIESGO PROPIOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

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 ha demostrado ser efectiva para mejorar los problemas de imagen corporal en mujeres con y sin trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, aún no está claro si la exposición pura podría ser una técnica eficaz no sólo para mejorar las alteraciones de la imagen corporal, también otros síntomas asociados. Así, el objetivo de este estudio fue comparar la eficacia de la exposición pura frente a la exposición guiada para reducir la insatisfacción corporal, el ansia por la comida y los sentimientos subjetivos de fealdad, así como mejorar la autoestima en mujeres con alta insatisfacción corporal. **Método.** Treinta-cinco mujeres universitarias con alta insatisfacción corporal fueron asignadas aleatoriamente a uno de los dos grupos de tratamiento: Exposición Pura (n = 17) y Exposición Guiada (n = 18). Todas las participantes recibieron 6 sesiones de 45 min de duración, a razón de dos por semana. Se examinaron los cambios producidos en insatisfacción corporal, sentimientos subjetivos de belleza, autoestima y ansia por la comida, en tres momentos temporales: a) antes del tratamiento, b) después del tratamiento, y c) un mes después del tratamiento. **Resultados.** Los datos revelaron un descenso progresivo y significativo de la insatisfacción corporal, los sentimientos subjetivos de fealdad y el ansia por la comida, así como un incremento significativo de la autoestima en ambos grupos, siendo estos cambios mayores en el grupo de exposición pura. **Conclusiones.** Estos resultados sugieren que ambas técnicas son efectivas para reducir la insatisfacción corporal y el ansia por la comida, así como para incrementar los sentimientos de belleza y la autoestima en las personas afectadas. Asimismo, demuestran que la exposición pura puede ser tan efectiva como otras técnicas terapéuticas más complejas para mejorar los problemas de imagen corporal y los síntomas asociados.

**Palabras clave:** Insatisfacción corporal, exposición al propio cuerpo, ansia por la comida, autoestima, sentimientos de fealdad.

## **EFFECTIVENESS OF PURE VS GUIDED MIRROR EXPOSURE FOR REDUCING RISK FACTOR FOR EATING DISORDERS**

### **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 efficacy of pure mirror exposure to reduce also other risk factor (e.g. eating behavior) associated with developing eating disorders remains unclear. The aim of this study was to evaluate the efficacy of pure mirror exposure vs. guided mirror exposure to reduce body dissatisfaction and food craving, and increase feelings of beauty related to one's own body and self-esteem 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. Body dissatisfaction, feelings of beauty, self-esteem and food craving 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 body dissatisfaction, feelings of ugliness and food craving, as well as increase self-esteem after and follow-up. However, the improvement was greater in pure exposure group. **Conclusions.** These results suggest that both techniques are effective in reducing body dissatisfaction and food craving and to increase feelings of beauty related to one's own body and self-esteem in women with high body dissatisfaction. Moreover, this shows that pure mirror exposure is as effective as the guided mirror exposure for improving body image disturbances and associated symptoms.

**Keywords:** body dissatisfaction, mirror exposure, food-craving, self-esteem, ugliness feelings.

## Introducción

La eficacia de la exposición al propio cuerpo para reducir la insatisfacción corporal (IC), así como los pensamientos y emociones negativos asociados al propio cuerpo en población con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) está bien documentada.

Tuschen-Caffier, Pook y Frank (2001) desarrollaron una técnica de exposición en la que las pacientes son guiadas para describir su apariencia física de forma detallada, objetiva y neutral mientras observan su cuerpo en un espejo, con el fin de comprobar su efectividad para mejorar los distintos componentes de la imagen corporal. Distintos autores han encontrado que esta modalidad de exposición permite reducir la IC, la preocupación por el peso y los pensamientos negativos así como para mejorar la autoestima y el estado de ánimo negativo en población clínica con distintos TCA (Hilbert, Tuschen-Caffier y Vögele, 2002; Trentowska, Svaldi y Tuschen-Caffier, 2014). Más recientemente, Luethcke, McDaniel y Beker (2011) evaluaron la eficacia de esta técnica de exposición, frente a otras dos, la exposición basada en *mindfulness* y la exposición basada en la disonancia cognitiva en mujeres sin TCA. Las tres modalidades de exposición mejoraron después del tratamiento las conductas de chequeo y evitación, la preocupación por el peso y la figura, y los síntomas de depresión, pero la IC sólo mejoró con la técnica de exposición basada en la disonancia cognitiva. Los beneficios conseguidos con cada una de las técnicas se mantuvieron al mes del seguimiento.

Delinsky y Wilson (2006) llevaron a cabo un estudio para comparar el efecto de la exposición basada en *mindfulness* frente a un tratamiento de la imagen corporal sin exposición al propio cuerpo, sobre las conductas de comprobación y evitación, la IC, la preocupación por el peso y la figura, así como en la autoestima y los síntomas depresivos en mujeres sin TCA. Estos autores encontraron que la exposición al propio cuerpo basada en *mindfulness* fue superior al tratamiento control, que no implicaba exposición al propio cuerpo, en todos los índices de cambio seleccionados al finalizar el tratamiento y en el seguimiento.

Estos datos muestran la superioridad de las modalidades terapéuticas que utilizan exposición para mejorar los componentes cognitivo-afectivos y conductuales de la imagen corporal y algunos síntomas asociados. A pesar de ello, podría ocurrir que no todos los componentes de las distintas modalidades terapéuticas fuesen necesarios.

Así, Moreno-Domínguez, Rodríguez-Ruiz, Fernández-Santaella, Jansen y Tuschen-Caffier (2012) evaluaron los efectos de la exposición pura, donde las participantes tienen que observar sus cuerpo en el espejo dejando fluir sin resistencia sus pensamientos y emociones, frente a la exposición más descripción neutral (Tuschen-Caffier et al., 2001) en una muestra de mujeres con alta IC sin TCA. Encontraron que ambas modalidades de exposición redujeron la insatisfacción corporal, los pensamientos negativos y los sentimientos de fealdad al finalizar el tratamiento y seguimiento.

Dado que en la literatura encontramos datos derivados de distintas modalidades de exposición, en las cuales la exposición es combinada con otras técnicas, aún no está claro qué impacto tiene la exposición pura sobre los distintos aspectos de la imagen corporal y otros factores de riesgo para los TCA cada vez más presentes entre la población femenina en general. Así, el objetivo del presente estudio fue comparar la eficacia de la exposición pura frente a la exposición guiada para reducir la IC, los sentimientos subjetivos de fealdad, el ansia por la comida e incrementar la autoestima en mujeres con alta IC.

## Método

### *Participantes*

En el estudio participaron 35 mujeres universitarias con IC. Las participantes fueron seleccionadas de acuerdo a sus puntuaciones en el *Eating Attitude Test* (EAT; Castro, Toro, Salamero y Guimerà, 1991) y *Body Shape Questionnaire* (BSQ; Raich et al., 1996), completados de forma voluntaria en distintas facultades de la Universidad de Granada tras una sesión informativa del estudio. Las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión ( $BSQ > 105$ ,  $EAT < 40$  y  $Edad < 18$  ó  $> 30$ ) fueron asignadas de forma aleatoria a cada uno de los grupos de intervención: 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 “Siempre”

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- 0,97) y discrimina entre TCA y población general.

- *The Visual Analogue Scale* (VAS). Fue utilizada para medir la dimensión “*Belleza-Fealdad*”. En el extremo izquierdo de la escala se encuentra la palabra “*Fealdad*” y, en el extremo derecho, la palabra “*Belleza*”. Las participantes tienen que contestar poniendo una cruz a lo largo de una línea de 100 mm, asignándose una puntuación de 100 al extremo de *Fealdad* y una puntuación de 0 al extremo de *Belleza*.

- *Escala de Autoestima* (EA; Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007). Consta de 10 ítems que evalúan el nivel de aceptación y respecto hacia uno mismo en una escala tipo Likert que va desde “totalmente en desacuerdo” (1) a “totalmente de acuerdo” (4). Este cuestionario presenta buena consistencia interna (0,85-0,88).

- *Food Craving Questionnaire-Trait* (FCQ-T; Cepeda-Benito et al., 2000). Consta de 39 ítems que evalúan los deseos de comer característicos de la persona (ansia evaluada como rasgo) en una escala tipo Likert de 6 puntos que va desde “*Siempre*” (6) hasta “*Nunca*” (1). Consta de 9 escalas, y en el presente estudio se informa de la suma de las medias de todas las escalas. Este cuestionario presenta buena consistencia interna (0,97).

### *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 posteriormente para realizar la sesión de pre-tratamiento donde firmaban el consentimiento informado y rellenaban los siguientes cuestionarios: a) BSQ, b) VAS-Belleza/Fealdad, c) EA y, d) FCQ-T. 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, a razón de 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 también debían permanecer observando su cuerpo en el 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 durante la sesión 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 el nivel de IC (BSQ) mostraron diferencias significativas en el factor Tiempo ( $F(2,66)= 10,29, p < 0,0001, \eta p^2= 0,23$ ). El factor Grupo no resultó significativo ( $p > 0,05$ ). Ambos grupos disminuyeron sus sentimientos de IC, siendo sólo el grupo de EXP el que mostró una reducción significativa desde el pretratamiento al seguimiento (Tabla 1).

Los resultados del ANOVA para los sentimientos subjetivos de belleza (VAS) mostraron diferencias significativas en el factor Tiempo ( $F(2,66)= 5,80, p < 0,005, \eta p^2= 0,15$ ). El factor Grupo no resultó significativo ( $p > 0,05$ ). En general, ambos grupos incrementaron sus sentimientos subjetivos de belleza, siendo sólo el grupo de EXP el que mostró un aumento significativo desde el pretratamiento al postratamiento (Tabla 1).

En relación a la autoestima, los resultados del ANOVA mostraron diferencias significativas en el factor Tiempo ( $F(2, 66)= 14,71, p < 0,0001, \eta p^2= 0,30$ ). El factor grupo no resultó significativo ( $p > 0,05$ ). En general, la autoestima mejoró en ambos grupos, produciéndose sólo un incremento progresivo y significativo del pretratamiento al postratamiento y seguimiento en el grupo de EXP (Tabla 1).

Por último, los resultados del ANOVA para los cambios en el ansia por la comida-rasgo (FCQ-T) mostraron diferencias significativas en el factor Tiempo ( $F(2,66)= 17,94, p < 0,0001, \eta p^2= 0,35$ ). El factor Grupo no resultó significativo ( $p > 0,05$ ). En ambos grupos se redujo de forma progresiva el ansia por la comida. El grupo de EXP disminuyó de forma significativa el ansia por la comida del pretratamiento al

seguimiento, y el grupo de EXP-G disminuyó de forma significativa el ansia por la comida del pretratamiento al postratamiento y al seguimiento (Tabla 1).

Tabla 1

*Medias (M) y desviaciones típicas (DT) de las medidas en cada grupo de intervención*

		<b>Exposición Pura</b>		<b>Exposición Guiada</b>
		(n = 17)		(n = 18)
<b>Medidas</b>		<i>M (DT)</i>		<i>M (DT)</i>
<b>BSQ</b>	Pre	128,35 (12,27)	**	125,05 (12,68)
	Post	113,29 (26,17)		
		104,64 (25,41)		
	Seguimiento		110,77 (27,29)	
<b>VAS</b>	Pre	57,05 (28,12)	*	51,50 (26,77)
	Post	39,88 (19,50)		
		43,05 (19,95)		
	Seguimiento		45,27 (25,66)	
<b>EA</b>	Pre	21,41 (5,23)	**	22,38 (3,68)
	Post	24,41 (4,83)		
		24,88 (4,21)		
	Seguimiento		24,27 (3,51)	
			**	25,05 (3,50)
<b>FCQ-T</b>	Pre	29,33 (5,57)	**	30,39 (6,90)
	Post	26,87 (7,00)		
		23,81 (7,59)		
	Seguimiento		29,64 (7,02)	
			*	27,19 (6,72)

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

**Discusión/Conclusiones**



Los resultados obtenidos en este estudio muestran que las técnicas de exposición al propio cuerpo son efectivas para reducir la IC, los sentimientos de fealdad y el ansia por la comida en mujeres con elevada IC.

En relación a la IC observamos que sólo el grupo de EXP logra reducirla de forma significativa desde la intervención hasta el seguimiento, al mismo tiempo que va incrementando la autoestima y reduciendo los sentimientos subjetivos de fealdad. Esto podría indicar que técnicas como la EXP, que permiten a las pacientes exponerse realmente a lo que piensan y sienten sobre su cuerpo, facilitan el afrontamiento de dichas emociones negativas y juicios críticos en el transcurso del tratamiento. De esta forma, la EXP favorece finalmente una mayor aceptación del propio cuerpo, a diferencia de técnicas como la EXP-G que re-evalúan el cuerpo a través de pensamientos neutrales y objetivos del mismo. Estos resultados coinciden con los encontrados por Moreno-Domínguez et al. (2012) en población no clínica y fortalecen la relación entre la IC y la baja autoestima en el desarrollo de patologías alimentarias (Fortes, Coelho, Paes, Elisa y Ferreira, 2014).

Por otra parte, observamos en ambos grupos un descenso significativo del ansia por la comida desde del pretratamiento al seguimiento. Este cambio podría estar influido por la reducción de los sentimientos de fealdad e insatisfacción con el propio cuerpo, así como por el incremento de la autoestima que se produce en ambos grupos. Este dato es importante puesto que resalta la utilidad del tratamiento de la IC en población de riesgo de TCA para prevenir el deterioro del comportamiento alimentario.

En conclusión, ambas técnicas mejoran la IC y otros síntomas asociados en mujeres sin TCA, pero en riesgo de padecerlos. Resaltan la importancia de encontrar técnicas efectivas y sencillas como la exposición pura, para reducir la IC y los síntomas asociados, en población sin patología alimentaria pero con sentimientos, pensamientos y conductas que les puedan hacer vulnerables a desarrollar un TCA.

### **Agradecimientos**

Investigación financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad a través del proyecto PSI2012-31395 y el Ministerio de Educación (Beca FPU AP2009-3078).

### **Referencias**



- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish Version. *Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Fernández, M. C., Vila, J., Williams, T. L. y Reynoso, J. (2000). The development and validation of Spanish versions of the state and trait food cravings questionnaires. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1125-1138.
- Delinsky, S. S. y Wilson, G. T. (2006). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 108–116.
- Fortes, L. S., Coelho, F. D., Paes, S. T., Elisa, M. y Ferreira, C. (2014). Does self-esteem affect body dissatisfaction levels in female. *Revista Paulista de Pediatria*, 32, 236–240.
- 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.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- 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.
- 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.
- 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: Verlag für Psychotherapie.

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.

**PROCESAMIENTO EMOCIONAL DE IMÁGENES DE ALIMENTOS:  
SU RELACIÓN CON CONDUCTAS DE RIESGO COMUNES PARA LOS  
TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y LA OBESIDAD**

**Rafael Delgado-Rodríguez, Laura Miccoli, Sonia Rodríguez-Ruiz y  
M. Carmen Fernández-Santaella**

*Universidad de Granada*

**Resumen**

**Antecedentes:** La prevención integrada de los Trastornos Alimentarios (TA) y la Obesidad (OB) surge como respuesta a la alta prevalencia de ambos trastornos. Su objetivo consiste en identificar factores de riesgo compartidos para desarrollar intervenciones más eficaces de prevención. En este sentido, el procesamiento emocional de imágenes de alimentos podría permitir el estudio de patrones de riesgo comunes para el desarrollo tanto de TA como de OB. Por ello, el objetivo del presente trabajo es examinar si las evaluaciones emocionales de imágenes afectivas y de alimentos se modulan por conductas y características individuales asociadas con el riesgo de desarrollar TA u OB. **Método:** 559 adolescentes evaluaron 96 imágenes de alimentos de la *Open Library of AffectiveFoods* (OLAF) y 36 imágenes afectivas del *International Affective Picture System* (IAPS) en las dimensiones de valencia, *arousaly craving* por la comida. Posteriormente, se evaluaron las conductas y las características individuales de los participantes a través de un cuestionario de hábitos alimentarios y de la medida de su índice de masa corporal. **Resultados:** Las conductas alimentarias apropiadas se asociaron a evaluaciones más positivas de los alimentos de alto contenido calórico. Por el contrario, comportamientos y características individuales asociadas a mayor riesgo para el desarrollo de TA y OB fueron acompañadas de evaluaciones más negativas de las imágenes de comida. **Conclusión:** Los datos encontrados, aunque preliminares, apuntan a la presencia temprana de patrones emocionales alterados comunes a los TA y la OB. Por lo tanto, el estudio del procesamiento emocional de los alimentos aporta información valiosa para el abordaje integrado de los TA y la OB, útil a largo plazo para implementar medidas de prevención más eficaces.

**Palabras clave:** OLAF, IAPS, adolescentes, trastornos alimentarios, obesidad



## THE RELATIONSHIP BETWEEN THE EMOTIONAL PROCESSING OF FOOD PICTURES AND THE PRESENCE OF SHARED RISK BEHAVIORS FOR EATING DISORDERS AND OBESITY

### Abstract

**Background:** Integrated prevention of eating disorders (ED) and Obesity (OB) appeared as a response to the high prevalence of these problems. This perspective aims to identify shared risk factors to develop more effective prevention programs. In this sense, emotional processing of food pictures enablesthe study of common risk patterns for the future development of ED and OB. The current research examines if food and affective pictures evaluation is modulated by behaviors and individual characteristics associated to therisk of ED and OB. **Method:** 559 adolescents evaluated 96 food pictures from the Open Library of Affective Foods (OLAF) and 36 affective pictures from the International Affective Picture System (IAPS) according to the dimensions of valence, arousal and food craving. Subsequently, we weighed and measured the participants in order to calculate their body mass index, andwe provided a questionnaire about food habits. **Results:** Appropriate food behaviors were associated consistently to more positive evaluations of high calorie food pictures. However, behaviors and individual characteristics associated to a higher risk of ED and OB correlatedto a more negative evaluation of food pictures. **Conclusion:** Although the results are preliminary, they pointed early existence of disturbed emotional patterns common in ED and OB. Therefore, the study of emotional processing of food brings a valuable information to address ED and OB within an integrated approach, which could be useful in the long term to implement more effective prevention measures.

**Keywords:** OLAF, IAPS, adolescents, eating disorders, obesity.

### Introducción

La obesidad (OB) es uno de los principales problemas de salud en los países industrializados. Según los datos del estudio ALADINO, el 20% de los jóvenes españoles sufren obesidad (Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, 2011). En el contexto de los Trastornos Alimentarios (TA), los estudios epidemiológicos revelan que entre el 4,1 y el 6,4 por ciento de las mujeres de entre 12 y 21 años sufren

algún problema de la conducta alimentaria. Además de la OB y los TA, existen otros problemas relacionados con la alimentación entre los adolescentes que suponen un riesgo de salud pública por sus consecuencias físicas y psicológicas adversas. Entre ellos cabe destacar las conductas anoréxicas y bulímicas (como ayunar, vomitar, usar laxantes, pastillas y diuréticos para adelgazar) y las prácticas dietéticas no saludables (hacer dieta por propia cuenta, saltarse comidas principales, fumar para perder peso, etc.). Todas estas alteraciones, incluyendo OB y TA, formarían parte del espectro de los problemas relacionados con la alimentación y el peso (PRAP) (Neumark-Sztainer, 2003).

En los últimos años, diferentes autores han hecho aportaciones con apoyo empírico defendiendo la necesidad de prevenir los PRAP de una forma integrada. Entre ellas destacan la co-ocurrencia de estos problemas y el fácil progreso de una condición a otra en el curso del tiempo (Carracedo, López-Guimerà, Ars y Putí, 2013), pero es el estudio de los factores de riesgo comunes lo que ha centrado la mayor atención, debido a que su identificación está permitiendo diseñar protocolos de prevención integrados que abordan al amplio espectro de los PRAP (Carracedo et al., 2013).

A pesar del valor de las investigaciones realizadas hasta el momento, los estudios enmarcados en la perspectiva de la prevención integrada no han abordado un aspecto que consideramos clave en la problemática de estos trastornos: la significación afectiva de los alimentos. En la última década, varios estudios realizados en población adulta han mostrado que pacientes con TA presentaban un procesamiento emocional alterado de los estímulos de alimentos (Mauler, Hamm, Weike y Tuschen-Caffier, 2006; Svaldi, Tuschen-Caffier, Peyk y Blechert, 2010). Por esta razón, consideramos que el estudio del valor emocional de la comida abordado de forma integrada en población adolescente, nos permitirá examinar patrones de riesgo comunes que pueden tener implicaciones en el desarrollo de protocolos de prevención más eficaces.

Para alcanzar este objetivo realizamos un estudio dividido en dos partes. En la primera parte, los adolescentes evaluaron un conjunto de imágenes de alimentos (de alto y bajo contenido calórico) de la *Open Library of Affective Foods* (Miccoli et al., 2014) y de imágenes afectivas del *International Affective Picture System* (IAPS, Lang, Bradley y Cuthbert, 2008), en las dimensiones de valencia, *arousal* y *craving* por la comida (Miccoli et al., 2014, Muñoz et al., 2010), utilizando la escala pictográfica *Self-Assessment Manikin* (SAM, Bradley y Lang, 1994). En la segunda parte, se administró

un cuestionario de hábitos alimentarios para evaluar la presencia de conductas relacionadas con un menor riesgo de desarrollar TA u OB a largo plazo (desayunar y número de horas dormidas por la noche) (Serra-Majem, Bartrina, Pérez-Rodrigo, Ribas-Barba y Delgado-Rubio, 2006) o con un mayor riesgo (tiempo sin comer y conductas de riesgo para perder peso) (Neumark-Sztainer, 2003). También se obtuvo la altura y el peso de los adolescentes.

Nuestra hipótesis predice que los adolescentes que presenten conductas de mayor riesgo para desarrollar TA u OB mostrarán una puntuación diferente en las escalas afectivas para las imágenes de alimentos. Además, esperamos observar diferencias en las evaluaciones afectivas de las imágenes de comida a medida que aumente el IMC.

## **Método**

### *Participantes*

559 adolescentes (284 mujeres), con edades comprendidas entre 11,1 y 17,3 años (media=14,2, dt=1,4), participaron voluntariamente en el estudio.

### *Material*

*Imágenes Afectivas.* Se utilizaron 36 imágenes afectivas del IAPS (12 agradables, 12 neutras y 12 desagradables). Las puntuaciones medias (y SD) de las imágenes seleccionadas en valencia fueron: 7,73 (1,43) para agradables, 5,32 (1,26) para neutras y 2,29 (1,44) para desagradables; y en arousal: 6,08 (2,20) las agradables, 3,27 (1,92) las neutras y 5,69 (2,18) las desagradables.

*Imágenes de Alimentos.* Se seleccionaron las 96 imágenes de alimentos que constituyen el OLAF (48 de alto contenido calórico y 48 de bajo contenido calórico).

Se crearon 4 órdenes pseudo-aleatorizados de 60 imágenes. Cada orden estaba constituido por 36 imágenes del IAPS (12 por categoría afectiva, las mismas en todos los órdenes) y 24 imágenes de alimentos (12 por categoría de comida, diferentes en cada orden).

*Evaluación Afectiva.* Se utilizó el *Self-Assessment Manikin/SAM* (Bradley y Lang, 1994) para la evaluación afectiva de las imágenes del IAPS y del OLAF en las dimensiones de valencia, *arousal* y *craving* por la comida.

*Patrones alimentarios.* Se administró un cuestionario de hábitos de alimentación creado por nuestro grupo para evaluar conductas alimentarias asociadas con el riesgo de desarrollar TA u OB. En la Tabla 1 se presenta la estadística descriptiva para las características básicas de los participantes.

Tabla 1

*Características descriptivas de los participantes*

<b>Conductas de menor y mayor riesgo para desarrollar TA u OB</b>	<b>Hombres</b> (N 275)	<b>Mujeres</b> (N 284)
Horas dormidas por la noche en minutos( <i>media, dt</i> )	488,89(54,63)	483,30(58,93)
Desayunar ( <i>n, %</i> )		
Si	256(93,09)	242(85,21)
No	16(5,82)	41(14,44)
Conductas de riesgo para perder peso *( <i>media, dt</i> )	0,4(,84)	0,85(1,25)
Índice de Masa Corporal( <i>n, %</i> )		
Delgado	15(5,45)	17(5,99)
Peso Normal	174(63,27)	190(66,9)
Sobrepeso	62(22,55)	56(19,72)
Obeso	24(8,73)	21(7,39)
Tiempo sin comer en minutos ( <i>media, dt</i> )	83,06(118,95)	121,85(187,41)

TA, trastornos alimentarios; OB, obesidad.; dt, desviación típica.

\* Conductas de riesgo para perder peso: ayunar el día entero, fumar más cigarrillos, provocarme el vómito, saltarme comidas, controlar mucho lo que como (comer cantidades muy pequeñas) y hacer dieta por mi cuenta (siguiendo las sugerencias de revistas, amigos, ...)

*Procedimiento*

La evaluación afectiva de las imágenes se realizó en grupos 28 personas como máximo, donde se proyectaron las instrucciones de las escalas del SAM (Lang et al., 2008). La estructura de cada ensayo fue: (1) 4s para avisar de que la próxima imagen iba a aparecer, (2) 6s de presentación de la imagen, (3) 20s para la evaluación de la imagen. Tras la evaluación afectiva de las imágenes del IAPS y del OLAF, los participantes rellenaron el cuestionario de hábitos alimentarios. Finalmente, se tomó medida de su peso y altura para hallar el índice de masa corporal (IMC).

### *Diseño*

Todos los análisis estadísticos se hicieron con el programa SPSS v20. Se realizaron coeficientes de correlación para analizar las relaciones entre las evaluaciones afectivas del SAM (valencia, *arousaly craving* por la comida) de cada categoría de imagen (agradable, neutra, desagradable, alto y bajo contenido calórico) y las conductas y características individuales asociadas al riesgo de desarrollar TA u OB.

Se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para analizar las correlaciones entre las valoraciones afectivas de las imágenes y las conductas de menor o mayor riesgo que representaban variables cuantitativas -tiempo desde la última comida (minutos) y tiempo medio de sueño nocturno (minutos)-. El coeficiente de correlación de Spearman para las variables ordinales -grupos de IMC (delgado, normo-peso, sobrepeso y obeso) y número de conductas inadecuadas para perder peso-. Por último, el coeficiente de correlación biserial puntual se aplicó a la variable dicotómica-desayuno-. Se estableció un nivel de significación del 0.05.

### **Resultados**

*Valencia.* Los resultados mostraron una correlación significativa y positiva entre las conductas “adecuadas” (desayunar y horas dormidas) y las imágenes de alimentos (alto y bajo contenido calórico), indicando que los participantes que dormían más horas y solían desayunar se sentían mejor ante estas fotografías. Así mismo, se encontró una correlación significativa y negativa entre el IMC y las conductas de mayor riesgo (tiempo sin comer y conductas de riesgo para perder peso) y las imágenes de comida (alto/bajo contenido calórico), es decir, los adolescentes de mayor IMC y aquellos que estaban más tiempo sin comer y usaban conductas de riesgo para perder peso evaluaron con menor valencia estas fotografías.

En cuanto a las imágenes afectivas, sólo se halló una correlación significativa y positiva entre la variable horas dormidas y las imágenes agradables y neutrales, señalando que los adolescentes que dormían más horas se sentían mejor al ver las imágenes agradables y neutrales. Todos los resultados previos se muestran en la Tabla 2.

*Arousal.* En la dimensión afectiva de *arousal* sólo resultaron significativas las correlaciones entre las valoraciones afectivas de las imágenes de alimentos y la conducta de desayunar y el IMC, tal y como se muestra en la Tabla 3. Específicamente,

los participantes que desayunaban se sentían más excitados ante las imágenes de alto contenido calórico, y cuanto mayor era el IMC menor puntuación asignaban a las imágenes de comida (alto/bajo contenido calórico) en esta escala.

*Craving por la comida.* Tal como se señala en la Tabla 4, resultó significativa y positiva la relación entre las imágenes de comida (alto/bajo contenido calórico) y la conducta apropiada “desayunar”. Por otra parte, se encontraron correlaciones significativas y negativas entre IMC/conductas de mayor riesgo (conductas de riesgo para perder peso y tiempo sin comer) y la evaluación de las imágenes de alimentos, indicando que los participantes que realizaban estas conductas y que tenían un mayor IMC, sintieron menor craving al ver las imágenes de comida.

Tabla 2

*Análisis de correlación (Biserial, Pearson o Spearman) entre las valoraciones de las imágenes en la escala de VALENCIA y las conductas/características individuales de riesgo para TA u OB*

<b>Categorías Imágenes</b>	<b>Horas Dormidas</b>	<b>Desayunar</b>	<b>Conductas de riesgo</b>	<b>IMC</b>	<b>Tiempo sin Comer</b>
Agradables	<b>0,088*</b>	0,07	0,003	-0,042	-0,06
Neutras	<b>0,109*</b>	0,008	0,041	-0,019	-0,022
Desagradables	-0,054	0,004	-0,008	0,007	-0,016
Alto contenido calórico	<b>0,121**</b>	<b>,192**</b>	<b>-0,160**</b>	<b>-,174**</b>	<b>-,201**</b>
Bajo contenido calórico	<b>0,110*</b>	<b>0,094*</b>	<b>-0,094*</b>	-0,032	-0,077

TA, trastornos alimentarios; OB, obesidad; Conductas de riesgo, conductas de riesgo para perder peso; IMC, índice de masa corporal.

\* p<.05; \*\* p<.01

Tabla 3

*Análisis de correlación (Biserial, Pearson o Spearman) entre las valoraciones de las imágenes en la escala de AROUSAL y las conductas/características individuales de riesgo para TA u OB*

Categorías Imágenes	Horas	Desayunar	Conducta	IMC	Tiempo
	Dormidas		s de		sin
			riesgo		Comer
Agradables	-0,032	0,047	0,01	-0,058	0,013
Neutras	0,008	0,05	0,022	-0,044	0,066
Desagradables	-0,065	-0,008	0,008	-0,0398	0,032
Alto contenido calórico	0,02	<b>,104*</b>	-,069	<b>-,149**</b>	-,049
Bajo contenido calórico	0,032	0,068	-0,056	<b>-0,117**</b>	-0,008

TA, trastornos alimentarios; OB, obesidad; Conductas de riesgo, conductas de riesgo para perder peso; IMC, índice de masa corporal.

\* p<.05; \*\* p<.01

Tabla 4

*Análisis de correlación (Biserial, Pearson o Spearman) entre las valoraciones de las imágenes en la escala de CRAVING POR LA COMIDA y las conductas/características individuales de riesgo para TA u OB*

Categorías Imágenes	Horas	Desayunar	Conductas	IMC	Tiempo sin
	Dormidas		de riesgo		Comer
Agradables	0,000	0,043	-0,012	-0,054	-0,002
Neutras	0,037	0,066	-0,068	<b>-0,103*</b>	-0,011
Desagradables	0,031	0,051	-0,008	-0,039	-0,022
Alto contenido calórico	0,000	<b>,122**</b>	<b>-0,153**</b>	<b>-,153**</b>	<b>-,138**</b>
Bajo contenido calórico	0,009	<b>0,108*</b>	<b>-0,138**</b>	<b>-0,123**</b>	-0,082

TA, trastornos alimentarios; OB, obesidad; Conductas riesgo, conductas de riesgo para perder peso; IMC, índice de masa corporal.

\* p<.05; \*\* p<.01

## Discusión

Los resultados mostraron que los participantes que presentaban conductas asociadas a menor riesgo de desarrollar TA u OB evaluaron las imágenes de alimentos como más positivas y apetitivas. Por el contrario, un IMC más alto y la presencia de conductas asociadas a un mayor riesgo disminuyeron la agradabilidad y apetitividad intrínseca de la comida. Aunque los datos obtenidos aún son preliminares, parece existir un patrón de procesamiento emocional alterado en los adolescentes con mayor riesgo de

desarrollar TA u OB. Por lo tanto, la relación emocional con los alimentos comienza a verse afectada en las primeras etapas del desarrollo de los PRAP. Estos datos están en línea de lo encontrado en población adulta con trastornos alimentarios, donde se ha evidenciado que pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad con trastorno por atracón presentaban un procesamiento afectivo alterado de las imágenes de comida, mostrando una reacción emocional más negativa hacia los alimentos de alto contenido calórico (Mauler et al., 2006; Svaldi et al., 2010).

Podemos concluir que el estudio del valor emocional de alimentos aporta información valiosa para el abordaje integrado de los PRAP, útil a largo plazo para implementar medidas de prevención más eficaces.

La principal limitación de este estudio está relacionada con el limitado número de conductas de riesgo que han sido evaluadas. En próximos estudios esperamos realizar una evaluación más detallada de los hábitos alimentarios de los adolescentes que nos permita generar unos perfiles más completos de la muestra estudiada.

### **Agradecimientos**

Estudio financiado por dos proyectos de investigación concedidos por la Junta de Andalucía [P12.SEJ.391] y el Ministerio de Economía y Competitividad [PSI2013-43777-P].

### **Referencias**

- Bradley, M., y Lang, P.J. (1994). Measuring Emotion: the Self-Assessment Manikin and the Semantic Differential. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 25(1), 45–59.
- Carracedo, D. S., López-Guimerà, G., Ars, J. F., y Puntí, J. (2013). Aproximación integrada al estudio de los problemas relacionados con la alimentación y el peso: un cambio de paradigma. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, (9), 69-71.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., y Cuthbert, B. N. (2008). *International affective picture system (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. Technical Report A-8*. Gainesville, FL: University of Florida.
- Mauler, B. I., Hamm, A. O., Weike, A. I., y Tuschen-Caffier, B. (2006). Affect regulation and food intake in bulimia nervosa: Emotional responding to food

- cues after deprivation and subsequent eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 567.
- Miccoli, L., Delgado, R., Rodríguez-Ruiz, S., Guerra, P., García-Mármol, E., y Fernández-Santaella, M. C. (2014). Meet OLAF, a goodfriend of the IAPS! The open library of affective foods: A tool to investigate the emotional impact of food in adolescents. *PloSone*, 9(12), e114515.
- Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. (2011). Estudio de Prevención de la Obesidad Infantil "ALADINO" (nota de prensa). Gobierno de España.
- Muñoz, M. Á., Viedma-del-Jesus, M. I., Fernández-Santaella, M. C., Peralta-Ramírez, M. I., Cepeda-Benito, A., y Vila, J. (2010). Assessment of tobacco craving by means of the affective image visualization paradigm. *Motivation and Emotion*, 34(1), 93-103.
- Neumark-Sztainer, D. (2003). Obesity and eating disorder prevention: an integrated approach? *Adolescent Medicine Clinics*, 14(1), 159.
- Serra-Majem, L., Bartrina, J. A., Pérez-Rodrigo, C., Ribas-Barba, L., y Delgado-Rubio, A. (2006). Prevalence and determinants of obesity in Spanish children and young people. *British Journal of Nutrition*, 96(S1), S67-S72.
- Svaldi, J., Tuschen-Caffier, B., Peyk, P., y Blechert, J. (2010). Information processing of food pictures in binge eating disorder. *Appetite*, 55(3), 685-694.

## ESPECIFICIDADES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE INICIO PRECOZ: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

Montserrat Fonoll-Alonso\*, Irene Quesada-Suárez\*\* y José María Martín-  
Jiménez\*\*

\*Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-  
Infantil de Gran Canaria; \*\*Unidad de Salud Mental Casa del Marino

### Resumen

*Introducción:* Los estudios epidemiológicos constatan un aumento de incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en las últimas décadas. Este grupo de trastornos han adquirido una gran relevancia sociosanitaria por la gravedad y complejidad tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Los últimos datos sugieren una cada vez más temprana edad en el establecimiento de los síntomas TCA y la dificultad de su detección en los grupos más jóvenes, ya que éstos cuentan con unas especificidades propias tanto en sintomatología, diagnóstico como evolución. *Objetivo:* Describir las características de los TCA de inicio precoz y comparar el perfil de los pacientes que ingresan en el hospital pediátrico del Complejo Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria por agravamiento de su TCA en ese rango específico de edad (<14 años) con el que presentan los que ingresan en el general, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. *Material y método:* recogida y análisis de datos clínicos y estadísticos de los pacientes con diagnóstico de TCA en régimen hospitalario durante el período 2011 a 2014 en Gran Canaria. *Resultados:* se constata un aumento progresivo de casos menores de 14 años que han precisado de ingreso hospitalario para su tratamiento. Los pacientes con TCA de inicio precoz presentan diferencias respecto a los adolescentes tardíos o adultos. Los ingresos en niños son más largos, el diagnóstico más frecuente es el de TCA sin especificación, el curso de la patología es más rápido y en su mayoría no cuentan con tratamiento psicológico previo al ingreso hospitalario. *Conclusiones:* Los TCA en la infancia e inicio de la adolescencia presentan unas particularidades propias que indican la necesidad de una especial atención a ese grupo de edad para fomentar la adecuada actuación desde Pediatría, y la

derivación y rápida intervención por los servicios especializados, para intentar evitar tratamientos más invasivos y en última instancia, la cronicidad del trastorno.

**Palabras Clave:** Trastornos de la Conducta Alimentaria, inicio precoz, hospitalización, niños

### **SPECIFITIES CONCERNING EARLY ONSET EATING DISORDERS: A LONGITUDINAL STUDY**

#### **Abstract**

**Introduction:** Epidemiological studies show an increased incidence of Eating Disorders (ED) in latest decades. This group of disorders have acquired socio-sanitary relevance for the severity and complexity of both diagnosis and treatment. Recent data suggest an increasingly early age at onset of ED symptoms and a difficulty for detection in children and adolescents, as they have their own specificities on symptomatology, diagnosis and course. **Objective:**To compare the profile of patients (clinical symptoms, sociodemographic characteristics, treatments) admitted to the Pediatric Hospital MaternoInfantil de Gran Canaria for worsening of their early onset ED in that specific age group (<14 years) with inpatients with ED in the General Hospital. **Method:** Analysis of clinical and statistical data of patients with Eating Disorders in inpatient treatment during the period between 2011-2014 in Gran Canaria. **Results:** A progressive increase of cases under 14 who required hospitalization is found. Patients with early onset eating disorders differ with respect to late adolescents and adults. Hospitalization in children lasts longer, the most common diagnosis is that of Eating Disorder Not Otherwise Specified, the course of the disease is faster, and mostly have no psychological treatment prior to hospitalization. **Conclusions:**Eating Disorders in childhood and early adolescence present their own particular characteristics that indicate the need for special attention in this age group to encourage appropriate action from Pediatrics, derivation and rapid intervention by specialist services, to try to avoid more invasive treatments and ultimately the chronicity of the disorder.

**Keywords:** Eating Disorders, early onset, hospitalization, children.

### **Introducción**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un conjunto de entidades clínicas que conllevan múltiples intervenciones e implicaciones médicas, psiquiátricas y familiares (Morandé, Graell y Blanco, 2014).

Los estudios epidemiológicos actuales constatan un aumento de TCA en edades cada vez más tempranas. Se les denomina “TCA de inicio precoz” a aquellos trastornos en los que el establecimiento del cuadro se sitúa antes de los 13 años de edad (Nicholls, Lynn y Viner, 2011).

Uno de los rasgos más representativos en los trastornos de la alimentación en la infancia y edad prepuberal es la heterogeneidad en la presentación clínica, lo que dificulta la sistematización, detección y diagnóstico (Pedreira, 2014). Por ello resulta importante tener en cuenta el momento vital en el que se encuentra la persona cuando aparece y desarrolla el trastorno ya que encontramos diferencias en la presentación del cuadro clínico y la filiación del diagnóstico según la edad.

Se estima, que así como entre los TCA de inicio precoz es más común la Anorexia Nerviosa (AN), en la adolescencia tardía pueden presentar tanto AN como Bulimia Nerviosa (BN). No obstante, en la edad adulta, solemos encontrar con más frecuencia sintomatología correspondiente con la BN. Además podríamos considerar que los TCA forman parte de un continuo, dado que se han encontrado datos que sugieren que entre el 10-30% de los casos fluctuaran de una AN a BN a lo largo de su patología (Gonzalez, Kohn y Clarke, 2007).

Los síntomas más comunes en las personas con TCA de inicio precoz son: negación de la delgadez, restricción de ingesta, problemática entre pacientes y padres,



sintomatología depresiva, y el uso de ejercicio físico como conducta compensatoria (Fosson, Knibbs, Bryant-Waugh y Lask, 1987). Estos niños hacen una pérdida acusada y rápida de peso al restringir la ingesta, Irwin (1984) sugiere que es debido a que tienen una composición corporal inicial menos grasa en edades precoces, y que además se encuentran en periodo de desarrollo.

El establecimiento de la sintomatología y el curso de la patología en los pacientes con TCA de inicio precoz posee unas especificidades propias, que unido a la dificultad en la detección y a su rápida evolución, lo convierten en una población compleja, frágil y de alto riesgo. Debido a ello, la atención ambulatoria puede resultar insuficiente y requerir tratamientos intensivos en régimen de hospital de día o de hospitalización total. Dado que se trata de sujetos en desarrollo, en rango entre edad prepuberal y adolescencia temprana; resulta primordial el conocimiento de la expresión de la psicopatología y las conductas asociadas, así como la evolución esperada, para poder diseñar dispositivos especializados con condiciones de tratamiento sensibles a sus necesidades.

En el presente estudio pretendemos describir las características de los pacientes con TCA de inicio precoz y para ello realizaremos una comparación del perfil clínico entre los pacientes menores de 14 años que ingresan en un hospital pediátrico por agravamiento de su TCA, y el que presentan los que ingresan en un hospital general a partir de los 14 años de edad y que presenta también sintomatología concordante con el diagnóstico de TCA según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª Edición, de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) (1992).

## **Método**

### *Participantes*

Se seleccionaron a todos los pacientes con diagnóstico de TCA que precisaron de un ingreso hospitalario para tratamiento durante el período 2011 a 2014 en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria -CHUIMI- (Hospital Pediátrico <14 años) y el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

-HUGCDN- (Hospital General >14 años). Resultó un total de 24 pacientes, en el que 11 pacientes pertenecerían al CHUIMI y 13 al HUGCDN.

Los pacientes del total de la muestra habían permanecido hospitalizados, por lo que siguiendo las líneas del Protocolo de actuación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de la comunidad autónoma de Canarias (Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud, 2009), el ingreso había sido motivado por uno o varios criterios de los descritos en la Tabla 1.

Tabla 1

***Criterios de Ingreso***

---

Índice de masa corporal (IMC)  $\leq 15 \text{Kg/m}^2$ .

---

Pérdida persistente de peso en menos de tres meses (25-30% del peso inicial e IMC  $< 17,5 \text{Kg/m}^2$ ); o un porcentaje mayor en forma progresiva (pérdidas de 1 kg por semana).

---

Sintomatología somática que puede requerir ingreso hospitalario (bradicardia, hipotensión ortostática, hipocalcemia...)

---

Fracaso del tratamiento ambulatorio:

---

Trastornos conductuales graves (vómitos persistentes, conductas purgativas que supongan riesgo vital...)

---

### *Materiales*

Los datos se recogieron del registro estadístico de casos del CHUIMI y HUGCDN y los datos clínicos y sociodemográficos de las historias clínicas de los pacientes.

Se procedió al análisis de resultados mediante el programa estadístico SPSSy se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra.

### *Procedimiento*

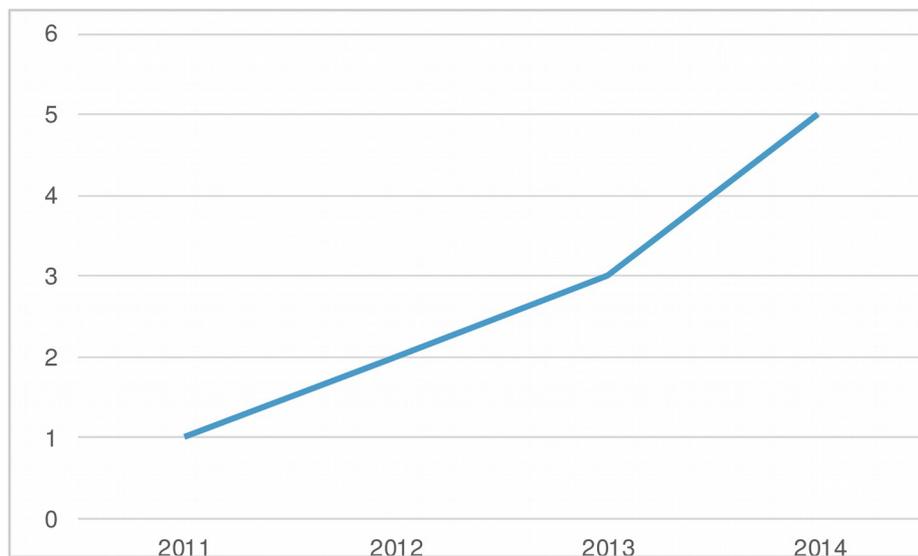
Las variables clínicas recogidas para llevar a cabo el estudio son: el Índice de Masa Corporal (IMC) que presentaba el paciente al ingreso, el inicio de los síntomas de TCA, conductas propias del TCA (restricción alimentaria, atracones, conductas purgativas/compensatorias), trastorno mental comórbido. Se registró asimismo el tratamiento previo al ingreso, tratamiento durante la hospitalización y estancia media hospitalaria. En relación a los datos sociodemográficos, se registraron edad y sexo.

### *Diseño*

Con objetivo de conocer la situación real de las personas que han ingresado por agudización de su TCA en los últimos 4 años (2011-2014) hemos escogido llevar a cabo un estudio descriptivo longitudinal de carácter retrospectivo.

## Resultados

Del análisis de resultados, se puede apreciar que la muestra pediátrica (menores de 14 años) conforman un total de 11 casos, siendo más común el género femenino, concretamente en una proporción 10 mujeres 1 hombre (Tabla 2). Si nos fijamos en dicha muestra, se puede observar como ha ido aumentando progresivamente el número de pacientes que han requerido un ingreso hospitalario para su tratamiento a lo largo de los 4 años (Figura 1), pasando de un sólo caso en 2011 a 4 casos en 2014.



*Figura 1.* Número de ingresos por año.

De la información aportada por la Tabla 2 extraemos que la edad media en la que los pacientes llegaron al CHUI. Materno Infantil es de 11,70 (sd: 1,51) años. Los pacientes con TCA de inicio precoz ingresaron con un IMC de media de 13,61; con un curso rápido del trastorno ya que situaron el inicio de los síntomas a sólo 5,2 meses antes de requerir tratamiento en contexto hospitalario. En cambio, en el hospital general, donde reciben a pacientes mayores de 14 años, la edad media de ingreso es 23,97 años con una sd: 8,38; por lo que existe más dispersión de edades. En el caso de esta muestra, el IMC que motivó el ingreso es parecido 13,17; no obstante, la evolución del trastorno es significativamente más larga, con una media de 141,83 meses contabilizados desde el inicio de la patología.

Tabla 2

*Comparación Perfil pacientes ingresados en CHUIMI y en HUGCDN*

	CHUI. Materno Infantil <14 años	HUGC Dr. Negrín >14 años
Sexo (mujer:hombre)	10:1	12:1
Edad	11,70 (sd:1,51)	23,97 (sd:8,38)
IMC	13,61	13,17
Meses de evolución	5,2	141,83

El diagnóstico más frecuente en el grupo de inicio precoz fue el de Trastorno de la Conducta Alimentaria sin especificación F50.9 según la CIE 10, lo que se traduce en que un 55% del total no presentaba un cuadro sintomatológico completo para recibir el

diagnóstico de AN o BN. El 45% restante presentaba clínica correspondiente a una AN (figura 2). Todos los pacientes con diagnóstico de AN presentaron restricción alimentaria voluntaria, distorsión de la imagen corporal, ejercicio físico como conducta compensatoria, y la sintomatología comórbida más frecuente fue la depresiva.



Figura 2. Diagnósticos del grupo de TCA de inicio precoz.

En la Tabla 3, quedan reflejados las características de la hospitalización. Los menores de 14 años suelen necesitar de ingresos más largos para la recuperación nutricional y de la conducta alimentaria, permanecieron de media 84 días; en comparación a los 38 días que suelen estar de media los ingresados en el Hospital Dr. Negrín. También hay que tener en cuenta, que casi la mitad de los casos del hospital general (6 de los 13 pacientes) precisaron nutrición enteral y fueron tratados con sonda nasogástrica; por el contrario, sólo en un paciente del hospital pediátrico se usó esa medida terapéutica. En cuanto a la evolución de los pacientes de la muestra, no se constataron reingresos en el grupo de inicio precoz, y sí en cambio, sumaron hasta 3 reingresos en el grupo mayor de 14 años.

Tabla 3

*Características de la Hospitalización*

	CHUI. Materno Infantil <14 años	HUGC Dr. Negrín >14 años
Estancia Media Hospitalaria (días de ingreso)	84	38
Tratamiento Sonda Nasogástrica	1	6
Reingreso (nº casos)	0	3

Al analizar el Boxplots (figura 3), que hace referencia al tiempo de ingreso de la muestra de pacientes de inicio precoz según su diagnóstico, se hallan diferencias importantes. La segunda caja pertenece a los pacientes con AN y presenta una dispersión más homogénea que los diagnosticados de TCA sin especificación, de los cuales en términos generales están menos tiempo hospitalizados pero varía la estancia según el caso en particular.

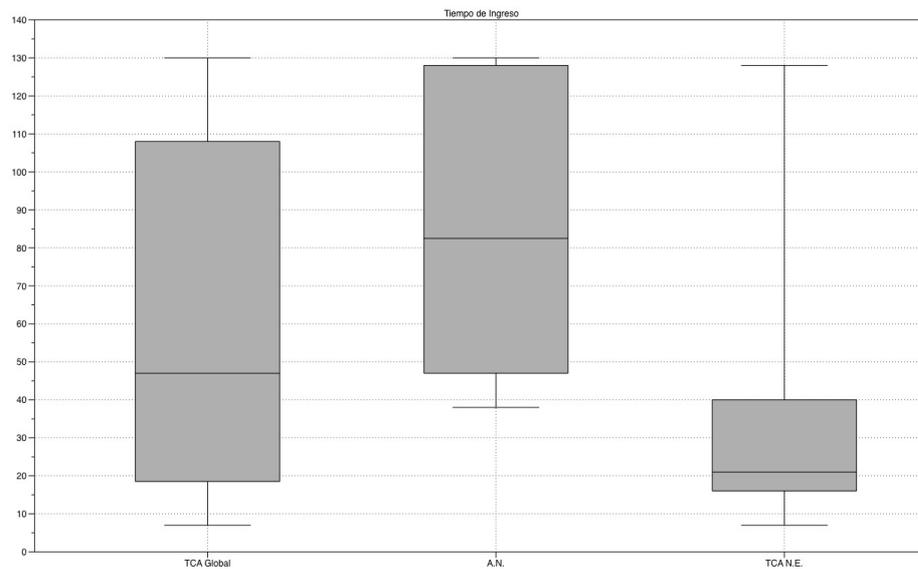


Figura 3. Tiempo de ingreso en función del diagnóstico (<14 años).

En cuanto a la llegada de los pacientes con TCA de inicio precoz al hospital, cabe destacar los siguientes datos. En ninguno de los casos se programó el ingreso desde otro dispositivo, acudieron directamente al Servicio de Urgencias del hospital. Sólo 2 de los 11 casos evaluados contaban con tratamiento psicológico previo de forma ambulatoria (Tabla 4).

Tabla 4

## Tratamiento previo y llegada al Hospital (&lt;14 años)

## CHUI. Materno Infantil &lt;14 años

Ingreso Programado	0
Tratamiento psicológico previo	2

**Discusión**

Los datos descriptivos obtenidos en nuestra muestra constatan un aumento importante de casos con TCA de inicio precoz que han precisado de tratamiento intensivo en contexto hospitalario.

Es importante resaltar que en este grupo de edad, el cuadro clínico puede no presentar todos los síntomas requeridos para conformar una entidad clínica, pero ser igualmente grave; el TCA sin especificación es el diagnóstico clínico más frecuente en la edad prepuberal e inicio de la adolescencia dentro de los trastornos de la alimentación. Las características como la restricción voluntaria de la ingesta y la acusada pérdida de peso una vez iniciado el trastorno conlleva que muchos pacientes en edad temprana requieran de un ingreso en régimen de hospitalización total como parte de su tratamiento.

Las condiciones del tratamiento hospitalario también deben tener en cuenta la edad de maduración del paciente, se ha observado una estancia media de ingreso larga y

tratándose de niños y adolescentes no debe olvidarse a la familia dentro del diseño de la intervención.

Cabe destacar, que la limitación principal de este estudio es el tamaño de la muestra, ya que es demasiado pequeña para su generalización. Resultaría interesante aumentar el número de casos y realizar un seguimiento a largo plazo para poder observar su curso y efectos del tratamiento, así como otras cuestiones que en la actualidad aún no existe consenso cómo es el pronóstico de los TCA de inicio en la infancia o edad prepuberal, y si aquéllos pacientes con diagnóstico de TCA sin especificación evolucionarán a una AN o BN.

Por último y haciendo hincapié en la dificultad en la detección precoz observada, ya que la mayoría no contaban con tratamiento psicológico previo antes de ingresar, es fundamental crear canales de comunicación entre Pediatría y Salud Mental para fomentar una rápida y adecuada derivación a los Servicios Especializados y éstos estar cada vez más preparados para asumir y ofrecer el mejor tratamiento a esta población joven creciente con diagnóstico de TCA.

## Referencias

- Fosson, A., Knibbs, J., Bryant-Waugh, R., y Lask, B. (1987). Early onset anorexia nervosa. *Achieves of Disease in Childhood*, 62, 114-118.
- Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud. (2009). *Protocolo de actuación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Según niveles de intervención en la comunidad autónoma de Canarias*. Tenerife: Ed. Gobierno de Canarias 2009.
- Gonzalez, A., Kohn M. R., y Clarke S. D. (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian Family Psysiciun*, 36(8), 614-9.

- Irwin, M. (1984). Early onset anorexia nervosa. *Southern Medical Journal*, 77, 611-4.
- Morandé, G., Graell, M., y Blanco, A. (2014). *Trastorno de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un enfoque integral*. Madrid: Ed Médica Panamericana.
- Nicholls, D., Lynn, R., y Viner, R. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *British Journal of Psychiatry*, 198, 295-301.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Pedreira, J. L. (2014). Clínica y evaluación de los trastornos de la alimentación en edad infantil. En G. Morandé, M. Graell y M. A. Blanco (Eds.), *Trastorno de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un enfoque integral* (pp.115-132). Madrid: Ed. Médica Panamericana.

## INTERVENCIÓN EN UN CASO DE JUEGO PATOLÓGICO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM)/CENTRO DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE (CAD) DE LORCA

**Jesús O. Valera-Bernal\***, **Antonia Sánchez-López\***, **José Joaquín García-Arenas\***,  
**M<sup>a</sup>. Ascensión Albacete-Belmonte\*** y **Julio C. Martín-García-Sancho\*\***

*\*CSM/CAD; \*\*Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud*

### Resumen

El presente trabajo expone la intervención en el caso de un paciente de 40 años, de profesión caminero, que presenta Ludopatía. Dicha patología se circunscribe al juego de máquinas tragaperras o máquinas Tipo B, con un desarrollo y evolución en el mismo que han ido generando graves problemas económicos y deterioro tanto en sus relaciones personales como en sus obligaciones laborales. Tras identificar al paciente, se analiza el motivo de consulta, la historia del problema y las conductas desadaptativas relacionadas. La meta del tratamiento es lograr el mantenimiento abstinencial y generar cambios en el estilo de vida del paciente, para lo que se persigue, como objetivos específicos, reforzar la conciencia en el paciente de su problema, detectar los estímulos tanto internos como externos que disparan la conducta de juego, desensibilizarlo sobre el juego, disminuir los niveles de ansiedad y estabilizar el estado de ánimo, generar estrategias de afrontamiento extensibles en el futuro y aprender a prevenir recaídas. Con respecto a la elección de tratamiento seleccionado se ha aplicado el cognitivo-conductual al ser el que más eficacia ha demostrado en el tratamiento del juego patológico según la literatura científica (Echeburúa, 2005; Echeburúa, Corral y Amor, 2004; Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Fernández-Alba, 2004). A parte de haber aplicado el modelo de prevención de recaídas, se han utilizado el control estimular, reducción de ansiedad, desensibilización imaginada y exposición con prevención de respuesta. Para el diagnóstico y evaluación clínica se han administrado tanto una prueba específica para valorar el grado de afectación en el juego patológico, como pruebas para analizar el cuadro ansioso-depresivo asociado existente. La resolución y eficacia del tratamiento aplicado se ha demostrado tanto en la comparativa

de pruebas administradas, como en el mantenimiento abstinencial. El tratamiento, como se indica posteriormente, se ha extendido durante 1 año en 18 sesiones individuales.

**Palabras clave:** Juego Patológico, Ludopatía, tratamiento del Juego Patológico, caso clínico.

### **INTERVENTION IN CASE OF PATHOLOGICAL GAMBLING IN MENTAL HEALTH CENTER (MHC) / DRUG ADDICTS CENTER (DAC) LORCA**

#### **Abstract**

The present study describes the intervention in the case of a patient 40, trucker profession, having Pathological Gambling. This disease is limited to playing slot machines or machines Type B, with development and evolution in it that have generated serious economic problems and deterioration both in their personal relationships and in their duties. After identifying the patient, the cause of consultation discussed the history of the problem and maladaptive behaviors. The finish of treatment is to achieve abstinencial maintenance and generate changes in the lifestyle of the patient, for what it seeks, as specific objectives, reinforce awareness in the patient of his problem, detect encouragements both internal and external that trigger gambling behavior, desensitize about the game, decrease levels of anxiety and stabilize mood, develop strategies for coping extensible in the future and learn to prevent relapses. Regarding the choice of selected treatment was applied to be the most effective has been shown in the treatment of pathological gambling according to the scientific literature (Echeburúa, 2005; Echeburúa, Corral and Amor, 2004; Echeburúa, Salaberría and Cruz-Sáez, 2014; Fernández-Alba, 2004). Besides having applied the relapse prevention model, we used encouragements control, reduced anxiety, imagined desensitization and exposure with response prevention. For the diagnosis and clinical evaluation were administered either a specific test for assessing the degree of involvement in pathological gambling, as tests to analyze the existing associated anxious-depressive symptoms. The resolution and efficiency of the applied treatment has been demonstrated both in the comparative tests administered, as the maintenance abstinencial. Treatment, as indicated below, has been extended for one year in eighteen individual sessions.

**Keywords:** Pathological Gambling, Gambling, treatment of pathological gambling, clinical case.

### **Identificación del paciente**

El paciente es un varón de 40 años, casado, con dos hijos varones y camionero de profesión.

### **Análisis del motivo de consulta**

El paciente acudió al CSM/CAD de Lorca el mes de febrero de 2014. Tras haber sido derivado por su Médico de Atención Primaria y Comunitaria al presentar conductas compatibles con probable juego patológico.

En primera visita fue atendido por psicología clínica tras haberse realizado entrevista de acogida protocolizada según estándar del CSM/CAD de Lorca por enfermería en la que se evidenciaron signos de juego patológico.

En esta primera cita con psicología clínica el paciente refería encontrarse abrumado ante el giro que su vida estaba tomando al haber ido incrementando sus apuestas en el juego de máquinas tragaperras o máquinas tipo B, acompañado de mentiras constantes sobre el uso del dinero y justificaciones subsiguientes que cada vez se le hacía más difícil mantener. Durante la entrevista clínica el paciente repetía frases tales como: *“No paro de jugar”, “no sé qué me está pasando”, “yo antes las controlaba, o eso pensaba yo”, “aunque en el fondo sé que voy a perderlo todo, no puedo evitar volver a jugar”, “me siento tan culpable que ni me miro al espejo por no ve esta cara de estúpido”, “he pensado en varias ocasiones decírselo a mi mujer, pero no he podido, me da tanto miedo que me deje...”, “las máquinas son como un imán que me atrapa, aunque yo no quiera, y sigo jugando y jugando, horas y horas, sin tener noción del tiempo”, “me relaciono con ellas como si fueran una persona”, “estoy tan destrozado que he pensado en el suicidio como una salida, pero soy un cobarde hasta para eso” ...*

### **Historia del Problema**

El paciente refiere haberse iniciado en el juego de máquinas tragaperras a los 17 años, edad en la que empezó a jugar con un grupo de “amigos” a los que les gustaba jugar en ellas y parecían tener suerte, refiere haber visto cómo les tocaban grandes

cantidades de dinero previamente a haber pasado al acto. El debut en las apuestas, por tanto, se realizó con grupo de iguales en bares, observándose desde dicho debut una progresión en el juego de apuestas centrado en máquinas tragaperras hasta la actualidad. Indica que entre los 17 y los 23 años aproximadamente las cantidades jugadas eran menores, aunque frecuentes y vinculadas al grupo de iguales. En estos años iniciales y conforme se relacionaba más con estos “*amigos*” fue ampliando el juego a salones recreativos, siendo a partir de los 23 años cuando empieza a jugar sólo, edad en la que refiere haber incrementado la frecuencia, la intensidad y la duración en el juego; desde entonces es cuando prácticamente deja de jugar en bares para hacerlo en salones recreativos donde no lo conozca nadie, huyendo por lo tanto de la opinión que los demás puedan tener de él.

En rastreo clínico no se observa presencia de problemática enólica ni de sustancias asociadas, tampoco se observan problemas de índole psicótica ni postraumática, aunque sí se evidencian signos ansioso-depresivos relacionados con la adicción al juego que padece el paciente. En el rastreo clínico se ha apreciado la existencia de ansiedad anticipatoria ante la expectativa de iniciar juego o de la inminencia de premio, así como anhedonia, abulia, apatía, desánimo, falta de apetito e insomnio, especialmente de conciliación.

### **Análisis y descripción de las conductas problema**

Entre la diversas conductas asociadas al problema de juego patológico observado, el paciente indica que llegaba a apostar grandes cantidades de dinero, jugando con el propósito de recuperar lo perdido, lo que en la literatura científica se conoce con el concepto de “caza”; era frecuente que llegara a perder tiempo de trabajo por el juego, así como a engañar tanto a sus familiares como a sus amigos; el paciente especifica y resalta, de forma selectiva, que era habitual que en estos últimos años solicitara a su jefe adelantos de su nómina para poder hacer frente al incremento del gasto para jugar, lo que a su vez le generaba la entrada en un bucle pernicioso en el que conforme más jugaba, más dinero necesitaba, más adelantos pedía y más deuda generaba; temía ser descubierto, refiriendo la aparición de craving cuando intentaba suspender la conducta de juego por motu proprio. Por lo que indica, que en varias ocasiones realizó diversos intentos frustrados para abandonar el juego de máquinas tragaperras. Hacía el propósito de no entrar en salones de juego, propósito que no podía mantener conductualmente más

allá de tres días. Al acudir a consulta también presentaba síntomas ansioso-depresivos relacionados con el problema de juego patológico que padecía. Se aprecia fondo de culpabilidad marcado y preocupación por el daño ocasionado a su familia, especialmente las mentiras a su mujer, y la grave repercusión que su adicción al juego ha generado en la economía del hogar.

### **Establecimiento de las metas del tratamiento**

Las metas perseguidas con la aplicación del presente tratamiento psicológico han pretendido conseguir la rehabilitación del paciente, logrando el mantenimiento abstinencial dentro de un marco más amplio y ambicioso en el que consiga realizar cambios en su estilo de vida que le ayuden, no sólo a mantener la abstinencia, sino instalar fortalezas que permitan afianzar y reforzar dicha abstinencia. El cambio en el estilo de vida se considera crucial para el mantenimiento abstinencial a largo plazo, sobre todo cuando el paciente haya recibido el alta y se encuentre realizando una vida normal.

### **Estudio de los objetivos terapéuticos**

Los objetivos específicos perseguidos con el presente tratamiento han sido los siguientes:

- Reforzar la conciencia de problema de juego en el paciente y de las consecuencias derivadas del mismo.
- Aprender a detectar los disparadores internos y externos vinculados al juego patológico.
- Lograr el mantenimiento abstinencial.
- Disminuir, no sólo los niveles de ansiedad vinculados al juego, sino aquellos no vinculados que puedan constituir un factor de riesgo para la aparición del juego como una estrategia desadaptativa.
- Estabilizar el estado de ánimo y fortalecer al paciente en todas aquellas vicisitudes vitales en las que se pueda ver afectada su autoestima.
- Desensibilizar al paciente en todos aquellos ámbitos y estímulos vinculados al juego de máquinas tragaperras.
- Conseguir una adecuada prevención de recaídas.
- Generar estrategias de afrontamiento extensibles en el futuro.

- Utilizar la psicoeducación como un medio de tomar y mantener conciencia del problema.

- Lograr cambios en el estilo de vida del paciente.

### **Selección del tratamiento más adecuado**

En el presente caso clínico, se ha optado por realizar un tratamiento de corte cognitivo-conductual, utilizando distintas técnicas de este tipo, ya que, como indica Echeburúa en 2005: “la terapia de elección en el juego patológico parece ser el control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuesta, seguida por una intervención cognitivo-conductual en prevención de recaídas” (p. 11).

Se ha aplicado las siguientes técnicas de intervención:

- Control de Estímulos.
- Intervención cognitivo-conductual.
- Reestructuración cognitiva.
- Técnicas reductoras de Ansiedad.
- Desensibilización Imaginada.
- Exposición en vivo con prevención de respuesta.
- Psicoeducación.
- Prevención de recaídas.

### **Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos**

En la primera consulta realizada por psicología clínica tras la entrevista de enfermería y confirmación del diagnóstico de Juego Patológico, se llevó a cabo una evaluación señalada para valorar el grado de afectación en el mismo, así como se administraron los cuestionarios que se especifican posteriormente, para determinar la coexistencia de sintomatología ansioso-depresiva. Así mismo, como ya se ha indicado, en esta entrevista inicial fue descartada la existencia tanto de problemática enólica como de dependencia a sustancias, así como de problemas de índole psicótica y postraumática.

Para la evaluación de la clínica observada se administraron los siguientes cuestionarios:

- SOGS-South Oaks Gambling Screen de Lesieur y Blume (1987), Lesieur y Blume (1993), adaptación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994), con una puntuación de 14 (rango 4-20).

- STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994), con un percentil hallado en STAI-E de 97 y un percentil en STAI-R de 99.

- BDI-Inventario de depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), que alcanzó una puntuación de 25, situando la intensidad de la depresión en moderada (rango 17-29).

### **Aplicación del tratamiento**

El tratamiento realizado ha sido únicamente psicológico, al no haberse observado complicaciones durante el proceso seguido en los niveles clínicos y en la evolución del paciente que requiriera intervención por parte de Psiquiatría. El tratamiento se ha llevado a cabo durante un año completo, alcanzando un número total de 18 sesiones individuales de aproximadamente 45 minutos de duración cada una de ellas.

### **Evaluación de la eficacia del tratamiento**

Para la evaluación de la eficacia del tratamiento aplicado se tuvo en cuenta, mediante registro sistemático, el mantenimiento abstinerencial, el descenso en los niveles autopercebidos de craving, el logro de exposiciones frente a la máquina tragaperras sin presentar ansiedad ni craving, así como presentar mejoría en los niveles ansioso-depresivos hallados, tanto en la mejora observable en el propio paciente, como en los resultados obtenidos tras la comparativa post-test realizada en la administración de las pruebas de ansiedad y depresión que le fueron administradas en modalidad pre-test. Como se aprecia en la Figura 1 los resultados hallados en STAI en su modalidad Estado y Rasgo y en BDI, muestran un descenso, especialmente marcado en los niveles depresivos que pasan de una puntuación de 25 en pre-test a una de 4 en post-test.

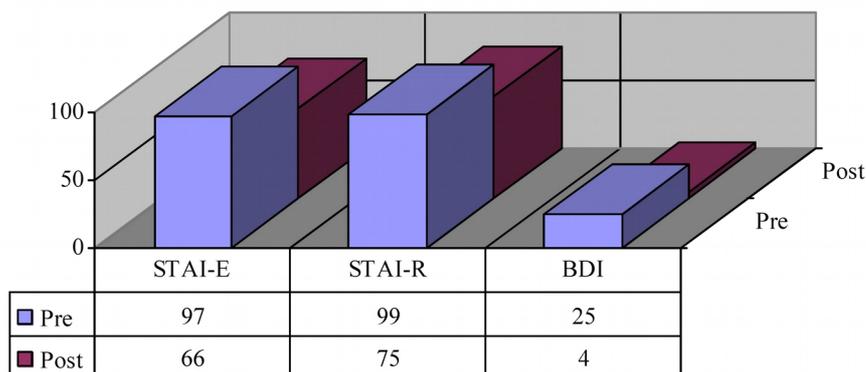


Figura 1. Comparativa resultados pre-postest.

### Seguimiento

La frecuencia de sesiones indicada y la evolución del paciente no requirieron realizar seguimiento del caso, aunque se puede considerar interesante destacar que la frecuencia temporal de las sesiones aplicadas fue descendiendo conforme se desarrollaba el tratamiento y la evolución observada lo permitía. La distribución de dichas sesiones de psicoterapia se llevó a cabo del siguiente modo:

Durante el primer mes se realizaron un total de cuatro sesiones, repartidas una por semana en las que se incidió especialmente, dado que el paciente se encontraba en el primer estadio del proceso, en la aplicación de control de estímulos vinculados al juego de forma directa y en la restricción del manejo de dinero. Así mismo se realizó un seguimiento exhaustivo de la existencia de craving y de la sintomatología ansioso-depresiva asociada; dichas estrategias fueron enmarcadas dentro de un tipo de intervención motivacional, que está presente a lo largo de todo el proceso realizado.

Durante los cinco meses siguientes, hasta completar el primer semestre, se realizó un total de 10 sesiones con una frecuencia quincenal, en ellas se puso especial atención en mantener la conciencia del problema, reforzar los cambios que el paciente iba alcanzando, así como aplicar mediante dialéctica socrática el enfoque cognitivo-conductual que ha constituido la base de intervención. La reestructuración cognitiva y la aplicación de técnicas reductoras de ansiedad han estado presentes en el desarrollo programado durante estos cinco meses. La desensibilización imaginada ha sido una de las técnicas empleadas en esta fase de intervención.

Una vez terminado el primer semestre y hasta completar el año de tratamiento, se llevó a cabo una sesión semanal durante los primeros tres meses (séptimo, octavo y

noveno mes) y una última sesión en el duodécimo mes. En este periodo de intervención se ha continuado con la aplicación de prevención de recaídas, así como el mantenimiento de la conciencia de problema de juego y las consecuencias derivadas del mismo, junto con la aplicación de la exposición en vivo con prevención de respuesta, haciendo especial hincapié a la posible aparición de craving y su manejo con el aprendizaje de las técnicas aplicadas en sesiones anteriores. La última sesión consistió en un repaso de la evolución del paciente y los logros obtenidos. Dada la mejoría mantenida, el descenso de los niveles ansioso-depresivos, el manejo adecuado del craving, con una presencia de menor intensidad en el mismo y el logro de desensibilización ante el conjunto de estímulos asociados se procedió a dar el alta en dicha sesión, lo que puso fin a la intervención realizada.

Es conveniente resaltar que el control de estímulos aplicado, especialmente durante el primer mes de intervención, ha ido dando paso de forma paulatina al manejo adecuado del dinero, hasta haber conseguido mediante exposición en vivo no presentar craving y generalizar la desensibilización del juego.

## Referencias

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E., y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17(1), 11-16.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P. J. (2004). Prevención de recaídas en las ludopatías. *Salud y Drogas*, 4(002), 97-116.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J., y Páez, D. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): Validación Española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(74), 769-791.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia Psicológica*, 32(1), 31-40. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100003>
- Fernández-Alba, A. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Salud y Drogas*, 4(2), 79-96.

- Lesieur, H. R. y Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, *144*(9), 1184-1188.
- Lesieur, H. R. y Blume, S. B. (1993). Revising the south oaks gambling screen in different settings. *Journal of gambling studies*, *9*(3), 213-223.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1994). *STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.

## TRASTORNO CONVERSIVO: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

**Belén López-Moya**

*Psicóloga Clínica en Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal (Programa de Adultos).*

*Área 4. H.U. Ramón y Cajal (Madrid, España)*

### Resumen

**Introducción:** El Trastorno de Conversión se encuentra dentro del grupo denominado Trastornos Somatomorfos. Se manifiesta con síntomas o déficits que afectan a las funciones motoras y sensoriales. **Objetivos:** Se pretende exponer un caso clínico que ayude a poder entender mejor otros casos con diagnóstico de trastorno conversivo con síntomas motores. Se formula una hipótesis explicativa sobre el caso, se describe la intervención llevada a cabo y se hace una propuesta de tratamiento que pueda ser usada para casos similares al presentado. **Método:** Previamente a la exposición del caso, se ha hecho una búsqueda bibliográfica para revisar la etiología, evaluación y tratamiento de los trastornos conversivos. Se trata de un estudio de caso único N=1. El paciente es un varón de 33 años usuario de un Centro de Salud Mental de carácter público. Fue derivado a salud mental por su médico de atención primaria. El principal síntoma que presenta es dificultad para la deambulaci3n, teniendo que ayudarse de muletas. **Resultados:** Se ha combinado la intervenci3n individual con t3cnicas cognitivo-conductuales con sesiones familiares de terapia familiar sist3mica. Como factor desencadenante de los s3ntomas conversivos est3 una situaci3n de estr3s laboral. Continúa en la actualidad en seguimiento por parte de Psicología Clínica. Ha habido avances a nivel relacional y en autonomía. Continúa presentando el s3ntoma conversivo motor, aunque de un modo menos acusado. Se presentan las diferentes sesiones de intervenci3n, las t3cnicas de evaluaci3n y tratamiento utilizadas. **Conclusiones:** El Trastorno de Conversi3n requiere un trabajo psicol3gico profundo, donde poder abordar las carencias emocionales o conflictos relacionados con la sintomatología. Aunque en la mayoría de los casos como el expuesto en este estudio hay un desencadenante, es com3n que haya rasgos de personalidad desadaptativos de base. En este paciente se pudo observar a lo largo de las entrevistas, su dificultad en la expresi3n

de emociones y en las relaciones personales, aspecto de importancia en la intervención con este tipo de pacientes.

**Palabras clave:** Trastornos somatomorfos, trastorno de conversión.

## **CONVERSIVO DISORDER: EVALUATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT**

### **Abstract**

**Introduction:** Conversion Disorder is within the group known as somatoform disorders. It manifests with symptoms or deficits that affect the motor and sensory functions. **Objectives:** The aim is to present a clinical case that helps to better understand other cases with a diagnosis of conversivo disorder with motor symptoms. Formulates an explanatory hypothesis on the case, described the intervention carried out and is made a proposal for a treatment that could be used for cases similar to the one presented. **Method:** Prior to the exposition of the case, a literature search is done to review the etiology, assessment and treatment of conversivos disorders. Is trafficking in a study of unique case N = 1. The patient is 33 years old, user of a public mental health center. The patient was referred to mental health by your primary care physician. The main symptom that presents is difficulty in ambulation, having to use crutches. **Results:** It has been combined the individual intervention with techniques cognitive – behavioural with systemic family therapy sessions. As trigger for conversivos symptoms is a stressful job situation. It continues today in follow-up of clinical psychology. There has been progress in autonomy and relational level. He continues to present the conversivo symptom motor, though in a less charged way. The various sessions of intervention, evaluation and treatment techniques used are presented. **Conclusions:** Conversion Disorder requires a deep psychological work, where being able to address the emotional shortcomings or conflicts related to the symptoms. Although in the majority of cases like the exposed in this study, there is a trigger, it is common that there are maladaptive personality traits of base. In this patient are observed along of the interview the difficulty in the expression of emotions and relationships, aspect of importance in the intervention with these types of patients.

**Key words:** Disorders somatoform, Conversion disorder.

## **Introducción**

Los Trastornos Somatomorfos (DSM-IV-TR); (American Psychiatric Association [APA], 2002) provienen de un conjunto de trastornos derivados del concepto de neurosis histérica. En el DSM-5 (APA, 2014) han pasado a llamarse Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. El Trastorno de conversión se encuentra dentro de este grupo de trastornos y se manifiesta con síntomas o déficits que afectan a las funciones motoras y sensoriales.

Entre las primeras referencias a este tipo de cuadros está la atribución que hizo Charcot a un conjunto de síntomas con carácter psicológico, llamando al cuadro “conversión histérica” (Belloch, Sandín y Ramos, 2010).

La somatización es la tendencia de algunos individuos a experimentar y manifestar el malestar psicológico en forma de síntomas somáticos y buscar ayuda médica por ellos (Lipowski, 1990). Este proceso puede dar lugar a diferentes trastornos como los trastornos somatomorfos. Los pacientes con estos trastornos no suelen consultar inicialmente con salud mental, sino que acuden a consultas de diferentes especialistas, dependiendo del tipo de síntomas que tengan.

La principal característica de los trastornos somatomorfos es la presencia de signos y síntomas somáticos que no pueden ser explicados por una enfermedad médica, no encontrándose ningún tipo de hallazgo en las diferentes pruebas que se llevan a cabo. Esta sintomatología produce deterioro social, laboral y familiar en la persona.

## **Evaluación y diagnóstico del trastorno conversivo**

El principal instrumento utilizado para la evaluación del trastorno conversivo es la entrevista y la observación. Es esencial haber descartado previamente alguna patología médica que pudiera explicar el signo que presenta el paciente.

Exponemos a continuación los criterios para el diagnóstico de trastorno de conversión considerando la clasificación del DSM-5 (APA, 2014):

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)

A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.

B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.

C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.

D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

- Episodio agudo: Síntomas presentes durante menos de seis meses.
- Persistente: Síntomas durante seis meses o más.

Especificar si:

- Con factor de estrés psicológico (especificar el factor de estrés)
- Sin factor de estrés psicológico

En el DSM-IV-TR (DSM-IV-TR); (APA, 2002) se diferencian cuatro tipos según el síntoma o déficit:

- Con síntoma o déficit motor
- Con crisis y convulsiones
- Con síntoma o déficit sensorial
- De presentación mixta

En forma característica el Trastorno de conversión con síntomas o déficits motores (que como veremos más adelante sería el diagnóstico del caso que se presenta) suele aparecer con las siguientes características (Marjama, Troster y Koller, 1995):

- comienzo súbito.
- los movimientos o déficits remiten o vuelven espontáneamente.
- son generalmente marcados, pero atípicos o extraños.
- disminuyen o desaparecen cuando el enfermo se distrae.
- aumentan cuando el médico se concentra en el síntoma.
- presencia de signos que no son típicos de la enfermedades reconocidas.
- carecen de signos típicos de estas enfermedades.
- resolución con placebo o psicoterapia.
- siguen el patrón psicológico del déficit motor y no el orgánico.

Hay diferentes estudios que señalan que en seguimientos a largo plazo, entre un 25 y un 50% de los “trastornos de conversión” acaban siendo diagnosticados de una enfermedad neurológica como la Esclerosis múltiple, miastenia grave y distonías idiopáticas o inducidas por sustancias (Pérez, 1990), de ahí la importancia de descartar una causa médica que pueda explicar los síntomas.

La CIE-10 lo incluye dentro de los trastornos disociativos. Los trastornos disociativos o de conversión habían sido clasificados previamente como diferentes tipos de "historia de conversión". Se supone que tienen un origen psicógeno y presentan una asociación temporal estrecha con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles e intolerables o relaciones personales alteradas. Además, hay pruebas de que la pérdida de la función es una expresión de conflictos o necesidades emocionales. Los síntomas pueden desarrollarse en estrecha relación con estrés psicológico, y aparecen a menudo de forma repentina (CIE.10); (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

En el Trastorno de Conversión es importante hacer el diagnóstico diferencial con otros trastornos como el Trastorno de Somatización, la Hipocondría, el Trastorno Facticio, la Simulación, el Trastorno Depresivo, los Trastornos de Ansiedad y con Trastornos de la Personalidad como el Trastorno histriónico.

El Trastorno de Somatización implica una historia de numerosos síntomas físicos que empiezan antes de los 30 años, que persisten durante años. Deben aparecer al menos cuatro síntomas dolorosos, dos síntomas gastrointestinales, un síntoma sexual y un síntoma pseudoneurológico. Respecto a la hipocondría, es un cuadro que tiene al menos seis meses de duración y que se caracteriza por una preocupación excesiva y miedo a tener, o la convicción de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas físico, persistiendo esta preocupación a pesar de las exploraciones médicas apropiadas (DSM-IV-TR); (APA, 2002).

La Simulación es la producción deliberada de síntomas físicos por una ganancia externa obvia. La simulación difiere de un Trastorno Facticio en que la motivación de la generación de los síntomas de la simulación es un incentivo externo, mientras que en el trastorno facticio no hay incentivos externos, sino que el objetivo de la persona es adoptar el rol de enfermo. En ambos casos los síntomas se producen de forma consciente.

### **Identificación del paciente y motivo de consulta**

El paciente es un varón de 33 años. Licenciado en Administración y Dirección de empresas. Es hijo único. Vive con sus padres. Trabaja como administrativo. Refiere no tener pareja ni haberla tenido con anterioridad. Fue derivado a Psicología Clínica (Centro de Salud Mental, programa de adultos) por su Médico de Atención Primaria en marzo de 2014. El síntoma por el que acude a consulta es una dificultad en la marcha,

teniendo que ayudarse de muletas para poder andar. El primer día acude con sus padres, que esperan en la sala de espera.

### **Historia del problema y descripción de las conductas problema**

El paciente refiere que un día estando en el trabajo, al levantarse de la silla no podía andar bien. Desde ese día, se volvió a repetir esa dificultad en diferentes situaciones, hasta que se mantuvo estable este déficit y comenzó a tener que ayudarse de muletas desde entonces para poder andar. Ha estado en diferentes especialistas y no se ha detectado ningún problema físico o neurológico que pudiera explicar el problema motor que presenta. El paciente asocia su problema a una situación de estrés laboral y cierto “acoso” que se ha mantenido a lo largo de varios años. “No sé si llegó un punto en que hice crack y desarrollé el síntoma inconscientemente para evitar mi trabajo. Yo creo que esa sensación de miedo durante años hizo mella”. En el momento de la evaluación se encontraba en situación de incapacidad laboral temporal y expresaba miedo a incorporarse a su puesto de trabajo. Otros aspectos de relevancia que se detectan a lo largo de las diferentes entrevistas con el paciente es una sobreprotección por parte de sus padres. En una de las sesiones el paciente expresa miedo al futuro, a quedarse solo cuando no estén sus padres. Se observa una alta dependencia y falta de autonomía en algunos aspectos, así como una tendencia a evitar el conflicto y a no expresar sus emociones, especialmente la ira. Presenta dificultades en la esfera emocional y falta de habilidades sociales.

Describe una situación de bullying que sufrió en el colegio. El paciente verbaliza que ve cierta similitud en la actitud que adoptó en aquella etapa y la que ha tenido en su entorno laboral hasta el momento de estar de baja (miedo-“no defenderme, no poner límites”-rabia).

En el gráfico 1 se plantean posibles variables implicadas tanto en el inicio como en el mantenimiento del cuadro. En el inicio se han considerado factores que podrían hacer más vulnerable al paciente (dificultades a nivel emocional, falta de habilidades sociales y de resolución de problemas, sobreprotección por parte de sus padres y situación de bullying que vivió de niño) y como factor precipitante, la situación de estrés laboral vivida y el posible acoso laboral que describe el paciente. Como factores de mantenimiento se considera el propio cuadro como un reforzamiento negativo, al

facilitar la evitación de la incorporación al trabajo y permitir así al paciente no afrontar la situación temida.

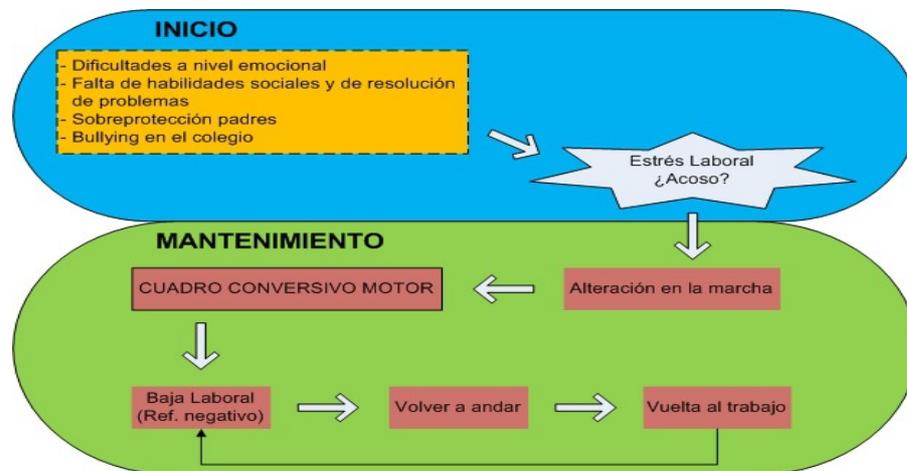


Gráfico 1. Posibles variables implicadas en el inicio y en el mantenimiento del síntoma.

El paciente presenta la dificultad para andar en todos los contextos y situaciones, lo que se ha corroborado con otras personas de su entorno como sus padres. Acude a diferentes especialistas y a diferentes terapias (fisioterapeuta, traumatólogo, neurólogo, etc.). No se ha detectado en las diferentes pruebas que se le han realizado ninguna patología médica que pudiera explicar su dificultad para andar.

### Diagnóstico

Con la información de que disponemos podemos hacer el siguiente diagnóstico: “Trastorno de conversión con síntomas o déficits motores”. Persistente. Con factor de estrés psicológico (situación de acoso laboral)

### Objetivos terapéuticos. Tratamiento, avances y evolución

Tras varias sesiones y entrevistas con el paciente, nos planteamos, entre otros, los siguientes objetivos:

- Motivar al cambio en otros aspectos de su vida, a pesar del síntoma motor.

Lograr que el paciente “normalice” su vida, aunque continúe el síntoma motor.

- Mejorar habilidades sociales y de relación.
- Aumentar y mejorar la expresión de emociones.

- Aumentar la autonomía personal, disminuyendo la dependencia de sus padres.
- Aprender a enfrentarse a los conflictos sin somatizarlos, con técnicas de solución de problemas, aprendizaje de habilidades de comunicación, etc.

Se ha combinado la intervención individual con técnicas Cognitivo- Conductuales y Psicoterapia de Apoyo así como Terapia Familiar Sistémica.

A lo largo de las sesiones se ha trabajado sobre la gestión y la expresión de emociones, la resolución y afrontamiento de diferentes situaciones que se le han ido presentando al paciente, aumento de actividades y de contactos sociales, etc. Se ha realizado desensibilización sistemática para disminuir el miedo a la incorporación al trabajo.

Se ha logrado la toma de conciencia del paciente de las dificultades a nivel afectivo, la necesidad de trabajar este área. Entre los avances logrados están el aumento de relaciones sociales, la asunción de responsabilidades que antes delegaba en sus padres, la incorporación al trabajo y mantenimiento durante un tiempo. El paciente comenzó a ir solo a diferentes lugares que antes evitaba. Se logró un aumento de la toma de conciencia de las propias emociones y de la expresión de las mismas (ira, tristeza, etc.), mayor autonomía, deseo de cambio, objetivos vitales, etc. El síntoma motor prácticamente ha desaparecido en la actualidad.

### **Seguimiento**

Se han producido avances a nivel relacional y en la autonomía del paciente. En la actualidad ha desaparecido prácticamente el síntoma motor, no utilizando muletas para andar. Tras el alta y vuelta al trabajo, abandonó el mismo y al tiempo comenzó a mejorar el síntoma de forma más importante. Consideramos que el poder cerrar esa etapa laboral con la empresa en la que trabajaba y donde se inició el síntoma, ha sido clave en la desaparición del mismo. Nos planteamos la hipótesis de si en un primer momento el síntoma era conversivo, derivado del alto estrés y situación de acoso descrito por el propio paciente y que, posteriormente pudo pasar a ser parcialmente simulado para evitar la vuelta al trabajo y lo que para el paciente suponía ello, manteniéndose así por reforzamiento negativo.

## Conclusiones

El trastorno de conversión requiere de un trabajo terapéutico de larga duración, para poder mejorar otras dificultades que puede tener la persona y que explicarían el síntoma. Las reacciones conversivas representan una defensa somática contra amenazas a la estabilidad psíquica que se atribuirían a otras dificultades o situaciones que no se han podido afrontar de otro modo.

Es necesaria una evaluación exhaustiva del paciente, con el objeto de descartar la presencia de enfermedad orgánica así como detectar los conflictos y dificultades que el paciente tiene y que explicarían la aparición del síntoma motor. Nos parece muy importante realizar el diagnóstico lo antes posible para iniciar el tratamiento adecuado y evitar que el síntoma se cronifique o se alargue en el tiempo, con las consecuencias en las diferentes áreas de la persona que ello supone.

Los pacientes requieren un tratamiento a largo plazo para manejar las posibles alteraciones anímicas y las dificultades psicosociales asociadas. El Trastorno de Conversión requiere un trabajo psicológico profundo, donde poder abordar las carencias emocionales o conflictos relacionados con la sintomatología. Aunque en la mayoría de los casos como el expuesto en este estudio hay un desencadenante, es común que haya rasgos de personalidad desadaptativos de base y que es necesario trabajar con el paciente.

En este paciente se pudo observar a lo largo de las entrevistas su dificultad en la expresión de emociones y en las relaciones personales, aspecto de importancia en la intervención con este tipo de casos.

Consideramos de suma importancia establecer una buena alianza terapéutica, validar los síntomas del paciente y tratar de comprenderlos, así como no descuidar los mecanismos que subyacen a los síntomas.

## Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Asociación Americana de Psiquiatría, Arlington, VA.

- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2010). *Manual de Psicopatología* (Vol. II). Madrid: McGraw-Hill.
- Lipowski, Z.J. (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics*, 31, 13-21.
- Marjama, J., Troster, A.I., y Koller, W.C. (1995). Psychogenic Movement Disorders. *Neurologic Clinics*, 13, 283-297.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación Internacional de las enfermedades. Décima revisión (CIE-10)*. Madrid: OMS.
- Pérez, P. (1990). Utilización de metilfenidato en una parálisis de conversión: a propósito de un caso. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 4, 196-199.

## PERCEPCIÓN DEL DOLOR COMO CONDUCTA OPERANTE. ESTUDIO PRELIMINAR EN TRES CASOS

**José Fernando Calvo-Mauri\***, **Koren Prekler-Peña\***, **Carlos Castor Moreno-Rubio\***, **María Palomo-Monge\***, **Francisco Corral-Pérez\*\*** y **Antonio Martínez-Lapeña\*\*\***

*GAI Talavera de la Reina. SESCAM. Hospital General "Nuestra Señora del Prado"*

*\* Servicio de Psiquiatría; \*\* Servicio de Neurología; \*\*\* Servicio de Otorrinolaringología*

### Resumen

**ANTECEDENTES:** El tratamiento del dolor crónico (CIE-10:R52.2) es preferible abordarlo de multidisciplinar. Desde la perspectiva psicológica pueden contemplarse tres niveles de intervención (fisiológico, conductual y cognitivo). El dolor neuropático es probablemente el más difícil de tratar. **OBJETIVOS:** Poner a prueba la hipótesis: la percepción del dolor es una conducta operante, por tanto modificable mediante un procedimiento conductual. **SUJETOS:** Tres sujetos con diagnóstico CIE-10:R52.2 de origen neuropático, con participación en estudio consentida voluntaria; descartada patología psiquiátrica diagnosticada previa e hipoacusia moderada (> 50db en frecuencia de estimulación). **MÉTODOS:** Diseño: experimental de caso único. Variable independiente: Estimulación auditiva en cabina insonorizada con audiómetro en frecuencia monoaural derecha de 1000 Hz. Sesiones de emparejamientos analógicos entre nivel de dolor percibido mediante intensidad medida en Db de dolor al inicio y final de cada sesión con escala 0 - 100%. Análisis: Cálculo de estabilidad de serie de resultados mediante C de Young. Comparación entre series mediante prueba no paramétrica. Rechazo de hipótesis nula para significación asumida de  $p < 0,05$ . **RESULTADOS:** RESULTS: Media línea base: 45,00%, 81,67%, 57,50%; Media dolor inicio: 26,04%, 88,46%, 52,08%; Media dolor final: 9,47%, 58,33%, 27,08%; respectivamente en cada sujeto. No se hayan diferencias entre línea base y dolor de inicio. Prueba de Mann-Whitney significativa entre línea base y dolor final ( $p < 0,002$ ; 0,012; 0,010). Prueba de Wilcoxon significativa entre dolor de inicio y dolor final ( $p < 0,018$ ; 0,003, 0,006). **CONCLUSIONES:** Se han realizado tres replicaciones del

mismo experimento conductual, en la primera sesión ningún sujeto muestra control sobre su dolor percibido. Todas las replicaciones muestran significación estadística. Se confirma la hipótesis, no obstante la línea de trabajo debe seguir siendo investigada

**Palabras clave:** Dolor crónico; dolor neuropático; condicionamiento operante; estudio caso único

### **PAIN PERCEPTION AS OPERANT BEHAVIOUR. PRELIMINARY STUDY IN THREE CASES**

#### **Abstract**

**ANTECEDENTS:** In treatment of chronic pain (ICD- 10: R52.2) multidisciplinary approach is preferable. From the psychological perspective can be seen three levels of intervention (physiological, behavioral and cognitive). Neuropathic pain is probably most very difficult to treat pain. **OBJECTIVES:** To test the hypothesis: perception of pain is an operant behavior therefore changeable through a behavioral procedure. **SUBJECT:** Three patients with ICD-10 diagnosis: R52.2 neuropathic origin, they voluntarily consented to study participation; discharged previously psychiatric diagnostic disorder or moderate hearing loss (>50 dB in frequency stimulation). **METHODS:** Design: experimental single case. Independent variable: Auditory stimulation in soundproof booth with audiometer in 1000 Hz right monoaural frequency. Sessions pairings between perceived pain level intensity matched at Db. Perceived pain level at the beginning and end of each session with scale 0-100 %. Analysis: Calculation of stability result series by Young's C. Comparison between sets by nonparametric test data was made. Rejection of null hypothesis significance assumed for alpha  $p < 0,05$ . **RESULTS:** Media base line: 45,00%, 81,67%, 57,50%; Media initial pain: 26,04%, 88,46%, 52,08%; Media finish pain: 9,47%, 58,33%, 27,08%; respectively in each case: No difference between base line and initial pain. Mann-Whitney test significance between base line and final pain ( $p < 0,002$ ; 0,012; 0,010). Wilcoxon test significance between final and initial pain ( $p < 0,018$ ; 0,003, 0,006). **CONCLUSIONS:** There were done three replicates of the same behavioral experiment, in first session neither of the subjects shows perceived pain control. All replications shows statistical significance. The hypothesis is accepted; however the work line must still be investigated

**Keywords:** Chronic pain; Neuropathic pain; operant conditioning, single case study

## Introducción

Las definiciones de dolor asumidas internacionalmente se resumen en

- Dolor: experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain [IASP], 1985)

- Dolor crónico (CIE-10:R52.2), (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992): aquel dolor que persiste por más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente (Bonica, 1990).

- Dolor neuropático: el que resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente (Bonica, 1990).

La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nocioceptivos tisulares; la nociocepción está influida por otros factores como los psicológicos (Puebla, 2005). En este proceso de integración perceptiva se establece la teoría de las compuertas de Melzack y Wall (1965), que unifica la perspectiva biológica y psicológica. Por tanto se define el dolor como un proceso dinámico, donde los centros cerebrales superiores responsables de la cognición y la emoción, influyen en la transmisión de las señales nociceptivas desde el lugar de los receptores específicos del dolor al cerebro. Así la percepción del dolor es la consecuencia de diversos sistemas nerviosos interactuantes, cada uno de ellos con una función especializada propia (Alviani, 2005).

Tanto la definición del dolor crónico como su estimación en la población general ha sido muy variable en función del área y población estudiada, pero siempre se concluye que el dolor crónico ejerce efectos perniciosos tanto en la salud física, como en la salud mental, tanto en el paciente como su familia, además de un costo social enorme al influir en actividades de la vida diaria, empleo y bienestar económico de una parte significativa de la población general, constituyendo, asimismo, uno de las principales motivos de consulta sanitaria (Collado, Torres, Arias, Ruiz-López y Muñoz-Gómez, 2004).

En los abordajes terapéuticos del dolor crónico existe un amplio consenso de una necesidad de manejo multidisciplinar (Collado et al., 2004). Existiendo un amplio arsenal de técnicas de abordaje: farmacológicas, bloqueos nerviosos, sistemas de infusión de drogas, métodos psicológicos, terapia ocupacional, acupuntura, técnicas neuroquirúrgicas (Vaquerizo, Rodrigo y Hernández, 2002).

Con respecto al tratamiento farmacológico del dolor crónico neuropático los analgésicos no suelen mostrar eficacia, aunque sí lo hacen en los casos de dolor músculo-esqueléticos, utilizándose principalmente antidepresivos, habitualmente tricíclicos, y anticonvulsivantes, si bien se encuentra que el grado de satisfacción en los casos de dolor neuropático es moderado-bajo, lo que indica que el tratamiento del dolor neuropático solo con abordaje farmacológico dista de ser ideal (Soler et al., 2006)

Desde un punto de vista psicológico (Van der Hofstad y Quiles, 2001) las principales aproximaciones al tratamiento del dolor se realizarían a tres niveles; una primera fisiológica encaminada al control de los factores fisiológicos que subyacen en la génesis del trastorno, con técnicas como la relajación o el bio-feedback; una segunda desde el condicionamiento operante encaminada a eliminar las conductas de dolor, promover conductas adaptadas incompatibles con el dolor y generalización en el ambiente natural del paciente, con procedimientos de extinción y refuerzo; y una tercera de corte cognitivo encaminada a modificar los factores afectivos y cognitivos relacionados con la experiencia del dolor, mediante técnicas cognitivo-conductuales.

En 1986 Christidis, Ince, Zaretsky y Pitchford presentan los resultados obtenidos mediante una intervención que ellos conceptualizan como biofeedback inverso de estimulación cruzada en tres pacientes con dolor crónico, mediante un entrenamiento en emparejamientos de nivel de dolor percibido y sonido en un encuadre de tratamiento individual con dos sesiones semanales de 30 minutos de duración durante un máximo de 13 sesiones con excelentes resultados

Basado en el procedimiento que describen estos autores se realiza este trabajo con el objetivo de poner a prueba la hipótesis: la percepción del dolor es una conducta operante, por tanto modificable mediante un moldeamiento por refuerzo diferencial negativo

## Método

### *Sujetos*

Criterio de inclusión: Diagnóstico de dolor crónico CIE-10:R52.2 de origen neuropático, participación en estudio consentida voluntaria

Criterios de exclusión: Demencia, CIE-10 F0X o MMS35-Lobo<27; patología psiquiátrica diagnosticada previa: F10 a F70. Hipoacusia moderada (>50db en frecuencia de estimulación)

Fueron reclutados tres pacientes para la realización del estudio cuyas características se resumen en la Tabla 1

Tabla1

### *Resumen de participantes en el estudio*

Sujeto	Sexo	Edad	Etiología dolor
Caso 1	Hembra	69 años	Músculo-esquelética
Caso 2	Hembra	63 años	Diabética
Caso 3	Varón	63 años	Cerebro-vascular

### *Diseño: experimental de caso único*

Variable independiente: Estimulación auditiva en frecuencia monoaural derecha de 1.000 Hz sin que el sujeto vea el aparataje en cabina insonorizada con audiómetro marca Maico modelo MA52

- Sesiones de control de dolor (CD): Emparejamientos analógicos entre nivel de dolor percibido mediante intensidad medida en Db. Sesiones 1, 6 y 13. 1 Bloque de 5 ensayos en sesión. Consigna “Establezca su nivel actual de dolor”

- Sesiones de método: Moldeamiento en percepción de dolor siguiendo intensidad decreciente. Sesiones 2-6 y 8-12. 4 bloques de 5 ensayos; emparejamiento al comienzo de cada bloque analógicamente en intensidad en Db mediante misma consigna. Disminución posterior de estimulación en 5 Db en cada ensayo, consigna “Ajuste su nivel de dolor en función del sonido que oye”

Variable dependiente:

- Previo al tratamiento se estableció un autorregistro con escala 0 - 100% (sin dolor – dolor totalmente incapacitante) de 8 días de duración para establecer el nivel basal de dolor (LB)

- Nivel de percepción de dolor al inicio y final de cada sesión con igual escala

*Análisis*

Cálculo de estabilidad de serie de resultados mediante C de Young con respecto a LB. Comparación entre series mediante prueba no paramétrica para datos. Rechazo de hipótesis nula para significación asumida de  $p < 0,05$

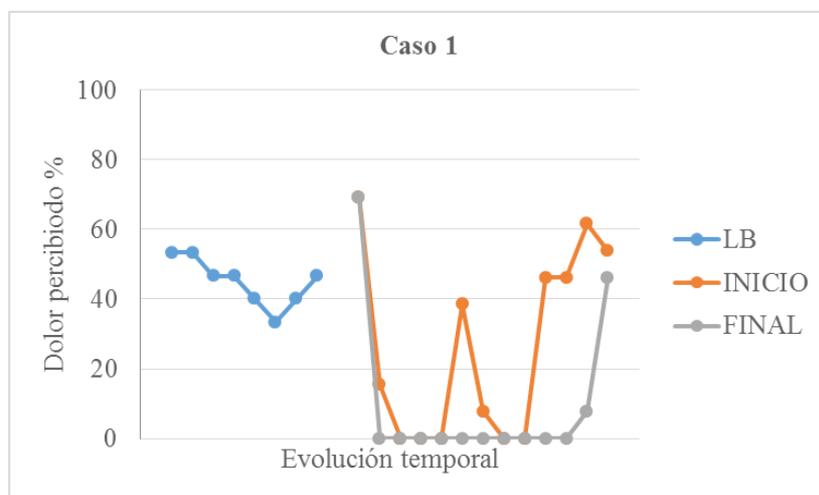
**Resultados**

Los resultados obtenidos en el estudio se resumen en la tabla 2 y gráficos 1,2 y 3, en ellas puede observarse variación con respecto a LB y entre inicio y final de sesión, así como la evolución temporal de los mismos

Tabla 2

*Resultados obtenidos en el estudio*

Sujeto	LB		Inicio sesión		Final sesión	
	M	DT	M	DT	M	DT
Caso 1	45,00	6,90	26,04	26,93	9,47	22,02
Caso 2	81,67	7,77	88,46	12,97	58,33	26,35
Caso 3	57,50	15,91	52,08	23,60	27,08	21,36



*Grafico 1. Resultados obtenidos en el sujeto 1.*

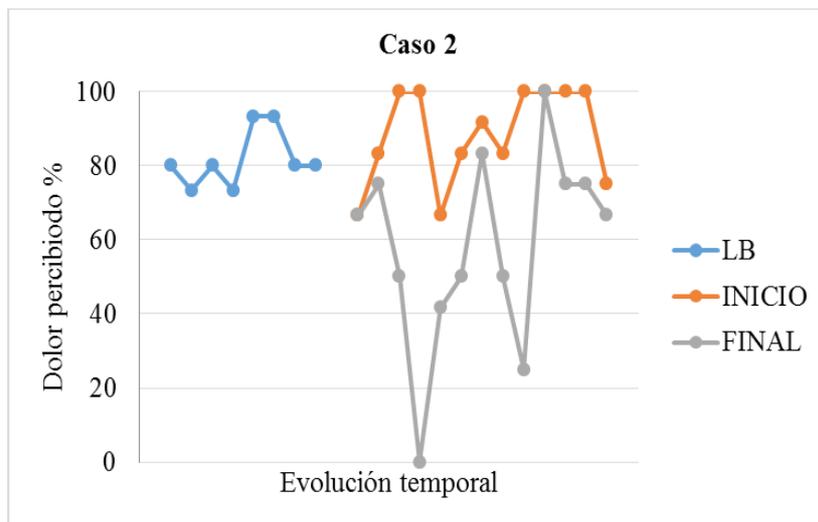


Grafico 2. Resultados obtenidos en el sujeto 2.

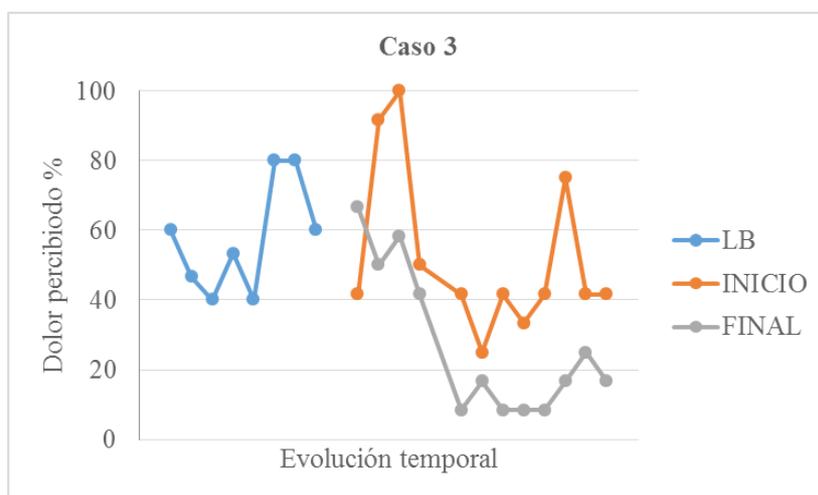


Grafico 3. Resultados obtenidos en el sujeto 3.

Los cálculos de dependencia serial mediante C de Young no muestran significación en los casos 2 y 3, siendo no significativa la de LB y las calculadas para LB e Inicio y final, respectivamente. En el caso 1 para LB  $C=0,66$ ; Error Estándar=0,31;  $z=2,16$ ;  $p<0,0154$ . De acuerdo con la propuesta metodológica de análisis de Tryon (Bono y Arnau, 1998) habría que concluir inefectividad del tratamiento en los tres casos.

Los resultados obtenidos mediante pruebas no paramétricas al comparar los datos se resumen en la tabla 3, permitiendo valorar afirmativamente la efectividad del tratamiento con un margen de error muestral del 11,26% al 95% de confianza.

Tabla 3

*Resumen de estadísticos no paramétricos calculados para cada sujeto*

Prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes									
	Caso 1			Caso 2			Caso 3		
	U	z	p<	U	z	p<	U	z	p<
LB/INICIO	31	-1,53	0,125	30	-1,62	0,105	37	-0,86	0,389
LB/FINAL	11	-3,15	0,002**	20	-2,33	0,012*	15	-2,56	0,010*
Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas									
	T	z	p<	T	z	p<	T	z	p<
	0	-2,37	0,018*	0	-2,94	0,003**	4	-2,75	0,006**

**Discusión/conclusiones**

En primer lugar reflexionar que, aun siguiendo un procedimiento análogo de estimulación cruzada al original (Christidis, Ince, Zaretsky y Pitchford, 1986) no se coincide con la formulación teórica de explicación de estos autores, ya que no parece apropiado formularlo mediante un modelo de biofeedback al no existir en ningún momento medida de variables biofísicas que retroalimentar (Van der Hofstad y Quiles, 2001).

En este sentido la formulación teórica de la que se parte está basada en el Análisis Funcional de la Conducta, modelo ABC (Carrillo, Morinho y Caballo, 2003; Skinner, 1938) que se resume en el Cuadro 1, en el que se produce un aumento de la atención tras una percepción dolorosa y (por mecanismo evolutivamente adaptativo) centra el proceso atencional, haciendo mayor la atención mientras permanezca la estimulación por un proceso de Refuerzo+

Cuadro 1

*Formulación ABC de la percepción dolorosa*

Antecedente (A)	Conducta (B)	Contingencia (C)
Percepción aversiva nocioceptiva “dolor”	Aumento atencional a estimulación	Refuerzo + Mayor percepción a mayor atención

Dicha formulación parece avalada en nuestro estudio, así no se encuentran diferencias entre los niveles de LB y de inicio de sesión, resultado congruente dado que la situación somática fuente de dolor de los sujetos no varía. Aun así se consigue que los

sujetos en situación experimental modifiquen su percepción dolorosa consiguiendo analgesia de forma significativa estadísticamente al final de sesión, tanto en sesiones de control como en las sesiones de procedimiento por refuerzo, que se presupone negativo (Refuerzo-) al disminuir la percepción.

En función de lo expuesto pueden establecerse como conclusiones

- Se han realizado tres replicaciones del mismo experimento conductual sin que en la primera sesión ningún sujeto muestre control sobre la percepción del dolor.
- Las tres replicaciones muestran reducción tras sesión con significación estadística
- Se confirma la hipótesis: La percepción de dolor se comporta como conducta operante, no obstante la línea de trabajo debe seguir siendo investigada

### Referencias

- Alviani, M. (2005). Tratamientos psicológicos en el dolor. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 10. Recuperado el 11 de Noviembre de 2015 <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=10&art=06>
- Bonica, J.J. (1990). Definitions and taxonomy of pain. En J.J. Bonica (Ed.), *The management of pain. 2nd edition* (pp. 18-27). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Bono, R. y Arnau, J. (1998). Estadístico C: Descripción y aplicación a diseños de caso único. *Psicológica*, 19, 27-40.
- Carrillo, G., Morinho, M.L. y Caballo, V.E. (2003). El papel del análisis funcional del comportamiento en el proceso de elección del tratamiento: un estudio de caso. *Psicología Conductual*, 11(2), 335-350.
- Christidis, D., Ince, L.P., Zaretsky, H. H., y Pitchford, L. J. (1986). A Cross-Modality approach for treatment of chronic pain: A preliminary report. *Psychosomatic Medicine*, 48(3/4), 224-228.
- Collado, A., Torres, X., Arias, A., Ruiz-López, R., y Muñoz-Gómez, J. (2004). Tratamiento multidisciplinar en pacientes con dolor crónico en situación de baja laboral. *Revista Sociedad Española Dolor*, 11, 203-209.
- International Association for the Study of Pain, IASP. (1985). Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.

- Melzack, R. y Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 171-179
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. *Oncología*, 28(3), 139-143.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Soler, M. D., Sauri, J., Romero, A., Ochoa, M., Vidal, J., Curcoll, L. L., y Moix, J. (2006). Tratamiento multidisciplinar del dolor crónico en pacientes lesionados medulares. Resultados preliminares a propósito de tres casos. *Dolor*, 2006, 220-230.
- Van der Hofstad, C. J. y Quiles, M. J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista Sociedad Española Dolor*, 8, 2503-510.
- Vaquerizo, A., Rodrigo, M. D. y Hernández, E. (2002). Unidades del Dolor. En J. García, R. Salvanés y C. Álamo (Eds.), *Actualización en trastornos somatomorfos* (pp 177-192). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

**APLICACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL PROTOCOLO  
COGNITIVO-CONDUCTUAL EN 10 SESIONES DE WOOLFOLK, R. Y  
ALLEN, L. PROPUESTA POR MORENO GONZÁLES, S. PARA EL  
TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS BREVE EN UN CASO GRAVE Y  
DE CURSO PERSISTENTE**

**Regis Villegas, Beatriz García-Parreño y Rosalía Díaz-Boveda**

*Hospital Clínico Universitario Valencia-Malvarosa*

**Resumen**

*Introducción:* Se presenta una intervención psicológica con una paciente de 25 años diagnosticada de un trastorno de síntomas somáticos grave de curso persistente (DSM-5). Concurrentemente es diagnosticada de aperistalsis esofágica que cursa con disfagia. Debido a ello sólo ingiere comida líquida o muy triturada. El año anterior a la intervención, ha acudido en 5 ocasiones a puertas de urgencias del Hospital Clínico de Valencia por nula tolerancia a líquidos y con un IMC de 16,52. Se sospecharon y descartaron los diagnósticos de síndrome del intestino irritable, anorexia nerviosa, síndrome de SICCA e hipersensibilidad química múltiple entre otros. En este estudio se pretende comprobar la aplicación de la adaptación española del modelo de Woolfolk R., y Allen, L. (2007a, 2007b) propuesto por Moreno, S. (2011) para el trastorno de síntomas somáticos breve en un caso grave y persistente. *Método:* Se le aplica una adaptación de la TCC para los trastornos somatomorfos de Woolfolk, R. y Allen, L. Al mismo tiempo y de forma paralela se implementan medidas conductuales con el objetivo de lograr ingestas sólidas y una dieta saludable. Al principio de la terapia se administran el BDI-II, la HAD y el EDI-3. Se repiten estas medidas al terminar el tratamiento, y a los 8 meses. *Resultados:* Al finalizar el tratamiento se había reestablecido un patrón de comida sólido y variado. A nivel cognitivo, se objetivan mejorías en las principales dimensiones cognitivas afectadas (EDI-3). Las mejorías no solo se mantuvieron después del tratamiento, sino que han seguido mejorando. *Conclusión:* El protocolo aplicado en el estudio controlado y aleatorizado llevado a cabo por Moreno, S. para el trastorno de síntomas somáticos breve se puede aplicar también en casos graves y persistentes.

**Palabras claves:** Somatomorfo, fagofobia, pnigofobia, conversivo

**APPLICATION OF THE SPANISH ADAPTATION OF COGNITIVE-BEHAVIOUR THERAPY PROTOCOL WITHIN 10 CLINICAL SESSIONS BY WOOLFOLK, R. AND ALLEN, L. PROPOSED BY MORENO GONZÁLES, S. FOR BRIEF SOMATIC SYMPTOMS DISORDERS IN SEVERE AND PERSISTENT CASE**

**Abstract**

*Introduction:* Presented below is the psychological intervention of a 25-year-old patient diagnosed with severe and persistent somatic symptoms disorder (DSM-5). At the same time the patient is diagnosed with aperistalsis of the esophagus and consisting of periods dysphagia. Due to this, the patient is only able to ingest liquid or highly processed food. The year before the intervention, the patient was submitted to emergency care 5 times at Hospital Clínico de Valencia for complete intolerance to liquids and with a BMI of 16.52. Irritable intestine syndrome, anorexia nervosa, SICCA syndrome, multiple chemical hypersensibility among others were suspected diagnostics and subsequently discarded. In this study the objective is to verify the application of the Spanish adaptation of the Woolfolk R., and Allen, L. (2007a, 2007b) method proposed by Moreno, S. (2011) for brief somatic symptoms disorder in severe and persistent case.

*Methods:* the application of CBT for somatic symptoms disorder of Woolfolk, R. and Allen, L. At the same time, behavioral measures are carried out in parallel to CBT with the objective of ingesting solid food and a healthy diet. At the beginning of the therapy BDI-II, HAD and EDI-3 were administered. These measures are repeated 8 months into and at the end of the treatment.

*Results:* After having finished the treatment solid and varied food could be regularly ingested. On a cognitive level, improvements on the main dimensions affected were objectified (EDI-3). The improvements not only carried on after the treatment, but have continued to improve.

*Conclusion:* The applied protocol in the controlled and randomized study for brief somatic symptoms disorder by Moreno, S., can also be applied to severe and persistent cases.

**Keywords:** Somatoform, phagophobia, pnigophobia, conversion



## Introducción

Si bien se estima que la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos en la población general está entre el 5 y el 7% (DSM-5), el estudio realizado en Baleares por Gili (2006) estima que “entre los pacientes hiperfrecuentadores de las consultas de atención primaria un 14,2% presentaban algún diagnóstico de trastorno somatomorfo” (Moreno, 2011). A pesar de ello, pocos son los protocolos de intervención que han logrado mostrar su eficacia en estudios randomizados y alteatorizados. Woolfolk y Allen (2007b) establecen un protocolo de intervención cuya eficacia fue demostrada en un estudio anterior (Allen y Woolfolk, 2006). En España, Sergio Moreno replica los estudios llevados a cabo poniendo a prueba una adaptación española del protocolo de Woolfolk y Allen con una muestra de 168 pacientes con trastorno de síntomas somáticos leve. En el siguiente trabajo, se pretende valorar la viabilidad de su utilización en una paciente con trastorno de síntomas somáticos graves y persistentes.

## Identificación de la paciente

La paciente es una mujer de 25 años, soltera, graduada en E.S.O (Estudios Secundarios Obligatorios) en situación de desempleo que vive en casa de sus padres con su hermana mayor. A pesar de su juventud, consta de un largo historial de enfermedades médicas (Tabla 1):

Tabla 1

*Historial Clínico resumido entre 2005 hasta 2013*

<i>Fecha:</i>	<i>Motivo – Enfermedad</i>
Infancia	Disinergia del suelo pélvico
Dic.2005	Sospecha de Anorexia Nerviosa
Abr. 2006	Primer episodio de disfagia
Oct. 2010	Síndrome de Sjögren a estudio
Oct. 2012	Acude a urgencias del HCUV por disnea
Nov. 2010	Estado de ansiedad no especificado (Urgencias del Hospital Clínico de Valencia, HCUV en adelante)
Ene. 2011	Síndrome del Intestino Irritable a estudio (se descarta Sjögren)
Feb. 2011	Disfagia 1/3 superior para sólidos

Tabla 1 (continuación)

Jul. 2011	Diagnosticada de Trastorno de Somatización (servicio de digestología del HCUV)
Jun. 2012	Parestesia que no sigue el trayecto de ningún nervio (espalda y cráneo)
Oct. 2012	Inicio del cuadro actual
Nov. 2012	Manometría de alta resolución (Servicio de Digestología del HCUV): aperistalsis esofágica –Anorexia
Ene. 2013	Sospecha de acalasia y espasmos esofágicos
Ene. 2013	Remitida por el digestivo al servicio de alergia del HCUV para descartar sensibilidad química múltiple
Mar. 2013	RM cerebral sin hallazgos patológicos (se descarta etiología orgánica a la intolerancia a los olores fuertes)
Mar. 2013	Acude a urgencias por epigastralgia: radiografía torácica por “sensación de cuerpo extraño en el esófago”
Abr. 2013	Duodenditis atrófica
Mayo 2013	Radiografía torácica por disfagia intermitente que se ha vuelto continua
Mayo 2013	Primera consulta a psiquiatría (Unidad de Salud Mental HCUV)
Mayo 2013	Estudio esofagogastroduodenal y radiografía abdominal
Jul. 2013	Acude a urgencias por disfagia
Ago. 2013	Acude a urgencias por impactación en esofágica
Ago. 2013	Primera consulta a psicología (USM del HCUV)

### **Análisis del motivo de la consulta**

La paciente acude por primera vez a consulta de psiquiatría de la Unidad de Salud Mental (USM) de Foios (HUCV) el 16 de mayo 2013. La psiquiatra observa un cuadro ansioso secundario a una disfagia y le receta *trazodona* (50mg por la noche) que retirara durante la siguiente consulta por mala tolerancia (hipersensibilidad a los efectos anticolinérgicos). Describe el afecto de la paciente como “exagerado, con altas repercusiones de los síntomas en ella y en su entorno”. Propone, sin descartarse ninguno, 3 diagnósticos: trastorno de somatización indiferenciado vs. trastorno adaptativo vs. trastorno de ansiedad generalizada. El 22 de agosto de 2013 la paciente acude, acompañada por sus padres, a primera consulta de psicología clínica de la USM de Foios. Presenta un aspecto frágil, raquílica (IMC: 16,5) y con la piel seca. A nivel conductual, mantiene una postura encorvada y el contacto ocular es escaso. Las latencias de respuesta son largas y el tono del habla hipofónico. Se aclaran los motivos de la consulta y se presenta el encuadre.

## Historia del problema

*Primer episodio:* en 2006, 4 meses después del fallecimiento de su abuela paterna, la paciente acude a su médico de atención primaria para curarse de un resfriado común. El médico de familia le receta *Clarithromicina*. La paciente tolera muy mal el antibiótico y decide aliviar su estado febril tomando un *paracetamol*. Según informa, es cuando empieza a notar un intenso ardor estomacal y fuerte sequedad esofágica que “impide” la deglución (incluyendo bebidas), con odinofagia. Acude a puertas de urgencias del hospital donde permanece 36 horas en observación con tratamiento sintomático. Al no poder hallar etiología orgánica, se le da el alta hospitalaria. Los 45 días siguientes, se queda encamada en su domicilio y es incapaz de ingerir comidas sólidas con mala tolerancia a los líquidos. Sólo come triturado. Paulatinamente, logra aumentar el espesor de las picadas hasta recuperarse espontáneamente del episodio, permaneciendo parcialmente libre de síntomas durante 3 años.

*Episodio actual:* Sin poderse identificar un precipitante claro, en octubre 2013, la paciente explica cómo, poco a poco, los síntomas disfágicos (que esta vez cursan sin odinofagia) se intensifican hasta que una noche, en casa de su abuelo paterno, nota cómo “algo de comida se quedó dentro”. Al no ceder la sensación y al intensificarse el cuadro de disfagia y disnea, la paciente sufre un ataque de pánico y acude a puertas de urgencias. Al mes siguiente, se lleva a cabo una manometría esofágica de alta resolución y se le diagnostica de aperistalsis esofágica dejando a estudio un posible trastorno añadido de anorexia nerviosa restrictiva. La exploración médica empeora aún más el cuadro y a partir de este momento, sólo logra ingerir comidas extremadamente trituradas con abundante aporte de líquidos añadidos.

*Antecedentes psiquiátricos personales:* No

*Antecedentes psiquiátricos familiares:* 2 episodios depresivos mayores en el padre

## Análisis funcional y descripción de las conductas problema

*Factores predisponentes:* la paciente padeció (y sigue teniendo en la actualidad) anismo (disinergia del suelo pélvico) que le causa estreñimiento crónico. Recuerda su infancia marcada por una peculiar relación con la alimentación. Su padre sufrió dos episodios depresivos mayores, durante los cuales pasaba el día en su habitación,

escondiéndose para llorar sin jamás expresar su dolor de manera explícita. El sistema de comunicación intrafamiliar se caracteriza por la contención emocional, lo cual a su vez perjudica al normal desarrollo socio-emocional y fomenta la génesis de unos sistemas creenciales particulares (“es malo expresar el sufrimiento – debo contener mis emociones”). En cuanto a las variables demográficas “el sexo femenino, el menor nivel educativo, un nivel socioeconómico bajo y el desempleo” estarían considerados como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de síntomas somáticos (American Psychiatric Association [APA], 2014).

*Factores precipitantes:* Tanto el primer episodio como el episodio actual coinciden con el fallecimiento de un familiar próximo (abuela materna y paterna respectivamente). De hecho, la relación de la paciente con todo lo relacionado con la muerte tiene fuertes componentes fóbicos que se manifiesta por un patrón de evitación activo en las dimensiones conductuales y cognitivas (le aterra pasar delante de un cementerio, asistir a una misa fúnebre...). Además, el segundo episodio depresivo mayor del padre tras el fallecimiento de su abuela paterna dificulta la elaboración del duelo de la paciente. A nivel sintomático, en ambos casos, un atragantamiento parece ser el factor desencadenante de la disfagia.

*Factores de mantenimiento:* A nivel somático, la atención a las sensaciones corporales, una sensibilización al dolor y atribuciones erróneas de los síntomas fomentan el mantenimiento de la clínica somatomorfa. Las ganancias secundarias (conductas de enfermedad) se objetivan por la excesiva atención de los padres (sobre todo la madre) hacia los síntomas y las conductas desadaptativas de la paciente (quejas somáticas, evitación de tareas, entre otros). La paciente describe lo que llegamos a nombrar “el ritual de la batidora”: una vez que sus padres hayan terminado de comer, la paciente coge la comida que su madre le ha preparado (diferente a la de los demás), se dirige al comedor con la batidora, y delante de ellos, introduce los alimentos en la batidora, añade abundante cantidad de líquidos y lo tritura todo. Una vez hecho, siempre delante de ellos, ingiere su comida.

### **Establecimiento de las metas del tratamiento**

Se pacta con la paciente dos objetivos terapéuticos principales: restablecer un patrón de alimentación sólido y saludable (incremento ponderal) y modificar la relación

que tiene con las sensaciones corporales. Con ese fin se plantea los siguientes abordajes conductuales:

- Entrenamiento en relajación
- Exposición gradual a alimentos sólidos
- Activación conductual e incremento de actividades gratificantes
- Planificación gradual de actividad física
- Conducta de enfermedad

En cuanto a la dimensión cognitivo-emocional:

- Identificar, expresar y registrar emociones y pensamientos
- Técnicas de distracción
- Reestructuración cognitiva

Métodos interpersonales:

- Rol de enfermo
- Entrenamiento en asertividad
- Inclusión de los allegados significativos en la terapia

Finalización y prevención de recaídas.

### **Selección de los tratamientos más adecuados**

Numerosos estudios aleatorizados y controlados han demostrado la eficacia de la TCC para el tratamiento de los trastornos con síntomas somáticos. Nezu, Nezu y Lombardo (2001) llevaron a cabo una revisión sistemática incluyendo 37 estudios los cuales apoyaron la superioridad de la TCC en la disminución de las molestias físicas y en la mejoría del funcionamiento físico y social. Allen y Woolfolk (2006) estudió con 84 pacientes un protocolo de TCC individual en 10 sesiones y lo comparó con un grupo control que recibe el tratamiento psiquiátrico estándar. El grupo experimental obtuvo mejorías en somatizaciones, reducción de quejas somáticas y funcionamiento personal. Los resultados seguían manteniéndose a los 15 meses. A raíz de estos resultados, Woolfolk y Allen diseñaron un tratamiento (10 sesiones) comprensivo y con mayor énfasis en aspectos emocionales que las TCC hasta ahora empleadas para el tratamiento de los trastornos de síntomas somáticos. En 2011, Sergio Moreno González pone a prueba los resultados obtenidos por Woolfolk y Allen adaptando el protocolo a la población española. En este estudio se decide aplicar el protocolo propuesto por S.

Moreno para los casos de trastorno de síntomas somáticos leves en un caso grave y persistente.

En cuanto a la disfagia, se decide restaurar como prioridad unos hábitos alimentarios saludables e ingestas sólidas. Por ello, desde un enfoque conductual, se interviene sobre los factores de mantenimiento (romper el ritual de la batidora, comer junto a su familia, triturar sin observadores, extinción por parte de los padres de las quejas somáticas y refuerzo de las conductas adaptativas...). Con el fin de lograr ingestas sólidas, se solicita a la paciente que registre y pese todos los alimentos y que vaya añadiendo una proporción de líquidos cada vez inferior (empezando con 85% hasta llegar a 10% en un año para luego introducir comidas sin triturar de vez en cuando hasta eliminar los triturados). La exposición se acompañó de un psicoeducativo, técnicas de relajación y entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

### **Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados**

Con el fin de poder conocer objetivamente la evolución de la paciente, así como valorar la efectividad del tratamiento se aplican en 3 momentos (Pre, Post y seguimiento) los siguientes instrumentos de evaluación:

- EDI-3 (*Eating Disorder Inventory* 3ª edición. Garner, 2010). con el doble objetivo de descartar un trastorno de la conducta alimentaria y poder conocer las dimensiones psicológicas más afectadas e intervenir en estas.

- BDI-II (*Beck Depression Inventory* 2ª edición. (Beck, Steer y Brown, 1996)

- H.A.D (*Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión*. (Snatih y Zigmond, 1994).

### **Aplicación de los tratamientos y evaluación de su eficacia**

Debido a la idiosincrasia del caso, algunas sesiones tuvieron que prologarse en dos a tres citas más de lo previsto (como en el caso de las dedicadas al entrenamiento en asertividad y el etiquetaje emocional), dando como resultado un número de 17 sesiones en total (las cuales incluyeron la exposición gradual a comidas sólidas) con una frecuencia quincenal. El tratamiento comenzó después de 5 sesiones dedicadas a recoger la historia personal de la paciente y establecer el diagnóstico. La duración total del tratamiento fue de 15 meses. En la actualidad, la paciente sigue acudiendo a seguimiento semestralmente para poder valorar el mantenimiento de los avances.

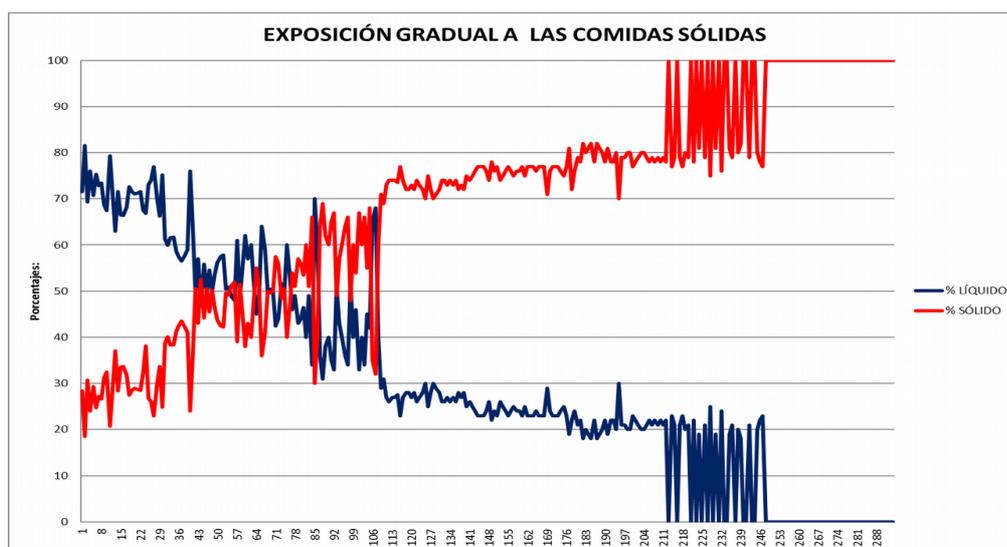
*Objetivo 1 (alimentación sólida y saludable):* al finalizar el tratamiento se observó un aumento significativo del peso de la paciente (tabla 2) y la alimentación fue sólida y variada (gráfica 1).

Tabla 2

Evolución del Índice de Masa Corporal (IMC)

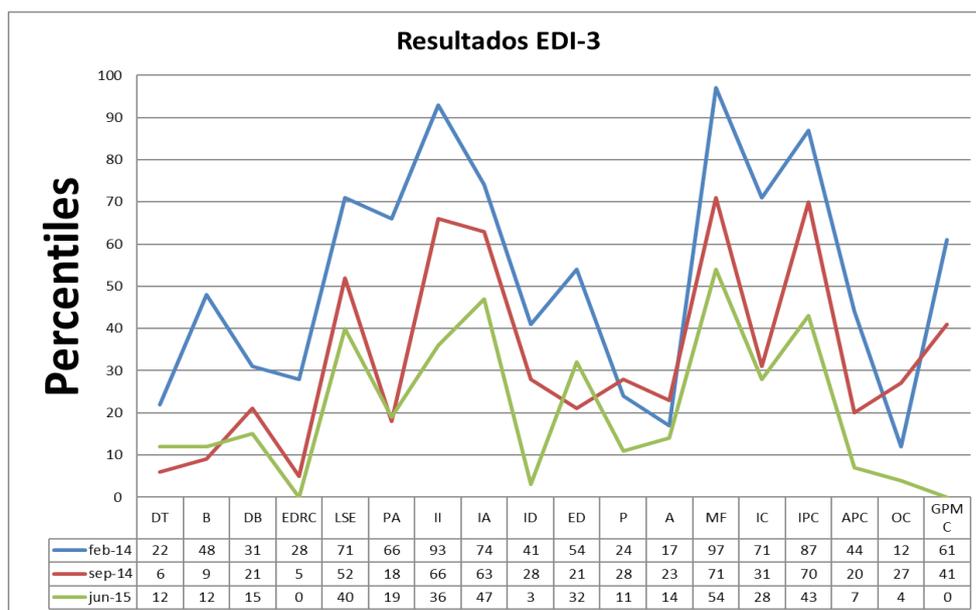
	<i>Peso</i>	<i>IMC</i>
Ago. 2013	46,56	16,52
Oct. 2014	54,2	19,2
Jun. 2015	58,4	20,69

	PESO	IMC
Agosto 2013	46,56	16,52
Octubre 2014	54,2	19,2
Junio 2015	58,4	20,69

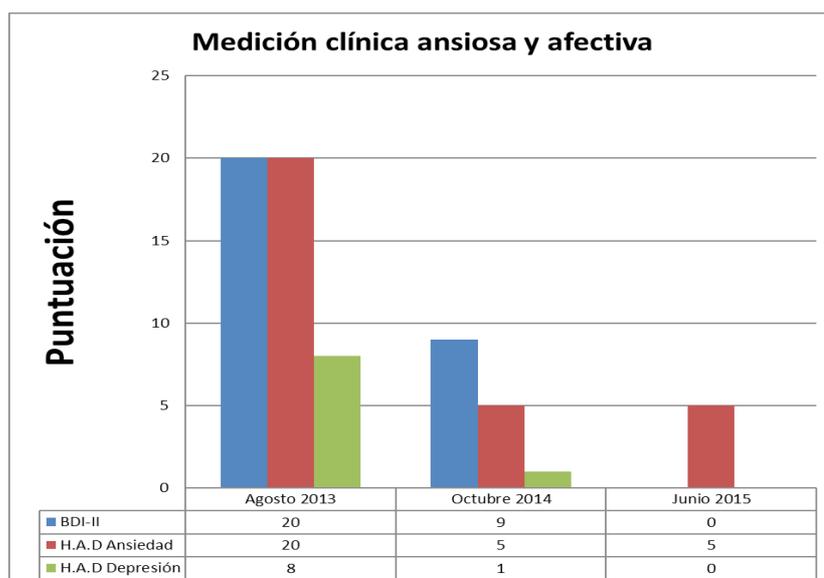


Gráfica 1. Registro de la proporción de líquido añadido durante 288 días.

*Objetivo 2 (sintomatología somatomorfa y clínica ansioso-afectiva):* se observó una reducción de la sintomatología somatomorfa. Desde que inició el tratamiento, la paciente no ha vuelto a acudir a puertas de urgencias. Su nivel de actividad ha mejorado en la totalidad de las escalas e índices psicológicos y está en fase de búsqueda activa de empleo (gráfico 2). Al finalizar el tratamiento la paciente se encontraba libre de clínica afectiva y parcialmente libre de clínica ansiosa (gráfico 3).



*Grafico 2.* Resultados del EDI-3 en los momentos Pre, Post y en Seguimiento. DT: Obsesión por la delgadez, B: Bulimia, DB: Insatisfacción corporal, EDRC: Índice de riesgo de TCA, LSE: Baja autoestima, PA: Alienación personal, II: Inseguridad interpersonal, IA: Desconfianza interpersonal, ID: déficits interoceptivos, ED: Desajuste emocional, P: Perfeccionismo, A: Ascetismo, MF: Miedo a la madurez, IC: Índice de ineficacia, IPC: Índice de problemas interpersonales, APC: Índice de problemas afectivos, OC: Índice de exceso de control, GPMC: Índice de desajuste psicológico general



*Grafico 3.* Evolución de la sintomatología ansioso-afectiva.

BDI-II: Beck Depression Inventory 2ª edición (sig>20), H.A.D: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (sig Ansiedad > 12, sig Depresión > 6)

### Seguimiento

Ocho meses después de finalizar el tratamiento, los resultados iniciales no sólo se mantuvieron, sino que se observó un incremento de las mejoras en todas las dimensiones del estudio.

### Conclusión

A la luz de los resultados, se puede concluir que el protocolo aplicado en el estudio controlado y aleatorizado llevado a cabo por Moreno, S. en 2011 para el trastorno de síntomas somáticos breve puede aplicarse también en casos graves y persistentes.

### Referencias

- Allen L. A., y Woolfolk R. L. (2006). Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Med*, 166(4), 1512-1518.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Barcelona: Masson.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Manual* (2nd Ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Garner, D. M. (2010). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3*. Madrid: TEA Ediciones, S.A
- Gili, M. (2006). *Trastornos mentales e hiperfrecuentación en atención primaria*. Recuperado de <http://www.infocop.es>
- Moreno, S. (2011). *Terapia Cognitivo – Conductual de pacientes con trastorno de somatización abreviado (SSI 4,6) en Atención Primaria: Un estudio controlado*. Zaragoza. Tesis de la Universidad de Zaragoza.
- Nezu, A. M., Nezu C. M. y Lombardo, E. R. (2001). Cognitive-Behavioral-Therapy for medically unexplained symptoms: a critical review of treatment of literature. *Behavior Therapy*, 32(3), 537-583.

Snatih, R. P., y Zigmond, A. S. (1994). *Hospital and depression scale*. Windsor: NFER. Nelson.

Woolfolk, R., y Allen, L. (2007a). New directions in treatment of somatizations. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 621-644.

Woolfolk, R. y Allen, L. (2007b). *Treating somatization: a cognitive-behavioral approach*. New York. Ed. London: Guilford Press.

## HIPOCONDRIA Y APEGO. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Rosalía Díaz Bóveda, Mara Segura-Serralta y Cristina Tormo-Martín**

*Residente de Psicología Clínica, servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia (España)*

### Resumen

*Antecedentes:* el estilo de apego de un individuo puede ser conceptualizado como el modelo para interactuar con los otros que se desarrolla como resultado de experiencias con sus cuidadores tempranos. Se piensa que personas con apego ansioso tienden a presentar más rasgos de tipo hipocondríaco que aquellas con otros estilos de apego. Esta asociación parece estar explicada por la tendencia general de estos individuos a buscar una mayor seguridad en sus relaciones interpersonales (Wearden, Perryman y Ward, 2006). *Método:* se presenta un estudio de caso según la clasificación propuesta por Montero y León (2002). Se trata de una mujer de 17 años de edad que presenta un cuadro de Hipocondría de 3 años de evolución. Desde los 4 años la paciente refiere diversos miedos y preocupaciones de corte hipocondríaco que se intensificaron hasta constituir un problema clínicamente significativo a los 14 años. Desde este momento se produjeron reagudizaciones del cuadro, en una de las cuales acude a Urgencias varios días seguidos, donde se deriva a un Centro de Salud Mental. En la evaluación pre- y post-tratamiento se le administraron los cuestionarios SCL-90-R y STAI. Se implementó un programa de tratamiento de orientación cognitivo-conductual, que constó de 12 sesiones y se incluyeron cuatro más dedicadas a otras necesidades surgidas en la terapia, derivadas de una relación ansiosa-ambivalente de la paciente con su madre. La frecuencia de las sesiones fue quincenal. *Resultados:* en la evaluación post-tratamiento se evidenció una disminución en los dos cuestionarios anteriormente nombrados: SCL-90-R y STAI. *Conclusiones:* el caso ha tenido una evolución favorable, debida a la intervención cognitivo-conductual llevada a cabo, así como a las sesiones de intervención relacionadas con la relación materno-filial, que actuaba como factor mantenedor del cuadro.

**Palabras clave:** hipocondría, apego ansioso, tratamiento cognitivo-conductual.



## HYPOCHONDRIA AND ATTACHMENT. A REPORT A CASE

### Abstract

*Antecedents:* an individual's attachment style can be seen as a model for interacting with others that is developed through primary experiences with childhood caregivers. It is thought that people with preoccupied attachment, would present more hypochondriac features than those with other attachment styles. This association may be explained by the tendency of these people to seek reassurance in relationships (Wearden, Perryman and Ward, 2006). *Method:* presented below is a study case with the classification proposed by Montero and León (2002). It is a woman, she is 17 years old, single, she lives with her parents and brother. She presents Hypochondria of three years of evolution. Since she was four years old, the patient presented various fears and hypochondriacal worries that were intensified until they constituted a clinical significant problem at the age of 14. Since this moment, there has been exacerbations of the disorder, in one of them she went to Urgencies in the hospital some consecutive days, where she was derived to a Mental Health Centre. Two questionnaires were administered in the pre and post intervention: SCL-90-R and STAI. It was implemented a cognitive-behavioural treatment of 12 sessions, and there were added 4 sessions more for other needs emerged during the therapy, derived from an anxious-ambivalent relationship with her mother. The frequency of the sessions was biweekly. *Results:* in the post-treatment evaluation it was evidenced a decrease in the scores of both questionnaires: SCL-90-R and STAI. *Conclusions:* the patient has had a favourable evolution, due to the cognitive-behavioural intervention, and also because of the sessions focused on the mother-child relationship, that was acting as a maintainer factor of the disorder.

**Keywords:** hypochondria, anxious attachment, cognitive-behavioural treatment.

### Introducción

Se estima que la prevalencia de la hipocondría en la población general es de alrededor un 5% (Olatunji et al., 2014). La hipocondría ha sido históricamente conceptualizada como un trastorno somatomorfo, aunque la validez de esta

categorización ha sido discutida. Se ha argumentado que la hipocondría podría ser mejor conceptualizada como un trastorno de ansiedad (Olantajuni, Deacon y Abramowitz, 2009), este planteamiento sugiere que la ansiedad por la salud representa una dimensión continua, que va desde la ausencia de ansiedad por la salud, hasta una ansiedad por la salud severa; siendo la hipocondría el punto de corte clínico (Marcus, Gurley, Marchy y Bauer, 2007). Este planteamiento está basado en observaciones empíricas de que los síntomas de la hipocondría se solapan con ciertos trastornos de ansiedad como son el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de pánico. Además, la explicación de la hipocondría desde un enfoque cognitivo-conductual, ha recibido apoyo empírico. Este enfoque enfatiza la importancia de las creencias disfuncionales en el mantenimiento de la hipocondría, al igual que en otros trastornos de ansiedad. Basado en estas y otras observaciones, el reciente manual diagnóstico DSM-5, ha reemplazado el nombre de hipocondría, por “trastorno de ansiedad por enfermedad” (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A pesar de que la hipocondría ha sido históricamente vista como un trastorno resistente al tratamiento psicológico, estudios recientes (Olatunji et al., 2014) sugieren la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales en reducir los síntomas tanto específicos del trastorno como no específicos en aquellas personas con hipocondría/ansiedad por la enfermedad. En el caso que presentamos, se ha llevado a cabo un tratamiento de orientación cognitivo conductual para el tratamiento de un cuadro de hipocondría.

Además del tratamiento orientado al cuadro hipocondríaco, se introdujeron un número de sesiones enfocadas a la relación conflictiva que la paciente mantenía con su madre, que hipotetizamos, podría ser derivada de un apego ansioso-ambivalente entre ellas.

El concepto de apego describe la dinámica de las relaciones entre humanos. Inicialmente se utilizaba este término para describir las interacciones entre el niño y su cuidador. El pionero fue Bowlby (1969), seguido por Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978), quien diseñó la «Situación extraña», situación experimental a través de la cual describe 3 tipos de apego:

- Seguro
- Inseguro-evitativo

-Inseguro-ambivalente: alto nivel de angustia durante la separación y al reunirse con la madre no se calman rápidamente. Madres: disponibilidad impredecible y alta intrusividad.

Posteriormente, se describió un cuarto tipo de apego: Apego desorganizado (Main y Hesse, 1990).

Hay autores que postulan la Teoría del apego (Bowlby, 1969) como una teoría de regulación del afecto (Schore y Schore, 2008) y postulan que un estilo de apego inseguro, en especial inseguro-ambivalente, está asociado con el desarrollo de estrategias de regulación emocional inefectivas, así como con síntomas y trastornos de ansiedad (Esbjörn, Bender, Reinholdt-Dunne, Munck y Ollendick, 2011). Además, se piensa que personas con apego ansioso, van a tender a presentar más rasgos de tipo hipocondríaco que aquellas con otros estilos de apego. Esta asociación parece estar explicada por la tendencia general de estos individuos a buscar mayor seguridad en sus relaciones interpersonales (Wearden, Perryman y Ward, 2006).

Se postula en la paciente un apego de tipo ansioso-ambivalente con su madre, que podría llevar a un déficit en su regulación emocional, que contribuiría a la constitución del cuadro hipocondríaco y estado de ansiedad elevado constante.

### **Identificación del paciente**

Mujer, 17 años, soltera, está cursando 2º de Bachillerato. Vive con sus padres y su hermano. Su padre tiene 50 años, trabaja como transportista, está mucho tiempo fuera de casa y su madre tiene 46 años, trabaja en una fábrica. Su hermano tiene 10 años y está cursando estudios primarios. Viven en un núcleo de población semi-rural de los alrededores de Valencia.

### **Análisis del motivo de la consulta**

La paciente acude a una unidad de salud mental de adultos derivada desde Urgencias del Hospital Clínico de Valencia tras haber acudido 4 veces en 6 días consecutivos. Es vista en primer lugar por Psiquiatría, desde donde se deriva también a Psicología Clínica del mismo centro. El motivo de consulta por el que acude es el siguiente: ante diversos síntomas físicos con escasa importancia clínica tanto a nivel médico como psiquiátrico, la paciente realiza interpretaciones erróneas de tipo

hipocondríaco, teniendo el convencimiento de que padece una enfermedad grave. Esos síntomas son los siguientes:

-Síntomas físicos derivados de estados de ansiedad: taquicardia, hormigueos en las extremidades superiores.

-Sensaciones derivadas de cambios físicos normales y madurativos: mareos derivados de movimientos bruscos, mastalgia.

-Otras sensaciones físicas: sabor a sangre relacionado con gingivitis.

Estas interpretaciones hipocondríacas provocan un estado de ansiedad elevado en la paciente que se mantiene durante varios días. En ocasiones llega a experimentar crisis de angustia.

### **Historia del problema**

La paciente refiere diversos miedos desde pequeña: a la oscuridad, a dormir sola y especialmente a la muerte y a las enfermedades; la paciente dormía con sus padres hasta los 14 años, a partir de esta edad empezó a dormir sola.

Por estos motivos sus padres la llevaron a una unidad de salud mental infanto-juvenil cuando tenía 12 años, el motivo de consulta era el siguiente: “desde los 3 años duerme con sus padres. Miedo a la muerte y a padecer enfermedades. Presenta múltiples síntomas somáticos en diferentes situaciones. Pensamientos egodistónicos de tipo hipocondríaco. Destaca la mala relación con su madre”. En esta unidad, la paciente acudió a 3 citas con Psiquiatría y de forma paralela acudió a 4 citas con Psicología; tras estas sesiones, la paciente dejó de acudir.

La primera vez que la paciente refiere sintomatología ansiosa es cuando tiene 9 años, recuerda que fue un día en el momento en que se iba a dormir, en uno de los intentos de sus padres para que durmiera sola. A los 10 años, a raíz de una explicación en clase de biología acerca de la tenia (*Taeniasp*), refiere haber mantenido la creencia de que tenía una tenia en su interior durante 5 días, a lo largo de los cuales su ansiedad fue en aumento, hasta que se lo comentó a sus padres, los cuales la tranquilizaron, tras lo que bajó su angustia.

Estos miedos hipocondríacos se intensificaron hasta constituir un problema clínicamente significativo cuando la paciente tenía 14 años, en esta ocasión destaca como desencadenante otra explicación en clase de biología, tras la que piensa que padece la enfermedad explicada, piensa que tiene encharcados los pulmones; el síntoma

que tenía era sabor a sangre en la boca. Refiere elevada ansiedad, no se lo dice a sus padres y la ansiedad va en aumento, hasta que unos días después debuta con una crisis de ansiedad, tras la que su padre la lleva al centro de salud más cercano. Desde este momento se agudiza la sintomatología y empieza a producir deterioro en su vida cotidiana:

- Interpretaciones hipocondríacas más frecuentes ante síntomas físicos.
- Autoexploraciones físicas constantes
- Demandas repetidas de explicaciones a sus padres
- Importante ansiedad flotante.

La paciente presenta posteriores reagudizaciones del cuadro. Cuando tenía 16 años, la paciente refiere presentar vértigos ante los cuales realiza una interpretación hipocondríaca, presenta elevada ansiedad durante varios días, tras los que acaba presentando una crisis de ansiedad. Como precipitantes, destacan: época de exámenes, ruptura sentimental y enfado con su mejor amiga.

La posterior reagudización que se produce es cuando acude a Urgencias 4 veces en 6 días consecutivos «acude con su padre, intensa angustia y miedo a la muerte que atribuye a un dolor opresivo en el brazo izquierdo, a la convicción (no constatada) de que espanta sangre. La propia paciente lo señala como terrores de índole hipocondríaco, pero refiere sentirse impotente para su control, lo que le genera paroxismos de angustia que han ido haciéndose más frecuentes». En Urgencias, tras el fracaso de diferentes tratamientos ansiolíticos, se le pauta Abilify 10mg y se le deriva a Unidad de Salud Mental de adultos.

Mientras estaba en lista de espera en esta unidad, la paciente acudió a un psiquiatra privado, el cual le recetó: Escitalopram 5 mg y Alprazolam 0.5 mg. Una vez acude a la unidad de salud mental de adultos, es vista por psiquiatría, donde se interrumpe el tratamiento con Abilify y se le prescribe: Escitalopram 10mg y Alprazolam 0,5mg. Desde Psiquiatría se deriva a Psicología, donde se inicia un tratamiento psicológico con ella.

### **Análisis y descripción de las conductas problema**

- Interpretaciones hipocondríacas ante diversos síntomas físicos
- Autoexploraciones físicas constantes

- Evitación de información relacionada con enfermedades y muertes: ver la televisión, conversaciones.

- Importante ansiedad flotante y, en ocasiones, crisis de pánico

También se evidenció que la paciente mantenía una relación conflictiva con su madre. Se exploró esta relación viendo que estas mantenían unavinculación de tipo ansioso-ambivalente, que parece haber influido en la consolidación del cuadro y actualmente se evidencia como factor mantenedor de la problemática del sujeto. La madre de la paciente siempre ha sido muy exigente y sobreprotectora con ella. En cambio, su padre ha estado parcialmente ausente en la vida familiar.

### **Establecimiento de las metas del tratamiento y Estudio de los objetivos terapéuticos**

1) Modificación de supuestos disfuncionales sobre la sintomatología somática, la enfermedad y las conductas de salud

2) Disminución del componente autoatencional

3) Eliminación de comportamientos involucrados en el mantenimiento del cuadro como: autoexploraciones físicas y evitación de información relacionada con enfermedad y muerte.

Se consideró importante intervenir en la relación materno-filial en la medida de lo posible. A este respecto, los objetivos que se plantearon fueron los siguientes:

- Fomentar autonomía de la paciente

- Favorecer autoconocimiento y trabajar estrategias de regulación emocional y control de la ansiedad.

### **Selección del tratamiento más adecuado**

Se implementó un programa de tratamiento de orientación cognitivo-conductual propuesto por Botella y Martínez (1997), basado en el modelo de hipocondría de Warwick y Salkovskis (1990). Se presenta a continuación (Caballo, 2007):

#### ***FASE 1. Fase de EVALUACIÓN (3 sesiones)***

##### ***Sesiones 1 y 2:***

- Descubrir la actitud del paciente hacia tratamiento psicológico

- Tácticas para conseguir la cooperación del paciente

- Breve descripción del problema

- Inicio y curso del problema

- Descripción detallada del problema
- Variables moduladoras
- Evitación
- Reacción de otras personas significativas
- Historia de tratamientos anteriores
- Grado de deterioro social/laboral/ocio
- Creencias generales sobre la naturaleza y significado de los síntomas
- Situación psicosocial

### **Sesión 3:**

- Recoger datos complementarios a través de cuestionarios de autoinforme

### **FASE 2. Fase de TRATAMIENTO (10 sesiones)**

#### FORMULACIÓN DEL MODELO Y OBTENCIÓN DEL COMPROMISO:

1. Plantear la hipótesis que el paciente considera que explica el problema (trastorno orgánico').
2. Proponer una nueva hipótesis alternativa a la anterior ('problema de ansiedad').
3. Comparar las dos hipótesis explicativas del problema.
4. Establecimiento del contrato terapéutico.
5. Plantear la lógica del tratamiento.

#### ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

1. Discusión del factor conductual en el mantenimiento del problema.
2. Lista de 'auto-prohibiciones'.
3. Pautas de actuación para los familiares.
4. Cuestionamiento verbal de las interpretaciones negativas de los síntomas
5. Papel de la auto-atención en la percepción de las sensaciones corporales.
6. Efectos paliativos de la distracción.
7. Entrenamiento en técnicas de distracción.
8. Reestructuración de las Imágenes espontáneas desagradables.
9. Identificación y discusión de las creencias disfuncionales.

#### PREVENCIÓN DE RECAIDAS

1. Repaso del contenido de las sesiones anteriores.
2. Repaso de la evolución del paciente a lo largo de la terapia.
3. Valoración de las creencias residuales y futuras preocupaciones del paciente.
4. Conveniencia de generalizar el contenido de la terapia a otras sensaciones

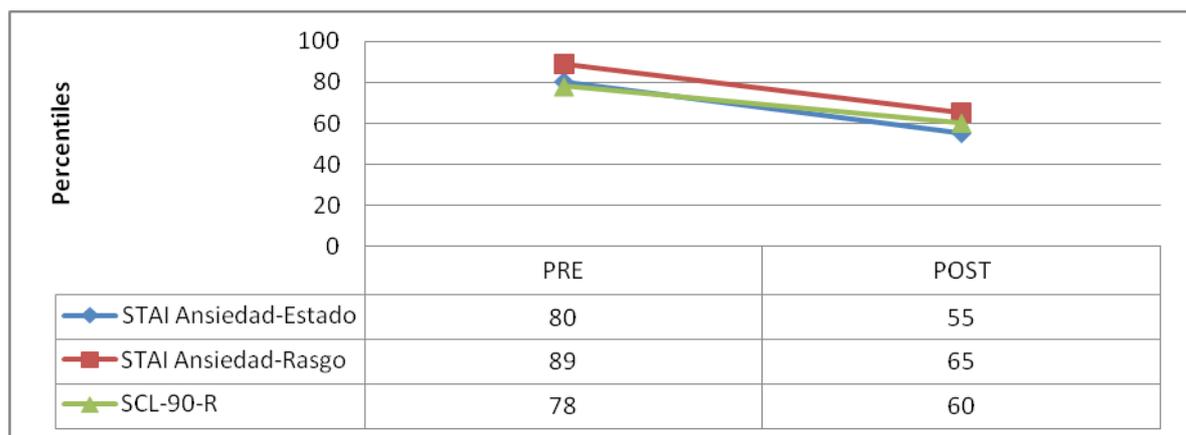
corporales.

5. *Conveniencia de seguir practicando las técnicas aprendidas.*
6. *Resolución de dudas finales respecto al tratamiento.*
7. *Programación de las evaluaciones de post-tratamiento y seguimientos.*

**Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase**

En la evaluación pre- y post-tratamiento se le administraron los cuestionarios SCL-90-R y STAI.

En la evaluación pre-tratamiento obtuvo puntuaciones clínicamente significativas en las escalas de Somatizaciones (percentil 75) y Ansiedad (percentil 83) del SCL-90-R y en las escalas de ansiedad-estado (percentil 80) y ansiedad-rasgo (percentil 89) del STAI. Se muestran los resultados obtenidos en la Figura 1.



*Figura 1.* Resultados obtenidos en las medidas pre- y post-tratamiento en las escalas STAI y SCL-90.

**Aplicación del tratamiento**

El programa constó de 12 sesiones y se incluyeron cuatro sesiones más dedicadas a otras necesidades surgidas en la terapia, derivadas de la relación materno-filial. Las sesiones fueron quincenales, por lo que el tratamiento tuvo una duración de 8 meses. De momento no se han realizado seguimientos, pero se han planificado dos: 6 y 12 meses tras la finalización del tratamiento.

**Evaluación de la eficacia del tratamiento**



En la evaluación post-tratamiento, se evidenció una disminución en las puntuaciones tanto en el SCL-90-R, como en el STAI, destacando la escala de ansiedad-estado (percentil 55). La paciente se mostró satisfecha con el tratamiento llevado a cabo.

### **Seguimiento**

De momento no se han realizado sesiones de seguimiento del caso, se han planificado 2, uno a los 6 meses y otro a los 12 meses tras la finalización del tratamiento.

### **Conclusión**

La evolución de la paciente a lo largo del tratamiento fue favorable, esto fue debido en parte a la intervención cognitivo-conductual centrada en la hipocondría llevada a cabo, así como a las sesiones de intervención relacionadas con la relación materno-filial, que actuaba como factor mantenedor importante del cuadro.

### **Referencias**

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Barcelona: Masson.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (vol. 1). New York: Basic Books.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol.1). Madrid: Siglo XXI.
- Esbjörn, B. H., Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Munck, L. A., & Ollendick, T. H. (2011). The Development of Anxiety Disorders: Considering the Contributions of Attachment and Emotion Regulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 129–143.
- Main, M., y Hesse, E. D. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant Disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En M. Greenberg, D. Cicchetti, y M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years* (pp. 161-184). Chicago: Chicago University Press.

- Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchy, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clinical Psychology Review, 27*, 127-139.
- Montero, I., y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2*, 503-508.
- Olantajuni, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder? *British Journal of Psychiatry, 194*, 481-482.
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A. J., & Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy, 58*, 65-74.
- Schore, J. R., y Schore, A. N. (2008). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal, 26*, 9-20.
- Warwick, H. M. C., y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 105-117.
- Wearden, A., Perryman, K., & Ward, V. (2006). Adult attachment, reassurance seeking and hypochondriacal concerns in college students. *Journal of Health Psychology, 11*(6), 877-886.

## RESOLUCIÓN DE UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO CON APOYO GRUPAL

**M<sup>a</sup> Ascensión Albacete-Belmonte\***, **Jesús Onofre Valera-Bernal\***, **Antonia Sánchez-López\***, **Jose Joaquín García-Arenas\*** y **Julio Cesar Martín García-Sancho\*\***

*\*Centro de Salud Mental de Lorca. Servicio Murciano de Salud; \*\*Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud*

### Resumen

**Antecedentes:** La violencia de género es un problema de salud pública, por tanto, el ámbito sanitario se convierte en un contexto privilegiado para identificar y tratar a las mujeres que sufren cualquier forma de este tipo de violencia. **Método:** Es descriptivo. Presentamos el caso de una paciente de 41 años, que está siendo tratada en nuestro Centro de Salud Mental, derivada por su médico de Atención Primaria, por presentar sintomatología ansiosa-depresiva de años de evolución y agravada unos meses antes de su derivación. Tras identificar a la paciente, se analiza el motivo de su consulta, la historia del problema, las conductas problemáticas, se establecen las metas del tratamiento, los objetivos terapéuticos concretos y se elige el tratamiento más adecuado, en este caso, se trata de la terapia individual cognitivo-conductual (TCC), más tratamiento farmacológico. En abril de 2013 fue derivada a tratamiento grupal para mujeres que sufren violencia de género, de corte cognitivo-conductual. Se explicará cómo se ha llevado a cabo su evaluación, las pruebas pasadas antes del tratamiento y los resultados obtenidos en esta fase, la aplicación de dicha intervención, la eficacia de la misma, demostrada a través de los resultados obtenidos en la fase de evaluación posterior. Por último, se planteará un seguimiento con la paciente. **Resultados:** Presentamos la comparación entre las puntuaciones obtenidas en la evaluación pre y post-tratamiento, siendo los resultados favorables. **Conclusiones:** El apoyo del grupo ha sido crucial para poner fin a esa relación de maltrato y con ello a la recuperación de su salud y autoestima.

**Palabras clave:** Violencia de género. Tratamiento grupal en violencia de género. Apoyo grupal en violencia de género. Caso clínico. Caso de violencia de género.



## SOLVING A CASE OF GENDER VIOLENCE BY MEANS OF A SUPPORT GROUP

### Abstract

**Antecedents:** Gender violence is a public health problem, the health sector therefore becomes a privileged context to identify and treat women suffering from any form of such violence. **Method:** It is descriptive. We report the case of a patient of 41 years being treated in our Center for Mental Health, referred by her primary care physician, to present anxious-depressive symptomatology of years of evolution and aggravated few months before referral. After identifying the patient, the reason for your query is parsed, the history of the problem, problem behaviors, treatment goals are established, specific therapeutic targets and the most appropriate treatment is chosen, in this case, it is the individual Cognitive Behavioral Therapy (CBT), most drug treatment. In 2013 she was referred to group treatment for women who suffer gender violence, cognitive-behavioral type. Explain how it has conducted its evaluation, the last before treatment and the results of this testing phase, the implementation of the intervention, the effectiveness of it, demonstrated by the results of the phase evaluation. Finally, follow up with the patient be considered. **Results:** We present a comparison between the scores obtained in the pre and post-treatment assessment, with favorable results. **Conclusions:** Group support was crucial to end the relationship maltrato and improvement.

**Keywords:** Gender violence. Group Treatment in gender violence. Support group on gender violence. Clinical case. Case of gender violence.

### Introducción

La Organización Mundial de la Salud considera la violencia ejercida sobre las mujeres en las relaciones de pareja, un problema de salud pública, identificándola como factor crucial en el deterioro de la salud (OMS, 1996). Y la declara prioridad internacional para los servicios de salud (OMS, 1998), puesto que el personal de estos servicios sanitarios está en contacto con víctimas, agresores, así como con sus hijos/as. Por tanto, se hace necesaria una actuación desde estos servicios sanitarios públicos, para dar respuesta a esta grave situación. Es en este marco, y más concretamente en nuestro

Centro de Salud Mental (CSM), donde llevamos a cabo la intervención sobre el caso de violencia de género que exponemos, primero en tratamiento psicológico y psiquiátrico individual y más tarde en tratamiento grupal, cuando en abril de 2013 se inicia un grupo para mujeres víctimas de violencia de género en nuestro centro, siguiendo las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja (Garriga y Martín, 2011).

El objetivo fundamental de toda la intervención, tanto individual como grupal, es que esta paciente con su trabajo personal y con el apoyo del grupo y el trabajo realizado en el mismo, ponga fin a esa situación de violencia y pueda separarse, para así recuperar su salud y aumentar su nivel de autoestima, de forma efectiva.

### **Identificación del paciente**

A fecha de su llegada a nuestro centro, tenemos una mujer de 37 años, divorciada de su primer matrimonio, del que tiene un hijo de 18 años y conviviendo con su segunda pareja y el hijo de ambos de 2 años. Es auxiliar de enfermería.

### **Análisis del motivo de la consulta**

Acudió el 21 de agosto 2011, derivada por su médico de Atención Primaria, por sintomatología ansiosa-depresiva de años de evolución y empeoramiento unos meses antes de su derivación.

En esa primera visita fue atendida por psicología. La paciente refería “estoy mal, muy triste, tengo un nudo en la garganta”, “duermo mal y no descanso”, “no me concentro”, “no tengo apetito, solo ganas de llorar”, “se me han quitado las ganas de vivir”, “a veces me han dado ideas de hacerme algo, pero no por mi hijo”, “tiene 2 años”, “duerme mal”, “no descanso”, “como estoy muy nerviosa discuto con mi marido”.

### **Historia del problema**

Se divorció por primera vez cuando su hijo mayor tenía 7 años y volvió al domicilio de sus padres. Cuando éste tenía 13, inició una nueva relación y pronto se fue a vivir con él, llevándose con ellos a su hijo. Nada más iniciar la convivencia, aparecieron problemas importantes entre su hijo y su pareja, éste no aceptaba al niño, por lo que decidió volverlo a llevar a vivir con los abuelos. Al mismo tiempo,

empezaron los insultos, el control de salidas, horarios de trabajo, móvil, dinero, amistades, no le gustaban sus compañeras de trabajo, ni sus amigas, no quería que visitara a su familia, especialmente a una de sus hermanas, con la que más unida estaba. Ella empezó a poner excusas y a cortar sus relaciones familiares y sociales y cuando quedó aislada, tuvo su segundo embarazo y con esto la violencia aumentó, recibiendo su primera paliza y la promesa de que no volvería a suceder. Entró en la dinámica del ciclo de la violencia, normalizando la situación, no encontrando la salida y sufriendo las consecuencias que este tipo de violencia ejerce sobre la salud, tanto física como emocional. Acude a consulta, sin explicitar el motivo real, cuando su sintomatología ansiosa-depresiva es tan importante, que se le habían quitado las ganas de vivir e incluso tenía “ideas de hacerme algo”.

### **Análisis y descripción de las conductas problema**

Presentaba un estado de ánimo deprimido, sin ganas de vivir, que le llevaba a más aislamiento social, laboral y familiar, sin apetito, con unos niveles de ansiedad altos, con grandes dificultades para dormir, para descansar y con problemas de concentración y memoria.

### **Establecimiento de las metas del tratamiento**

La meta fundamental tanto de la intervención psicológica individual, como de la grupal es que esta mujer ponga fin a esa situación de violencia física y psicológica y pueda separarse, para que así recupere su salud y aumente su nivel de autoestima de forma efectiva. Y con esto normalizar su funcionamiento personal, familiar, laboral y social.

### **Estudio de los objetivos terapéuticos**

Se concretaron en los siguientes:

- Estabilizar el estado anímico.
- Disminuir los niveles de ansiedad.
- Restauración del sueño y de la alimentación.
- Retomar relaciones sociales.
- Mejorar su autoestima.

### **Selección del tratamiento más adecuado**

Fue atendida por psicología en su primera visita, en la cual se le hizo la entrevista inicial, evaluación, diagnóstico: Episodio Depresivo Moderado, sin síntomas psicóticos (American Psychiatric Association [APA], 2000) y se eligió el tratamiento a seguir, que en nuestro caso y siguiendo las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Avalia-t, 2014), el tratamiento de elección fue la terapia individual cognitivo-conductual (TCC), con algunas adaptaciones, como las técnicas de relajación en grupo (para optimizar uno de los recursos de nuestro centro, llevado a cabo por enfermería). Y además, en esa primera entrevista fue derivada a psiquiatría, para pautarle tratamiento psicofarmacológico, debido a la intensidad de los síntomas que presentaba. En abril de 2013, además de las sesiones individuales, fue incluida en tratamiento grupal para mujeres que sufren violencia de género, iniciado por primera vez en nuestro centro en esa fecha, siguiendo las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja (Garriga y Martín, 2011), de corte cognitivo-conductual y añadiendo los efectos beneficiosos de la terapia de grupo.

### **Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase**

En la primera visita en psicología, tras la entrevista se llevó a cabo la evaluación inicial, con las siguientes pruebas y resultados:

- BDI-Inventario de depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961), que alcanza una puntuación de 17, situando la intensidad de la depresión en moderada, estando el rango de ésta entre 16 y 23.

- STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994), con un STAI-E (Pc=85) y un STAI-R (Pc=89).

- SRM-Escala de riesgo suicida de Plutchik (Plutchik, Van Praga, Conte, y Picard, 1989), con una puntuación de 11, en un rango que oscila entre 0 y 15 y estando el punto de corte en 6 o mayor; de manera que a más puntuación, más riesgo.

- RSE-Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), obtiene una puntuación de 21. Cuando es menor de 25 apunta a una autoestima baja, existiendo problemas significativos de la misma.

## **Aplicación del tratamiento**

### *Tratamiento psicológico individual:*

En psicología llevamos treinta y cinco sesiones, con una duración de 45 minutos cada una y con un periodo entre sesiones según la agenda del CSM y en grupo de relajación seis, con una duración de 90 minutos semanal, llevado a cabo por enfermería.

En la primera sesión se llevó a cabo la entrevista clínica, se procedió a hacer la evaluación inicial, se emitió el diagnóstico: Episodio depresivo moderado, sin síntomas psicóticos (APA, 2000) y se derivó a psiquiatría y a grupo de relajación.

En la segunda se le hizo una devolución a la paciente, donde se le informó de su patología, de los síntomas de la misma, se le señaló que estaba sufriendo una situación de violencia de género por parte de su pareja y de las repercusiones que ésta estaba teniendo en su salud. Se plantearon las metas y objetivos a conseguir y se le explicó el tipo de tratamiento que llevaríamos a cabo: se trabajaría a nivel de pensamientos, detectando los que tenía distorsionados, se le enseñó el concepto de pensamiento distorsionado, que los trabajaríamos con ejercicios, autorregistros de ideas distorsionadas, emociones, situaciones y cómo se haría mediante reestructuración cognitiva para generar pensamientos alternativos y racionales. También se le explicó la influencia de esos pensamientos distorsionados sobre la conducta y sobre el mantenimiento del malestar. Que al mismo tiempo que trabajábamos a nivel cognitivo, trabajaría sobre la ansiedad, cuándo y cómo surge, su duración y técnicas para controlarla, como las respiraciones y la relajación. Este aprendizaje lo haría en grupo, con enfermería y se llevaría a cabo de forma paralela tras esta segunda visita, hasta un total de seis sesiones. También se le planteó que actuaríamos a nivel de conducta, con tareas inter-sesiones. Y para terminar, se le remarcó que todo este tratamiento iba dirigido a alcanzar los objetivos propuestos, concretados con ella y encaminado todo hacia una meta, poner fin a esa relación de maltrato, para así recuperar su salud y autoestima de una manera efectiva.

De la tercera a la sesión treinta y cinco, se ha estado llevando a cabo todo el trabajo que le explicamos en la segunda visita, tanto a nivel cognitivo, como a nivel conductual. Y además, en la última sesión con ella, aunque aún no le hemos dado el alta, se ha evaluado su evolución, para comprobar la eficacia de la intervención llevada

a cabo hasta la fecha actual. Y dados los resultados obtenidos, que se presentan en el siguiente apartado, procederemos a darle el alta muy pronto.

*Tratamiento psiquiátrico:*

En psiquiatría se realizaron trece sesiones, siendo el tratamiento farmacológico el siguiente:

- Fluoxetina 20 mg: 1-0-0
- Orfidal 1 mg: 1-1-1

Según evolucionaba favorablemente, la medicación se fue disminuyendo hasta retirársela por completo en enero de 2015 y siendo dada de alta en esa fecha, por psiquiatría.

*Tratamiento psicológico grupal:*

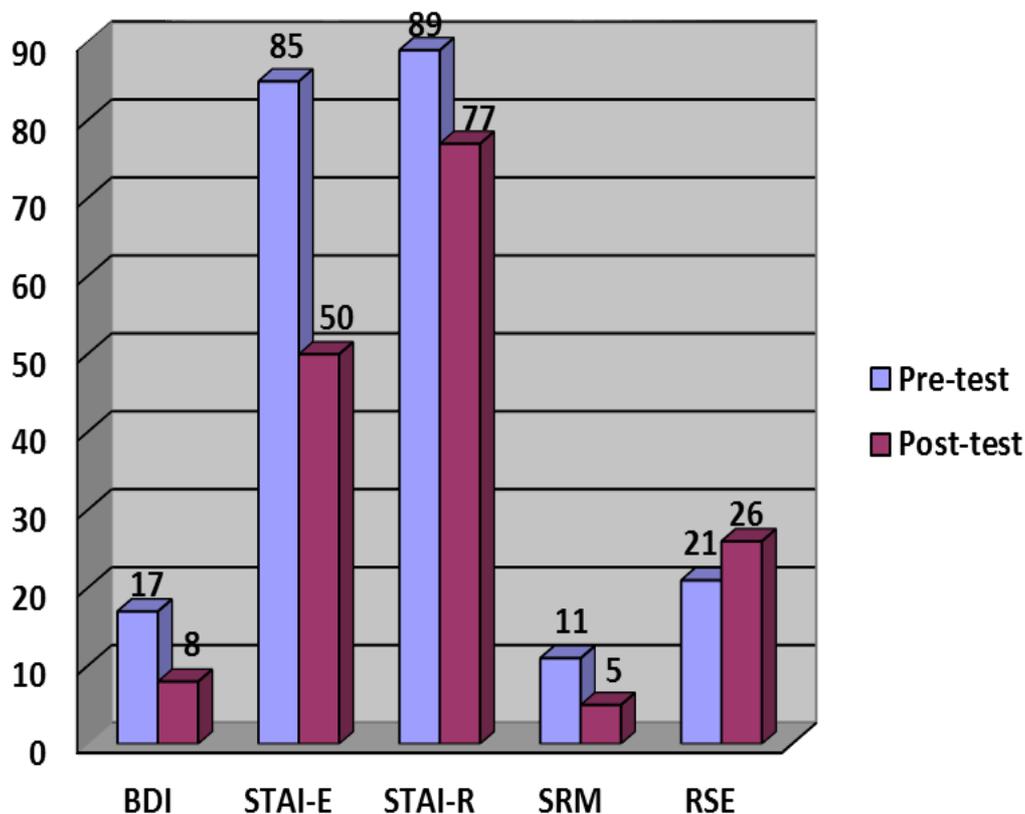
Planteamos unas normas básicas del trabajo en grupo, un encuadre, unos objetivos generales de la intervención grupal (que estas mujeres, con el apoyo del grupo y el trabajo realizado en el mismo, pongan fin a esa situación de violencia y puedan separarse, para así recuperar su salud y aumentar su nivel de autoestima, de forma efectiva) y otros específicos de cada uno de los módulos (Migallón y Gálvez, 2012) que íbamos a trabajar, que fueron los siguientes:

- Evaluación inicial y apertura del grupo.
- La identidad femenina.
- La autoestima.
- La comunicación.
- Las relaciones.
- Obstáculos para el cambio personal.
- La salud y vida cotidiana.
- Evaluación final y cierre del grupo.

Hemos realizado cuarenta sesiones grupales, con una duración de 90 minutos cada una y con un periodo entre sesiones de quince días, quitando periodos de vacaciones. Han participado en el grupo psicología, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social. Actualmente estamos ya prácticamente llegando a la evaluación final y cierre del grupo.

### **Evaluación de la eficacia del tratamiento**

Para evaluar la eficacia del tratamiento hasta la fecha de elaboración de este capítulo, pasamos las mismas pruebas que en la evaluación inicial y comparamos los resultados con los obtenidos en la misma. Aquí presentamos de forma gráfica dichos resultados (ver Figura1).



*Figura 1.* Comparación entre puntuaciones pre y post-tratamiento. BDI: Inventario de Depresión de Beck. STAI-E: Cuestionario de Ansiedad Estado. STAI-R: Cuestionario de Ansiedad Rasgo. SRM: Escala de riesgo suicida de Plutchik. RSE: Escala de autoestima de Rosenberg.

Podemos observar que evoluciona favorablemente, pues hay una gran mejoría en la sintomatología depresiva, encontrándose su puntuación actual dentro del rango considerado normal; también ha habido una reducción importante en la ansiedad estado y en la puntuación de riesgo suicida, situándose por debajo del punto de corte. Por último, vemos un aumento destacable en su autoestima pasando de baja a media. Y lo más importante y que ha contribuido a toda esta mejoría, ha sido que puso fin a esa relación de violencia, separándose a principios del 2014.

## Seguimiento

Plantaremos tres sesiones de seguimiento con la paciente a partir del alta en psicología, que es inminente, ya fue dada de alta por psiquiatría en enero de 2015, sin medicación. Y será a los tres meses, a los seis y al año, para asegurarnos del mantenimiento de la mejoría alcanzada.

### **Discusión/Conclusiones**

La Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) sigue mostrando su efectividad para el tratamiento de la depresión (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Avalia-t, 2014), con la adaptación hecha de técnicas de relajación en grupo (optimizando un recurso de nuestro centro, llevado a cabo por enfermería) y todo ello en combinación con el tratamiento farmacológico, dados los resultados obtenidos.

Con esta terapia (TCC) y la adaptación utilizada se optimiza el coste-beneficio en el servicio público de salud, en nuestro caso: el Servicio Murciano de Salud.

El tratamiento grupal ha sido clave y crucial, por el apoyo y trabajo realizado en el mismo, para poner fin a esa relación de maltrato y con ello a la recuperación de su salud y de su autoestima, de manera efectiva.

El tratamiento completo ha durado cuatro años, lo que nos pone de manifiesto que abandonar una relación de maltrato es un proceso lento y complejo.

Uno de los puntos débiles de esta intervención, es no saber cuál es el efecto real de cada uno de los tratamientos por si solos, puesto que aquí se combinan tratamiento psicológico y psiquiátrico individual e intervención grupal.

### **Referencias**

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Avalia-t. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- American Psychiatric Association, APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV-TR* (4a. ed.). Washington, D.C.: Author.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Garriga, A., y Martín, J. C. (2011). *Guía práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Murcia: Subdirección de Salud Mental, Servicio Murciano de Salud.

- Migallón, P., y Gálvez, B. (2012). *Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1996). *Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25. Prevención De La Violencia Una Prioridad En Salud Pública*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1998). *Salud Familiar y Reproductiva OPS, División de Salud y Desarrollo. Violencia Contra La Mujer. Un Tema De Salud Prioritario*. Washington: OMS/OPS.
- Plutchik, R., Van Praag, H.M., Conte, H.R. y Picard, S. (1989). Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 296-302.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self--image*. Princeton, NJ: University Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1994). *STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.

## **FACTORES Y CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

**Agustina Rico Zampetti, Laura Ramis Vasquez, Ana Madrigal Aguilera y Tania  
Díaz Suárez**

*Psicóloga Interna Residente en Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de  
Henares, Madrid, España*

### **Resumen**

Gran parte de las víctimas y maltratadores de violencia de género ha sido testigo de ella en su infancia, lo que plantea la necesidad de estudiar los factores, influencia y consecuencias que tiene dicha exposición en el desarrollo personal y social de niños y adolescentes. Así esta revisión bibliográfica tiene el objetivo de aunar y reunir lo hallado en los últimos estudios sobre este tema. Siendo la familia el primer agente socializador, la influencia que ésta ejerce en la interiorización de roles y valores es central, así numerosos estudios lo exponen. Por un lado aportando distintos factores protectores, como la cercanía emocional con los padres, un alto nivel de comunicación o la percepción de buenos cuidadores; aunque por el contrario, la violencia doméstica conlleva un deterioro en la disponibilidad paterna y en las relaciones paterno-filiales. Por otro lado ofrece un estilo negativo de afrontamiento, el cual podría interiorizarse como única alternativa. Éste, unido a la alta aceptación de la violencia en el contexto familiar, y junto con la gran influencia que en ello tiene el entorno, genera una percepción mayor de aceptación y mitigación del problema. Por tanto no solamente la socialización familiar tiene influencia en esta problemática, sino que ésta se extiende a la tolerancia percibida de su cohorte, la cual tiene mayor peso que la tolerancia personal, así como los valores y la cultura que impere en la sociedad en la que se encuentre inmerso. Todo ello genera efectos tanto directos como indirectos para un desarrollo y bienestar adecuado. Encontramos un ajuste deteriorado, síntomas depresivos y ansiosos, abuso de sustancias, comportamientos agresivos, apego inseguro, baja autoestima, etc. Con todo, es de remarcar la necesidad de un abordaje global con esta población para romper las estructuras de influencia intergeneracional y aumentar la concienciación social sobre esta problemática.

**Palabras clave:** Niñez, adolescencia, violencia de género, violencia doméstica

## **FACTORS AND CONSEQUENCES OF EXPOSURE TO GENDER VIOLENCE DURING CHILDHOOD AND ADOLESCENCE**

### **Abstract**

Most of the victims and perpetrators of gender violence have been witnesses of it on his childhood, which shows the need of study the factors, influence and consequences of such exposure in personal and social development of children and adolescents. From here, this literature review has the aim of unit and gathers as found in recent studies on this topic. Being the family the principal socializing agent, the influence it exerts on the internalization of roles and values is central, as shown many studies. On one hand bringing different protective factors such as emotional closeness with parents, a high level of communication or a perception of good caregivers; although, intimate partner violence generates a deterioration on the parental availability and the children-parents relationship. On the other hand provides a negative coping style, which could be internalized as the only alternative. This, joined with the high acceptance of violence in the family context, and with the great influence that the environment has, generates greater awareness and acceptance of the problem mitigation. Therefore not only the family socialization has influence on this issue, but it extends to the perceived tolerance of his cohort, which outweighs personal tolerance and the values and culture that prevails in the society that they are immersed. All this generates both direct and indirect effects for development and good welfare. We found a deteriorated adjustment, depression and anxiety symptoms, substance abuse, aggressive behaviour, insecure attachment, low self-esteem, etc. However, it is to emphasize the need for a global approach with this population to break the intergenerational influence structures and increase social awareness of this problem.

**Keywords:** Children, adolescence, intimate partner violence, domestic violence

### **Introducción**

En la actualidad, hablar sobre violencia de género implica traer a colación una



problemática social acuciante que se encuentra más presente en la sociedad en los últimos años. Según el Instituto Nacional de Estadística (2014), en España solamente en el año 2014 el número de víctimas de violencia de género con orden de protección o medidas cautelares inscritas en el Registro Central fue de 27.087 mujeres, aunque el número total de denuncias presentadas en los Juzgados sobre la mujer asciende a 126.742. A su vez, teniendo en cuenta datos recientes, sólo denunciarían 2 de cada 10 mujeres, con lo que el número de mujeres que sufre violencia de género aumenta drásticamente. Ello implica que al menos el mismo número de familias han vivido violencia de género en el hogar, y puede que el número aumente con aquellas familias que no denuncian. En relación, se encuentra que aproximadamente el 71% de las víctimas jamás ha denunciado, y el 45% de éstas no lo hacen porque no *concede la suficiente importancia a la violencia de género sufrida*, revelando la importancia concedida a la idea que la sociedad tiene sobre la violencia de género y su percepción de tolerancia hacia la misma, poniendo de manifiesto la necesidad de cambios a nivel tanto individual como social.

En los últimos años, asimismo, se ha percibido un aumento de casos de violencia de género en parejas de adolescentes, lo que incrementa aún más la alarma social y personal sobre esta problemática. Según González y Santana (2001), alrededor del 7% de chicas y el 7.5% de chicos reconocen que en alguna ocasión han pegado o empujado a su pareja. Esto, unido a que la idea que tienen los jóvenes de violencia de género se enmarca en unas franjas de edad adulta, no consideran que estas acciones impliquen o lleven a la violencia de género. Junto con la necesidad de los adolescentes de validar sus opiniones y valores en el grupo de iguales, estos datos reflejan que el reconocimiento de la violencia de género como tal entre miembros de la cohorte se dificulta, provocando a su vez una mayor percepción de tolerancia de la misma entre iguales, aumentando de esta forma su efecto, y generando un círculo vicioso del que es complicado salir.

Una gran parte de las víctimas y maltratadores de violencia de género ha sido testigo de ella durante su infancia y adolescencia, remarcando la necesidad de evaluar los efectos que tiene la vivencia de dicha violencia de género sobre el bienestar y el desarrollo psicológico de éstos. Esta prematura exposición podría ser considerada un importante factor de riesgo a la hora de repetir un patrón de violencia de género en la edad adulta.

Todo ello hace plantearse la necesidad de estudiar los factores, la influencia y las

consecuencias que tiene la exposición a la violencia de género en el desarrollo personal y social de niños y adolescentes, y de esta manera poder enmarcarlo en un contexto de prevención e intervención psicológica desde el ámbito individual, familiar y comunitario.

Por todo ello, la presente comunicación tiene el objetivo de aunar y reunir lo hallado en los estudios más recientes sobre los factores que influyen en las posteriores consecuencias personales y sociales de convivir con la violencia de género, para de esta forma poder tener un conocimiento amplio del tema y poder intervenir de manera más eficaz desde todas las esferas: individual, familiar y comunitaria.

### **Método**

Para aunar en los factores que toman parte en el contexto de violencia de género se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de investigaciones extraídas a través de *PubMed*, seleccionando aquellas publicaciones registradas entre los años 2001 y 2015, mientras que para reunir las consecuencias que esta exposición tiene en niños y adolescentes se ha acortado la franja desde 2010 hasta 2015 para incluir sólo los hallazgos más recientes. En ambos casos se han empleado las siguientes *Palabras clave*: “intimate partner violence”, “dating violence”, “child”, “children”, “adolescence”.

Por otro lado, se ha reunido información de medios de comunicación y de servicios nacionales como el Instituto Nacional de Estadística o el Observatorio para la violencia doméstica y de género.

### **Resultados**

Como resultado de la exposición a la violencia de género, la literatura resalta de manera general la presencia de problemas en el desarrollo psicológico, social y escolar de una gran parte de niños y adolescentes. Aun así es necesario remarcar que se destaca que no todos aquellos que vivencian esta experiencia desarrollan problemas, y que pueden llegar a ser capaces de tener respuestas maduras, lo que dependerá, según los estudios, de la calidad en la relación paterno-filial como refieren [East](#) y [Hokoda](#) (2015), del nivel de comunicación de la misma o del nivel de cercanía emocional, entre otros.

En general se subraya un ajuste psicológico deteriorado y un apego inseguro, fruto de las relaciones familiares donde hay una menor comunicación y disponibilidad paterna, generando un clima personal que favorece la disminución de la autoestima,

trayendo consigo síntomas depresivos y ansiosos, como destacan González, [Macmillan, Tanaka, Jack](#) y [Tonmyr](#) (2014).

Se destaca asimismo el aprendizaje de comportamientos violentos, como observan Holmes, [Voith](#) y [Gromoske](#) (2015), los cuales en ocasiones están dirigidos directamente hacia sus madres, aumentando de esta manera la victimización que sufren éstas, sumada a la ya ejercida por la pareja.

Como reflejo de esta problemática, se objetiva un aumento de los problemas académicos, y un mayor consumo de sustancias como refieren Salom, [Williams, Najman](#) y [Alati](#) (2015), frente a niños y adolescentes que no han tenido esta vivencia.

A su vez, juega un papel importante el vecindario tal y como constatan Chang, [Foshee, Reyes, Ennett](#) y [Halpern](#) (2015), y los valores y la cultura dominante en la sociedad de ese momento, destacando también la importancia del apoyo social que puedan recibir, así como de la percepción de tolerancia que se perciba de su cohorte.

## Conclusiones

La familia, como el principal agente socializador y como vehículo mismo de la vivencia de la violencia de género tiene un peso muy importante en las posteriores consecuencias de la misma.

Por un lado, la familia puede estar sustentando un papel protector, como exponen Miller-Graff, [Cater, Howell](#) y [Graham-Bermann](#) (2015), a través del establecimiento de una buena comunicación paterno-filial y cercanía emocional con sus hijos, lo que favorecería y generaría un espacio para el encuentro y para el desarrollo de un apego seguro. Este apego seguro podría actuar como protector a la hora de establecer futuras relaciones de pareja, asimismo influiría en el mantenimiento de una buena autoestima, dificultando la manipulación y disminuyendo la influencia de la percepción y de los valores asociados a la violencia de género. Aunque es cierto que en ocasiones la presencia de violencia de género no permite el desarrollo de una relación paterno-filial cercana y comunicativa, como refieren Tailor, [Stewart-Tufescu](#) y [Piotrowski](#) (2015).

Por otro lado, en aquellos hogares con violencia de género las relaciones paterno-filiales suelen estar deterioradas con una menor comunicación y una menor disponibilidad por parte de los padres, con conflictividad paterna, y aportando además un estilo de afrontamiento negativo que genera una disminución en la percepción de

habilidades para hacer frente a los problemas. Todo ello genera una sensación de indefensión aprendida, que impide el desarrollo de habilidades y herramientas para hacer frente a la situación problemática, junto con una sensación de abandono que repercute a nivel emocional en la formación de un apego inseguro. Este apego inseguro dificultará el establecimiento de relaciones sanas y de un patrón de comunicación funcional, favoreciendo la aparición de relaciones de pareja disfuncionales en las que pueda surgir la violencia de género.

Todo lo narrado se encuadra dentro de un marco cultural y de valores propios de la sociedad en la que se encuentren inmersos, con especial peso a la cohorte, tanto por el apoyo social que pueda brindar, como por aquellos casos en que validen dicha situación a través de la tolerancia percibida a la misma. Se objetiva de esta manera en las consecuencias emocionales, cognitivas y comportamentales que se pueden apreciar en los niños y adolescentes que han vivenciado la violencia de género en sus hogares. Algunas de estas, como se comentaban anteriormente, son las alteraciones en su ajuste psicológico, los síntomas depresivos y ansiosos, una menor autoestima, un apego inseguro, etc.

La violencia de género tiene una repercusión profunda en la individualidad de la persona así como en su funcionamiento relacional, afectando incluso al entorno próximo y a la sociedad, trascendiendo estos aspectos sociales bidireccionalmente a los valores e ideales individuales. Por tanto, la vivencia de violencia de género en el hogar durante la infancia y adolescencia aumenta la probabilidad de repetición de dichos patrones en sus relaciones futuras, como constatan tanto Kanwal, Zaheer y Shafique (2015) como Vézina et al. (2015), aun con todo no es considerada una relación lineal, por lo que podría tenerse en cuenta para un nuevo estudio la revisión de aquellos factores protectores y resilientes que permiten romper esta dinámica relacional. Por último, merece ser remarcada la necesidad de un abordaje global multidimensional y multidisciplinar con esta población para romper las estructuras de influencia intergeneracional y aumentar la concienciación social sobre esta problemática, como ya fue remarcado por Ferreira, Lopes, Aparício, Cabral y Duarte (2014).

## Referencias

[Chang, L. Y.](#), [Foshee, V. A.](#), [Reyes, H. L.](#), [Ennett, S. T.](#), y [Halpern, C. T.](#) (2015). Direct and indirect effects of neighborhood characteristics on the perpetration of dating

- violence across adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(3), 727-744.
- [East, P. L.](#), y [Hokoda, A.](#) (2015). Risk and protective factors for sexual and dating violence victimization: a longitudinal, prospective study of latino and african american adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(6), 1288-1300.
- [Ferreira, M.](#), [Lopes, A.](#), [Aparício, G.](#), [Cabral, L.](#), y [Duarte, J.](#) (2014). Teens and dating: study of factors that influence attitudes of violence. *Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 46(Suppl 5), 187-190.
- [González, A.](#), [Macmillan, H.](#), [Tanaka, M.](#), [Jack, S. M.](#), y [Tonmyr, L.](#) (2014). Subtypes of exposure to intimate partner violence within a Canadian child welfare sample: associated risks and child maladjustment. *Child Abuse and Neglect*, 38(12), 1934-1944.
- González, R., y Santana, J.D. (2001). La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema*, 13, 127-131.
- [Holmes, M. R.](#), [Voith, L. A.](#), y [Gromoske, A. N.](#) (2015). Lasting effect of intimate partner violence exposure during preschool on aggressive behavior and prosocial skills. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(10), 1651-70.
- Instituto Nacional de Estadística, España. (2014). *Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Año 2014*. Recuperado de [www.ine.es](http://www.ine.es)
- Kanwal, S., Zaheer, S., y Shafique, K. (2015). Is Spousal Violence Being “Vertically Transmitted” through Victims? Findings from The Pakistan Demographic and Health Survey 2012-13. *PLoS ONE*, 10(6). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0129790>
- [Miller-Graff, L. E.](#), [Cater, A. K.](#), [Howell, K. H.](#), y [Graham-Bermann, S. A.](#) (2015). Parent-child warmth as a potential mediator of childhood exposure to intimate partner violence and positive adulthood functioning. *Anxiety, Stress and Coping*, 22, 1-15.
- [Salom, C. L.](#), [Williams, G. M.](#), [Najman, J. M.](#), y [Alati, R.](#) (2015). Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimisation. *Drug and Alcohol Dependence*, 1(151), 121-127.
- Taylor, K., [Stewart-Tufescu, A.](#), y Piotrowski, C. (2015). Children exposed to intimate partner violence: influences of parenting, family distress, and siblings. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the*

[\*American Psychology Association, Division 43\*](#), 29(1), 29-38.

[Vézina, J.](#), [Hébert, M.](#), [Poulin, F.](#), [Lavoie, F.](#), [Vitaro, F.](#), y [Tremblay, R. E.](#) (2015). History of family violence, childhood behavior problems, and adolescent high-risk behaviors as predictors of girls' repeated patterns of dating victimization in two developmental periods. *Violence Against Women*, 21(4), 435-459.

## UTILIZACION DE WAST CORTO POR ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA (MURCIA): UNA HERRAMIENTA PARA EXPLORAR POSIBLES MALOS TRATO EN ACOGIDA

**Antonia Sánchez-López\***, **María Ascensión Albacete-Belmonte\***, **Jesús Onofre Valera-Bernal\***, **José Joaquín García-Arenas\*** y **Julio César Martín-Sancho\*\***

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

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

### Resumen

**Antecedentes:** La violencia en el ámbito de la pareja es un problema muy extendido en nuestra sociedad. Se observa la necesidad de prestar especial atención sobre este tema de forma individualizada a toda mujer que acuda a Centro de Salud Mental (CSM), aún cuando el motivo de consulta aparentemente sea muy diferente. **Método:** El presente artículo recoge la experiencia que se viene llevando a cabo en el CSM de Lorca desde la inclusión en protocolo de Acogida de una batería de preguntas cortas llamadas Versión Corta del Woman Abuse ScreeninigTool (Wast corto) (Fogarty y Brown, 2002) dirigidas a la búsqueda de posibles malos tratos. Esta búsqueda se realizará de forma sistemática a toda mujer mayor de 16 años que acuda a consulta en este CSM, independientemente de su estatus social, demanda o estado civil. **Resultados:** Se constata la eficacia de este método, ya que se detectan posibles malos tratos en la actualidad o de alguna relación previa, sobre todo psicológicos en muchas mujeres, las cuales, han peregrinado en muchos casos por distintas especialidades sin resultado positivos para su salud, llegando al Centro de Salud Mental muchas veces sin ser conscientes de su verdadera patología. **Conclusiones:** Esta herramienta (Wast Corto) no sólo es eficaz, sino que permite no olvidar, no obviar y mirar donde antes se creyó innecesario, dando en muchos casos la oportunidad y el espacio adecuado que toda mujer merece para expresar su realidad sin miedo, vergüenza o temor a ser juzgada. Por fin hay una causa probable que justifique la pérdida de la salud de la mujer con posibilidad de diagnóstico y abordaje correcto.

**Palabras clave:** wast corto, malos tratos, herramienta, mujer, violencia



## USE OF SHORT WAST BY NURSES IN THE CENTER OF MENTAL HEALTH OF LORCA (MURCIA): A TOOL FOR EXPLORING POSSIBLE ILL-TREATMENT IN HOST

### Abstract

*Background:* In the field of couple violence is a widespread problem in our society. There is the need to pay special attention to individually to women who attend Mental Health Center (MHC), even though the reason for consultation is apparently very different. *Method:* This article brings together the experience which is going on in the CSM of leads from inclusion in Protocol for receiving a battery of short questions calls Short Version of Woman Abuse Screening Tool (Short Wast) (Fogarty and Brown, 2002) to the search for possible ill-treatment. This search will be made systematically every 16-year-old woman who comes to consultation in this CSM, regardless of their social status, demand or marital status. *Results:* We see the effectiveness of this method, since possible ill-treatment are detected at present or any previous relationship, mostly psychological in many women, which have made the pilgrimage in many cases for different specialties without positive result for your health, reaching the MHC many times without being aware of their true condition. *Conclusions:* This tool (Short Wast) not only is effective, but lets not forget, not ignore and look at where before was thought unnecessary, providing the opportunity and adequate space that every woman deserves to express without fear, shame or fear to be judged. Finally there is a probable cause that justifies the loss of women's health with the possibility of diagnosis and correct approach.

**Keywords:** short wast, ill-treatment, tool, woman, violence.

### Introducción

La violencia de género siempre ha supuesto un tema difícil de ver. En ocasiones por la propia cautela que la mujer tiene de que “esto no se sepa”, vergüenza, confusión, soledad, resignación, normalización. En muchos casos, la mujer tampoco es consciente de su situación, ya que, sobretudo el maltrato psicológico a veces es tan sutil que ni la persona advierte que está siendo víctima de su pareja.

Es común que la mujer empiece a notar cierto malestar físico que describe por lo general como cansancio, dolor de cabeza, tristeza, apatía, ansiedad, problemas del sueño, bulimia o anorexia, labilidad emocional... pero” sin ningún motivo aparente”, según refieren. Suelen llegar a Salud Mental derivadas por su Médico de Cabecera desde Atención Primaria o desde alguna Especialidad, normalmente neurología, neumología o cardiología. La mayoría acuden con medicación ya prescrita, ansiolíticos y/o antidepresivos, que toman con mucha resistencia y que, en la mayoría de los casos tampoco mejoran su estado de salud.

Los objetivos perseguidos son:

- Sistematizar la entrevista en Acogida con enfermería como primer contacto a toda mujer que acuda a CSM.
- Sensibilizar al sector sanitario de la necesidad de explorar.
- Facilitar a la mujer un espacio único donde ella se sienta segura, protegida, guiada y no juzgada.
- Garantizar confidencialidad y empatía.
- Hacer pensar a la mujer, respetar sus tiempos y decisiones.
- Recoger información que de otra forma pasaría inadvertida.
- No obviar.

## **Método**

### *Participantes*

- Toda mujer mayor de 16 años que acuda como Acogida (primera consulta) o como Reacogida (mujer con historia previa en Centro de Salud Mental, que vuelve después de un año o que fue dada de alta).
- Enfermera de Salud Mental que realiza acogida.
- Psicólogo/a clínico o Psiquiatra al que es derivada la mujer tras entrevista y primera valoración por enfermería.

### *Instrumentos utilizados*

- VersiónCorta del Woman Abuse Screening Tool (Fogarty y Brown, 2002)
  1. En general, ¿cómo describiría su relación con su pareja?
  1. Mucha tensión 2. Alguna tensión 3. Sin tensión

2 Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

1. Mucha dificultad
2. Alguna dificultad
- 3 Sin dificultad

Normas de corrección:

Se asigna una puntuación de “1” a las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y una puntuación de “0” a las demás opciones de respuesta. La puntuación final oscila entre “0” y “2” y tanto las puntuaciones de “1” como “2” son consideradas resultados positivos de cribado.

Así mismo, si la mujer no tiene pareja en ese momento pero la ha tenido en el pasado se le pregunta:

- ¿Hay alguna persona de una relación previa que le haya hecho sentir miedo?

En este caso, si la contestación es positiva, queda registrado para posterior exploración.

### *Procedimiento*

Entrevista semi-estructurada realizada en consulta de enfermería, con una duración mínima de 20 minutos.

Estas preguntas son realizadas al final de la entrevista o en el contexto de la misma cuando ya se ha establecido cierta confianza enfermera-paciente.

Es muy importante tener en cuenta ciertos factores como que la mujer puede ir acompañada de su pareja, en cuyo caso hay que invitar a salir a ésta o pedirle de antemano que espere en la sala para evitar posibles consecuencias negativas posteriores y que podrían dar lugar a que la mujer no vuelva al centro.

Es necesaria la habilidad del entrevistador para conseguir que la mujer hable de su situación sin ser forzada y, sea ella la que decida la demanda que en ese momento considera prioritaria. Prestar mucha atención al lenguaje no verbal, ya que en muchas ocasiones “dice” más que la propia mujer.

Dejar de escribir en el ordenador si vemos que esto incomoda a la mujer, ya que genera desconfianza, así como no incluir en su historia datos comprometedores si algún familiar puede tener acceso a ella. En todos estos casos hacerle ver a la paciente que es respetada y siempre va a primar la confidencialidad.

Mirar a la cara a la persona que te está hablando, empatizar, generar confianza, ir enlazando una pregunta con otra para que no se sienta atacada o interrogada.

La positividad del cribado, queda registrada, siendo advertido el profesional al que es derivada la paciente de las circunstancias que la rodean a la hora de decidir qué tipo de tratamiento, información o seguimiento necesita.

Posteriormente, tras el cribado, será el psicólogo y/ psiquiatra el que explore con más detenimiento, siendo posible detectar falsos positivos o falsos negativos, para ello, la Guía Práctica Clínica para actuación con mujeres maltratadas por su pareja (Garriga y Martín, 2011) ofrece Modelos de preguntas a utilizar en consultas de revisión, que ayudan al profesional en esta difícil tarea. En esta guía se encuentra entre otras:

- Modelos de preguntas a utilizar en consultas de revisión: con texto introductorio, sin introducción, dirigidas y circulares, que generan reflexión sobre la experiencia vivida y exploran el entorno de la mujer.

- La Versión española del Index of Spouse Abuse (ISA), (Hudson y McIntosh). Este cuestionario está diseñado para conocer si la mujer ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año.

- Un Guión de entrevista para mujeres maltratadas por su pareja (Echeburúa y de Corral, 1998).

- Estrategias de control y conductas del maltratador y consecuencias en la víctima.

- Una escala de riesgo de suicidio de Plutchik.

- Informe clínico (si fuese preciso), donde se guía al profesional de forma correcta y ordenada a fin de evitar errores.

- Indicadores de peligro extremo, plan de huida, lo que no se debe olvidar.

- Escala de detección y evaluación de abuso y malos tratos (EDAM), (Esther Ramos Matos).

Todo ello orientado a facilitar al profesional el abordaje de esta difícil tarea.

### *Diseño*

La Acogida que realiza enfermería consta de preguntas ya estructuradas con espacios para texto libre:

Paciente derivada por (Atención Primaria o Especialista). Especificar.

Acude acompañada con, entra sola o acompañada.

Motivo de consulta (texto libre en el que la persona expone su motivo de acudir a CSM): qué le pasa, desde cuando, cuál cree que es la causa de su malestar.

Antecedentes personales psiquiátricos o psicológicos, en caso de que haya recibido ayuda en algún momento, ya sea de forma privada o en otro centro público y el motivo.

Antecedentes familiares psiquiátricos o psicológicos.

Tratamiento psiquiátrico actual (en caso de que esté tomando medicación psiquiátrica).

Cualquier otro tratamiento.

Resultado de los tratamientos recibidos hasta la fecha.

Problemas de salud (enfermedades, alergias, accidentes, operaciones..)

Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, coca-cola, café, drogas..)

Alimentación (si existe alteración y de qué tipo).

Sueño (si existe alteración y de qué tipo)

Datos demográficos (estudios, profesión, situación laboral, convivencia, hijos, estado civil, entre otros)

Relaciones familiares (qué tipo de relación existe con la propia familia y con la familia de la pareja).

Relaciones afectivas (aprovechamos para incluir el Wast Corto).

Relaciones sociales (si sale, se relaciona o tiene sus amistades o por el contrario tiende al aislamiento).

En qué le gustaría que le ayudásemos aquí. (texto libre donde la paciente expone sus necesidades y sus expectativas al acudir a CSM, curiosamente, si alguna mujer es consciente de su situación, la demanda es hacia el consejo para mejorar la relación de pareja ya que piensan que algo está haciendo mal y se culpabiliza de las reacciones de su pareja, curioso también que pesan más los momentos buenos que los malos, aunque éstos fuesen hace muchos años.)

## Resultados

Los resultados están siendo abrumadores, ya que de 891 mujeres entrevistadas en Acogida/Reacogida desde Enero hasta Noviembre incluido de 2015 a las que se les ha realizado el Wast Corto, un total de 186 mujeres, dan Wast Positivo como resultado de estar viviendo malos tratos físicos y/o psicológicos por parte de su pareja actual o haber salido de una relación en la que los sufrió, lo que no significa necesariamente que el episodio esté cerrado para la mujer.

En algunos casos la mujer no es consciente de la causa de su pérdida de salud, en otros casos, es en ese mismo momento cuando toma conciencia de su realidad, ya que otro de los objetivos que comentaba al inicio es hacer pensar a la mujer sobre su vida cotidiana y la normalidad o anormalidad que ella misma detecte.

La edad, no se detecta como factor protector, ya que se detectan casos tanto en adolescentes como en mujeres mayores, incluso viudas que durante toda su vida han sido maltratadas, quedando su patología original encubierta tras depresiones de repetición.

### **Conclusiones**

Es necesaria una mayor concienciación desde cualquier ámbito de la sanidad para explorar este tema que a muchos desagrada. No se puede obviar ni mirar a otro lado.

El motivo de consulta ni principal ni secundario en todas estas mujeres no son los malos tratos, pero sí la patología encubierta que podría pasar una vez más desapercibida si no existe un especial interés y sensibilidad en este tema.

SOLO SE VE LO QUE SE MIRA Y SOLO SE MIRA LO QUE SE TIENE EN MENTE. Alphonse Bertillon, S XIX

La violencia en la pareja suele darse de forma cíclica, es decir, alternar la tensión en la pareja con la luna de miel, lo que dificulta muchas veces la detección si la mujer acude cuando las cosas “van bien”. Es por esto, que mujeres que acuden como re-acogida dieron un Wast negativo en primera consulta.

A pesar de los muchos avances que parece que se han dado en la sociedad respecto a este tema, la mujer vive confundida, en una espiral de violencia-sosiego que la enferma y la atrapa en un callejón que parece que no tenga salida.

La salud de la mujer que sufre violencia dentro del ámbito de la pareja se ve afectada, no sólo físicamente sino también psicológicamente (Coker et al., 2002). La vivencia de la violencia de pareja está asociado con mayor prevalencia de depresión (Buelhler, Dixon y Toomey, 1998).

### **Agradecimientos**

A Doña M. Ascensión Albacete Belmonte, Psicóloga Clínica en el Centro de Salud Mental de Lorca y Responsable de Violencia de Género, por ser mi maestra y mi mayor motivación en este duro camino.



## Referencias

- Brown, J.B., Lent, B., Brett, P.J., Sas, G., y Pederson, L.L. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for Use in family Practice. *Family Medicine*, 28, 422-428.
- Buelhler, J., Dixon, B., y Toomey, K. (1998). Lifetime and annual incidence of intimate partnerviolence and resulting injuries. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47, 849-853.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., et al. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260-268.
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Fogarty, C. T., y Brown, J. B. (2002). Screening for Abuse in Spanish-speaking Women. *Journal of the American Board of Family Practice*, 15(2), 101-111.
- Garriga, A., y Martin, J.C. (2011). *Guía Práctica Clínica. Actuación en Salud Mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Murcia: Subdirección de Salud Mental, Servicio Murciano de Salud.

## **PERFIL DIFERENCIAL DE ALCOHOLISMO FEMENINO Y DIFERENCIAS DE GÉNERO**

**Francisca López-Torrecillas, Ana Nieto-Ruiz, Eva M<sup>a</sup> López-Quirantes y M<sup>a</sup> Angustias Olivencia-Carrión**

*Centro de Investigación Cuerpo Cerebro y Comportamiento de la Universidad de Granada (CIMCYC)*

### **Resumen**

En la actualidad es consabido que existen diferencias entre los patrones de consumo de alcohol entre los hombres y las mujeres así como entre la dependencia al alcohol. Las mujeres se caracterizan por una mayor vulnerabilidad biológica, inicio de consumo más tardío, mayor nivel educativo, beber en casa y a escondidas y por mayor tendencia a negar su consumo. Sin embargo es aún desconocido el perfil psicológico de las mujeres alcohólicas, por ello, el objetivo de este estudio es analizar las diferencias entre los hombres y las mujeres en trastornos de personalidad y en la motivación para demandar tratamiento. El estudio se compone por 69 participantes que demandan tratamiento para su problema de alcohol (32 hombres y 37 mujeres, con una edad media de 42,43 y desviación típica de 7,75 años). La selección de los sujetos se realizó en diversos centros de Granada (Centro provincial de drogodependencias, Grexales) y de Córdoba (Centro provincial de drogodependencias, Renacer y Cruz Roja). Todos ellos habían pasado la fase de desintoxicación y estaban en fase de deshabitación, con un periodo de abstinencia de entre 2 y 6 meses. Encontramos que las mujeres presentan puntuaciones más altas en los trastornos de personalidad Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo, Compulsivo, Negativista, Esquizotípico, Limite y Paranoide. Encontramos también que las mujeres presentan puntuaciones más altas en la Motivación para el tratamiento. Nuestros resultados nos permiten concluir que existen diferentes perfiles entre los hombres y las mujeres con problemas de alcohol y que estas diferencias psicopatológicas del alcoholismo femenino nos llevan a plantearnos la intervención desde la perspectiva de género, advirtiendo que dichas diferencias se reflejan en la motivación por parte de las mujeres para realizar tratamiento para su adicción al alcohol.

**Palabras clave:** Mujeres, Trastornos de Personalidad, Motivación y Alcohol.

## **DIFFERENTIAL PROFILE OF FEMALE ALCOHOLISM AND GENDER DIFFERENCES**

### **Abstract**

Today it is well known that there are differences between the patterns of alcohol consumption among men and women and between alcohol dependence. Women are characterized by greater biological vulnerability, later onset of consumption, better educated, and secretly drinking at home and more likely to deny their use. However, it is still unknown the psychological profile of alcoholic women. The aim of this study is to analyze the differences between men and women in personality disorders and motivation to demand treatment. The study was by 69 participants seeking treatment for his alcohol problem (32 men and 37 women, with an average age of 42.43 and standard deviation of 7.75 years). The selection of subjects was in Granada (provincial center of drug addiction, Grexales) and Cordoba (provincial center of drug addiction, Renacer and the Red Cross). All they had passed the phase of detoxification and were in the process of dishabituation with a abstinence period of between 2 and 6 months. We found that women scored higher on personality disorders Dependent, Histrionic, Narcissistic, Antisocial, Aggressive, Compulsive, Oppositional, Schizotypal, Borderline and Paranoid. Also we found that women scored higher motivation for treatment. Our results allow us to conclude that there are different profiles of men and women with alcohol problems and that these differences psychopathological female alcoholism lead us to consider intervention from the gender perspective, noting that these differences are reflected in the motivation on the part women for treatment for alcohol addiction.

**Key words:** Women, Personality Disorders, Motivation and Alcohol

### **Introducción**

El alcoholismo femenino se convierte actualmente en un importante problema de salud pública, ya que el consumo de alcohol entre las mujeres ha ido aumentando de manera constante (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Al analizar el perfil de la mujer alcohólica, observamos que existen diferencias de género con respecto

al patrón de consumo. Las mujeres inician el consumo de alcohol con mayor edad y mayor nivel educativo que los hombres, cuando hacen la demanda de tratamiento llevan menor tiempo consumiendo y consumen menos alcohol que los hombres. Las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad biológica debido a que disponen de un menor contenido de agua y grasas corporales y deficiencias en su sistema enzimático, lo que conlleva a que se intoxiquen antes y con menor cantidad de alcohol (Pinto y Ansseau, 2009).

Además, las mujeres alcohólicas suelen presentar una patología más grave con tendencia a la devaluación, menor capacidad de experimentar placer, más aprehensión en entorno social, más aislamiento social y sensación de vacío, y más propensas a la depresión (Ávila y González, 2007; Huerta y Borgonovi, 2010; Picci et al., 2012; Raucher-Chené et al., 2012).

Los estudios encuentran diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de personalidad, siendo los trastornos narcisista, paranoide y obsesivo compulsivo más frecuente en los hombres (Alegria et al., 2013; Raucher-Chené et al., 2012), y los trastornos evitativo, autodestructivo y límite en las mujeres (Picci et al., 2012).

## **Método**

### *Participantes*

Participaron en este estudio 69 sujetos, 32 hombres y 37 mujeres, con una edad media de 42,43, desviación típica de 7,75, con diagnóstico de dependencia de alcohol en tratamiento. Las características sociodemográficas pueden verse en la tabla 1.

Los participantes se dividieron en dos grupos, Grupo 1: Mujeres en tratamiento de alcoholismo (n=37), con una edad media de 41,97 y desviación típica de 5,35 años y Grupo 2: Hombres en tratamiento de alcoholismo (n=32), con una edad media de 44,88 años y desviación típica de 10,15 años. La selección de los sujetos se realizó en diversos centros de Granada (Centro provincial de drogodependencias, Grexales) y de Córdoba (Centro provincial de drogodependencias, Renacer y Cruz Roja). Todos ellos habían pasado la fase de desintoxicación y estaban en fase de deshabitación, con un periodo de abstinencia de entre 2 y 6 meses. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) tener más de 18 años; b) buscar ayuda terapéutica por consumo abusivo de alcohol; c) recibir el diagnóstico de dependencia de alcohol como diagnóstico primario.

Tabla 1

Características sociodemográficas				
VARIABLES	HOMBRES	MUJERES	F	p
VARIABLES sociodemográficas	Media (DT)	Media (DT)		
Edad	41,97 (5,35)	44,88 (0,15)	2,291	0,135
Años de escolarización	<b>17,73 (3,78)</b>	<b>13,72 (4,52)</b>	<b>16,087</b>	<b>0,000</b>
Profesión			$\chi^2$	p
Liberales	3	8	8,25	0,196
Técnicos	7	4		
Servicios	6	9		
Agricultura	5	2		
Ama de casa	8	5		
Estudiantes	0	1		
Jubilado/a o baja laboral	8	3		

### *Instrumentos*

Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III, Millon, 1999): Es un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales (Millon, 2005). No es un instrumento de *screening* para ser utilizado con poblaciones consideradas "normales" o con otros propósitos que no sean la exploración diagnóstica o la evaluación clínica. Cada una de 24 escalas clínicas que se diseñaron como una medida operacional de un síndrome/trastorno derivado desde la teoría de la personalidad y la psicopatología de Millon (2005). Consiste en 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso, que ocupa un tiempo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos). Los diferentes trastornos/síndromes de mayor prevalencia en el DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994) son recogidos a través de 24 escalas: 14 escalas de personalidad [Eje II DSM-IV], (APA, 1994) (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo/Sádico, Compulsivo, Negativista, Autodestructiva, Esquizotípico, Límite, Paranoide) y 10 síndromes clínicos [Eje I DSM-IV], (APA, 1994) (Ansiedad, Somatomorfo, Bipolar, Distímico, Dependencia de alcohol, Dependencia de sustancias, Trastorno de estrés postraumático, Trastorno del pensamiento, Depresión mayor, Trastorno delirante). También se incluyen cuatro escalas de validez (Validez, Sinceridad, Deseabilidad y Devaluación).

Cuestionario de los Procesos de Cambio para la adicción al alcohol (PCQ); (Prochaska y DiClemente, 1982). Diseñada para determinar el proceso de cambio desarrollado por el paciente alcohólico dentro del modelo Prochaska y Norcross (2010). Consta de 30 ítems respecto a los cuales el sujeto responde de acuerdo a una escala de tipo likert de 0 a 5 puntos (nunca, muy pocas veces, de vez en cuando, bastantes veces y muchas veces). Los ítems se agrupan en diez subescalas que coinciden con los diez procesos básicos que propone el modelo y son independientes a que el drogodependiente esté realizando o no tratamiento. Las dimensiones son aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático autoliberación, liberación social, manejo de contingencias, las relaciones de ayuda, contracondicionamiento, control de estímulos. El PCQ, evalúa el proceso de cambio que ha desarrollado el paciente para posteriormente aplicar una estrategia de intervención destinada, en última instancia a la abstinencia. Con respecto a los estudios de validación se encuentra una fiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach de 0,87, siendo para la subescala de aumento de la concienciación de 0,74, para autorreevaluación de 0,79, para reevaluación ambiental de 0,84, para relieve dramático de 0,70, para autoliberación de 0,74, para liberación social de 0,60, para manejo de contingencias de 0,81, para relaciones de ayuda de 0,82, para contracondicionamiento de 0,78 y finalmente para la subescala control de estímulos de 0,85. Se puede considerar como instrumento útil para identificar que los procesos del cambio que están siendo utilizados por un paciente alcohólico. (Martin, Rossi, Rosenbloom, Monti y Rohsenow, 1992; Prochaska y DiClemente, 1982; Tejero y Trujols, 1994; Tejero y Trujols, 2003).

Balance decisional para adictos al alcohol (Prochaska et al., 1994). Está diseñado para evaluar el conflicto o balance decisional relacionado con el abandono de la conducta adictiva (alcohol). Se basa en la teoría del balance decisional de Janis y Mann (1977) quienes propusieron que el drogodependiente o alcohólico en la toma de decisiones utiliza un esquema de balance decisional que permite representar los aspectos cognitivos y motivacionales de la toma de decisiones. Migneault, Velicer, Prochaska y Stevenson (1999) y Prochaska et al. (1994) apoyándose en la teoría de Janis y Mann (1977) elaboraron una escala de ventajas e inconvenientes para el consumo de alcohol. Esta escala consta de 42 ítems con dos subescalas, una de 21 ítems de ventajas y otra de 21 ítems de inconvenientes, respecto a los cuales el paciente debe indicar el grado en que le describen o caracterizan, con una escala de tipo Likert de 1 a 5

puntos (no importante, un poquito importante, algo importante, bastante importante, importantísimo). De acuerdo con los autores (Migneault et al., 1999; Prochaska et al., 1994) la escala nos proporciona información de los pacientes que están o no motivados para el tratamiento, en función de si han dado un mayor peso a las ventajas o a los inconvenientes. Por tanto, se espera al final del tratamiento, que en los pacientes predominen los inconvenientes sobre las ventajas en la valoración del consumo de alcohol y drogas para así poder evitar la recaída.

## Resultados

Los resultados relacionados de los trastornos de personalidad pueden verse en las tablas 2, 3 y 4.

Tabla 2

*Medias, desviaciones típicas y significatividad del inventario de personalidad MCMI-III*

<b>Variables Clínicas</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>F</b>
	<b>MEDIA (DT)</b>	<b>MEDIA (DT)</b>	
Esquizoide	48,16 (20,30)	41,09 (33,16)	1,056
Evitativa	46,69 (22,51)	36,38 (28,10)	2,625
Depresiva	52,97 (24,77)	41,66 (30,02)	2,703
Dependiente	52,94 (25,34)	29,63 (21,14)	15,972***
Histriónico	50,13 (21,53)	26,38 (20,85)	20,098***
Narcisista	58,94 (21,08)	36,31 (27,07)	13,915***
Antisocial	63,03 (12,61)	36,56 (26,04)	26,779***
Agresiva	54,93 (14,94)	35,75 (24,53)	14,281***
Compulsiva	51,25 (18,72)	26,94 (19,69)	25,617***
Negativista	51,56 (16,28)	35,31(27,24)	8,388**
Autodestructiva	43,75 (18,67)	34,50 (26,08)	2,660
Esquizotípica	53,15 (19,02)	38,93 (28,27)	5,571*
Limite	55,43 (17,46)	38,34 (27,36)	8,871**
Paranoide	69,40 (23,42)	43,93 (36,27)	11,133

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

Resultados relacionados con las variables motivacionales

Tabla 3

Medias, desviaciones típicas y significatividad del cuestionario de balance decisional

<b>Balance decisional</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>F</b>
	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	
Evaluación Categorial	12,72 (25,44)	3,44 (1,11)	4,247*
Ventajas balance decisional	59,39 (25,50)	56,31 (17,25)	0,327
Inconvenientes balance decisional	67,08 (27,23)	68,69 (17,25)	0,082
Balance	-6,75 (21,57)	-12,38 (20,98)	1,222

\* $p < 0,05$ 

Tabla 4

Medidas, desviación típica y significatividad del cuestionario de proceso de cambio

<b>Balance Decisional</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>F</b>
	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	
Aumento de concienciación	8,66 (2,60)	7,81 (3,06)	1,41
Autoreevaluación	8,50 (2,64)	7,22 (3,16)	3,1
Revaluación ambiental	7,97 (2,88)	7,22 (3,56)	0,86
Relieve dramático	6,75 (3,30)	5,03 (2,78)	5,08*
Autoliberación	9,66 (2,47)	9,28 (2,63)	0,35
Liberación social	7,63 (3,02)	6,81 (3,40)	1,02
Manejo de Contingencias	8,28 (3,68)	8,41 (3,77)	0,09
Relaciones de ayuda	8,94 (3,08)	7,75 (3,49)	2,08
Contracondicionamiento	8,00 (2,82)	7,31 (3,65)	0,71
Control de estímulos	6,22 (3,87)	5,69 (3,91)	0,39
Puntuación total motivación	44,92 (52,86)	20,42 (32,84)	4,96*

\* $p < 0,05$ 

## Discusión

Haciendo referencia a las diferencias en trastornos de personalidad en función del género, se encontraron diferencias significativas en las variables dependiente,

histriónico, narcisista, antisocial, agresiva, compulsiva, negativista, esquizotípica, límite y paranoide. Las puntuaciones fueron más altas en las mujeres que en los hombres en todas las variables excepto en devaluación, cuya puntuación fue más alta en hombres. Estos resultados son consistentes con la literatura revisada (Alegria et al., 2013; Picci et al., 2012; Raucher-Chené et al., 2012).

En segundo lugar, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la variable de Evaluación categorial con puntuaciones más altas para las mujeres en comparación con los hombres, es decir una mayor motivación al cambio (realizar tratamiento o dejar de consumir alcohol). Si bien no existe ningún estudio que analice la motivación para el tratamiento entre los hombres y las mujeres con problemas de alcohol, estos resultados aunque novedosos, se pueden explicar por las diferencias existentes entre los hombres y las mujeres en los factores que ocasionan el consumo de alcohol, sus complicaciones, la conformación biología, etc. (Ávila y González, 2007).

Finalmente, en lo que se refiere a los procesos de cambio encontramos que las mujeres alcohólicas, en comparación con los hombres alcohólicos, presentan mayores puntuaciones en las variables relacionadas con los procesos de cambio: Autoevaluación y Relieve dramático y puntuación total. De acuerdo con los resultados obtenidos en estas variables, relacionadas con la motivación para realizar el tratamiento, podemos concluir que las mujeres presentan un mayor aumento de conciencia para sus problemas con el alcohol, mayor experimentación y expresión de sus emociones en torno a la repercusión negativa del consumo y son más capaces de percibir los beneficios de dejar de consumir alcohol en comparación con los hombres. Este resultado es muy novedoso, dado que, no hay ningún estudio que analice, de manera pormenorizada, las diferencias de motivación para dejar el consumo de alcohol entre los hombres y las mujeres.

Nuestros resultados nos permiten concluir que existen diferentes perfiles entre los hombres y las mujeres con problemas de alcohol y que estas diferencias psicopatológicas del alcoholismo femenino nos llevan a plantearnos la intervención desde la perspectiva de género, advirtiendo que dichas diferencias se reflejan en la motivación por parte de las mujeres para realizar tratamiento para su adicción al alcohol.

## Referencias



- Alegria, A. A., Blanco, C., Petry, N. M., Skodol, A.E., Liu, S. M., Grant, B., et al. (2013). Sex differences in Antisocial Personality Disorder: Result from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4, 214-222. doi: 10.1037/a0031681
- American Psychiatric Association, APA. (1994). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ávila, J. J., y Gonzalez, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones: Revista sociodrogalcohol*, 4, 383-392.
- Huerta, M. C., y Borgonovi, F. (2010). Education, alcohol use and abuse among young adults in Britain. *Social Science y Medicine*, 71, 143-151. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.022
- Janis, I.L., y Mann, L. (1977). *Decision-making. A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. Nueva York: The Free Press.
- Martin, R. A, Rossi. J. S., Rosenbloom, D., Monti, P. M., y Rohsenow, D. J. (1992). *Stages and processess of change for quitting cocaine*. Póster presentado a la 26th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy. Boston.
- Migneault, J. P., Velicer, W. F., Prochaska, J. O., y Stevenson, J. F. (1999). Decisional balance for immoderate drinking in college studentes. *Substance Use and Misuse*, 34, 1325-1346.
- Millon, T. (1999). MCMI-II. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. (Adaptación española de A. Ávila y F. Jiménez). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Millon, T. (2005). Reflections on the Future of Personology and Psychopathology. En S. Strack (Ed.), *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 527-546). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2014). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud*. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)
- Picci, R. L., Vigna-Taglianti, F., Oliva, F., Mathis, F., Salmaso, S., Ostacoli, L., et al. (2012). Personality disorders among patients accessing alcohol detoxification

- treatment: Prevalence and gender differences. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 355-63. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.05.011
- Pinto, E. y Ansseau, M. (2009). Genetic factors of alcohol-dependence. *Encephale*, 35, 461-469. doi: 10.1016/j.e.ncep.2008.03.008
- Prochaska, J., y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O., y Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46. doi: [10.1037/0278-6133.13.1.39](https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.1.39)
- Raucher-Chéné, D., Gierski, F., Hübsch, B., Cuervo-Lombard, C., Bera-Potelle, C., Cohen, R., et al. (2012). Depression, anxiety and personality dimensions in female first-degree relatives of alcohol-dependent probands. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 229-232. doi: 10.1007/s00737-012-0271-5
- Tejero, A., y Trujols, J. (1994). Evaluación cognitivo conductual y psicodiagnóstica del trastorno por dependencia de opiáceos. En E. Becoña, A. Rodríguez, I. Salazar (Dirs.), *Drogodependencias. I Introducción* (pp. 163-208). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Tejero, A., y Trujols, J. (2003). *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. Barcelona: Ars Médica.

**ASPECTOS SOCIOCULTURALES, INTELIGENCIA ESPIRITUAL Y TIPOS DE APOYO EN EL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: UN ESTUDIO PILOTO**

**Nicole Rivera-Berríos, Zayra Ruíz-Acosta, Mónica Vizcarrondo-Oppenheimer, Aynette Ramos-Cardona, Kimberly López-Ramos, Sarah Romero-Rodríguez, Esther Rodríguez-Guerra y José Martínez-González**

*Universidad Albizu, San Juan, Puerto Rico*

**Resumen**

Antecedentes: El uso de sustancias psicoactivas tiene efectos nocivos tanto para el usuario, como para la comunidad. Impacta adversamente la dimensión familiar, económica, profesional y legal. Los modelos terapéuticos integrados buscan maximizar la adherencia, reducir los riesgos de recurrencia y facilitar la recuperación del usuario. Resulta necesario conocer los factores contextuales, culturales e individuales que median el proceso de recuperación. Método: Se llevó a cabo un diseño transversal-descriptivo con una muestra por conveniencia de 30 hombres entre las edades de 23-62 años ( $M=40$ ;  $DE=8,57$ ), residentes en Puerto Rico. Se realizó una entrevista utilizando un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Auto-Informe de InteligenciaEspiritual (SISRI-22) y un cuestionario de auto-informe para medir adherencia al tratamiento. Resultados: La mayoría de los participantes (60%) se identificaron como solteros, de escuela secundaria(66%) e ingreso anual familiar menor de \$20,000 (83%). En la escala de Inteligencia Espiritual obtuvieron un promedio de 56,37 ( $DE=15,6$ ) y un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,94. El 53,3% de los participantes indicaron no pertenecer a una religión, no obstante más de un 90% informó considerarse una persona espiritual. Los resultados no reflejaron una relación significativa entre religión y espiritualidad,  $X^2(18, N=30) = 12,02$ ,  $p < 0,10$ , ni entre tipos de apoyo social y recurrencias, aunque se observó una tendencia negativa entre ambas variables. Conclusiones: La espiritualidad y el apoyo social son posibles mediadores en el proceso terapéutico por lo cual se deben tomar en consideración al momento de ofrecer servicios. Se sugiere abordar la dimensión espiritual en el proceso

terapéutico para maximizar el desarrollo personal y fomentar la búsqueda de apoyo social para facilitar la recuperación del individuo.

**Palabras clave:** Espiritualidad, Tratamiento para usuarios de Opiáceos, Tratamiento por Consumo de Sustancias, Apoyo Social, Inteligencia Espiritual

### **SOCIOCULTURAL ASPECTS, SPIRITUAL INTELLIGENCE, AND SUPPORT IN TREATMENT FOR SUBSTANCE ABUSE: A PILOT STUDY**

#### **Abstract**

**Antecedents:** The use of psychoactive substances can potentially affect the individual consumer, as well as the community. From a biopsychosocial-spiritual model, the use of these substances can affect the family, economy, professional, and legal aspects of the individual. Therapeutic models that are integrated aim to maximize adherence, reduce risks for recurrence, and facilitate recuperation of participants. It is necessary to know what are the contextual, cultural, and individual factors which take place, and have an effect on, the process of recovery of substance users. **Method:** A transversal-descriptive design was carried out with a convenience sample of 30 male patients between the ages of 23-62 ( $M=40$ ,  $SD=8.57$ ), residing in Puerto Rico. An interview was carried out made up of a socio-demographic questionnaire, the *Spiritual Intelligence Self Report Inventory-22* (SISRI-22) the Spanish version, and a self-report questionnaire to measure adherence to treatment. **Results:** The majority (60%) of participants self-identified as single, with an education level of high school or superior (66%), and an annual family income of less than \$20,000 (83%). The global scores in the Spiritual Intelligence Scale had a mean of 56.37 ( $DE=15.6$ ), and a Cronbach's Alpha of .94, suggesting good internal consistency. Over half of the sample (53.3%) indicated having no religious belief or affiliation, however 90% of participants self-identified as being spiritual. Even though no significant results were found between social support and less recurrence ( $p<0.10$ ), a negative tendency was found between them. **Conclusions:** Spirituality and social support are potential cultural components which must be considered in the therapeutic process. These findings suggest the need to include the spiritual dimension in the therapeutic process to maximize personal development and promote social support to facilitate the recovery of the person under treatment.

**Keywords:** Spirituality, Sociocultural factors, Social Support, Opioids, Treatment for Substance Abuse

### **Introducción**

El uso problemático de sustancias supone efectos adversos tanto en el individuo, como en la comunidad. En el individuo, las repercusiones recaen en lo biológico y lo psicológico, mientras que en la sociedad se afectan las dimensiones económicas y legales. En el ámbito clínico, médico y psicológico, la manera en que se manifiesta la sintomatología de un trastorno varía según las particularidades del individuo (Renner y Salem, 2014). El proceso terapéutico debe ser abordado desde una perspectiva integral, que facilite entender al individuo como resultado de una serie de sistemas interrelacionados. Es por esto que se busca la implementación de tratamientos integrativos que trabajen estos aspectos (Dogar, 2006). En el tratamiento por consumo de sustancias, usualmente se incluyen el tratamiento por fármacos, la psicoterapia y se contextualizan los aspectos culturales y sensibilidades de los participantes en el tratamiento. Este estudio propone un modelo biopsicosocial-espiritual como marco de referencia para el desarrollo del perfil de la muestra.

#### *Espiritualidad y Tratamiento*

La espiritualidad se define como un constructo de múltiples dimensiones que abarca las creencias, conductas, sentimientos y experiencias de un individuo que se originan de una relación con lo trascendente (Lyons, Deane, Caputi y Kelly, 2011). Actualmente existe un creciente interés en integrar la espiritualidad al tratamiento de cuidado primario (Katsogianni y Kleftaras, 2015). La población en general y los proveedores de salud conciben la espiritualidad como un factor mediador en el proceso de recuperación y en el curso de tratamientos médicos y psicológicos (Katsogianni y Kleftaras, 2015). Para muchas personas, la espiritualidad es un recurso que facilita el crecimiento personal (Pargament, 2006).

#### *Inteligencia espiritual*

King (2008) desarrolló el Inventario de Auto-Informe de Inteligencia Espiritual (SISRI, por sus siglas en inglés) para estudiar el concepto de espiritualidad. El SISRI

define cuatro componentes de la inteligencia espiritual: (1) el pensamiento crítico existencial, que identifica la capacidad para contemplar críticamente el significado, propósito y otras cuestiones existenciales o metafísicas; (2) la producción de significado personal, caracterizada por la capacidad de construir significado y propósito en las experiencias físicas y mentales; (3) la conciencia trascendental, definida como la capacidad de percibir dimensiones trascendentales del yo, de otros y del mundo durante el estado despierto de conciencia; y (4) la expansión del estado consciente, que es la habilidad de entrar en estados elevados de conciencia o espirituales a discreción del propio individuo (2008).

### *Tipos de apoyos*

Según Ben-Ari y Gil (2004) se ha encontrado que el apoyo social está asociado a la salud y al bienestar, constituyendo un factor protector que facilita afrontar los problemas de salud y reduce conductas de riesgo. Díaz-Pardo, Pavez, Vera-Villaruel y Celis-Atenas (2013) señalan que el apoyo social contribuye al aumento del bienestar, la calidad de vida y la salud en general.

Arredondo et al. (2012) conceptualiza el apoyo social en dos dimensiones: la estructural y la funcional. La estructural se refiere al número de personas que conforman la red social. La dimensión funcional es multifactorial y compuesta por tres tipos de recursos: emocionales, instrumentales e informativos. El apoyo emocional se refiere a expresiones de empatía, amor, confianza y preocupación. El apoyo instrumental es caracterizado por el apoyo y la ayuda material tangible; el informativo se refiere a los consejos, sugerencias, información y retrocomunicación.

### *El presente estudio*

Partiendo de un modelo biopsicosocial-espiritual, se desarrolla un perfil de una muestra de hombres, con uso problemático de heroína, que reciben tratamiento asistido por buprenorfina. Se analiza la inteligencia espiritual como posible factor de protección ante el uso problemático de sustancias y el apoyo que reciben los participantes durante el proceso de recuperación.

## Método

La muestra (N=30) de este estudio se obtuvo de una clínica que ofrece servicios integrados para personas con uso problemático de sustancias. A cada participante se le administró un cuestionario sociodemográfico, un auto-reporte de adherencia y una escala para medir inteligencia espiritual. Se utilizaron los estándares éticos de la Asociación Americana de Psicología (APA) y los procesos estipulados por el Comité para la Ética en la Investigación (IRB) de la Universidad Albizu, Recinto de San Juan.

### *Participantes*

La muestra fue compuesta por 30 hombres bajo tratamiento en buprenorfina, residentes en Puerto Rico. Se utilizó un muestreo por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: (1) ser mayor de 21 años, (2) estar recibiendo tratamiento de buprenorfina, por lo menos un mes y (3) haber sido usuario regular de opiáceos.

### *Instrumentos*

**Cuestionario Sociodemográfico.** Este cuestionario, diseñado por los investigadores, recoge información sobre estado civil, ingreso anual familiar, e información relacionada al consumo de sustancias. Se incluyó además tipos de apoyo recibido, historial de tratamiento, condiciones físicas y mentales e información sobre afiliación y prácticas religiosas.

**Escala de Adherencia.** Esta escala, desarrollada por los investigadores, consta de cinco reactivos que pretenden medir el auto-reporte de adherencia al tratamiento. Los reactivos se califican con una escala estilo Likert en un rango de 0 (nunca) a 4 (siempre). A mayor puntuación, mayor el nivel de adherencia reportado. Las preguntas abordan temas sobre la participación percibida en el proceso de tratamiento y seguimiento de las recomendaciones e instrucciones del médico/terapeuta.

**Inteligencia Espiritual.** Para medir los niveles de inteligencia espiritual, se administró el *Inventario de Auto-Informe de Inteligencia Espiritual (SISRI-22)* (King, 2008), la versión traducida al español y adaptada a la población puertorriqueña (Hiraldó, 2014). El instrumento consiste de 22 reactivos que componen cuatro subescalas: pensamiento crítico existencial, producción de significado personal, conciencia trascendental y estado de conciencia expandido. El SISRI-22 se califica mediante un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos que van del 0 (Totalmente en desacuerdo)

al 4 (Totalmente de acuerdo). Las puntuaciones de la prueba fluctúan entre un mínimo de 0 a un máximo de 88 puntos. A mayor puntaje, mayores niveles de Inteligencia Espiritual. El alfa de Cronbach para esta prueba es de 0,93, sugiriendo buenas propiedades psicométricas.

### *Procedimiento*

Luego de obtener los permisos para llevar a cabo el estudio y la aprobación del Comité para la Ética en Investigación de la Universidad Albizu, se comenzó el reclutamiento de participantes en el centro clínico, orientándolos sobre el propósito del estudio. Los aspectos éticos sobre la confidencialidad de la información fueron registrados en el documento de consentimiento informado firmado por el participante previo a comenzar el estudio. La administración de los instrumentos fue a nivel individual mediante entrevista estructurada.

### *Diseño de Investigación*

El diseño utilizado es descriptivo correlacional de corte transversal. Se evaluaron las dimensiones de Inteligencia Espiritual y aspectos religiosos en una muestra de personas en tratamiento por consumo de sustancias. Se analizó la relación entre variables sociodemográficas, prácticas religiosas, adherencia al tratamiento y las medidas de inteligencia espiritual.

## **Resultados**

Para crear un perfil general de la muestra, se realizó un análisis de frecuencia de las variables incluidas en el cuestionario sociodemográfico (ver tabla 1). Para analizar las variables categóricas de interés se utilizaron tablas de contingencia. Finalmente se realizó una matriz correlacional entre variables demográficas y los factores de inteligencia espiritual.

### *Datos sociodemográficos*

Las edades de los participantes fluctuaron entre los 23-62 años de edad ( $M=40,43$ ;  $DE=8,57$ ). La mayoría de los participantes (60%) se identificaron como solteros, de escuela secundaria (66%) e ingreso anual familiar menor de \$20,000 (83%). El 77% de los participantes se identificaron como residentes del área metropolitana de San Juan.



En su mayoría (83,3%), los participantes reportaron estar bajo tratamiento por una duración de ocho meses o menos. La mayoría (97%) se identificó como adherentes al tratamiento, sin embargo 36,7% reportó haber utilizado sustancias en el último mes (excluyendo uso de marihuana). Todos los participantes reportaron utilizar nicotina (cigarrillos) en el pasado y en la actualidad.

Tabla 1

*Datos Sociodemográficos de los Participantes*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Estado Civil</b>		
Soltero/Nunca Casado	18	60,0
Convive/Casado	10	33,3
Divorciado	2	6,7
<b>Escolaridad</b>		
Título de Bachiller	12	40,0
Menor a título de Bachiller	10	33,3
Universitario (Primer nivel)	4	13,3
Estudios terciarios	3	10,0
<b>Ingreso Anual Familiar</b>		
Menos de \$20,000	24	82,8
\$20,001 o más	5	17,2
<b>Religión</b>		
Ninguna	14	46,7
Base Cristiana	14	46,6
Otra	2	6,7

*Inteligencia Espiritual*

El 53,3% de los participantes indicaron no pertenecer a una religión, no obstante más de un 90% informó considerarse una persona espiritual. Solamente 43,3% puntuó un nivel de inteligencia espiritual promedio o superior. No se encontró una relación significativa entre religión y espiritualidad,  $\chi^2 (18, N=30) = 12,02, p < 0,10$ . En las puntuaciones globales de la escala de Inteligencia Espiritual se obtuvo un promedio de 56,37 (DE=15,6), con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94, mientras que las subescalas obtuvieron valores alfa entre 0,68-0,93 (ver tabla 2).

*Tipos de Apoyo*

El 96,7% de los participantes reportaron haber recibido por lo menos un tipo de ayuda (ver tabla 3). El tipo de apoyo más reportado fue el apoyo emocional-social (70%). Los participantes indicaron haber recibido menos apoyo de tipo informativo-consejería (26%). Aunque no se encontró una correlación significativa entre tipos de apoyo recibidos y recurrencias en uso de sustancias, se observó una relación negativa entre los mismos; es decir, a mayor tipo de apoyo recibido, menor cantidad de recurrencias reportadas en el último año.

Tabla 2

*Estadísticas Descriptivas de la escala de espiritualidad SISRI-22*

Subescalas	Promedio	Desviación Estándar	Alfa de Cronbach
Escala Total	58,00	16,30	0,93
Producción de Significado Personal	25,33	6,95	0,89
Expansión de Estado Consciente	11,63	4,65	0,81
Pensamiento Crítico-Existencial	13,83	3,83	0,68
Consciencia Trascendental	7,20	2,96	0,68

Tabla 3

*Tipos de Apoyo Recibidos*

Tipo de Apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Emocional-Social	21	70%
Tangible-Instrumental	20	66%
Informativo-Consejería	8	26%
Compañía	11	36%

**Discusión y Conclusión**

Los resultados obtenidos reflejan que el perfil de la muestra está compuesto por adultos jóvenes con un bajo nivel de ingreso, que utilizan más de una sustancia. Estas características, según la literatura se consideran como factores de riesgo para el consumo de sustancias (Jones, Logan, Gladden y Bohm, 2015). Este perfil demuestra que se debe tener una mayor sensibilidad hacia la población que consume múltiples sustancias y que experimentan barreras al acceso de servicios de salud. Partiendo de

este supuesto, se propone un acercamiento transdisciplinario, en coordinación con los sistemas públicos de salud y servicios sociales.

Los resultados evidencian la distinción existente entre espiritualidad y religión. A pesar de que la mayoría de los participantes se identificaron como personas espirituales, aproximadamente la mitad informó estar afiliado a una religión. Esto es indicativo de una identificación más estrecha con la dimensión trascendental. Partiendo del modelo biopsicosocial-espiritual, estos resultados resaltan la necesidad de tomar en cuenta lo que el paciente trae al tratamiento: “una historia espiritual, un estilo de afrontamiento asociado a su religiosidad, una situación actual de bienestar espiritual y unas específicas necesidades espirituales.” (Valiente-Barroso y García-García, 2010, p.159). Estos componentes de índole religioso y/o espiritual le facilitan al individuo la búsqueda de recursos internos que le posibiliten afrontar retos asociados a distintas fases del tratamiento (Valiente-Barroso y García-García, 2010).

Los resultados obtenidos sobre el apoyo social demuestran una relación inversa con la cantidad de recurrencias en el último año. Este hallazgo es cónsono con la literatura que señala que el apoyo social funge como factor protector ante el consumo recurrente de sustancias (Díaz-Pardo et al., 2013). El apoyo social con el que cuenta el participante es un elemento fundamental en el proceso de recuperación y debe ser fomentado en el proceso de tratamiento.

Este estudio pilotopresenta las siguientes limitaciones: una muestra reducida de participantes, todos los participantes eran hombres y la modalidad de tratamiento en que se encontraban era homogénea(buprenorfina). Se recomienda aumentar el tamaño de la muestra, incluir mujeres, estudiar otras modalidades de tratamiento e incorporar mayores medidas de índole biopsicosocial-espiritual para tener un marco más completo de variables que faciliten el proceso terapéutico.

Este estudio resalta la necesidad de investigar y conocer la población bajo tratamiento por uso problemático de sustancias utilizando un modelo biopsicosocial-espiritual. Se sugiere que se integren variables sociales, psicológicas, biológicas y espirituales en el tratamiento para potenciar el proceso de recuperación y fomentar una mayor adherencia al mismo. Recomendamos ofrecer servicios integrativos que respondan a la complejidad de la enfermedad y a las necesidades particulares del participante, para facilitar la recuperación, disminuir las recurrencias y promover una mayor calidad de vida.

## Referencias

- Arredondo, N. H. L., Rogers, H. L., Tang, J. F. C., Gómez, S. L. P., Arizal, N. L. O., Pérez, M. Á. J., et al. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Ben-Ari, A., y Gil, S. (2004). Wellbeing among minority students: The role of perceived social support. *Journal of Social Work*, 4(2), 215-225.
- Díaz-Pardo, N., Pavez, P., Vera-Villarroel, P., y Celis-Atenas, K. (2013). Fuentes de apoyo emocional y su relación con el bienestar subjetivo: un análisis preliminar. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(2), 115-122. Recuperado el 25 de noviembre de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243033029004>
- Dogar, I. (2007). Biospsychosocial model. *Annals of Punjab Medical College*, 1(1), 11-13.
- Hiraldo, C. (2014). *Traducción, adaptación y validación de una escala para medir inteligencia espiritual en una muestra de estudiantes graduados/as en Puerto Rico* (Disertación). Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico.
- Jones, C. M., Logan, J., Gladden, R. M., y Bohm, M. K. (2015). Vital signs: Demographic and substance use trends among heroin users - United States, 2002-2013. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*, 64(26), 719-725.
- Katsogianni, I., y Kleftras, G. (2015). Spirituality, meaning in life, and depressive symptomatology in drug addiction. *International Journal of Religion & Spirituality in Society*, 6(2), 11-24.
- King, D.B. (2008). *Spiritual Intelligence Self Report Inventory-24* [Instrumento de Medida]. Recuperado el 20 de octubre de 2015 de <http://www.davidbking.net/spiritualintelligence/sisri.htm>
- Lyons, G., Deane, F., Caputi, P., y Kelly, P. (2011). Spirituality and the treatment of substance use disorders: An exploration of forgiveness, resentment and purpose in life. *Addiction Research and Theory*, 19(5), 459-469.
- Pargament, K. I. (2006). On the meaning of spiritual transformation. En J. D. Koss-Chioino y P. Hefner (Eds.), *Spiritual transformation and healing: Anthropological, theological, neuroscientific, and clinical perspectives* (pp. 10-24). Walnut Creek, CA: Altamira Press.

- Renner, W., y Salem, I. (2014). Human values, health concepts, and treatment approaches are culture-dependent: Why western psychology does not suffice. *European Scientific Journal*, 2, 186-195.
- Valiente-Barroso, C., y García-García, E. (2010). La religiosidad como factor promotor de la salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriátrica. *Psicogeriatría*, 2(3), 153-165.

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE ANSIEDAD Y PREOCUPACIÓN POR UN HIJO CON UNA ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y PROBLEMAS DE CONDUCTA

**Luis Pinel y Denitsa Gencheva**

*Esfera Psicología (Madrid)*

### **Resumen**

Se presenta el caso de una mujer de 54 años que acude a consulta debido a su constante estado de preocupación ante los episodios de ira descontrolada y la conducta de adicción a los videojuegos de su hijo. La paciente también se quejaba de dolores y contracturas musculares. En el momento de acudir a consulta la relación con su hijo se encuentra completamente deteriorada y la comunicación entre ambos es inexistente. En relación con ello, se desarrolló una evaluación pretratamiento durante dos sesiones donde, además de una entrevista clínica semiestructurada se aplicaron medidas que confirmaron una alta ansiedad (ISRA-B), una leve depresión (BDI-II Breve), déficit de habilidades de afrontamiento (COPE) y un alto estado de preocupación (PSWQ). Se confirmó la presencia de un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Se plantearon como objetivos del tratamiento la reducción del malestar emocional, los niveles de estrés y el entrenamiento en habilidades para el manejo de la conducta de su hijo. Así, se planteó una intervención con los siguientes componentes: psicoeducación, relajación, uso de metáforas, ejercicios experienciales y paradojas para flexibilizar su repertorio conductual y lograr la defusión cognitiva (terapia de aceptación y compromiso, ACT), solución de problemas, habilidades sociales, planificación del tiempo y prevención de recaídas. El tratamiento tuvo una duración de 33 sesiones. Tras ello se logró una mejora del estado inicial de preocupación y ansiedad que la paciente presentaba, tal y como se evidenció en la evaluación postratamiento. Se ofrecen datos del seguimiento durante los primeros 3 meses. Se concluye que el caso muestra cómo la intervención psicológica con la madre permitió solucionar los problemas de comunicación y la enseñó a manejar los episodios de ira que presentaba su hijo, así como a influir en su comportamiento para combatir la adicción a los videojuegos.

**Palabras clave:** Ansiedad generalizada, adicción a los videojuegos, terapia de aceptación y compromiso, integración

**A PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN A CASE OF ANXIETY AND  
EXCESSIVE WORRYING OVER HER SON WITH VIDEO GAME  
DEPENDENCY AND BEHAVIOR PROBLEMS**

**Abstract**

In this paper we present the case of a 54 years old woman with problems to control her excessive *worrying* over *her* son who has a *video game* dependency, according to her report. The patient also reported pain and muscle contractions. The relationship with his son is completely deteriorated and communication among family members is broken. Pretreatment evaluation was performed in two sessions, including a semi-structured interview and the application of tests that confirmed high levels of anxiety (ISRA-B), low levels of depression (BDI-II Breve), a deficit of functional coping strategies (COPE) and a constant state of worry (PSWQ). The presence of Generalized Anxiety Disorder was confirmed. We established as treatment objectives the reduction of emotional distress and the high levels of tension, as well as the skills instruction needed to cope with his son's behavior problems. Treatment included the following components: psychoeducation, relaxation, the use of paradox, metaphors and experiential exercises to promote behavioral flexibility and achieve a cognitive defusion state (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), [problem-solving](#) techniques, social skills, time planning strategies and relapse prevention. The prior goals were addressed after a 33 sessions of treatment. There was an improvement of the Initial worry state and a significant drop of anxiety levels, according to the data collected during the post-treatment evaluation. We offer monitoring during the first three months. To sum up, we could conclude that this case shows how an accurate psychological intervention helped the patient to solve communication problems and taught her to manage her son's anger episodes. Intervention also helped her son to control the video game dependency.

**Key words:** general anxiety disorder, video game dependency, [Acceptance and commitment therapy](#), integration.

## **Introducción**

El trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) tiende a la cronificación y suele generar una marcada interferencia en la vida de quien lo padece. Tradicionalmente, el tratamiento de primera elección en estos pacientes ha sido la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2011). Aunque estas intervenciones se muestran muy eficaces a la hora de reducir la sintomatología del TAG, el porcentaje de individuos que al finalizar el tratamiento alcanza niveles satisfactorios de funcionamiento no es tan bueno (Orsillo, Roemer y Barlow, 2003). El presente estudio de caso analiza si una intervención combinada entre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la TCC ya existente puede resultar útil para reducir las preocupaciones de una mujer con TAG por su hijo con adicción a los videojuegos y mejorar su relación.

## **Método**

### *Identificación de la paciente*

Paula es una mujer de 54 años de edad, natural de Madrid, vive con su marido y con su hijo, de nivel socioeconómico medio y ha realizado estudios superiores. En la actualidad tiene trabajo estable como funcionaria pública en la seguridad social. P acudió a la consulta de su médico de cabecera por sus problemas de ansiedad quien decide derivarla a nuestra consulta.

### *Análisis del motivo de la consulta e historia del problema.*

La paciente explicó al acudir a consulta que tenía unos altos niveles de ansiedad y que estaba muy preocupada ante los episodios de ira descontrolada y la conducta de adicción a los videojuegos de su hijo de 24 años de edad. También comentó que inicialmente había acudido al médico para rebajar su estado de tensión y aliviar dolores y contracturas musculares que sufría desde hace más de un año y que habían ido empeorando conforme lo hacía su estado de tensión. P explicaba que sufría un estado de preocupación constante y que no era capaz de dejar de preocuparse por los problemas que esta situación suponía para la convivencia familiar.

Según la paciente informa el comienzo de su problema se remonta a la adolescencia de su hijo cuando este comienza a aislarse en su habitación y muestra un

rechazo ante las normas propias de la casa. Poco tiempo después, P tiene que ocuparse de problemas de salud crónicos de su marido y va perdiendo progresivamente su rol como figura de autoridad. En años posteriores su hijo empieza a jugar a un MMORPG (Massively Multiplayer Online Role-Playing Game), donde invierte más tiempo con el paso de los años hasta llegar a las más de 10 horas diarias que jugaba entonces. A lo largo de la terapia la paciente señala que la adicción a los videojuegos es la responsable de los frecuentes episodios de ira de su hijo que acaba descargando contra ella y su marido. Los problemas de comportamiento se refieren a golpes (normalmente contra el mobiliario), palabras malsonantes y un rechazo absoluto por las normas y las responsabilidades domésticas. Aunque refería que su principal preocupación eran los problemas de comportamiento de su hijo – su bienestar futuro, si va a poder encontrar un empleo, si su comportamiento va a empeorar, etc. –, a lo largo de la intervención también manifiesta preocupación por su rendimiento laboral, los problemas de ingresos económicos en un futuro y la opinión que sus vecinos pueden tener de su familia por sus constantes enfrentamientos.

En relación con los intentos de solución previos, la paciente había intentado aliviar su tensión a través de la visualización de videos de relajación en Internet y trataba de rebatir sus propios pensamientos en torno a sus preocupaciones con argumentos lógicos, todo ello con el objetivo de reducir su estado de ansiedad.

En definitiva, en el momento de acudir a consulta la paciente presenta un cuadro de ansiedad agudo y vive constantemente preocupada, la relación con su hijo se encuentra deteriorada y los enfrentamientos son cada vez más frecuentes.

### *Materiales*

Se llevó a cabo una entrevista semiestructurada de dos horas de duración. Se realizaron una serie de preguntas con el objetivo de identificar variables contextuales y la principal demanda de la paciente o el origen y evolución del problema. Asimismo, se evaluaron respuestas cognitivas, conductuales y motoras características de la ansiedad y otras áreas que pudieran influir en el problema por el que consultaba la paciente (p. ej., historial médico, familia creada, familia de origen, actividades, relaciones con otras personas, etc.).

Además se utilizaron los siguientes cuestionarios: (a) la Escala de Estilos de Afrontamiento (COPE, en la versión española realizada por Crespo y Cruzado, 1997;

presenta unos adecuados niveles de fiabilidad como consistencia interna  $>0,60$ , excepto para dos escalas (actividades distractoras y evitación), (b) el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA, en la versión española breve realizada por Miguel-Tobal y Cano-Vindel, sin publicar;  $\alpha$  entre 0,92 y 0,99 que puede considerarse muy alta según los criterios de Prieto y Muñiz, 2000), (c) el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, en la versión española breve desarrollada por Sanz y García-Vera, sin publicar; presenta unos adecuados niveles de fiabilidad como consistencia interna que oscilan entre 0,87 y 0,90, todos ellos excelentes -  $\geq .85$ ; Prieto y Muñiz, 2000), (d) el Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (PSWQ, en la versión española realizada por Comeche, Díaz y Vallejo, 1995; cuenta con una estructura unifactorial y  $\alpha = ,95$ ).

#### *Resultados de la evaluación y metas terapéuticas*

Los resultados obtenidos permiten llegar al siguiente diagnóstico, de acuerdo a la evaluación multiaxial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002): (a) Eje I: F41.1, Trastorno de *ansiedad generalizada* (300.02), (b) Eje IV: Aislamiento social y problemas familiares, (c) EEAG: 69; el resto de los ejes ausentes. También se encontró sintomatología depresiva leve a nivel subclínico.

Con relación a las metas del tratamiento, se estableció como el objetivo general de la intervención el de reducir el malestar emocional y enseñar a la paciente a manejar la conducta de su hijo. Como objetivos específicos de la intervención se pretendió: (a) la reducción del nivel de activación, (b) la mejora del control cognitivo y el distanciamiento en relación a sus preocupaciones, (c) enseñarle a solucionar problemas, (d) mejorar la comunicación que mantiene con su hijo, (e) ayudarle a administrar un sistema de refuerzos y castigos adecuados, (f) la recuperación de los hábitos saludables, (g) la disminución de las conductas de evitación de la paciente.

#### *Selección del tratamiento más adecuado*

Dado que la TCC es el tratamiento de elección en casos de ansiedad generalizada se planteó una intervención con los siguientes componentes terapéuticos (psicoeducación, relajación, exposición, habilidades sociales, planificación del tiempo y aplicación de contingencias). Como la paciente estaba empleando estrategias defensivas de supresión de pensamientos, se consideró que lo más adecuado sería el empleo de

algunos componentes de la ACT para las preocupaciones y, por tanto, se usaron metáforas, ejercicios experienciales y paradojas con el objetivo de aprender a distanciarse de sus pensamientos y lograr un incremento en la flexibilidad psicológica.

### *Procedimiento*

Durante las primeras sesiones se administraron las medidas de autoinforme, se realizó el análisis funcional del caso, se le devolvió la información a la paciente, se comenzó con la relajación muscular progresiva y a trabajar la desesperanza creativa. P presentaba preocupaciones constantes, que le sobrevenían en casi cualquier situación cotidiana o en los episodios conflictivos con su hijo, y ante las que reaccionaba con estrategias de evitación y defensivas para neutralizar dichos pensamientos. Pese a las consecuencias a corto plazo de su comportamiento, a largo plazo las preocupaciones estaban cada vez más presentes en su vida cotidiana y hacían que se viera como una persona “débil” y una madre “sobrepasada” por su hijo. Para ilustrar este patrón, se trabajó con metáforas como la “metáfora del jardín” o “el granjero y el asno” (las metáforas y ejercicios pueden consultarse en Wilson y Luciano, 2002) con el objetivo de que P entendiese que sus intentos por controlar sus preocupaciones hacían que su situación fuera mucho peor. Una vez promovida la idea de que el control era el problema y la necesidad de encontrar nuevas alternativas de comportamiento, se emplearon metáforas como “la dos escalas” para empezar a trabajar la apertura a la aceptación y algunos ejercicios como “la lucha/no lucha con los papeles” para cambiar el contexto en el que tenía lugar su lucha con esas preocupaciones y promover un cambio desde una perspectiva relacional.

En las siguientes sesiones se realizaron múltiples ejercicios de exposición a los eventos privados conflictivos con el objetivo de que P aprendiera a distanciarse de ellos y no se comportara de una forma contraproducente. Para las preocupaciones sobre situaciones no modificables se empleó la exposición funcional cognitiva (Bados, 2005).

Una parte importante del tratamiento tuvo que ver con el entrenamiento en habilidades sociales, que se intercaló con los procedimientos anteriores a partir de la sesión decimocuarta del tratamiento. Se hizo especial hincapié en los refuerzos verbales del comportamiento deseado y en técnicas como el banco de niebla para hacer frente a las situaciones conflictivas, el aplazamiento de la conversación para evitar las manipulaciones y dejar de alentar un comportamiento indeseado, aprender a pedir

cambios de comportamiento y asignarle tareas, concretando sobre las cosas que deseaba que se responsabilizase.

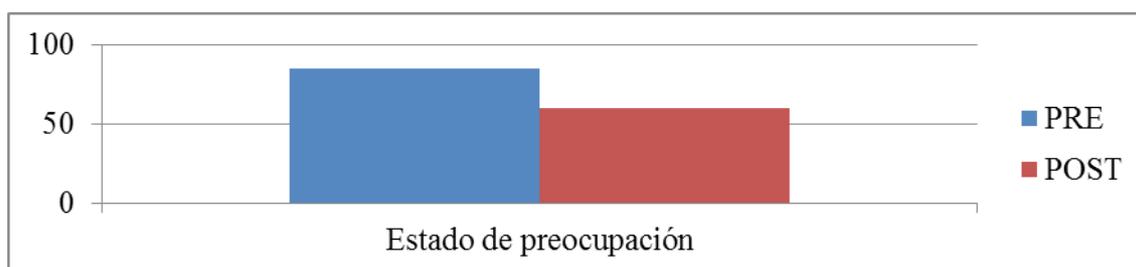
Durante las últimas sesiones se implantó un plan progresivo de manejo de contingencias que consiguió obligar a su hijo a cumplir con sus obligaciones (p. ej., sacar al perro a diario, limpiar su cuarto, acudir a clase o hacer limpiar la cocina), y que no hubiera faltas de respeto por su parte. Debido a que su hijo sólo se veía atraído por el juego y el dinero, se utilizó este como principal reclamo para promover el cambio. Concretamente dejaba de ganar “x” cantidad por cada comportamiento no deseado y obtenía ganancias adicionales si no se habían producido incidentes durante la semana.

Para finalizar, se planificaron actividades agradables y la última sesión tuvo como objetivo prevenir futuras recaídas y resolver dudas que hubieran surgido durante la terapia. Se le explicó a la paciente la diferencia entre caída y recaída y se hizo un repaso de todo lo visto en consulta hasta el momento.

El tratamiento tuvo una duración de 33 sesiones de 60 minutos de duración y finalizó con buena adherencia.

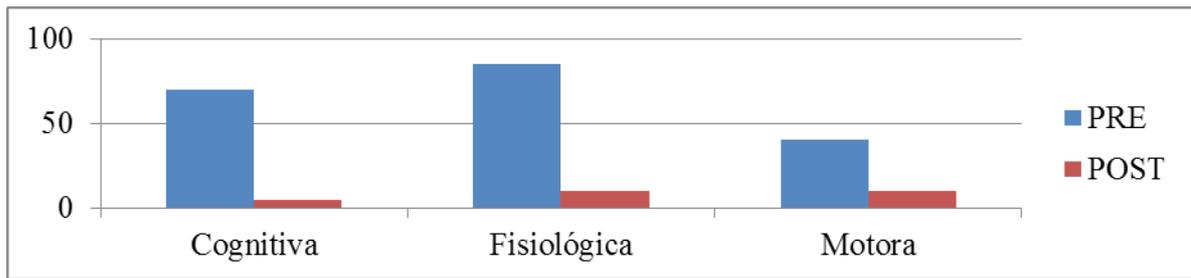
## Resultados

La gráfica 1 muestra que el estado de preocupación de la paciente sufrió una mejora significativa durante los meses que duró la intervención, pasando de una puntuación centil de 85 a una de 60 al finalizar el tratamiento. En este último momento, P ya no cumplía criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada.



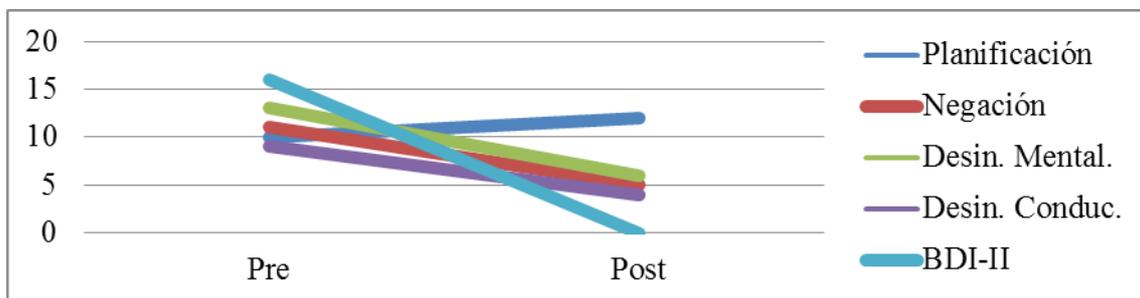
Gráfica 1. Resultados del Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (PC).

La gráfica 2 muestra una disminución significativa del nivel de ansiedad en el triple sistema de respuestas: cognitiva (Pre=70, Post=5), fisiológica (Pre=85, Post=10) y motora (Pre=40, Post=10), en todos los casos situándose varias desviaciones típicas en relación al inicio del tratamiento.



Gráfica 2. Resultados del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (PC).

Al finalizar el tratamiento las estrategias de afrontamiento que la paciente utilizaba para hacer frente a las situaciones estresantes también sufrieron un cambio, mientras que las estrategias de evitación, negación y desinvolucración se redujeron, su capacidad para planificar y solucionar problemas aumentó (véase la gráfica 3). En relación a la sintomatología depresiva, mientras que en la evaluación inicial obtuvo una puntuación directa de 16 en el BDI –depresión moderada según la corrección del cuestionario-, en el retest la puntuación obtenida fue de 0.



Gráfica 3. Principales resultados de las medidas de autoinforme aplicadas (PD).

Durante la evaluación post-tratamiento P informó de que “había aprendido a manejar el comportamiento inadecuado de su hijo y a comunicarse con él hasta el punto de influir en su decisión de comenzar estudios universitarios y disminuir la frecuencia de juego”. Además, su comportamiento cotidiano se había vuelto más flexible y estaba controlado en mayor medida por reforzamiento positivo. Respecto a sus preocupaciones había desaparecido su malestar, en palabras de P “mi forma de ver la vida ha cambiado y ahora me preocupo mucho menos que antes”.

Los datos del seguimiento a uno y tres meses muestran un ligero aumento de la ansiedad, debido a un cambio en la situación laboral de la paciente, aunque en general

confirman el mantenimiento de los resultados conseguidos y la perspectiva de mejora en el comportamiento de su hijo.

### Discusión

El presente estudio demuestra como la integración de una terapia basada en componentes que promueven la aceptación como ACT con los TCC ya existentes fue eficaz para disminuir la ansiedad, promover un comportamiento orientado a valores personales, solucionar problemas de comunicación e influir en el comportamiento de un hijo con adicción a los videojuegos y problemas de comportamiento, en una mujer con TAG. Por su parte, el proceso terapéutico parece haber incrementado la flexibilidad psicológica de la paciente y permitió alcanzar todos los objetivos planteados en un inicio. De hecho, las mejorías terapéuticas se siguieron manteniendo durante el periodo de seguimiento donde la paciente manifestó su estado de júbilo ante su situación actual.

### Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Bados, A. (2005). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Recuperado el 29 de noviembre del 2015 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
- Comeche, M. I., Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. Recuperado el 29 de noviembre del 2015 de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., y Barlow, D. H. (2003). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 223-230.

Prieto, G. y Muñoz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.

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

## **EL SÍNDROME DE ASPERGER: ACERCAMIENTO A LAS NECESIDADES DE ESTE ALUMNADO A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

**Francisca Pelegrina-Jiménez, Nuria Calet y Cristina G. Dumitrache**

*Universidad de Granada*

### **Resumen**

**Antecedentes:** Las habilidades sociales resultan fundamentales para el adecuado desarrollo social de todas las personas, sin embargo su progreso es más crítico en sujetos con síndrome de Asperger ya que poseen grandes dificultades en la interacción social así como la reciprocidad emocional que termina afectando a su calidad de vida. En este trabajo se presenta el desarrollo de un programa de intervención para mejorar las habilidades sociales, en niños con Síndrome de Asperger (SA). Esta propuesta se intenta abordar a través de cuatro áreas distintas: social, afectiva, lingüística y psicomotora. Se trata de un acercamiento a los déficits de este alumnado para comprender y analizar las posibles estrategias que sirvan de mejora y minimicen los riesgos de exclusión o rechazo en etapas posteriores. **Método:** El programa está destinado inicialmente a niños a partir de 5 años de edad. El programa se desarrollará a lo largo de 3 meses, con 2 sesiones semanales y contará con un total de 24 sesiones. Cada sesión tendrá una duración de aproximada de 15-20 minutos. Se realizará una evaluación pre-test post-test en la cual se evaluarán aspectos específicos de este programa con la finalidad de comprobar su eficacia. **Resultados:** Se espera que el grupo de intervención obtenga puntuaciones más bajas en las diferentes medidas de evaluación empeladas en la evaluación post-test. **Conclusiones:** La aplicación del presente programa permitiría la reducción del déficit social que poseen los niños y las niñas con SA y mejorar las habilidades de los alumnos requeridas para su independencia y autonomía personal.

**Palabras clave:** Síndrome de Asperger, programa de intervención, habilidades sociales, afectividad, comunicación.

## **ASPERGER SYNDROME: FOCUSING ON THE NEEDS OF THIS STUDENT THROUGH AN INTERVENTION PROGRAM**

### **Abstract**

**Antecedents:** Social skills are essential for an adequate social development of all people; however, their development is more critical in subjects with Asperger because they have great difficulty in social interaction as well as in emotional reciprocity which ultimately affect their quality of life. This study presents an intervention program which aims to improve social skills in children with Asperger syndrome. Our proposal is divided in four different areas: social, emotional, linguistic and psychomotor area. It constitutes an approach to the deficits of these students with Asperger in order to understand and analyze potential strategies which help us to face and minimize the exclusion or rejections risks at later stages. **Method:** The programme is initially aimed at children who are 5 years old or older. The programme is going to last 3 months, with 2 weekly sessions and a total of 24 sessions. Each session will have a duration of 15-20 minutes. A pre-test post-test assessment will be used to evaluate the efficacy of the contents of the intervention programme. **Results:** We expect the intervention group to obtain lower than the control group scores on the different measures used to evaluate Asperger Syndrome symptoms. **Conclusions:** The proposed programme would allow the decrease in social deficits of children with Asperger syndrome and the improvement of their social skills. This in turn would promote personal autonomy and independence.

**Keywords:** Asperger's Syndrome, intervention programme, social skills, affectivity communication

### **Introducción**

Este trabajo surge de la necesidad de crear programas de intervención específicos para el Síndrome de Asperger (SA) debido a que existe una cercanía notable entre el autismo y el SA, sin embargo el SA debería tratarse como un síndrome diferente con sus características propias. Para poder diferenciarlos, se considera oportuno identificar el autismo dentro de una definición diagnóstica realizada por el DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994) en la cual existe ítems para poder identificarlo:



alteración cualitativa de la interacción social, de la comunicación y patrones de comportamiento; intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados. Si se compara con los criterios descritos para el SA se puede observar que a diferencia del trastorno autista, el SA no presenta retraso general del lenguaje ni existe retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo así como de las habilidades de autoayuda. Por esto, cabe señalar que ha habido mucha discusión sobre si el SA y el autismo de alto funcionamiento son categorías que se encuentran separadas, o si hay o no similitud entre ellas. De hecho hasta la fecha no se dispone de datos convincentes para afirmar que ambos síndromes están lo suficientemente diferenciados (Gillberg, Mesibov, Kuncze y Schopler, 1998).

Por lo expuesto anteriormente, resulta imprescindible describir la importancia del desarrollo de este programa debido a que los modelos de intervención para alumnado con autismo están más presentes y el número es más elevado si se equipara a los de SA. A pesar de existir características comunes entre un trastorno y otro, se pretende otorgar la relevancia que se merece al SA, excluyéndolo de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) y contemplándolo como un síndrome que necesita una evaluación y tratamiento específico teniendo en cuenta las características de cada sujeto.

Además, con el presente trabajo se pretende otorgar la importancia que posee la intervención con este alumnado en edades tempranas, ya que es en la infancia dónde cobra más relevancia. No existen hasta la fecha programas desarrollados para trabajar en las primeras etapas educativas, el tratamiento siempre se encuentra enfocado en etapas superiores, normalmente a partir de la Educación Primaria que es cuando la evaluación diagnóstica puede proporcionar una validación objetiva del perfil de comportamientos y aptitudes identificativos del sujeto con SA (Attwood, 2009). Este trabajo plantea el diseño de un programa específico para reducir el déficit social que poseen los niños y las niñas con SA y, comprender así de manera más adecuada este síndrome.

## **Objetivos**

Este trabajo tiene la finalidad de servir como apoyo para el alumnado con SA perteneciente a la última etapa de EI, en concreto, de la edad de 5 años. Se pretende la integración de manera total de estos sujetos dentro de la dinámica de la clase proporcionando estrategias y recursos adecuados para el correcto desarrollo de las

actividades. Por tanto, con el propósito de la realización de las mismas, se proponen los siguientes objetivos y/o metas con el fin de dar coherencia a este plan de acción.

#### *Área social*

Se encuentra enfocada hacia la adquisición de habilidades e interacciones sociales y por tanto, la mejora en la comprensión de las normas sociales en función del contexto así como de las relaciones que se comienzan a establecer en estas primeras etapas educativas (Attwood, 2009).

#### *Área afectiva/emocional*

Principalmente para el reconocimiento y expresión de las emociones así como el conocimiento de estrategias o pautas para llegar a dominarlas propiciando a su vez una mejora en cuanto a la reciprocidad de las emociones de sus compañeros para intentar disminuir su ansiedad antes estas situaciones (Attwood, 2009).

#### *Área lingüística*

Para paliar las afecciones del lenguaje tales como el habla en exceso, la conversación unidireccional, la repetición continua de ciertos temas que son de su interés y las dificultades en la comprensión (interpretaciones erróneas de los significados literales) así como en la pragmática. El niño con SA desarrolla un lenguaje con palabras demasiado técnicas en comparación con los demás y esto, con el paso de los años, puede ser una causa de exclusión social (Attwood, 2009).

#### *Área psicomotriz*

Según Attwood algunos de los puntos clave dentro del movimiento y la coordinación de los niños con SA son por ejemplo una coordinación inmadura, problemas en la caligrafía debido a una dificultad en las habilidades motoras finas, problemas en cuanto a los juegos con una pelota (atrapar, lanza o golpearla), entre otros. Resaltar que todos estos puntos débiles pueden ser motivo de mofa para sus compañeros ya que presenta varios inconvenientes, los cuales resultan visibles para todos, y probablemente le dificulten desplazarse y utilizar el espacio de juego dentro de actividades que requieran de coordinación y equilibrio (Attwood, 2009).

## Contenidos

En relación a los contenidos a trabajar en el programa de intervención señalar que las temáticas que se emplearán son:

### *Área social:*

- Adquisición progresiva de habilidades sociales.
- Participación en situaciones grupales.
- Implicación en las normas sociales.

### *Área emocional/afectiva:*

- Identificación y reconocimiento de las emociones.
- Capacidad de resolución de conflictos.
- Técnicas de autocontrol y relajación.

### *Área lingüística:*

- Desarrollo de la empatía y aceptación de críticas.
- Iniciación en las “primeras amistades”.
- Conocimiento de las opiniones de los demás.

### *Área psicomotriz:*

- Mejora en cuanto a coordinación y equilibrio.
- Destreza en actividades manuales.
- Valoración de la importancia de juegos en gran grupo.

## Método

### *Población beneficiaria*

El programa está destinado inicialmente a niños a partir de 5 años de edad, debido a que se pretende trabajar con los sujetos con SA antes de iniciar la transición a la etapa de Educación Primaria (EP). Se realizará de forma grupal siendo recomendable un máximo de 15 alumnos para llevar a cabo una adecuada realización de la intervención.

Los cambios de etapa son muy significativos en estas personas ya que presentan dificultades para adaptarse adecuadamente a ellos, sobre todo si son cambios sustanciales y afectan a su vez a varios factores (nuevos compañeros, metodología diferente, asignaturas nuevas, cambios en el espacio físico). Por tanto, señalar que el paso de Infantil, a la etapa de Primaria puede suponerles problemas de conducta, por ejemplo, las rabietas ya que no son capaces aún de verbalizar lo que les pasa y por eso,

se sienten más seguros y tranquilos dentro de sus rutinas. De ahí, que sea importante anticiparles siempre los cambios que van a suceder para ofrecerles seguridad y hacer que la ansiedad y la depresión vayan desapareciendo de manera progresiva, entendiendo que los cambios también pueden ser positivos (Coto, 2013).

#### *Diseño de la evaluación*

Se realizará una evaluación del presente programa para comprobar su eficacia. A continuación se expone el tipo de evaluación seguido y los materiales empleados en la misma.

#### *Tipo de evaluación*

Se utilizará una evaluación pre-test post-test en la cual se evaluarán aspectos específicos de este programa con la finalidad de comprobar su eficacia. Además se llevará a cabo una evaluación a largo plazo para comprobar que los efectos de la intervención se mantienen en el tiempo.

#### *Materiales de evaluación*

Se utilizarán estas cinco escalas de clasificación:

- Escala Diagnóstica para el Síndrome de Asperger (*Asperger Syndrome Diagnostic Scale, ASDS*) (Myles, Bock y Simpson, 2001).
- Cuestionario de detección del espectro autístico (*Autism Spectrum Screening Questionnaire, ASSQ*) (Ehlers, Gillberg y Wing, 1999).
- Test Infantil del Síndrome de Asperger (*Childhood Asperger Syndrome Test, CAST*) (Scott, Baron-Cohen, Bolton y Brayne, 2002; Williams et al., 2005).
- Escala de Gilliam del Trastorno de Asperger (*Gilliam Asperger's Disorder Scale, GADS*) (Gilliam, 2002).
- Índice de Krug del Trastorno de Asperger (*Krug Asperger's Disorder Index, KADI*) (Krug y Arick, 2002).

#### *Temporalización*

El programa está pensando para desarrollarse a lo largo de 3 meses, teniendo en cuenta que en cada semana se realizarán 2 sesiones, contando con un total de 24 sesiones. Cada sesión tendrá una duración de aproximada de 15-20 minutos.

### *Diseño de la intervención*

Se realizará el diseño de la intervención teniendo como referencia los cuatro bloques mencionados previamente. Cada uno de ellos conformará un número determinado de sesiones que se han reflejado de manera precedente a este apartado. Debido a la falta de espacio se redactará una única sesión “tipo” de cada uno de los bloques, indicando en la misma los objetivos, duración, materiales y criterios de evaluación de la misma.

**Bloque 1: “Área Social”.** Partimos de que el niño con SA normalmente tiene menos amigos y por tanto no se relaciona con el resto de sus compañeros, de ahí su preferencia por la amistad con personas más mayores que él. También suelen divertirse de una manera más extraña en comparación con el resto de alumnos y por tanto, los intereses entre unos y otros varían considerablemente llegando a resultarle aburridas las actividades que realizan sus compañeros. Por todo esto, en esta sesión se pretende que el alumno con SA junto al resto de sus compañeros pueda llegar a desarrollar los mecanismos necesarios para poder lograr de manera progresiva un avance en cuanto a las habilidades sociales. Por tanto, se intentará que el niño con SA se adapte de manera adecuada a su entorno más cercano para que a partir de esta sesión pueda involucrarse de manera más significativa en las sesiones que le suceden a ésta (Attwood, 2009).

Los objetivos y/o metas que se pretenden conseguir dentro de este bloque quedan recogidos de esta forma:

- Conocer al resto de compañeros de la clase a partir de sus características personales.
- Propiciar la empatía a través de los acercamientos entre unos y otros.
- Crear relaciones entre todos los alumnos para propiciar un ambiente de confianza y seguridad.
- Favorecer la autoestima a través de las opiniones aportadas entre los niños/as.
- Emplear cualidades positivas para describir a los demás.
- Respetar el turno de palabra cuando un compañero/a está hablando.

**Bloque 2: “Área afectiva/emocional”.** El desarrollo emocional del niño con SA se encuentra alterado, de ahí la necesidad de trabajar esta área ya que presenta dificultades para comprender las emociones de los demás e incluso las suyas propias. Su capacidad de autoregulación no se asemeja a la de sus compañeros y en este sentido sus

comportamientos en cuanto a las emociones se reciben de manera extraña y desproporcionada resultando incomprensible su actuación en algunas situaciones. Se pretende por tanto un acercamiento a sus emociones y a las del resto de niños intentando proporcionar estrategias para una progresiva mejora de su capacidad de autoregulación para poder así llegar a comprender mejor el estado emocional de los demás (Attwood, 2009).

Los objetivos y/o metas que se pretenden conseguir a través de este segundo bloque son:

- Potenciar la comprensión de las emociones de uno mismo y del resto de las personas.
- Mejorar la capacidad de autocontrol en situaciones que lo requieran.
- Crear situaciones que favorezcan el reconocimiento de los sentimientos ajenos así como la empatía.
- Aprender a gestionar nuestros propios sentimientos intentando adoptar una actitud positiva ante cualquier dificultad o problema que se presente.

**Bloque 3: “Área lingüística”.** Los sujetos con SA poseen un retraso en su desarrollo del lenguaje por eso es frecuente encontrar dificultades en cuanto a la comprensión, la expresión y por tanto, problemas referentes al lenguaje no verbal. Esto puede ocasionar, en la mayoría de los casos, ausencia de herramientas para las habilidades de comunicación debido a que los temas de conversación siempre son del agrado del sujeto que padece esta patología dando lugar a diálogos unidireccionales siendo frecuentes las diferencias entre los conocimientos y las prácticas del lenguaje. A pesar de esto, su vocabulario es muy amplio y normalmente da la sensación de que su lenguaje es similar al de una persona adulta, y no a la de un niño de su edad. Por todo esto, dicha área resulta esencial para el manejo de estrategias que le faciliten la comunicación sus iguales, así como la comprensión de normas convencionales dentro de un diálogo (Attwood, 2009).

Los objetivos que se pretenden llegar a lograr en este bloque serían los siguientes:

- Utilizar el lenguaje como medio de comunicación para la expresión de ideas y sentimientos.
- Intentar mostrar interés por temas que no son totalmente de su predilección.
- Aprender a usar el lenguaje de manera que se ajuste a cada situación y al

contexto.

- Saber emplear el tono y el ritmo adecuado dentro del lenguaje oral para llegar a expresar lo que realmente se desea en cada momento.
- Controlar las palabras o gestos inadecuados para lograr fluidez en la conversación.
- Comprender algunas frases hechas para intentar evitar problemas de comprensión.
- Tener aptitud para aceptar críticas y cumplidos de sus compañeros.

**Bloque 4: “Área psicomotricidad”.** La coordinación y el equilibrio son los aspectos más deficitarios de una persona con SA, así a simple vista sólo con verlo correr podemos observar las diferencias de cualquier sujeto de su edad. Al practicar deporte o al jugar con el resto de sus compañeros también resulta notorio los déficits, por eso, sobre todo dentro de esta área, la observación va a ser un punto fundamental tanto para la realización de objetivos como para la posterior evaluación. Aparte de las dificultades dentro de la motricidad gruesa, también existen problemas en cuanto a las actividades manuales en lo que respecta a la motricidad fina, en concreto la grafomotricidad. Este aspecto resulta complicado de trabajar debido a que la frustración está la mayoría del tiempo presente en estos sujetos y nunca se debe presionar en este sentido, porque no pretendemos que obtenga una buena caligrafía, sino simplemente lograr una escritura legible sin desmotivar al alumno ya que podrían resultar de poco interés realizar actividades sobre este aspecto.

Los objetivos que se pretenden alcanzar a través de este bloque son:

- Mejorar de manera superficial la coordinación de las extremidades superiores.
- Trabajar en el desarrollo del equilibrio.
- Aprender a utilizar técnicas para la mejora de la motricidad fina.
- Valorar la importancia de los juegos en gran grupo así como el disfrute de las actividades que se llevarán a cabo.
- Motivar al alumno ante cualquier frustración por la tendencia a la comparación con el resto de compañeros.

## Resultados

Para evaluar la efectividad del programa de intervención se utilizará un diseño pre-test post-test con grupo control y se realizarán análisis de ANCOVA. Se espera que

el grupo de intervención obtenga puntuaciones más bajas en las diferentes medidas de evaluación empeladas en la evaluación post-test.

### **Discusión y conclusiones**

A partir de la aplicación del presente programa se espera que se reduzca el déficit social que poseen los niños y las niñas con SA. En especial, este programa persigue mejorar las habilidades de los alumnos requeridas para su independencia y autonomía personal, su adaptación al medio e interacción con otras personas así como su lenguaje social y comunicación pragmática.

### **Referencias**

- American Psychiatric Association, APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- Attwood, T. (2009). *Guía del síndrome de Asperger*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Coto, M. (2013). *Síndrome de Asperger: guía práctica para la intervención en el ámbito escolar*. Recuperado de <http://autismodiario.org/2014/01/23/sindrome-de-asperger-guia-practica-para-la-intervencion-en-el-ambito-escolar/>
- 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.
- Gillberg, I.C., Mesibov, G., Kuncze, L. y Schopler, E. (1998). *Asperger Syndrome or high-functioning autism?* New York: Plenum Press.
- Gilliam, J. (2002). *GADS Examiner's Manual*. Austin: Pro-Ed.
- Krug, D. y Arick, J. (2002). *Krug Asperger's Disorder Index*. Austin: Pro-Ed.
- Myles, B. S., Bock, S. y Simpson, R. (2001). *Asperger Syndrome Diagnostic Scale Examiner's Manual*. Austin: Pro-Ed.
- 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, 9-31.
- Williams, J., Scott, F., Stott, C., Allison, C., Bolton, P., Baron-Cohen, S. et al. (2005). The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test: test accuracy. *Autism*, 9, 45-68.

**¿QUIÉN SE ESCONDE TRAS LA ETIQUETA?: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN UN DISPOSITIVO DE LA RED AMBULATORIA DE SALUD MENTAL**

**José María Martín-Jiménez\*, Irene Quesada-Suárez\*\* y Montserrat Fonoll-Alonso\*\*\***

*\*Psiquiatra Programa Infanto-Juvenil. Unidad de Salud Mental Casa del Marino*

*\*\*Psicóloga Clínica Programa Infanto Juvenil. Unidad de Salud Mental Casa del Marino; \*\*\*Psicóloga Clínica Programa Infanto Juvenil. Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario Insular y Materno-Infantil de Gran Canaria*

**Resumen**

Antecedentes: El concepto de “Habilidades Sociales” (HHSS) hace alusión a las distintas conductas específicas que resultan en interacciones sociales positivas y que engloban aspectos verbales como no verbales, todos necesarios para una comunicación interpersonal efectiva. Los niños con Autismo de Alto Funcionamiento (AAF) y Síndrome de Asperger (SA) exhiben una afectación en el ámbito social como déficit nuclear común. Distintas investigaciones han resaltado que la simple exposición al grupo de iguales y a situaciones de interacción social son insuficientes para el desarrollo de HHSS apropiadas a su edad, por lo que desarrollar intervenciones para el fomento de competencias sociales se convierte en una intervención de gran valor. Pero enseñarles competencias sociales resulta una tarea ardua, requiriendo una evaluación y clasificación según los déficits en HHSS, con el fin de desarrollar una intervención específica. Método: Con el fin de establecer el perfil de HHSS en los pacientes con diagnóstico de TEA-AF (CIE 10: F84.5 y F84.9), con edades comprendidas entre los 8-18 años, atendidos por una Unidad de Salud Mental de la Red Pública de Gran Canaria, se administró a la población objeto de estudio las formas del sujeto y de padres del Social Skills Intervention System, analizando los resultados de los diferentes dominios

de HHSS. Resultados: Se muestran la heterogeneidad en cuanto a los perfiles de HHSS, y la falta de coherencia entre lo hallado por los padres y lo valoración que realizan los chicos de su desempeño. Además, existen importantes diferencias entre las valoraciones de los padres y lo observado en el ámbito clínico. Conclusiones: Acorde con la bibliografía, se observa que no existe un patrón específico en cuanto al perfil de competencias sociales en AAF/SA, así como notables diferencias entre las valoraciones de distintos jueces, existiendo distintas explicaciones posibles.

**Palabras clave:** Habilidades Sociales, Síndrome de Asperger, Autismo de Alto Funcionamiento, Perfil y Padres.

### **WHO IS BEHIND THE LABEL ?: A DESCRIPTIVE STUDY IN CHILDREN AND ADOLESCENTES TREATED IN AN OUTPATIENT MENTAL HEALTH NETWORK SERVICE**

#### **Abstract**

Background: The concept of "Social Skills" refers to various specific learned behaviors that result in positive social interactions and include verbal and nonverbal aspects, all necessary for an effective interpersonal communication. Children affected with High Functioning Autism (HFA) or Asperger Syndrome (AS) exhibit as the central common deficit, among others, disturbances in terms of social skills, presented since early childhood. Research has highlighted that mere exposure to peer group and social interaction situations are insufficient for the development of social skills age-appropriate, so developing interventions to promote social competence becomes an intervention of great value, in order to improve their lives and reduce long-term social costs and suffering. But teaching social skills is a difficult task, requiring an evaluation and classification of specific social skills deficits presented by the subject, in order to develop an appropriate intervention. Method: In order to establish the profile of social skills in patients with diagnosis of HFA and AS (ICD 10: F84.5 and F84.9) aged between 8-18 years attended by a Mental Health Unit of the Public Network of Gran Canaria, the population under study completed the subject and parent form of the Social Skills Intervention System Rating Scales, subsequently analyzing results of the different

domains of social skills. Results: Heterogeneity regarding social skills profiles and a lack of consistency between what was referred by parents and by the performance assessment of children and adolescents was found. In addition, there are significant differences between parental rating and what is observed in clinical settings. Conclusions: According to literature, it appears that there is no specific pattern regarding social skills profile in patients with HFA and AS as well as significant differences were found between assessments of different judges, different possible explanations may exist.

**Keywords:** Social skills, Asperger Syndrome, High Functioning Autism, Profile and Parents.

## Introducción

La consideración de la importancia de las relaciones sociales para el ser humano y la de éste como un ser social, se remonta hasta la Grecia Clásica, donde ya Aristóteles afirma en su obra “La Política” que el hombre es un *Zóonpolitikon* (en griego, ζοον: animal, y πολιτικον: social o político), y "El ser humano es un ser social por naturaleza, y el insocial por naturaleza y no por azar o es una bestia o un dios” (Aristóteles, 1997).

En las situaciones interpersonales se ponen en juego una serie de conductas que **resultan en interacciones sociales positivas** y que engloban aspectos verbales como no verbales, todos necesarios para una comunicación interpersonal efectiva (Lieberman y Corrigan, 1993). Éstas son las **Habilidades Sociales** (HHSS), las cuales han de ser enseñadas, aprendidas y desarrolladas (Gresham, Sugai y Horner, 2001; Kelly, 2004). En esta línea, también está el concepto de **Competencias Sociales**, el cual hace referencia a una valoración del desempeño del sujeto en tareas sociales, basándose en el resultado del juicio por agentes sociales a partir de ciertos criterios (criterios explícitos,

comparación con muestras normativas, resultados derivados del desempeño social o el juicio de personas relacionadas con el sujeto).

El término de **Trastornos del Espectro Autista de Alto Funcionamiento** (TEA-AF) se utiliza comúnmente en la bibliografía para agrupar al amplio grupo de chicos con los diagnósticos de Síndrome de Asperger, Autismo de Alto Funcionamiento y Trastorno Generalizado del Desarrollo No-Especificado. Todos estos cuadros presentan como déficit nuclear común **alteraciones cualitativas en el funcionamiento social** (figura 1), las cuales están presentes ya desde la infancia, a pesar de presentar una capacidad cognitiva y nivel de lenguaje como mínimo dentro de la normalidad (American Psychiatric Association, 2000; American Psychiatric Association, 2013; White, Keonig y Scahill, 2007). Tal es la relevancia de dicha afectación en comparación con el resto de capacidades, que se les considera como *trastornos sociales*.



*Figura 1.*  
Diada

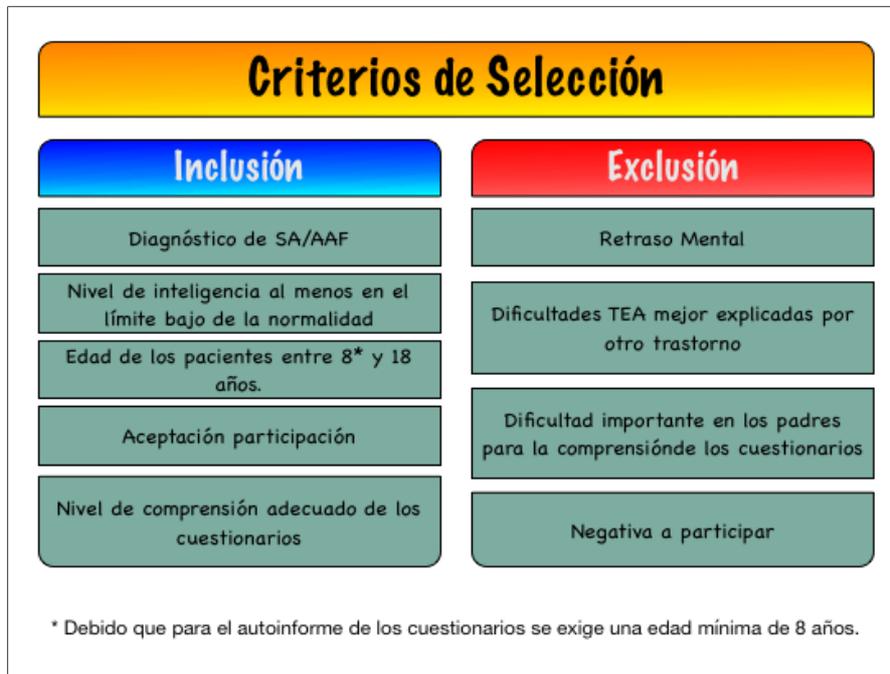
sintomatológica de los Trastornos del Espectro Autista, según criterios propuestos DSM-5. Adaptado de Nass y Leventhal (2004).

Distintas investigaciones han resaltado que la simple exposición al grupo de iguales y a situaciones de interacción social no parecen ser suficientes para el desarrollo de HHSS apropiadas a su nivel de desarrollo (Chung et al., 2007), por lo que desarrollar intervenciones para el fomento de competencias sociales se convierte en una intervención de gran valor. Pero enseñarles competencias sociales resulta una tarea ardua (Krasny, Williams, Provençal y Ozonoff, 2003), requiriendo una evaluación y clasificación según los déficits en HHSS, con el fin de desarrollar una intervención específica (Gresham et al., 2001; Matson, 2009).

## Método

### *Participantes*

De entre todos los pacientes con diagnóstico de SA/AAF -el cual se había realizado por parte del psiquiatra o la psicóloga clínica adscritos al Programa Infanto-



Juvenil- que se encontraban en seguimiento, ya fuera psicológico y/o psiquiátrico de forma individual y/o grupal, en una Unidad de Salud Mental de la Red Pública de Gran Canaria (la cual, a pesar de ser la tercera en cuanto al número de cartillas, cuenta con hasta el 34% de la población TEA atendida en la Red), se hizo una selección atendiendo a los criterios que se muestran en la figura 2.

*Figura 2.* Criterios de inclusión y exclusión a la hora de seleccionar a la muestra.

De esta manera, fue seleccionado un grupo de 30 sujetos con diagnósticos de SA/AAF con edades entre los 8 y 18 años, siendo 27 varones y 3 mujeres, con una edad media de 10,55 años ( $sd=2,29$ ).

Los tutores legales de los menores, tras una sesión informativa, prestaron su consentimiento para el estudio.

#### *Materiales*

Se administró la escala **Social Skills Improvement System Rating Scales (SSIS™)** (Gresham y Elliott, 2008; Gresham, Elliott, Cook, Vance y Kettler, 2010), la cual forma parte de la Batería de Evaluación que se utiliza en este dispositivo para los pacientes con diagnóstico de SA/AAF, con el fin de planificar su intervención.

Esta escala permite la evaluación y clasificación de los sujetos con déficits de habilidades sociales, a través de la información obtenida por diferentes informadores (maestros, los padres y los propios sujetos), lo cual ofrece una evaluación comprensiva en diferentes contextos. Además posibilita una valoración de la presencia de problemas de conducta así como de las competencias académicas del chico (ver figura 3 para dominios evaluados). Con todo ello, es posible clasificar a los sujetos según sus puntos fuertes, déficits de rendimiento o de adquisición de habilidades sociales, así como la presencia de alteraciones de comportamiento y su interferencia en la adquisición o desempeño de las mismas. Las formas de padres y del sujeto están traducidos al castellano.

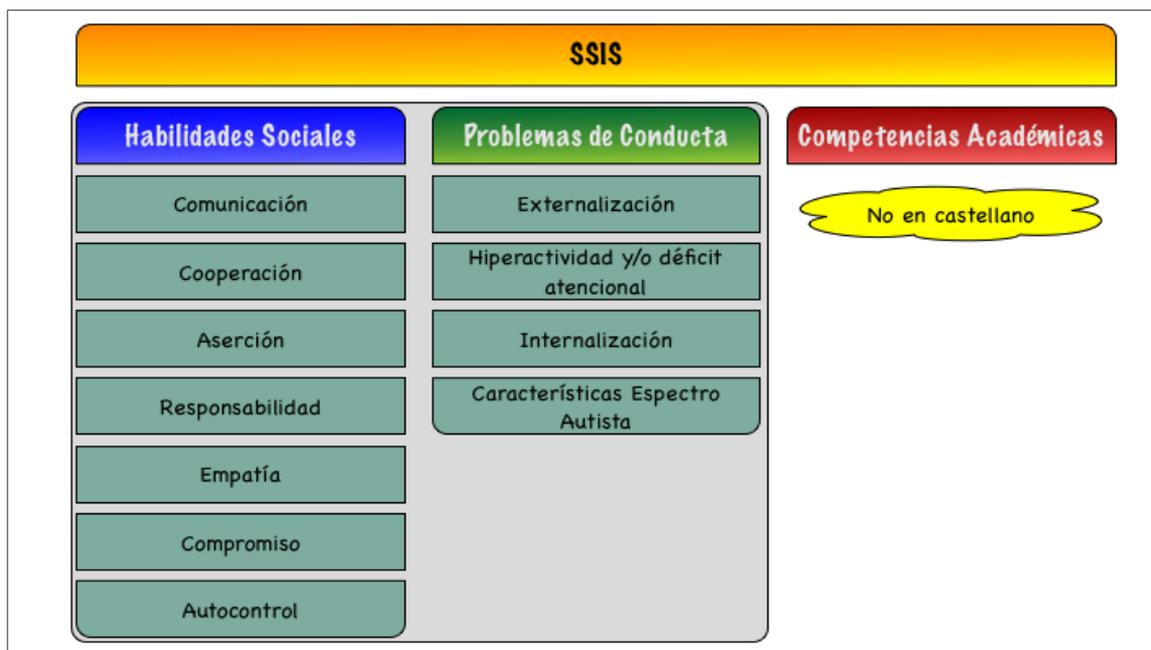


Figura 3. Dominios y subdominios que evalúa la escala de calificación SSIS.

El área de las **HHSS**, entendidas como aquellos comportamientos aprendidos que promueven interacciones positivas y en cambio disuaden de interacciones negativas cuando se aplica a situaciones sociales adecuadas, incluye los siguientes subdominios:

- **Comunicación**: Respetar turnos y mantener contacto visual durante la conversación, usar gestos y un tono adecuado de voz, así como el ser cortés al dar las "gracias" y pedir las cosas "por favor".

- **Cooperación**: Ayudar a los demás, compartir materiales, y cumplir con las normas y orientaciones.

- **Aserción**: Hace referencia a las conductas iniciadoras, como solicitar información a los demás, presentarse y el responder a las acciones de otros.

- **Responsabilidad**: Mostrar respeto por la propiedad o el trabajo y demostrar la capacidad de comunicarse con los adultos.

- **Empatía**: Mostrar interés y respeto por los sentimiento y punto de vista de los demás.

- **Compromiso**: Unirse a las actividades en curso así como invitar a otros a unirse, iniciar conversaciones, hacer amigos y relacionarse con los demás de forma adecuada.

- **Autocontrol**: Reaccionar adecuadamente ante situaciones de conflicto (por ejemplo, en desacuerdo, burlas) o sin conflicto (respetar turnos).

### *Procedimiento*

Se escogió a la población del dispositivo de atención ambulatoria que presentaran los diagnósticos del conjunto TEA-AF (CIE 10: F84.5 y F84.9), con edades comprendidas entre 8 y 18 años. A ellos, se les administró las formas del sujeto y de padres del **SSIS™**, analizando de manera cualitativa los resultados de HHSS y de los diferentes subdominios (figura 4).

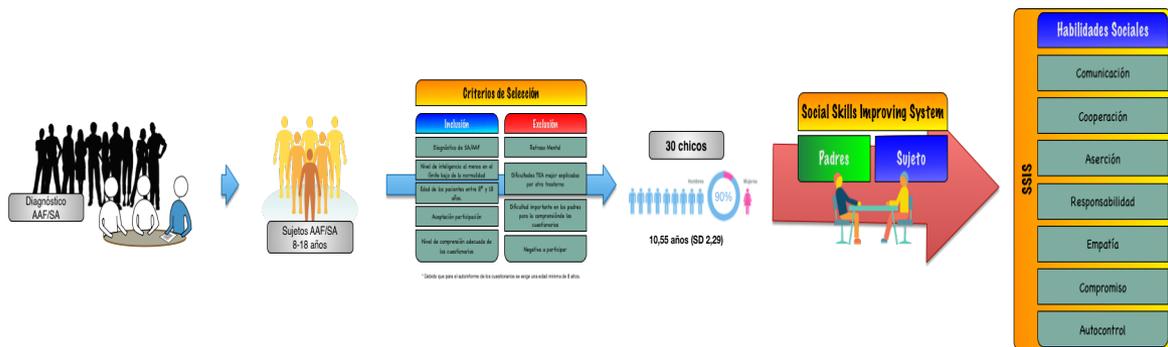
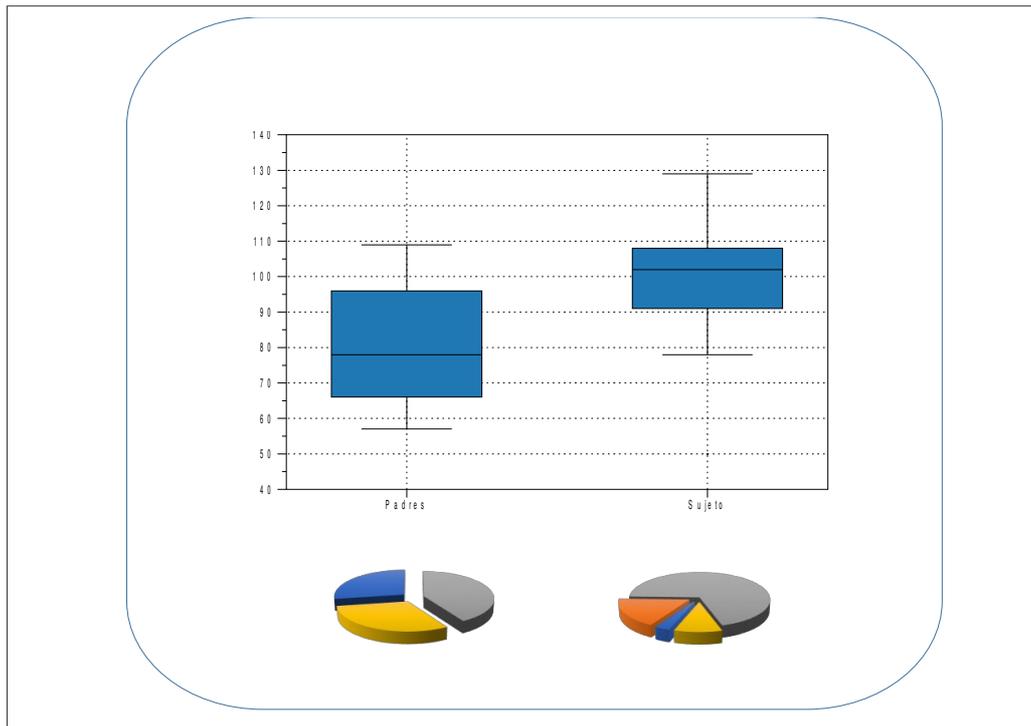


Figura 4. Representación gráfica del procedimiento utilizado.

## Resultados

Se presenta inicialmente los resultados de **HHSS** de forma **global**, diferenciando la valoración que realizan los padres del desempeño de sus hijos frente a la valoración que hacen los propios chicos. Hasta 6 de cada 10 padres valoran el desempeño de sus hijos como inferior o muy inferior, frente al resto que lo consideran como dentro de la normalidad. Ninguno de los padres considera que el funcionamiento se sitúe por encima de la media. En cambio, 7 de cada 10 chicos considera que tiene un funcionamiento dentro de la media, refiriendo 17 un funcionamiento superior frente a 13 que lo considera como máximo inferior (figura 5).



*Figura 5.* Resultados en HHSS de manera global, así como su distribución según severidad. En primer lugar se muestra la valoración de los padres, seguido por la de los sujetos.

Posteriormente se analiza de forma específica cada uno de los diferentes subdominios de las HHSS (figura 6):

- **Comunicación:** Aunque la valoración es bastante similar entre padres e hijos de forma global, la distribución en cuanto a severidad resulta llamativo que los chicos y chicas reporten un desempeño inferior que la valoración realizada por sus progenitores.

- **Cooperación:** Se observan diferencias en la valoración realizada entre padres e hijos, de relevancia clínica. Resulta llamativo que, aunque la mayoría recibe una valoración de su desempeño en la media, los padres reportan un desempeño inferior como segundo grupo mientras que en los chicos y chicas es el del funcionamiento por

encima de la media. Esta distribución también se observa en el subdominio de **Aserción**.

• **Responsabilidad**: Aunque en líneas generales se observa el mismo patrón de diferencias entre las valoraciones, en el caso de los padres la distribución de la severidad presenta una peculiaridad, y es que el grupo de los que presenta un funcionamiento por debajo de la media es superior al que su desempeño lo califican como en la media.

• **Empatía**: Sigue las mismas distribuciones descritas, aunque por primera vez los padres consideran como desempeño más frecuente el que es inferior a la media, lo cual también se observa en **Compromiso** y **Autocontrol**. Además, en los dos primeros, el desempeño inferior referido por parte de los chicos y chicas pasa a ser el segundo grupo más frecuente.

Se puede observar la heterogeneidad en cuanto a los perfiles de HHSS, y la escasez de coherencia entre lo hallado por los padres y lo valoración que realizan los chicos y chicas de su propio desempeño. A pesar de no existir diferencias estadísticamente significativas entre ambas valoraciones a nivel global, sí que existen a nivel individual.

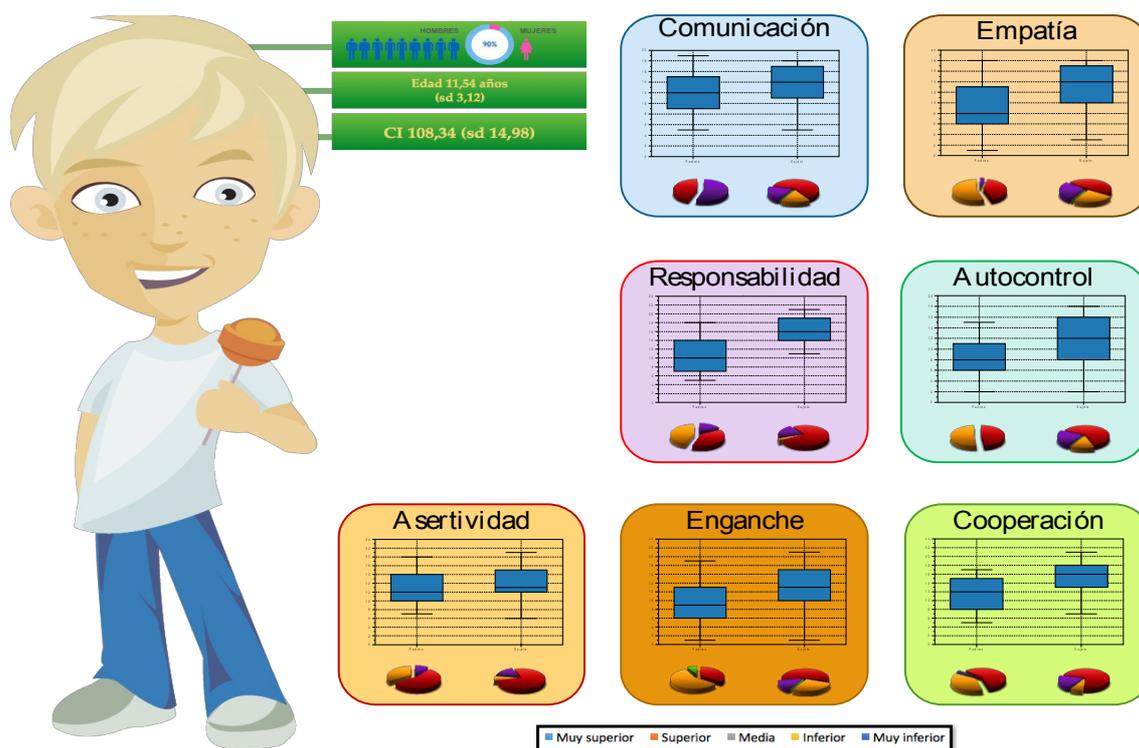


Figura 6. Resultados en los diferentes subdominios de las competencias sociales, así como su distribución según severidad. En primer lugar se muestra la valoración de los padres, seguido por la de los sujetos.

### Discusión/Conclusiones

Acorde con la bibliografía (Woodbury-Smith y Volkmar, 2009), se observa que no existe un patrón específico en cuanto al perfil de competencias sociales en TEA-AF, así como existen notables diferencias entre las valoraciones realizadas por los distintos jueces (padres y propio sujeto) (Gresham et al., 2010; Kalyva, 2010). En líneas generales parece existir una valoración minimizadora en los chicos, mientras que los

padres suelen referir unas valoraciones más cercanas al desempeño observado por los terapeutas.

Podrían existir múltiples explicaciones para lo hallado en el presente trabajo: dificultad en la capacidad de introspección de los chicos para reconocer las propias dificultades o para recoger la información sobre el desempeño social que le devuelve el otro, negación de la problemática, sobreestimación de sus propias capacidades, entre otras explicaciones. En los padres podríamos encontrar factores similares, como la negación del cuadro, la minimización de las dificultades, aunque también puede existir una amplificación de las mismas.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th Ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Aristóteles. (1997). *Política*. Madrid: Espasa Calpe.
- Chung, K. M., Reavis, S., Mosconi, M., Drewry, J., Matthews, T., y Tasse, M. J. (2007). Peer-mediated social skills training program for young children with high-functioning autism. *Research in Developmental Disabilities, 28*(4), 423-436. doi: 10.1016/j.ridd.2006.05.002
- Gresham, F. M., Elliott, S. N., Cook, C. R., Vance, M. J., y Kettler, R. (2010). Cross-informant agreement for ratings for social skill and problem behavior ratings: an investigation of the Social Skills Improvement System-Rating Scales. *Psychological Assessment, 22*(1), 157-166. doi: 10.1037/a0018124

- Gresham, F. M., Sugai, G., y Horner, R. H. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with highincidence disabilities. *Exceptional Children*, 67(3), 331–344.
- Gresham, F. M., y Elliott, S. N. (2008). *Social Skills Improvement System*. Minneapolis: Pearson.
- Kalyva, E. (2010). Multirater congruence on the social skills assessment of children with asperger syndrome: self, mother, father, and teacher ratings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1202-1208. doi: 10.1007/s10803-010-0978-y
- Kelly, J. A. (2004). Habilidades sociales y ajuste psicológico: fundamentos conceptuales. En J. A. Kelly (Ed.), *Entrenamiento en Habilidades Sociales: Guía Práctica para Intervenciones* (8º ed.) (pp. 17-31). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Krasny, L., Williams, B. J., Provencal, S., y Ozonoff, S. (2003). Social skills interventions for the autism spectrum: essential ingredients and a model curriculum. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(1), 107-122.
- Lieberman, R. P., y Corrigan, P. W. (1993). Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, 56(3), 238-249; discussion 250-233.
- Matson, J. L. (2009). *Social behavior and skills in children*. New York; London: Springer.
- Nass, R., y Leventhal, F. (2004). The Tourette-autistic spectrum. En M. Rizzo y P. Eslinger (Eds.), *Principles and Practice of Behavioral Neurology and Neuropsychology*. New York: WB Saunders.
- White, S. W., Keonig, K. y Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: a review of the intervention research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 1858-1868. doi: 10.1007/s10803-006-0320-x
- Woodbury-Smith, M. R., y Volkmar, F. R. (2009). Asperger syndrome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(1), 2-11. doi: 10.1007/s00787-008-0701-0

## **DISCAPACIDAD INTELECTUAL: APOYO SOCIAL Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRES**

**Begoña Medina-Gómez\*, Rodrigo Barquín-Cuervo\*\* e Isabel García-Alonso\***

*\*Universidad de Burgos; \*\*Fundación Aspanias de Burgos*

### **Resumen**

Antecedentes: el apoyo social se define como la percepción de ser apreciado y valorado por otras personas y por la existencia de vínculos afectivos naturales o informales con una red social de apoyo. A pesar de que la investigación sobre el estrés y las estrategias de afrontamiento en las personas con discapacidad intelectual no han trascendido lo suficiente, hay evidencias de que, al igual que la población general, ellas también experimentan situaciones estresantes a lo largo de la vida. En este estudio se compara las diferencias en la autopercepción de la red de apoyo social, la influencia de esta percepción sobre la red de apoyo social en las estrategias de afrontamiento utilizadas ante eventos estresantes y si existen diferencias en el uso específico de la estrategia apoyo social entre las personas con y sin discapacidad intelectual. Método: la muestra consta de 131 individuos adultos (47% con discapacidad intelectual y 58% sin discapacidad intelectual) que fueron evaluados con la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Resultados: las personas con discapacidad intelectual creen disponer de menos apoyo social para enfrentarse a los problemas que las personas sin discapacidad intelectual, el tipo de persona que facilita el apoyo no es determinante en el uso de estrategias de afrontamiento y no se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos en el uso de la estrategia apoyo social. Conclusiones: este estudio facilita información sobre la importancia del apoyo social en el afrontamiento al estrés de personas con discapacidad intelectual. Esta cuestión es importante para comprender el comportamiento de estas personas y facilitarles las ayudas necesarias para mejorar su bienestar y las intervenciones más adecuadas.

**Palabras clave:** apoyo social, estrés, estrategias de afrontamiento, discapacidad intelectual.



## INTELLECTUAL DISABILITY: SOCIAL SUPPORT AND COPING

### Abstract

Background: Social support is defined as the perception of being appreciated and esteemed by others and the existence of a natural or an informal emotional bond with a social support network. Despite the fact that research on stress and coping strategies among people with intellectual disability has not received considerable attention, there is evidence that, these people y, like the general population, they also experience stressful events throughout their lives. The present study examines the differences between the self-perceived social support network, analyzes the influence between of this perception on the coping strategies used in response to stressful events are different in and the specific use of the social support coping strategy between people with and without intellectual disability. Method: The sample includes 131 adults (47% with intellectual disability and 58% without intellectual disability) assessed using the Spanish adaptation of the Coping Strategies Inventory (CSI). Results: The people with Intellectual disability reported to have less social support when coping with problems than people without intellectual disability, that the kind of person who provided the support was not decisive in the use of coping strategies and there were no significant differences in the use of the social support strategy between the two groups. Conclusions: This study provides information on the importance of social support in coping with the stress of people with intellectual disabilities. This issue is very important to understand the behavior of these people and provide them with the necessary aids to improve their well-being and the most appropriate treatments.

**Keywords:** social support, stress, coping strategies, intellectual disability.

### Introducción

El apoyo social se concibe como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas, así como por la existencia de vínculos afectivos naturales o informales con la red social de apoyo que pueden proporcionar salidas a frustraciones y temores, y dar asistencia y aliento en los momentos de dificultad (Barra, 2004).

La literatura sobre el tema revela que el estudio del apoyo social y su influencia en distintos aspectos de la vida del individuo, especialmente en la salud y la enfermedad,

han recibido gran atención por parte de investigadores y profesionales del campo de la psicología. Convencionalmente se aceptan dos modelos, por un lado, el apoyo social fomenta una buena salud mental independientemente del nivel de estrés y por otro, protege a las personas de los efectos negativos de los eventos estresantes (House, Landis y Umberson, 1988).

Varios estudios han demostrado que la autopercepción sobre la existencia de apoyo social correlaciona negativamente con la depresión, incluso después de haber vivenciado un acontecimiento estresante y promueve la recuperación de un problema de salud mental grave (Hendryx, Verde y Perrin, 2009). Otros autores consideran que el efecto positivo solo se produce si hay acontecimientos estresantes. Cuando estos no están presentes el apoyo social no tendría efectos sobre la salud (Sandín, 2003). Por lo tanto, el apoyo social desempeña un papel protector en momentos de estrés, ya que actúa como amortiguador entre el impacto y las consecuencias del mismo, al permitir a la persona valorar los estímulos estresores como menos amenazantes y, como consecuencia, afrontarlos mejor (Scott y Haverkamp, 2014).

El apoyo social también puede entenderse como una estrategia de afrontamiento que media entre los efectos de la situación estresante y la respuesta de la persona, además ayuda a moderar la relación entre la autopercepción de la situación y el estrés, evitando que la persona perciba una situación como estresante (Davidson y Kilpatrick, 2007).

En 1986, Lazarus y Folkman definen las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea la persona para hacer frente a las demandas estresantes, así como para suprimir el estado emocional de estrés. Las estrategias de afrontamiento que se utilizan para enfrentarse a eventos como la enfermedad crónica o la discapacidad van a estar influenciadas por la interpretación cognitiva del evento, el significado que le dé la persona a la calidad de vida, el apoyo social percibido y la valoración que se asigna a las redes sociales como una fuente de apoyo (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007).

En la discapacidad intelectual, entendida ésta como limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa (Schalock et al., 2010), los mayores niveles de apoyo social se correlacionan

positivamente con una mayor calidad de vida y negativamente con la presencia de enfermedad mental y problemas de conducta (Lunsky y Benson, 2001). Otros trabajos encuentran que el apoyo social no modera, en esta población, la relación entre salud mental y estrés (Scott y Haverkamp, 2014).

La investigación sobre el afrontamiento y el estrés en personas con discapacidad intelectual (PDI) es muy escasa y no ha trascendido lo suficiente. Al igual que en la población general, las PDI que han experimentado una pérdida reciente o un evento estresante obtienen puntuaciones más altas en escalas que evaluaban síntomas psicopatológicos que las que no han vivenciado estos eventos (Hulbert-Williams y Hastings, 2008).

El presente estudio explora la relación entre el apoyo social y el tipo de estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan las PDI. En primer lugar, se compara las diferencias en la red de apoyo social percibido entre PDI y PSDI (personas sin discapacidad intelectual), en segundo lugar, se explora si la red de apoyo social percibido influye en el tipo de estrategias que utiliza la persona ante eventos estresantes y por último, se examina si existen diferencias en la utilización de la estrategia de afrontamiento del estrés, apoyo social, en PDI y PSDI.

## Método

### *Participantes*

En el estudio han participado 131 adultos (48,9% varones y 51,1% mujeres), con una edad media de 35,17 (DT = 13,11). La mayoría, 58%, vive actualmente con sus padres; 14,5% sólo, 19,1% en piso compartido y 8,4% en una residencia. La muestra se distribuye en dos grupos: 54 con discapacidad intelectual y 77 sin discapacidad. Los datos sociodemográficos de cada grupo aparecen en la tabla 1

Tabla 1

Datos sociodemográficos por grupos

		PDI		PSDI	
		n	%	n	%
Género	Masculino	30	55,6	34	44,2
	Femenino	24	44,4	43	55,8

Tabla 1 (continuación)

Edad (años)	<30	18	33,3	41	53,2
	31-40	18	33,3	14	18,2
	41-50	10	18,5	13	16,9
	>51	8	14,8	9	11,7
Tipo de Residenci a	Independiente	4	7,4	15	19,5
	Piso compartido	12	22,2	13	16,9
	Residencia	6	11,1	5	6,5
	Familiar	32	59,3	44	57,1

### *Instrumento*

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989), versión adaptada de Cano et al. (2007), se divide en dos partes: la primera es una descripción relatada y detallada de una situación estresante y la segunda (40 ítems) mide el grado de utilización de ocho estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social. El formato de respuesta es tipo likert de cinco puntos, en los que se debe contestar con qué frecuencia se da la conducta de afrontamiento en la situación descrita en la primera parte (0= en absoluto, 1= un poco, 2= bastante, 3= mucho y 4= totalmente). También se solicitaba a cada participante otros datos como género, edad y tipo de residencia. Además se le planteaba la pregunta: *¿Cuándo tienes problemas puedes contar con...?* considerada como la variable red social de apoyo percibido, con cuatro opciones: a) mis amigos; b) mi familia; c) mis amigos y mi familia; d) nadie.

Cano et al. (2007) consideran que el Inventario CSI es breve, sencillo de aplicar y corregir, versátil en el análisis de situaciones estresantes y tiene buenas propiedades psicométricas, con una consistencia interna que va de 0,63 a 0,89.

### *Procedimiento*

Los participantes accedieron voluntariamente a colaborar en el estudio, tras recibir información general sobre los objetivos, la confidencialidad de la investigación y las instrucciones para completar el Inventario. Las PDI acudían a una institución de atención a este colectivo y fueron entrevistadas individualmente por el psicólogo de dicha institución para cumplimentar el instrumento. El grupo de participantes sin discapacidad fue seleccionado aleatoriamente, en este caso el Inventario fue auto administrado.

Se utiliza el paquete informático SPSS Statistics-22 para examinar los datos obtenidos. Se realiza un análisis descriptivo para contrastar el tipo de red social de apoyo que perciben los participantes, la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis para analizar la relación entre la red social y las estrategias de afrontamiento, tras comprobar homocedasticidad, linealidad y normalización. Finalmente, con la prueba t de Student, se observa si hay diferencias en el uso de la estrategia apoyo social entre los dos grupos.

## Resultados

En relación al primer objetivo, comparar las diferencias en la red de apoyo social percibido, en la tabla 2 se observa cómo el 97,4% de PSDI cuenta con una red de apoyo para enfrentarse a acontecimientos estresantes frente al 81,48% que presentan discapacidad, señalar el mayor porcentaje de participantes del último grupo que cree no contar con nadie. En los resultados del grupo sin discapacidad se observa que el apoyo procede de familiares/amigos frente al otro grupo que se distribuye de manera similar en cada una de las opciones de la variable.

Tabla 2

Número y porcentaje de participantes que seleccionan cada opción

		Grupos	
		PSDI	PDI
		n (%)	n (%)
Red social de apoyo percibido	Amigos	7 (9,10)	12 (22,22)
	Familia	16 (20,77)	16 (29,63)
	Amigos/familia	52 (67,53)	16 (29,63)
	Nadie	2 (2,60)	10 (18,52)
	Total	77 (100)	54 (100)

En cuanto a si la red de apoyo social percibido influye en el tipo de estrategia que utiliza la persona, en la tabla 3 se observa que la red de apoyo social no parece ser sensible al uso de esfuerzos conductuales y cognitivos para superar el estrés. Destacar el valor próximo al nivel de significatividad de 0,05 en el grupo con discapacidad en la estrategia apoyo social.

Tabla 3

Significatividad de la influencia de la red social de apoyo percibido en el uso de estrategias de afrontamiento en los dos grupos estudio

	PDI	PSDI
Resolución de problemas	0,19	0,79
Autocrítica	0,12	0,61
Expresión emocional	0,27	0,12
Pensamiento desiderativo	0,17	0,47
Apoyo social	0,06	0,22
Reestructuración cognitiva	0,55	0,86
Evitación de problemas	0,36	0,87
Retirada social	0,53	0,75

*Nota:* El nivel de significancia es 0,05

Para seguir avanzando en el estudio de la influencia del apoyo social en el afrontamiento del estrés, se examinar si existen diferencias en su uso entre los dos grupos. Se obtiene que la media de la suma de las puntuaciones en el Inventario CSI de las PDI es de 10,76 (DT=5,55) frente a 12,82 (DT =5,77) de las PSDI. La diferencia es 0,49, muy próxima a  $p=0,05$ , lo que indica una ligera, pero no significativa, menor frecuencia de uso de esta estrategia en el grupo de discapacitados.

## Discusión

Las PDI manifiestan disponer de una red de apoyo social menor que las PSDI. Estos resultados se complementan con los obtenidos por Scott y Havercamp (2014) que encuentran que el 8,5% de las PDI no tiene amigos, el 9% se siente a menudo solo y el 22,4 % no tiene con quien hablar.

Además de percibir que tienen menos apoyo social, en un estudio, Lunsky y Bensom (2001) encontraron que las PDI creen tener más relaciones sociales favorables que las que realmente tienen. En 1972, Kohn señaló que la realidad que perciben las personas sobre el apoyo social está relacionada con la atención social que reciben en la vida cotidiana. Los estudios no aclaran si las PDI equiparan la atención que reciben de profesionales y familiares que habitualmente les atienden en caso de necesidad, con la evaluación subjetiva de la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles.

Una de las posibles causas al menor apoyo social percibido puede ser que diversos grupos asignados a estratos sociales más bajos con grandes desigualdades económicas, relacionales e institucionales asumen que deben esperar menor atención y menor apoyo social (Castro, Campero, Hernández y Langer, 2000). En estos grupos se incluye a las PDI, sufren exclusión social y su invisibilidad es un factor característico (Pérez-Bueno,

2010).

Existe abundante evidencia de los efectos positivos que el apoyo social percibido tiene en el bienestar y en la salud mental de los individuos, ya que proporciona estabilidad, predictibilidad y control que hacen que la persona se sienta mejor y perciba de manera más positiva el ambiente (Wight, Botticello y Aneshensel, 2006). En la población general, el hecho de creer que se cuenta con apoyo social amortigua la existencia de depresión, lo mismo podría estar sucediendo a las PDI. Así, algunas investigaciones indican que estas personas reciben menos apoyo social que otras y por ello se sienten más solas y deprimidas (Havercamp, Scandlin y Roth, 2002).

De este estudio se desprende que no existen diferencias significativas en la frecuencia de uso de la estrategia apoyo social entre las PDI y PSDI. El hecho de tener una discapacidad no parece ser determinante a la hora de buscar el apoyo de otras personas para afrontar situaciones estresantes, la menor disponibilidad social de ese apoyo hace que se recurra menos a esta estrategia que el grupo sin discapacidad. Además, Pulgar, Garrido, Muela y Reyes (2009) señalan que en el uso de estrategias de afrontamiento están influyendo otras variables como la valoración sobre la situación y los propios recursos cognitivos y conductuales frente al estrés de la persona.

Debemos señalar que hay que seguir avanzando y profundizando en el conocimiento de la relación del apoyo social y el estrés en la PDI, en la influencia de distintas variables en el uso de las estrategias de afrontamiento, en la relación entre la existencia de situaciones estresantes y la salud mental, en la concreción del tipo de respuestas más habituales a situaciones estresantes, etc. Las investigaciones sobre el estrés son extensas aunque no se puede decir lo mismo cuando nos centramos en la discapacidad intelectual, en este caso no por escasas son innecesarias, profundizar en su estudio con muestras más amplias daría luz para resolver dificultades cotidianas de estas personas, facilitaría el trabajo de los profesionales y ayudaría a concretar los recursos necesarios para una inclusión social y unas adecuadas intervenciones.

## Referencias

- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Cano, F. J., Rodríguez, L., y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Española Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Castro, R., Campero, L., Hernández, B., y Langer, A. (2000). A study on maternal

- mortality in Mexico through a qualitative approach. *Journal of Women's Health Gender-Based Medicine*, 9, 679-690.
- Davidson, L. M., y Kilpatrick, D. M. (2007). Social support as a moderator between victimization and internalizing-externalizing distress from bullying. *School Psychology Review*, 36(3), 383-405.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., y Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología Caribe*, 20, 50-75.
- Havercamp, S. M., Scandlin, D., y Roth, M. (2002). Health disparities among adults with developmental disabilities, adults with other disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. *Public Health Repots*, 119(4), 418-426.
- Hendryx, M., Green, C. A., y Perrin, N. A. (2009). Social support, activities, and recovery from severe mental illness: STARS study findings. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 36(3), 320-239.
- House, J. S., Landis, K. R., y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Hulbert-Williams, L., y Hastings, R. P. (2008). Life events as risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: A critical review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 883-895.
- Kohn, M. L. (1972). Class, family, and schizophrenia: a reformulation. *Society Forces*, 50, 301.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Lunsky, Y., y Benson, B. A. (2001). Association between perceived social support and strain, and positive and negative outcomes for adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(2), 106-114.
- Pérez-Bueno, L. C. (2010). *Discapacidad, derecho y política inclusiva*. Madrid: Cinca SA.
- Pulgar, M. A., Garrido, S., Muela, J. A., y Reyes, G. A. (2009). Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC). *Psicooncología*, 6(1), 167-190.

- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., Bradley, V. J., Buntis, W. H. E., Lachapelle, Y., Shogren, K. A., et al. (2010). *Intellectual disability. Definition, Clasification, and Systems of Supports User's Guide*. Washington, DC: AIDD.
- Scott, H. M., y Havercamp, S. M. (2014). Mental health for people with intellectual disability: The impact of stress and social support. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 119(6), 552-564.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A. Reynolds, R. V., y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Wight, R., Botticello, A., y Aneshensel, C. (2006). Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: A multilevel investigation. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 115-126.

## AUTHENTIC LEADERSHIP AND AUTHENTICIZOTIC CLIMATE AS PREDICTORS OF HEALTH AND WORK SATISFACTION IN HOSPITAL WORKERS

**Manuel Salvador Gomes Araújo\* y Fátima Conceição Novo Serrão\*\***

*\*UNIAG (Applied Management Research Unit), IPP-ESEIG; \*\*Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim, Portugal*

### **Abstract**

The Leadership is a classic and evolving theme, studied by several authors with different approaches. This research has the purpose of understanding its most recent approach – *Authentic Leadership*, in a public hospital in Portugal. It was crucial to understand if an *Authentic Leadership* explain the Employee Satisfaction – with work in general and also with the supervisors – and the employees *Mental Health*. Using exploratory data, this research also studied the influence of several demographic and professional variables in *Authentic Leadership*, *Authenticizotic Organizational Environment*, *Employee Satisfaction* and *Health*. The participants in this study were 278 employees, of different professional groups and contract types. Data analysis showed an unquestionable predictive relationship between *Authentic Leadership* and *Employee Satisfaction* and *Mental Health*. The demographic variables (*gender, age, marital status and level of education*), the professional variables (*contract type, professional group, organizational level, years working with the present organization and the supervisor gender*) and the studied variables (*Authentic Leadership, Employee Satisfaction and Health*) suggest that the women show inferior levels of *Mental Health* compared with men. Men show less perception of *Authentic Leadership* than women. Higher education employees show less *Mental Health* and more *Authentic Leadership* perception than the lower education employees. The “technical group health” is more satisfied with work in general but shows less *Mental Health* than the “technical group operating”. The employees with female supervisors show less *Mental Health*. The study presents its findings and points of intervention strategies in terms of Management and Development and Human Resources for Hospital Center in research, towards the improvement of occupational health.

**Key-words:** Authentic Leadership, Employee Satisfaction, Mental Health, Hospital.

## Introduction

The Leadership is a controversial and evolving topic deeply studied in the context of organizational sciences by its importance in the success of businesses and its employees. Most recently, the leadership proves to be effective when moral and ethical values are emphasized. It is in this context that emerges the theory of Authentic Leadership (AL), an approach in which, simply, the core is placed on positivity and morality of the leader as well as to establish trust relationships between leaders and led.

With origins in the United States of America from Luthans & Avolio (2003) investigations, the AL emerges as a response to the hard times, having won the interest of the scientific community in other countries, including European countries and particularly Portugal. International studies have indicated the benefits within this kind of leadership, rising interest in the subject and the implementation of several studies in different organizational contexts in Portugal. Internationally, the AL is related with increased levels of motivation, satisfaction and commitment of the led, improving the organizational performance (Avolio, Gardner, Walumbwa, Luthans, & May, 2004).

Developed studies abroad show even more benefits associated with the AL: well-being at work, a greater commitment from the employees, an inclusive and ethical organizational climate (Gardner, Avolio, Luthans, May, & Walumbwa, 2005), a higher organizational commitment and happiness at work (Jensen, & Luthans, 2006). In Portugal, the investigations about the consequences of an AL concluded that it has positive repercussions on the employees' creativity, motivation, satisfaction and performance (Rego, & Souto, 2004; Sousa, 2009). However, there are no known investigations that have explored the phenomenon of AL and health, specifically the mental health, in a public hospital of the National Health Service.

In the same way that the AL emerges as an alternative to the lack of ethical principles in the organizational environment does not ensure sustainable performance from the organizations, the concept of AOE appears as a response to the "unhealthy" environments with dramatic repercussions on the professionals' health (Kets de Vrie, 2001). The empirical studies about the consequences of the perception of this type of environments are not abundant, having been applied mainly in Portugal and in Brazil by

Armenian Rego and his collaborators using the Authentizotic Organization construct proposed by Kets de Vries (2001). The findings indicate that authentizotic organizations promote the employees' health and a good performance; an affective organizational commitment, welfare, less *stress* (Gomes, Cunha, & Rego, 2006; Rego, 2003; Rego, & Cunha, 2008) and less willingness to abandon the organization (Macedo, 2008). In "unhealthy" environments there is little sense of loyalty, reduced well-being, performance and health (Cunha, & Rego, 2009). Whereas there were known investigations into this theme applied to the Portuguese public hospital context, this work stands out for its relevance and usefulness, contributing to support empirically the findings of other studies on the positive effects of an AOE.

### **Methodology**

This study used a quantitative methodology, by the technique of collecting survey data. The investigation took an exploratory, descriptive, correlational and predictive (comparative) nature and the data was analyzed with SPSS version 20.0. It was commonly used the descriptive statistics (frequencies and percentages), analysis of distributions and frequencies, correlation studies, student's test for comparison of averages between two independent groups and simple linear regression.

### *Objectives and hypotheses*

The perception of an AL have positive implications on the employees' health and their satisfaction with work. Indeed, because there are few studies on this theme in public hospitals in Portugal, it was our general objective with this research, to understand if on a public hospital the perception of an AL has influence on the employees' health as well as on their satisfaction with work. From this main goal the following issues have emerged:

- I. Understand if the employees whose leader highlights authenticity are healthier compared to other employees whose leaders are not as authentic;
- II. Understand if the employees, whose leader shows more authenticity, are happier compared to others whose leaders do not denote such authenticity;
- III. Explore the relationship between demographic variables and professionals, studied with the perception of an AL, health and employee satisfaction.

Concerning the above mentioned objectives, the following assumptions were formulated:

*Hypothesis 1* – It is expected that a more authentic leadership is predictive of more positive health indicators. More specifically, it is expected that the greater the perception of the professionals AL, more positives will be their health indicators;

*Hypothesis 2* – It is expected that a more authentic leadership is predictive of more positive work satisfaction indicators. More specifically, the higher the perception of an AL, the greater the satisfaction with the supervision and with work in general;

Additionally, the study includes some exploratory analyses:

1. The relationship between demographic variables – gender, age, marital status, level of education – and the perception of an AL, health and work satisfaction;
2. The relationship that exists between the professional variables (contract type, professional group, organizational level, years working with the present organization and the supervisor gender) – and the perception of an AL, health and satisfaction.

*Variables in study:*

– AL and its dimensions: self-awareness; relational transparency, internalized moral perspective, balanced processing of information, measured by the *Authentic Leadership Questionnaire* (Avolio, Gardner, & Walumbwa, 2007; Rego, Sousa, Marques, & Cunha, 2012);

– Satisfaction: satisfaction with work in general and with the supervisors, measured correspondingly by the *Job in General* (Balzer et al., 1997; McIntyre, & McIntyre, 2010; McIntyre, McIntyre, & Silvério, 2000) e *Job Descriptive Index* (Balzer et al., 1997; McIntyre, & McIntyre, 2010);

– *Organizational Health*: General mental health in its two dimensions, Anxiety and Depression, measured by *The General Health Questionnaire* (Goldberg, 1978; McIntyre, McIntyre, & Redondo, 1999);

– Demographic variables: gender, age, marital status and level of education)

– Professional variables: contract type, professional group, organizational level, years working with the present organization and the supervisor gender.

### Participants

Whereas the investigation concerned a case study, the data collection involved all professionals from a public hospital from the North of Portugal, regardless of the professional sector, contractual link and hierarchical level, which at the time of data collection were employed. The universe under study was composed of 658 employees. 278 valid surveys were collected, which is equivalent to a participation rate of 42%.

### Results

Regarding the first objective, the predictive studies confirmed what the correlational analyzes indicated, an AL contributes significantly to predict the Mental Health, explaining 2.7% of the total variance of the model (Table 1).

Table 1

*Simple linear regression of Variables Authentic Leadership in Mental Health Variable (n= 272)*

Variable	<i>g.l.</i>	<i>p.</i>	<i>F.</i>	<i>r</i> <sup>2</sup>	<i>B</i>
Authentic Leadership (AL) Total	266	<b>.008*</b>	7.248	.027	-.163
AL - Relational Transparency	268	<b>.009*</b>	6.882	.025	-.158
AL - Moral Perspective	267	<b>.015*</b>	5.992	.022	-.148
AL - Balanced Processing	270	<b>.001**</b>	13.253	.047	-.216
AL - Self-awareness	268	<b>.046*</b>	4.031	.015	-.122

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .001$

The AL is also an anxiety predictor (2.8% of explained variance). However, regarding the depression, there has been no prediction between it and an AL. Only the AL dimension – Balanced Processing has proved significantly predictive of depression. Although the values are significant, they are also relatively low, which reflects the existence of other variables that explain mental health that are not related with the leadership and work, which is common given the extreme complexity of the human being.

Regarding the second objective, there is indeed a predictive relationship between an AL and its dimensions and Satisfaction with Work in General. All the AL dimensions contribute to predict the Satisfaction with Work General, explaining their values above 17%. These data suggest that an AL is one of the more explanatory

variables of the employees' satisfaction. Regarding Satisfaction with Supervision, an AL is also a predictor explaining 61.7% of the total variance. The predictive values for this variable are significant, which means that it is mainly an AL that explains a greater employees' satisfaction with their leader (Table 2).

Table 2

*Simple linear regression of the Authentic Leadership Variables in Satisfaction with Supervision (n = 266)*

Variable	<i>g.l</i>	<i>p.</i>	<i>F.</i>	<i>r</i> <sup>2</sup>	<i>B</i>
Authentic Leadership (AL) Total	260	.001*	419.341	.617	.786
AL - Relational Transparency	262	.001*	387.508	.597	.772
AL - Moral Perspective Internalized	261	.001*	298.430	.533	.730
AL - Balanced Processing	264	.001*	280.556	.515	.718
AL - Self-awareness	262	.001*	226.059	.463	.681

\**p*<.001

Explored the relationship between demographic and professional variables with the perception of AL, Health and Satisfaction with work, suggest that the women show inferior levels of *Mental Health*, when comparing with men. Men show less perception of AL than women. Higher education employees show less Mental Health and more AL perception than the lower education employees. The "caregiver" group is more satisfied with the job overall but showed lower Mental Health that the "operational technical" group. The employees with female supervisors show less Mental Health. Finally, between supervisors and employees, the supervisors are the ones who perceive the leaders as more authentic.

**Conclusions**

The focus in health care excellence dictates the need to develop quality policies in hospitals. In this type of organizational environment, the professionals possess an advanced level of expertise and control of critical activities success, which is essential that the quality promotion policies involve measures relating to human resources management (HRM) in order to achieve these strategic resources and employee satisfaction. Depending on the effectiveness and success of organizations, from the ability of leaders to influence, motivate, and enable others to contribute to that success



(House et al., 1999), the kind of leadership exerted is determinant for the much-coveted excellence.

This study also has shown that an AL is a good predict of better health and employees' satisfaction. The results confirm the research hypotheses formulated in this and other investigations and support previous studies on the subject. The correct interpretation of the research findings depends, however, from the knowledge of their major methodological limitations. It should be noted that this investigation is a case study, not aiming generalizations. Despite this constraint, we hope that this study has provided a contribution to better understand this problem in the specific context of a Portuguese public hospital and raising awareness to the importance of the leaders' greater authenticity in the exercise of its leadership. The HRM, who has a strategic and operational role within the organization – is responsible for setting policies and implementing practices for the development of employees - assumes a leading role in promoting this type of leadership, bringing to their practices the values of an AL, as trust, respect and transparency. Whereas training leaders to be authentic may be an investment with positive returns, is the HRM role to promote the employees' health and satisfaction through the awareness and training of its leaders.

A reflection on the research here presented allows us to point out some avenues for future research. Firstly, the study was applied to a hospital with 658 employees, at the time of data collection. It would be interesting in further research to replicate the study to larger hospitals. It would also be interesting to relate the phenomenon of an AL with other variables besides the satisfaction and health, namely, positive psychological capital, performance and commitment.

Knowing that is difficult to obtain data from studies in Portugal that had evaluated the perception of the leaders on the authenticity of their leadership and the relationship between that perception and the employees' health and satisfaction, this study aimed to add value to this subject. We have performed the first translation of the measure Authentic Leadership Questionnaire Self for Portugal, however, the small sample of participant leaders hamper its proper study of the qualities of the instrument and consequently the subject development. Future research may use this Portuguese translation for representative samples of the hospital reality and compare if there are disagreements between the perceptions of both, leaders and led, about the authenticity of the leader. A limitation of this study is related with the fact that self-reported

measures have been used. Contribute to a higher accuracy of the results if they were observed more objective criteria for evaluating the health and satisfaction.

Finally, in this study we used only quantitative methods, but further investigations should use mixed methodologies where, besides the application of questionnaire surveys it may be included some qualitative approaches that give space to participants to freely express their perceptions of the existence or not of an AL, and bring new light and a path towards promoting this type of leadership.

## References

- Avolio, B. J., Gardner, W. L. & Walumbwa, F. O. (2007). *Authentic Leadership Questionnaire for Researchers*. Recovered from <http://www.mindgarden.com/products/alq.htm#datarater>
- Avolio, B. J., Gardner, W. L., Walumbwa, F. O., Luthans, F., & May, D. R. (2004). Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviours. *Leadership Quarterly*, 15(6), 801-823. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.leaqua.2004.09.003>
- Balzer, W. K., Kihm, J. A., Smith, P. C., Irwin, J. L., Bachiochi, P. O., Robie, C., & Parra, L. F. (1997). *Users' manual for the Job Descriptive Index (JDI; 1997 Revision) and the Job In General scales*. Bowling Green, OH: Bowling Green State University.
- Cunha, M. P., & Rego, A. (2009). *Liderar*. Alfragide: Publicações D. Quixote.
- Gardner, W. L., Avolio, B. J., Luthans, F., May, D. R., & Walumbwa, F. (2005). Can you see me the real me? A self-based model of authentic leader and follower development. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 343-372. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.003>
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor, England: NFER Publishing.
- Gomes, J. F., Cunha, M. P., & Rego, A. (2006). *Comportamento organizacional e gestão: 21 temas e debates para o século XXI*. Lisboa, Portugal: Editora RH.
- House, R. J., Hanges, P. J., Ruiz-Quintanilla, S. A., Dorfman, P. W., Javidan, M., Dickson, M., et al. (1999). Cultural influences on leadership and organizations: Project GLOBE. In W. H. Mobley, M. J. Gessner & V. Arnold (Eds), *Advances in Global Leadership* (pp.171-233). Stamford: JAI Press.

- Jensen, S. M. & Luthans, F. (2006). Entrepreneurs as authentic leaders: impact on employees attitudes. *Leadership & Organization Development Journal*, 27(8), 646–666.
- Kets de Vries, M. F. R. (2001). Creating authentizotic organizations: Well-functioning individuals in vibrant companies. *Human Relations*, 54, 101-111.
- Luthans, F. & Avolio, B. (2003). Authentic leadership: a positive development approach. In K. S. Cameron, J. E. Dutton, & R. E. Quinn (Eds.), *Positive Organizational Scholarship* (pp. 241-258). San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
- Macedo, I., C. (2008). *Como o clima psicológico e o bem-estar afetivo no trabalho explicam as intenções de abandono das organizações* (Tese de mestrado não publicada). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.
- McIntyre, S. E., & McIntyre, T. M. (2010). Measuring job satisfaction in portuguese health professionals: Correlates and validation of the job descriptive index and the job in general scale. *International Journal of Selection and Assessment*, 18(4), 425–431. doi: 10.1111/j.1468-2389.2010.00524.x
- McIntyre, S. E., McIntyre, T. M., & Silvério, J. (2000). Work Stress and Job Satisfaction in Portuguese Health Professionals. In *European Academy of Occupational Health Psychology Europe 2000* (pp. 105-111). Nottingham, UK: I-WHO Publications.
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Redondo, R. (1999). *Questionário Geral de Saúde* [In Portuguese: General Health Questionnaire]. Braga, Portugal: McIntyre, McIntyre & Redondo.
- Rego, A. (2003). *Organizações autenticizóticas: Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida* (Relatório não publicado). Universidade de Aveiro.
- Rego, A., Sousa, F., Marques, S., & Cunha, M. P. (2012). Authentic leadership promoting employees psychological capital and creativity. *Journal of Business Research*, 65, 429-437.
- Rego, A., & Cunha, M. P. (2008). Authentizotic climates and employee happiness: Pathways to individual performance? *Journal of Business Research*, 61, 739-752.

Rego, A., & Souto, S. (2004). Comprometimento organizacional em organizações autênticas. *Revista de Administração de Empresas*, 44(3), 30-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902004000300004>

Sousa, M. (2009). *A liderança autêntica e a criatividade dos colaboradores*. Recovered from [http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/544/1/phd\\_mfnsousa.pdf](http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/544/1/phd_mfnsousa.pdf)

## A PERSPECTIVA WINNICOTTIANA DE REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA MATERNA

**Antônio Pereira Rabelo e Eliana Rigotto Lazzarini**

*Universidade de Brasília (UnB), Brasil*

### **Resumo**

Uma das contribuições de Winnicott (1954) para a Psicanálise foi a técnica de regressão à dependência materna como uma vivência clínica necessária para pacientes que não puderam ser maternados suficientemente bem. O objetivo deste trabalho é trazer elementos da literatura especializada acerca da técnica de regressão à dependência. Winnicott (1954) comenta que o bebê reage às falhas ou intrusões maternas, o que pode resultar na formação de um falso *self*, uma espécie de coleção de reações a sucessivas falhas do ambiente, o que dificulta a possibilidade de o indivíduo sentir-se real. Figueiredo (2002) diz que a gênese do falso self é encontrada no momento em que a mãe, ao não se adaptar ao bebê, exige que o bebê amolde-se ao ambiente. Fulgencio (2011) fala sobre essa necessidade de regressão como uma capacidade de cura ou de fornecimento de autocuidados, frente ao quadro de cuidados maternos insuficientes sofridos pelo indivíduo quando era bebê. Hisada (2002) afirma que a experiência de regressão muitas vezes é vivenciada por meio da expressão de agressões ou da raiva do paciente, experiência que foi provavelmente malograda, por falha do ambiente maternal. Como manejo, a sobrevivência do analista frente a essas agressões mostra-se imprescindível para o processo terapêutico do paciente. A técnica de regressão à dependência tem se mostrado profícua, em virtude de atingir momentos do desenvolvimento emocional primitivo, crucial para a constituição psíquica. Baseados também na clínica (Rabelo, 2015) e em literatura especializada (Brusset, 2008) observamos que a técnica de regressão se apresenta bastante pertinente para casos de transtornos de alimentação.

**Palavras-chave:** Winnicott; Psicanálise; Regressão; Dependência.

## REGRESSION TECHNIQUE TO DEPENDENCE ACCORDING TO WINNICOTTIAN PERSPECTIVE

### Abstract

One of the contributions of Winnicott (1954) for Psychoanalysis was regression technique to dependence as a clinical experience required for patients who could not have a good enough mother. The objective of this work is to show elements about regression technique to dependence, overall from Winnicott and winnicottian authors. Winnicott (1954) comments that the baby reacts to maternal failures or intrusions, which can result in the formation of a false *self*, a kind of collection of reactions to successive environmental failures, which hampers the ability of the somebody to experience life or feel himself like a real person. Figueiredo (2002) says that the source of false self is found at the time that the mother does not adapt herself to her baby. Thereby, baby needs to adapt himself to mother. Fulgencio (2011) writes about the need for regression as a healing capacity or self-care, especially to people who didn't receive enough maternal care. Hisada (2002) states that the presence of the analyst, in the therapeutic setting, creates conditions for the patient to repeat the lack of their environment, so that he can show his true self. This is often experienced by the expression of aggression or the patient's anger, an experience that probably wasn't real, because of insufficient maternal environment. As management, the survival of the analyst to these attacks can be essential to the therapeutic process. Regression technique to dependence has proven fruitful, because it is taken into account the primitive emotional development, decisive for human psychic constitution. Also, according to our clinic (Rabelo, 2015) and others (Brusset, 2008), we have observed that the regression technique appears effective for cases of eating disorders.

**Keywords:** Winnicott; Psychoanalysis; Regression technique; Dependence.

### Introdução

A perspectiva freudiana tem sido de muita valia para o processo terapêutico, sobretudo para os pacientes descritos por Freud como psiconeuróticos (Hisada, 2002). Contudo os tipos de pacientes que procuram as clínicas psicológicas na

contemporaneidade são de grande pluralidade, para além das neuroses clássicas, como são os casos de transtornos alimentares, *borderlines*, condutas adictas, entres outros. Esse rol sinaliza para o fato de que há necessidade de adoção, por parte do analista, de técnicas outras que não somente a técnica freudiana de associação livre (Brusset, 2008).

É nessa linha de raciocínio que nos propomos a investigar a técnica de regressão à dependência materna em Winnicott (1954), técnica essa alicerçada na metáfora dos cuidados maternos. Contudo, antes de adentrarmos no tema da regressão, parece-nos ponderado que comentemos brevemente sobre a importância dos cuidados maternos dispensados ao bebê para a constituição psíquica deste último.

Com sua prática no atendimento de crianças, de pacientes *borderlines* e psicóticos, por meio da observação de bebês e do fenômeno da transferência clínica, Winnicott (1955-1956, 1962a) observou a existência de fenômenos como a não integração do ego ou integração de forma insuficiente ou ainda, momentos de não integração em pacientes normais e em psiconeuróticos. Winnicott (1955-1956) ligou esses fenômenos à qualidade dos primeiros cuidados maternos, no sentido de serem ou não suficientemente bons.

Para Winnicott (1963), há duas importantes etapas de dependência para o bebê, a dependência absoluta e a relativa. Na absoluta, o lactente é totalmente dependente da provisão física fornecida pela mãe e sequer tem consciência disso, ou seja, a dependência está para além da capacidade de percepção do bebê (Winnicott, 1960; Winnicott, 1963).

Um ponto relevante para Winnicott (1963) é o fato de ele perceber a importância de a mãe atender as necessidades de ego da criança, e não apenas as necessidades instintivas. Como necessidade do ego poderíamos citar a forma como a mãe segura o bebê no colo, a forma como o muda de lado, como o alimenta, o acaricia, entre outros (Winnicott, 1962b).

Há também, para Winnicott (1963), uma etapa chamada de dependência relativa, que ocorre normalmente entre os seis meses e os dois anos de idade, e é o momento em que o bebê passa a perceber que existe dependência em relação à mãe. Para que essa etapa transcorra, deve existir uma sincronia entre a mãe e o lactente, de forma que a primeira desadapta gradativamente o bebê do estágio de dependência absoluta; e este, o lactente começa a ter uma compreensão intelectual acerca dos fenômenos do mundo, de forma que tem condições de se adequar à desadaptação por parte da mãe.

## Método

Neste trabalho teórico, utilizamos pesquisa bibliográfica oriunda de fontes psicanalíticas.

## Resultados

Winnicott (1954) propõe uma tipologia de pacientes, em que vigem três categorias: a primeira é a relativa a pacientes psiconeuróticos, cuja terapia pode seguir os moldes freudianos. Consoante Winnicott, para os outros dois tipos de pacientes, houve, na constituição psíquica primeva deles, deficiências significativas em relação aos cuidados maternos, e dessa forma, no *setting* analítico deve imperar o que Winnicott chama de sobrevivência do analista frente aos ataques do paciente e, também, questões relativas ao manejo clínico.

Conforme Hisada (2002), para esses dois últimos tipos de pacientes, não é possível a análise nos padrões freudianos, a sobrevivência do analista passa a ser um fator primordial quando comparada ao processo de interpretação. A autora comenta que, nesses casos, há necessidade de regressão à dependência, por parte do analisando, no sentido de que seja possibilitado o resgate de falhas do ambiente originais, quando o indivíduo era apenas um bebê, e dessa forma possa haver uma espécie de retomada de desenvolvimento e crescimento.

Loparic (2014) explica que, em virtude da tendência à integração inerente ao ser humano, ideia que consta no pensamento winnicottiano, o processo de amadurecimento, mesmo quando é interrompido por alguma falha ou intrusão ambiental, pode ser retomado, com a condição de que exista provisão ambiental apropriada, que ofereça ao indivíduo novas oportunidades maturacionais. É nesse raciocínio que reside a lógica de regressão à dependência, em Winnicott (1954), que preconiza que as falhas ambientais que interromperam o processo de amadurecimento podem ser descongeladas e revividas, via ambiente suficientemente bom para tal, como é o caso, por exemplo, do processo psicoterapêutico. Registra Winnicott (1954):

É preciso incluir na teoria de desenvolvimento de um ser humano a ideia de que é normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra as falhas ambientais específicas através do congelamento da situação da falha. Ao mesmo tempo, há a concepção inconsciente (que pode transformar-se numa esperança consciente) de

que em algum momento futuro haverá oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida, com o indivíduo num estado de regressão dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada. (p. 378).

Winnicott (1954) ressalta nesse trecho a capacidade que o indivíduo tem de se proteger das falhas ambientais, quando bebê e comenta que o bebê reage a essa falha ou intrusão, resultando na formação de um falso *self*. Se essa situação de falha repete-se significativamente, o verdadeiro *self* passa a ser protegido por esse falso *self*, ocorrendo uma espécie de paralisação, situação na qual o verdadeiro *self* não atinge novos progressos. Winnicott diz que esse estado de coisas gera no indivíduo uma sensação de inutilidade.

Figueiredo (2002) diz que a gênese do falso *self* é encontrada no momento em que o ambiente ou a mãe, ao não se adaptarem ao bebê desamparado, exigem, ao invés, que o bebê amolde-se ao ambiente, que nada é empático ou atento às necessidades do bebê. O falso *self*, segundo o autor, resulta de uma imposição de um ambiente não-empático e, ainda, demandante. Figueiredo comenta que, embora o falso *self* seja criado para responder de forma adaptativa ao ambiente inflexível e, dessa forma, exercer uma função de proteção no que concerne ao verdadeiro *self*, este último fica encurralado e refém da estrutura falsa de *self*.

Fulgencio (2011) considera que a regressão é uma espécie de cuidado dispensado ao passado traumático do paciente, com o objetivo de que seja alcançado o amadurecimento do indivíduo, com possibilidade de adaptação ao mundo exterior sem perda significativa da espontaneidade do indivíduo.

Figueiredo (2002) vê a regressão winnicottiana como uma possibilidade de um retorno à vida, uma vez que o indivíduo sob a égide do falso *self* não tem existência de fato. O autor diz que há uma possibilidade de um retorno à vida, possibilidade essa que se estabelece via regressão à dependência, em que ocorre a exposição, a entrega e a vulnerabilidade a um ambiente empático.

Winnicott (1955-1956) diz que em algum momento da terapia o falso *self* entrega-se ao analista. Esse momento, segundo o autor é de muita dependência e de muito risco, isso porque o paciente encontrar-se-á em um estado profundamente regredido. Fala o autor que o ego do paciente, na situação em que o analista logra êxito em adaptar-se às necessidades do paciente e quando ele entra em regressão, pode rememorar as falhas

originais, quando o ambiente não foi suficientemente bom no atendimento das necessidades. Winnicott registra que esse momento é crucial para o paciente, uma vez que ele pode apoderar-se de um exemplo de falha original e irritar-se ou enraivecêr-se em relação a ela, em vez de esta última causar, como fora anteriormente, uma ruptura. Dessa forma, consoante o autor, o paciente usa as falhas do analista e delas se beneficia.

Winnicott (1954) ressalta que a raiva sentida pelo paciente em relação ao analista que falha é temporalmente de outro momento, ou seja, do momento em que ocorreu a falha ambiental original. Winnicott é da opinião que essa raiva pode estar sendo sentida pela primeira vez pelo paciente e o analista pode participar dessa situação, sendo usado com referência às suas falhas.

Para Florlenza (2008), quando o paciente regride à dependência, ele pode reagir às falhas do analista por meio de ataques verbais violentos e desproporcionais às falhas. Esse processo diz respeito ao ato de descongelamento, registrado por Winnicott, (1954) e, nesse caso, o analista não deve se justificar ou fazer interpretações. Caso haja interpretação, o paciente pode sentir essa atitude como uma manobra defensiva do analista, indicando que ele, tal como a mãe em momentos pretéritos, não pode admitir as falhas do paciente. Ressalta o autor que, nessa situação, o que verdadeiramente importa é a sobrevivência do analista.

Hisada (2002) fala sobre um caso clínico em que utilizou a técnica de regressão. Tratava-se de uma paciente com estrutura falso *self*: a paciente queria agradar a todas as pessoas com quem se relacionava, apresentando um modus adaptativo exagerado em relação ao ambiente. Certa feita, a paciente, por ocasião de um ato da terapeuta, demonstrou sentimentos ódio em relação à profissional, fato percebido como novo na relação entre as duas. A terapeuta pôde sobreviver a esse ódio e esse fato foi importante para o processo terapêutico. A autora afirma que há pacientes que necessitam passar por uma experiência agressiva em situação analítica, para que possam experimentar a validade sua própria agressão e ódio.

### **Discussão/Conclusões**

No *setting* psicanalítico, é de grande monta a utilização da técnica de associação livre, preconizada por Freud e muito presente na clínica psicanalítica contemporânea. Contudo, o advento de novos aportes técnicos na Psicanálise vai ao encontro da historicidade da Ciência, no que diz respeito ao fato de esta sofrer aprimoramentos ao

longo da sua história, o que não poderia ser diferente em relação ao conhecimento psicanalítico. É nesse cabedal de aprimoramentos que entra a técnica de regressão à dependência materna.

Vimos como Winnicott (1954), Winnicott (1955-1956), Hisada (2002), Brusset (2008), Florlenza (2008), Figueiredo (2002), Fulgencio (2011) e Loparic (2014) dissertam sobre a necessidade de que haja, para determinados pacientes, provimentos concernentes aos cuidados maternos primeiros. Esses autores, a nosso ver, falam de uma quebra paradigmática dentro do conhecimento psicanalítico, uma vez que os processos de interpretação passam a ser secundários frente à sobrevivência do analista aos ataques do paciente, bem como ao fornecimento de *holding* (metáfora de cuidados maternos) ao paciente.

Essa sobrevivência do analista é crucial porque ela aponta para uma necessidade do desenvolvimento emocional primitivo do paciente (Hisada, 2002; Winnicott, 1954). O ambiente que deveria dar suporte e sobreviver à agressividade ou à espontaneidade do bebê não o fez, criando um cenário em que o indivíduo carrega essa necessidade de expressão do seu verdadeiro self para outro momento de sua vida. O ambiente analítico, como metáfora dos cuidados maternos, é fértil para o acolhimento dessa necessidade.

Na clínica, na Universidade, atendemos dois casos que trouxeram elementos ratificadores da eficiência da técnica de regressão. Um deles foi o de uma paciente de 22 anos de idade, com sintomas de bulimia. A sobrevivência do analista ante aos ataques verbais da paciente, aliado a um setting rico no brincar (Winnicott, 1971), foram decisivos para a melhora significativa do quadro clínico (Rabelo, 2015). É importante registrar que, para Winnicott, para além daquilo que comumente observamos como brincadeira, o conceito de brincar abarca uma amplitude significativa de elementos de manejo na clínica psicológica, como é o caso das escolhas das palavras, das inflexões de voz e do próprio senso de humor.

O outro caso foi de um rapaz de 23 anos, que apresentava estrutura falso *self*. O rapaz era extremamente agradável e ria, de forma caricaturada de suas próprias vivências desabonadoras. Com o decorrer da análise, o rapaz passou a dizer que se sentia como um personagem do Woody Allen, chamado Zelig. Dizia o paciente que esse personagem conseguia transformar-se em qualquer pessoa com quem tivesse interagindo, numa tentativa de agradar e adaptar-se. Dizia sentir-se assim. Certa vez, irritou-se com uma fala do analista e foi bastante agressivo, verbalmente. O analista,

mesmo perplexo com a situação, disse ao rapaz que ele estava podendo experimentar sentimentos e que isso era válido, bem como, ao final da sessão, disse-lhe que o esperava na semana seguinte, para a sessão imediatamente posterior. Depois desse fato, o paciente experimentou viver alguns conflitos com pessoas a quem queria agradar em demasiado e isso para o paciente parece ter sido crucial para que ele viesse a dizer que se sentia como uma pessoa, e não como um personagem.

### **Agradecimentos**

Agradecemos à CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/ Brasil pela concessão de Bolsa para Estágio Senior no Exterior – Pós Doutorado. Processo: BEX 2854/15-5

### **Referências**

- Brusset, B. (2008). Conclusões terapêuticas sobre a bulimia. Em R. Urribarri (Org.), *Anorexia e Bulimia* (pp. 137 - 148). São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2002). A tradição ferencziana de Donald Winnicott: Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 36(4), 909-928.
- Florlenza, O. (2008). As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 82-88.
- Fulgencio, L. (2011). Compulsão à repetição e regressão à dependência em Winnicott. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 14(1), 96-109.
- Hisada, S. (2002). *Clínica do setting em Winnicott*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda.
- Loparic, Z. (2014). Temporalidade e regressão. *Winnicott e-Prints*, 9(2), 1-19.
- Rabelo, A. P. (2015). *Bulimia e psicanálise: considerações a partir da perspectiva winnicottiana* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Winnicott, D. W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. Em D. W. Winnicott (Ed.), *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 374 - 392). Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D. W. (1955-1956). Formas clínicas da transferência. Em D. W. Winnicott (Ed.), *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 393 - 398). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1960). Teoria do Relacionamento paterno-infantil. Em D. W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38 -54). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1962a). A integração do ego no desenvolvimento da criança. Em D. W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 55-61). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1962b). Provisão para a criança na saúde e na crise. Em D. W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 62-69). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento indivíduo. Em D. W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79 – 87). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1971). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

## TALLERES PSICOLÓGICOS RESILIENTES DE DURACIÓN BREVE EN TERCERA EDAD

**Amadeo José Pont-Soler**

*Grado de Psicología, Facultad de Psicología, Universitat de València (España)*

### **Resumen**

*Antecedentes:* la Resiliencia y la Salud mental favorecen la capacidad de adaptarse ante las dificultades de la vida. Con el paso del tiempo y con la edad, si no se previene y no se fomentan, las personas puede que pierdan resiliencia y salud mental. *Método:* en este estudio se analizan los resultados de una pequeña muestra de 16 personas de la tercera edad en una residencia de 50 residentes, para ver si estas variables no descienden. Mediante una prueba de T de comparación de medias de muestras relacionadas, se analiza si hay diferencias significativas entre los mismos participantes aplicando talleres de Psicología breve, de mes y medio de duración, orientados a mejorar la Salud Mental y los componentes de la Resiliencia, la Empatía, la Autonomía, la Autoestima, el Humor y la Creatividad. Se comprueba la hipótesis de si durante mes y medio se encuentran cambios significativos en las medias de la Resiliencia y en la Salud Mental, comprobando si dichas variables y sus componentes descienden. *Resultados:* los resultados encontrados indican que no se han detectado cambios significativos ni en la Resiliencia ni en la Salud mental, manteniéndose generalmente su nivel, durante el mes y medio en que se desarrollaron los talleres. Aunque sí que se encontró una diferencia significativa y un aumento en la Autonomía, componente de la Resiliencia. Durante la aplicación de los talleres, se utilizó fundamentalmente la “escucha activa” como método de atención individualizado y el desarrollo de las variables de la Resiliencia, utilizando actividades variadas de orientación de Animación Sociocultural y Psicología, como textos de humor, charlas de habilidades sociales, etc. cuyo objetivo era el de mantener y fomentar estas capacidades. *Conclusiones:* se hace necesario el llevar otros estudios de duración más larga para aportar conocimientos científicos en el sector de la tercera edad y así extraer más conclusiones.

**Palabras clave:** Resiliencia, Salud Mental, Autonomía, Talleres, Tercera edad



## SHORT PSYCHOLOGICAL WORKSHOPS OF RESILIENCE IN THE ELDERLY

### Abstract

*Background:* resilience is a capacity that is characterised by overcoming life's adversities while maintaining good health. *Method:* this brief study shows, in a test, that after 6 weeks of psychological workshops aimed at strengthening aspects of resilience in a retirement home in the province of Valencia. *Results:* no significant differences occurred in 16 people, therefore suggesting a longer period is necessary. Significant differences only appear in autonomy, so further studies with larger sample sizes regarding the strengthening of resilience are needed and with other resources tailored for the elderly. *Conclusions:* in other studies it was found that components of the variables of resilience in some ages are interrelated (Inbar, 2011; Losada e Latour, 2013; Salgado, 2005). It has also been found that in some areas of the adult population both creativity and empathy, and mental health have high predictive power and are fundamental to the development of a resilient personality. An adult, who is creative, has empathy and good mental health, is more likely to develop a resilient personality and easily overcome life's difficulties. Therefore, in the future, it might help to verify this connection in the elderly.

**Keywords:** Resilience, Mental Health, Autonomy, Workshops, Elderly.

### Introducción

La Resiliencia se caracteriza por la superación de adversidades en la vida manteniendo una buena salud (Cyrulnik, 2008; Ferreres-Traver y Catalán, 2009; Grotberg y García, 2006). Considerando la definición mencionada, se hace evidente que la resiliencia es de vital importancia y que es imprescindible que se desarrolle en toda persona para que pueda tener una mejor adaptación ante su entorno y pueda disponer de recursos suficientes para tener una mejor adaptación. Muchos autores identifican en la Resiliencia una serie de factores personales que favorecen la personalidad resiliente: la Creatividad, la Autoestima, la Empatía, la Autonomía y el Humor (Crespo y Fernández-Lansac, 2015; Salgado, 2005). Además, se ha estudiado en diversas poblaciones de edad adulta, adolescencia y edad infantil (Garmezy, 1991; Smith y Prior, 1995).

Debido a que en la tercera edad no hay tantos estudios de resiliencia, excepto algunos (Yang, Bao, Huang, Guo y Smith, 2015), en el presente estudio se investiga en la tercera edad y se observa si la Salud y la Resiliencia aumentan en esta etapa de las personas al aplicar talleres psicológicos de resiliencia de duración breve. Se realiza una pequeña investigación en una población de la tercera edad.

### **Objetivo**

Se comprueba si hay una mejora significativa de la Resiliencia y de la Salud Mental en una pequeña muestra de una residencia de la tercera edad al desarrollar algunos componentes de la Resiliencia. Este estudio pretende profundizar en este fenómeno en la tercera edad, desde la perspectiva de los componentes y su potenciación (Salgado, 2005).

Durante 6 semanas se realiza una intervención en los residentes aplicando diferentes talleres que tienen como objetivo potenciar la Creatividad, la Autoestima, la Empatía, la Autonomía y el Humor. Se potencia también la Salud Mental, debido a que la Salud se entiende como un estado de bienestar tanto físico, psíquico como social, y que no es meramente la ausencia de enfermedad (Schwartzmann, 2003) que implica múltiples variables, de las que se ha encontrado que tienen relación con la Resiliencia.

Mediante la aplicación de talleres de escucha activa se han trabajado los componentes a nivel individual. Se realizan dos pases de los cuestionarios, antes de la Intervención y después de la intervención. Se espera que haya una mejora significativa en las medias de Resiliencia y de la Salud Mental, mediante una prueba t de muestras relacionadas, comparando las puntuaciones tanto antes como después de la intervención.

### **Método**

El psicólogo con la ayuda de una Tablet se ha ayudado de recursos tanto de internet como de los propios recuerdos de los residentes, para realizar los talleres. Cada taller consistía en dos y tres rondas de aproximadamente 15- 25 minutos, abasteciendo dos horas de primera hora de la mañana y la hora de la segunda en las que se abasteció a todos los participantes. Siempre se respetó el que se quisiera participar, realizando en caso contrario una aplicación del mismo taller mediante asesoramiento psicológico y de forma individual. El trato de la residencia es humanitario y social, respetando el

contexto donde se aplican los talleres. Todos los talleres se basan en la Psicología positiva, favoreciendo un entorno positivo y agradable para los participantes.

### *Participantes*

Se compone de 16 personas, 3 hombres y 13 mujeres, de entre 60 y 92 años con estudios primarios.

### *Instrumentos*

Cuestionario de Resiliencia, con los componentes de Creatividad, Empatía, Autonomía, Autoestima y Humor (Salgado, 2005) y el Cuestionario de Salud Mental, “General Health Questionnaire-12” (García, 1999; Rocha, Pérez, Sanz, Borrell y Llandrich, 2011).

### *Procedimiento*

Se ha utilizado el programa estadístico SPSS, para realizar una prueba T de muestras relacionadas.

Se han tenido en cuenta las diferencias individuales de los participantes, las capacidades, las circunstancias y el estado de salud de los residentes. Se pasaron los Tests de Salud Mental y de Resiliencia antes de la intervención, durante 3 semanas para que los participantes tuvieran cierto tiempo de adaptación para acostumbrarse al psicólogo que impartiría los talleres y los tests. Después de las tres semanas, y bajo el objetivo de potenciar los componentes de la Resiliencia, se aplicaron los siguientes talleres de orientación también de Animación Sociocultural:

- Taller del humor-cine: se puso una película de humor de los años 30-70 y después se trabajó y habló sobre la misma. También se contaron chistes.

- Audición musical: se ha puesto música y se ha cantado y se han averiguado los títulos de las canciones también de la época de los participantes.

- Taller de Recuerda: se ha puesto un tema central sobre el cual han hablado los participantes recordando el pasado. Por ejemplo, en algunas ocasiones el tema tratado ha sido la cocina, y se ha preguntado la manera que tenían de cocinar, qué instrumentos utilizaban para ello, de qué manera preparaban los ingredientes, qué platos eran más populares...

- Estimulación cognitiva-sensorial: contiene las siguientes actividades...

a) El texto: se ha leído un texto en el que se ha hablado de un tema que les recuerde algún momento del pasado, se ha dicho en voz alta para que los participantes lo oyeran y luego se ha reflexionado sobre lo que trataba el texto (ha hecho falta un texto sacado de una revista, de un libro o de internet).

b) De la foto al pasado: se ha expuesto una fotografía, y los residentes han tenido que explicar todos los recuerdos e ideas que les ha podido recordar.

- Taller de Creatividad-Adivinar: se han dado diferentes pistas sobre un objeto en concreto y los participantes han tenido que adivinarlo, se han utilizado fotografías (el material utilizado ha sido una revista o artículo, en el que se ha buscado un objeto a preguntar). También se han puesto diferentes canciones y los participantes han tenido que decir de qué artista era y el título de la canción (se ha utilizado un CD o DVD con canciones de su época y un reproductor de CDs y de dispositivo USB de memoria extraíble, según el caso).

- Taller de Autoestima-Autonomía: se ha reflexionado sobre las fortalezas y las habilidades sociales que tienen los residentes. Es de tipo individualizado, utilizando el asesoramiento psicológico y fomentando sus habilidades sociales.

Se ha respetado un horario en el que cada taller se realizaba en pequeños subgrupos de 5 y 6 participantes para que se les facilitara la estimulación cognitiva orientada de forma más personal, para que la atención y la eficacia fuera más efectiva.

Tras aplicar los talleres mencionados durante 6 semanas, se han tomado otras dos semanas para recoger las respuestas de los participantes y se ha procedido a analizar los resultados mediante el programa estadístico SPSS.

Respecto al Alfa de Cronbach y la fiabilidad obtenida, cabe destacar que la fiabilidad se ha medido tanto antes de la intervención como después, en la Resiliencia y en la Salud Mental. El resto de componentes de la Resiliencia muestran una fiabilidad muy baja, solo en el componente del Humor se puede considerar aceptable debido a que este componente refleja una fiabilidad de .726 antes de la intervención y de .609 después. En el resto de los componentes, la fiabilidad ha sido baja, mostrando la Autoestima una fiabilidad de .338 a .502; la Empatía de .190 a .461; la Autonomía de .461 a .385; y la Creatividad de .465 a .427. En la Resiliencia la fiabilidad ha sido de .803 a .776 En la Salud Mental, la fiabilidad ha sido de .590 a .671. Lo que refleja claramente que los datos que más se pueden considerar debido a su fiabilidad es la Resiliencia, el Humor y la Salud Mental. Aunque el hecho de que el resto de

componentes no tengan una fiabilidad alta no significa que no hayan mejorado en los residentes, sino que hace falta un instrumento adaptado para la tercera edad. Además, la muestra es pequeña, hecho que puede cambiar cuando se ampliara la muestra. Dado que la fiabilidad aumenta cuanto mayor variabilidad pueda haber, en una muestra pequeña es probable que no haya tanta variabilidad, por lo que dichos resultados se deberían de replicar con otros instrumentos y en una muestra más grande.

## Resultados

En prácticamente todos los componentes de la Resiliencia ha habido una leve mejora en las medias de las puntuaciones, llegando únicamente a ser una diferencia significativa la Autonomía. Cabe destacar que el componente de la Autoestima tenía un nivel de 0,82 antes de la intervención y ha aumentado a 0,87, ha mejorado 0,05 puntos; la Empatía tenía una puntuación de 0,76, aumentando hasta 0,81, mejorando también 0,05 puntos; la Autonomía es el componente de la Resiliencia que más ha aumentado mostrando una diferencia significativa ( $*0,02 < 0,05$ ) teniendo una puntuación de 0,75 antes de la intervención y una puntuación posterior de 0,84, mostrando una diferencia de 0,09 puntos; luego el Humor ha tenido una muy leve disminución, de 0,62 a 0,6 puntos, -0,02 puntos menos tras la intervención; y la Creatividad ha tenido al contrario que el Humor una leve mejora, de 0,52 a 0,54 puntos, con una diferencia de 0,02 puntos. Respecto a la media total de la Resiliencia, la puntuación aumenta de 0,7 a 0,74; una diferencia de 0,04 puntos; y la Salud Mental, de 2,38 puntos a 2,48, habiendo una mejora de 0,1.

## Conclusión

Teniendo en cuenta la fiabilidad y los datos obtenidos se llega a la conclusión de que en este pequeño estudio muestra que tras aplicar talleres psicológicos durante 6 semanas orientados a potenciar componentes de la Resiliencia, en una residencia de la provincia de Valencia de la tercera edad, solo se produce una diferencia significativa en la Autonomía en 16 personas, aunque hay que tener en cuenta que tiene baja fiabilidad, haciéndose necesario una intervención de mayor duración para observar si hay un cambio significativo. Es necesario realizar más estudios de potenciación de la Resiliencia en muestras más grandes y con otros instrumentos adaptados para la tercera edad.

En otros estudios se ha encontrado que los componentes de las variables de la Resiliencia en algunas edades tienen relación entre sí (Inbar, 2011; Losada y Latour, 2013; Salgado, 2005). También se ha encontrado que en alguna muestra de población adulta que tanto la Creatividad como la Empatía y la Salud Mental, tienen alto poder predictivo y son fundamentales para el desarrollo de la personalidad resiliente. Una persona adulta que sea creativa, tenga empatía y una buena salud mental, es más probable que desarrolle una personalidad resiliente y que supere fácilmente las dificultades de la vida. Por tanto, también se podría comprobar dicha relación en la población de la tercera edad.

En varios casos, se ha visto una clara evolución y mejora de la Autoestima desde el primer pase de los cuestionarios hasta el segundo pase. Durante este mes y medio se ha visto generalmente una mejora en algunos casos individuales, pero que de forma general la Resiliencia se mantiene sin haber un deterioro de la misma. Lo ideal hubiera sido que hubiera habido una mejora significativa, aunque es muy importante el saber que no ha ido a peor. Con mes y medio de aplicación de los talleres es poco tiempo para poder realizar un seguimiento más efectivo de la Resiliencia. Posiblemente con más tiempo se mejore la Resiliencia o se mantenga en el tiempo sin que por motivos de la edad, no se perjudique.

El pensamiento es importante que esté ocupado para no pensar siempre en las situaciones negativas de la vida, y pensar en otros detalles que merecen más atención.

Es vital que los residentes tengan más apoyo psicológico para que se sientan más útiles y productivos, para que su Auto-concepto cambie y se vean más creativos. Es importante tener una Resiliencia alta para adaptarse y superar las situaciones que plantea la vida.

El papel del psicólogo es de vital importancia, para que se refuerce el apoyo psicológico en los residentes. Se hace necesario que se invierta más economía en los servicios sociales para alcanzar una sociedad mucho más productiva socialmente, para que se mejoren las fortalezas resilientes y para que el sector sanitario tenga una mayor eficiencia. Más beneficios más apoyo psicológico, y a la larga más beneficios psicológicos. Los talleres desde la perspectiva de la Animación Sociocultural que también se orienten hacia la motivación y hacia una perspectiva que refuerce y potencie los componentes de la Resiliencia puede llevar a una mejor Salud mental y a una mayor adaptación ante el entorno. Esta capacidad del ser humano de resistir y encontrar

recursos que son creativos para superar las situaciones de adversidad (Szarazgat y Glaz, 2006).

### Referencias

- Crespo, M., y Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27.
- Cyrułnik, B. (Ed.) (2008). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- 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 Psicologia Clínica i Formativa.
- García, C. R. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg: Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-97.
- Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatr Ann*, 20, 459-66.
- 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. *Revista Psicología.com*, 15(27), 1-28.
- Losada, A. V., y Latour, M. I. (2013). Resiliencia. Conceptualización e investigaciones en Argentina. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 84-97.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Sanz, M. R., Borrell, C., y Llandrich, J. O. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.
- Salgado, A.C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Revista Liberabit*, 11, 41-48.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 09-21.

- Smith, J., y Prior, M. (1995). Temperament and Stress resilience in school-age children: a within-families study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 168-79.
- Szarazgat, D., y Glaz, C. (2006). Resiliencia y aprendizaje en sectores populares. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40(3), 3.
- Yang, F. Bao, J. M., Huang, X. H., Guo, Q., y Smith, G. D. (2015). Valoración de la resiliencia en mayores chinos. *International Nursing Review en Español: Revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*, 62(1), 139-148.

## UNA ESCALA PARA MEDIR EL VÍNCULO EMOCIONAL ENTRE HERMANOS EN POBLACIÓN CON ESQUIZOFRENIA

**Rafael Jodar-Anchia\***, **M<sup>a</sup> Teresa Ruiz –Jiménez\*\***, **Juan Pedro Núñez- Partido\*** y  
**Rufino Meana-Peón\***

*\*Universidad Pontificia Comillas de Madrid; \*\*Grupo 5. Gestión y Rehabilitación Psicosocial. Centro de día y Centro de Rehabilitación Laboral “Espartales Sur”. Red Pública de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera. Comunidad de Madrid*

### **Resumen**

Gran parte de las investigaciones existentes sobre las familias de personas con enfermedad mental grave se centran en los procesos de padres para hacer frente a la enfermedad de sus hijos. Menos interés ha suscitado el impacto que un trastorno mental tiene en otros miembros de la familia como son los hermanos adultos. Por otro lado la calidad relacional, entre hermanos, ha sido considerada, en diversos estudios, como una variable clave en el papel futuro de los hermanos para prestar cuidados. Varios investigadores han encontrado que los hermanos adultos están más dispuestos a proporcionar algún tipo de apoyo en el futuro, cuando predomina una buena calidad relacional y específicamente cuando se produce reciprocidad en esa relación de intercambio. El objetivo de este estudio es diseñar un instrumento de fácil aplicabilidad que permita conocer el vínculo emocional que mantienen los hermanos en donde en uno de ellos existe un diagnóstico de trastorno mental grave. La escala final obtuvo una alta fiabilidad ( $\alpha=0,916$ ) identificándose tres factores interpretables: cariño recíproco, rabia y miedo. El hecho de prestar atención a los hermanos compromete a los investigadores al desarrollo de instrumentos validados que guíen las intervenciones.

**Palabras Clave:** esquizofrenia, hermanos, vínculo emocional, escala.

## **A SCALE TO MEASURE THE EMOTIONAL BOND BETWEEN SIBLINGS IN POPULATION WITH SCHIZOPHRENIA**

### **Abstract**

Much of the existing research on the families of people with serious mental illness focus on the processes of parents to meet their children's disease. Less interest has raised the impact a mental disorder has other family members such as adult siblings. On the other hand the relational quality between brothers, has been considered in several studies as a key variable in the future role of the siblings to provide care. Several researchers have found that adult siblings are more likely to provide some support in the future as dominant a good relational quality, specifically when reciprocity occurs in the terms of trade. The aim of this study is to design a tool that allows easy applicability know the emotional bond that kept the siblings where in one of them there is a diagnosis of severe mental disorder. The final scale obtained high reliability ( $\alpha = 0.916$ ) identifying themselves three interpretable factors: mutual affection, anger and fear. Just pay attention to the siblings committed to the development of validated research instruments to guide interventions.

**Keywords:** schizophrenia, siblings, emotional bond, scale.

### **Introducción**

La aparición de un trastorno mental grave supone la irrupción de recursos sanitarios y psicosociales que van a incidir en que el impacto en el funcionamiento de la persona sea lo menos limitante posible. En la medida en que introducimos a los familiares como elementos esenciales en el proceso de tratamiento y recuperación nos podemos encontrar con multitud de posicionamientos teóricos que pueden subyacer a las intervenciones que se diseñan. Descartada la creencia imperante, en la década de los 50-60 del siglo pasado, que describía las formas de interaccionar de los miembros de una familia, especialmente en la madre, como causantes de la esquizofrenia, señalado por Fromm-Reichmann (1948); se ha pasado a considerar a la familia como un aliado fundamental en la prevención de recaídas y un elemento esencial en los procesos de recuperación.

Lo que ha diferenciado cada uno de los modelos que se fueron desarrollando, en la década de los 80-90, ha sido el formato unifamiliar o multifamiliar, el número de sesiones y la inclusión o no del paciente (Vallina y Lemos, 2000). Todos ellos combinan diferentes elementos: la desculpabilización de la familia, la educación de la enfermedad, el entrenamiento en resolución de problemas y en comunicación y el manejo y prevención de crisis. Por otro lado, Cuipers (1999) en su metanálisis de 16 estudios de intervenciones con familias encontró que éstas tienen efectos sobre la angustia, las relaciones entre familiares y pacientes y en el funcionamiento familiar en el corto plazo con menores efectos en los seguimientos

No es de extrañar que cuando se analizan las necesidades que tienen las familias, la mayoría de las fuentes consultadas, se centran en las necesidades de los cuidadores principales, pues son estos los que con más asiduidad aparecen en los escenarios terapéuticos como se detalla en Ruiz, Nuñez, Jodar y Meana (2008).

Los abordajes con familias que recogen datos sobre los parentescos más prevalentes señalan a las madres y padres; los hermanos suelen estar minimamente representados, como refleja el estudio sobre las variables asociadas a las necesidades de usuarios de servicios comunitarios y sus familiares de Guillen y Muñoz (2011).

Todo lo anterior pone de manifiesto la desatención a las necesidades específicas de los hermanos y esto cobra más sentido si tenemos en cuenta el apoyo social que pueden proporcionar a sus hermanos con un trastorno mental.

La literatura de otros países, especialmente de Estados Unidos, sugiere que la experiencia subjetiva de los hermanos con respecto a los padres ofrece datos contradictorios, que irían desde similares vivencias en hermanos que en padres; a la especificidad de la misma según parentesco: evitación, no sólo física, descrita en Kinsella, Anderson y Anderson (1996) y un mayor desprendimiento observado por Gerace, Camilleri y Ayres (1993). Las vivencias en hermanos españoles apenas si está documentada.

Por otro lado la calidad relacional, entre hermanos, ha sido considerada, en diversos estudios, como una variable clave en el papel futuro de los hermanos para prestar cuidados. Smith y Greenberg (2008) en un estudio longitudinal efectuado en 136 hermanos con esquizofrenia han obtenido algunos predictores de la calidad relacional señalando haber sido criado en familias con una buena cohesión y percibir como reto o

ganancia personal el afrontamiento de los desafíos planteados por los problemas de salud mental.

El objetivo planteado en este artículo fue diseñar un instrumento de fácil aplicabilidad que permita conocer el vínculo emocional que mantienen los hermanos.

**Metodo**

*Participantes*

En el presente estudio participaron un total de 254 hermanos de 13 comunidades autónomas distintas. La tabla 1 recoge la información sociodemográfica más relevante obtenida.

Tabla 1

*Información recogida*

	Hermanos sin diagnostico	Hermanos con diagnostico
Edad	40,8 ( dt =11,2)	40,3 ( dt=9,9)
Mujeres	66%	29%
Casados	53,4%	-----
Estudios superiores	48,2%	
Empleados a Jornada Completa	59%	-----
No conviven con el hermano	69,76%	-----
con problemas de salud mental		
Edad que tenían cuando reciben la noticia del diagnóstico.	24,3 ( dt= 10,92)	-----
Diagnóstico de los hermanos	-----	Esquizofrenia: 68,55% Trast Bipolar: 11,34% Trast. Perso :9,31%
Intención suicida	-----	22,48%

La distribución de muestra obtenida por Comunidad autónoma aparece en la Tabla 2, siendo la Comunidad autónoma de Galicia la más participativa en cuanto a recogida de datos.

Tabla 2

*Procedencia por comunidad de la muestra de hermanos obtenida*

Comunidades y provincias participantes	Nº hermanos
Andalucía: Sevilla, Huelva, Almería.	11
Asturias	3
Cataluña: Barcelona; Tarragona; Lleida.	17
Castilla-La Mancha: Guadalajara, Albacete.	19
Castilla-León: Ávila, Burgos, Palencia,	29
Salamanca, Segovia, Valladolid, Teruel.	
Valencia: Alicante, Valencia.	23
Extremadura : Badajoz	5
Galicia: A Coruña, Pontevedra, Lugo, Orense.	58
La Rioja	14
Madrid	42
Murcia	5
Navarra	20
País Vasco : Álava	8
TOTAL	254

*Instrumento*

El instrumento que se analiza es una escala para medir el vínculo emocional de los hermanos. Inicialmente esta escala está constituida por 41 ítems que pretende medir el tipo de vínculo afectivo existente entre los hermanos.

*Procedimiento*

La escala inicial fue construida a partir de un grupo focal de 8 hermanos que no había participado en una experiencia de este tipo ni había hablado nunca de sus sentimientos con respecto a la vivencia de ser hermano de una persona diagnosticada con enfermedad mental. El grupo se reunió un total de cinco sesiones de 2 horas cada una, con una estructura centrada en una temática por sesión. La grabación de estas sesiones nos permitió crear dos grupos de expertos cuya función fue la elaboración de los ítems y la selección de las dimensiones del cuestionario objeto de la investigación.El

cuestionario definitivo, de 218 ítems, se agrupó en 10 dimensiones y es la dimensión del vínculo emocional la que se analiza a continuación.

El cuestionario fue enviado por correo ordinario a asociaciones de familiares de las 17 Comunidades Autónomas, obteniendo un total de 219 asociaciones distribuidas por todo el territorio nacional. Las instrucciones que se adjuntaban implicaban dos condiciones: la aplicación de un cuestionario por núcleo familiar y la selección aleatoria de hermanos, preferentemente el hermano menos implicado en el cuidado.

### *Diseño*

La investigación sigue un diseño transversal, ex-post facto, con el fin de explorar las asociaciones entre las variables más relevantes de la experiencia de los hermanos de personas con esquizofrenia.

### **Resultados**

La escala resultante estuvo conformada por 14 ítems. La fiabilidad resultó muy alta ( $\alpha=0,916$ ).

Tras el análisis de fiabilidad y homogeneidad se decidió eliminar los ítems con un índice de homogeneidad menor (Tabla 3).

Tabla 3

#### *Ítems de bajo índice de homogeneidad*

Ítem	$\alpha$ sin ítem	Índice de homogeneidad
Siento mucha pena y compasión ante el sufrimiento de mi hermano	0,9194	-0,0201
Detecto miradas, gestos o actitudes en mi hermano como indicadores de que la crisis viene	0,9203	-0,0775
R En más de una ocasión he sentido miedo por si mi hermano decidía quitarse la vida.	0,9189	-0,0337

R indica que los ítems son inversos.

**Análisis factorial:** Tanto la prueba de adecuación muestral de KMO (0,874), como la prueba de Bartlett ( $\chi^2(703)=3522$ ,  $p<0,001$ ) revelan que es pertinente proceder a un análisis factorial. Se empleó el método de extracción de componentes principales.

Se seleccionaron 10 factores (que presentaban autovalores mayores a 1). El primer factor explica el 29%, mientras que el segundo da cuenta del 10% de la varianza (evidencia de una escala unidimensional).

Posteriormente se rotaron los factores mediante la rotación varimax, buscando componentes independientes entre sí. En la tabla 4 encontramos las saturaciones de los ítems en cada componente, tras dicha rotación, con un código en colores según la adscripción de cada ítem a cada factor.

Tabla 4

Saturaciones alcanzadas de los ítems

	PC1	PC3	PC2	PC7	PC6	PC5	PC8	PC4	PC9
ITEM61	0,79	0,06	0,11	0,25	-0,09	0,14	0,04	0,14	-0,1
ITEM63	0,74	0,13	0,13	0	0,07	0,19	0,01	-0,07	0,26
ITEM68	0,74	0,16	0,17	0,09	-0,12	0,21	0,07	0,01	-0,02
ITEM74	0,19	0,02	0,01	0,06	-0,08	0,25	0,1	0,14	0,76
ITEM76	0,53	0,28	0,38	0,18	0,17	0,21	0,13	-0,06	0,09
ITEM77	0,13	0,15	0,16	-0,02	0,31	0,62	0,21	0,05	0,18
ITEM79	0,65	0,11	0,05	0,31	0,16	0,19	0,26	0,24	0,03
ITEM80	0,53	0,05	0,17	0,11	0,12	0,16	0,41	0,28	0,13
ITEM85	0,41	0,28	0,1	0,5	0,1	0,09	0,03	0,22	-0,16
ITEM86	0,16	0,24	-0,14	0,16	-0,45	0,14	0,57	-0,15	-0,09
ITEM87	0,23	0,17	0,08	0,02	0,21	0,12	0,69	0,17	0,13
ITEM90	0,22	0,05	-0,04	0,14	-0,18	0,8	0,04	0,05	0,06
ITEM91	0,39	-0,03	-0,07	0,04	-0,24	0,67	0,12	0,05	0,09
ITEM92	0,8	0,06	0,04	-0,09	0,06	-0,02	0,13	0,05	-0,01
ITEM94	0,35	0,05	0,13	0,09	0,03	0,14	0,65	-0,05	0,05
ITEM95	0,47	0,15	0,04	-0,09	0,26	0,5	0,2	0,1	-0,13
ITEM98	0,08	-0,07	-0,04	0,06	-0,14	0,11	0,08	0,81	0,01

Tabla 4 (continuación)

ITEM100	0,82	0,1	0,02	0,13	0,1	0,09	0,15	0	0,2
ITEM101	0,71	0,19	-0,03	0,08	0,18	0,18	0,33	0,01	0,13
inv_ITEM62	0,18	0	0,79	0,1	0,13	0,03	0,01	-0,01	0,03
inv_ITEM64	0,13	-0,01	0,2	0,65	0,2	0	0,14	-0,05	0,01
inv_ITEM65	0,06	0,15	0,82	0,29	0,03	-0,05	0,14	0,01	0,09
inv_ITEM66	0,25	0,41	0,4	0,51	0,04	0,04	-0,04	0,06	-0,08
inv_ITEM69	0,23	0,77	0,05	0,1	-0,11	-0,07	-0,05	0,21	-0,04
inv_ITEM70	0,08	0,8	0	0,22	0	0,04	0,04	0,02	-0,03
inv_ITEM71	0,21	0,18	0,27	0,32	0,55	-0,13	0,01	-0,1	-0,07
inv_ITEM73	0,4	0,39	0,04	0,32	0,4	0,06	0,06	0,08	0,01
inv_ITEM75	0,49	0,09	0,02	0,14	0,17	-0,03	-0,08	0,49	0,13
inv_ITEM78	0,15	0,76	0,03	0,19	0,02	0,06	0,14	-0,11	0,11
inv_ITEM81	0,18	0,18	0,25	0,63	0,19	0,12	-0,12	0,29	0,07
inv_ITEM82	-0,03	0,36	-0,02	0,62	0,02	0,03	0,13	-0,02	0,16
inv_ITEM83	0,09	0,01	0,18	0,31	0,69	-0,05	0,04	-0,15	0,05
inv_ITEM84	0,03	0,32	0,22	0,16	0,4	0,05	0,22	0,11	-0,22
inv_ITEM89	0,03	0,09	0,87	0,03	0,2	0,03	0,02	0,02	-0,02
inv_ITEM93	-0,02	0,6	0,11	-0,11	0,25	0,22	0,11	-0,16	0,01
inv_ITEM96	0,18	0,64	0,23	0,22	0,19	0,04	0,15	-0,07	0,21
inv_ITEM97	0,27	0,33	0,37	0,08	0,17	-0,15	0,1	-0,17	0,5
inv_ITEM99	0,23	0,46	0,17	-0,14	0,4	0	0,21	0,27	0,02

Nota : Inv\_ indica que los ítems son inversos

En la Tabla 5 se reflejan los tres componentes obtenidos tras la rotación Varimax identificados como cariño recíproco expresado, rabia y miedo.

Tabla 5

Factores encontrados en la escala del vinculo emocional

Componentes	$\alpha$	% varianza
Cariño recíproco expresado:61,63,68,79,92,100,101	0,896	16
Rabia , juicio hacia el hermano ( conflicto interpersonal con él): 69,70,93,96	0,777	10
Miedo , vigilancia ante la reacción violenta:62,65,89	0,840	8

Los tres componentes encontrados permitió obtener la matriz de diagramas de dispersión (Figura 1) que dio cuenta de las emociones más prevalentes en la muestra de estudio, siendo la predominante el afecto positivo hacia el hermano ( cariño).

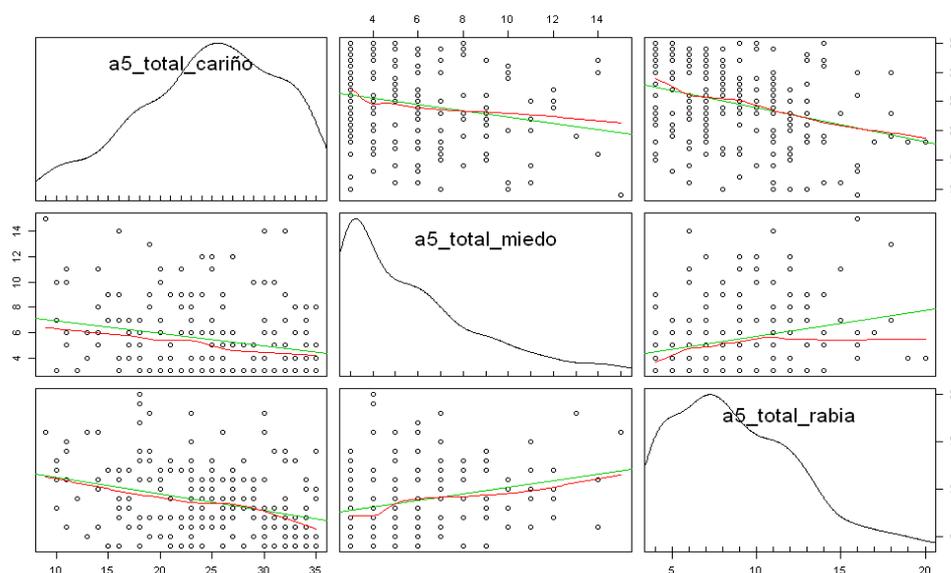


Figura 1. Matriz de diagramas de dispersión.

**Discusión**

Las distribuciones de las emociones encontradas en nuestra muestra de hermanos pone de manifiesto la presencia de emociones positivas (cariño) frente a las negativas (rabia y miedo). Se observa la relación inversa entre cariño y las otras dos emociones obtenidas (rabia y miedo) y la relación directa entre miedo y rabia. Sin embargo , estas agrupaciones de emociones presentan una magnitud baja (como esperábamos dado que son fruto de un análisis factorial con rotación varimax).

La escala del vinculo emocional (VINCEMO) identifica cuáles son los afectos hacia el hermano , lo que puede dar cuenta de la calidad relacional existente en el momento de la aplicación y diseñar intervenciones específicas en las diadas fraternales.

Aspecto crucial dado que ya existen estudios que señalan como una necesidad de los hermanos las ayudas para mejorar la relación fraterna (Amaresha, Venkatasubramanian y Muralidhar, 2014).

Una limitación a nuestro estudio daría cuenta del tipo de hermanos al que hemos accedido (hermanos muy implicados), como demuestra el hecho de que la mayoría de ellos manifestaron mantener un contacto al menos una vez a la semana (el 71% de la muestra obtenida) sin saber hasta que punto, una mayor variabilidad en la implicación, hubiera cambiado los resultados en las dimensiones encontradas.

### Conclusiones

En España hemos podido comprobar como favorecer los espacios terapéuticos con los hermanos incide directamente en una menor afectación emocional, un mayor bienestar psicológico y menores dificultades para regular sus emociones (Núñez, Jodar, Meana y Ruiz, 2013; Núñez, Ruiz, Meana y Jodar, 2014).

La Escala VINCEMO refleja la cualidad de la relación entre hermanos y arroja pistas sobre la distancia o cercanía que mantienen y la emoción predominante en la relación fraternal.

Disponer de una herramienta que permita conocer el nivel de emociones presentes en los hermanos, puede convertirse en facilitador y guía de las intervenciones psicosociales orientadas a disminuir la sobrecarga subjetiva en aquellos familiares más cercanos generacionalmente a la persona que presenta un problema de salud mental.

### Referencias

- Amaresha, A. C., Venkatasubramanian, G., y Muralidhar, D. (2014). Needs of Siblings of Persons with Psychosis: A Systematic Descriptive Review. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 12(2), 111–123. Recuperado de <http://doi.org/10.9758/cpn.2014.12.2.111>
- Cuipers, P. (1999). The effects of family interventions on relatives's burden: a meta-analysis. *Journal of mental Health*, 8, 275-285.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics. *Psychoanalysis and psychotherapy. Psychiatry*, 11, 263-273.
- Gerace, L.M., Camilleri, D., y Ayres, L. (1993). Sibling perspectives on schizophrenia and the family. *Schizophrenia Bulletin*, 19(3), 637-647.

- Guillen, A.I. y Muñoz, M. (2011). Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores familiares. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 7, 15-24.
- Kinsella, K.B., Anderson, R.A., y Anderson, W.T. (1996). Coping skills, strengths, and needs as perceived by adult offspring and siblings of people with mental illness: A retrospective study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 24-32.
- Núñez, J.P., Jódar, R., Meana, R., y Ruiz, M<sup>a</sup>.T. (2013). Mi hermano tiene esquizofrenia. En B. Charro y M.J. Carrasco (Coord.), *Crisis, vulnerabilidad y superación* (pp. 135-150). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Núñez, J.P., Ruiz M<sup>a</sup>.T., Meana, R., y Jódar, R. (2014). *Sufrir esquizofrenia*. Madrid: Grupo 5.
- Ruiz, M<sup>a</sup>.T., Núñez, J.P., Jódar, R. y Meana, R. (2008). *Calidad de vida y Esquizofrenia. Estudio realizado con la población perteneciente a las Asociaciones de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid*. Madrid: Obra Social de Caja Madrid.
- Smith, M. J. Ph.D., y Greenberg, J. S. Ph.D. (2008). Factors Contributing to the Quality of Sibling Relationships for Adults With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59(1), 57-62.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681.

## Anexo : ESCALAVINCEMO

1. Jamás 2. Raramente 3. Ocasionalmente 4.A menudo 5.Muy a menudo

1. Siento un cariño especial por mi hermano	1	2	3	4	5
2. Tengo miedo por lo que mi hermano pueda hacerme a mí o a mis seres queridos.	1	2	3	4	5
3. Mi hermano es una persona extremadamente cariñosa,.	1	2	3	4	5
4. Mi hermano es una persona violenta.	1	2	3	4	5
5. Mi hermano es uno de las personas a las que más quiero en este mundo.	1	2	3	4	5
6. Creo que mi hermano se aprovecha de su enfermedad.	1	2	3	4	5
7. Mi hermano es un vago y un caradura.	1	2	3	4	5
8. Disfruto de la compañía de mi hermano, con el mero hecho de estar juntos.	1	2	3	4	5
9. Siento que mi hermano puede hacer daño físico a los que le rodean en una de sus crisis	1	2	3	4	5
10. Mi hermano y yo tenemos muestras de cariño explícitas (nos damos abrazos espontáneos, caricias etc.)	1	2	3	4	5
11. Mi hermano me engaña a menudo	1	2	3	4	5
12. La enfermedad ha hecho que mi hermano sea un ser muy egoísta	1	2	3	4	5
13. Mi hermano me da mucho afecto	1	2	3	4	5
14. Recibo muchas cosas de él y siento agradecimiento por lo que me ofrece día a día	1	2	3	4	5

Factor 1: Cariño recíproco expresado. Items 1,3,5,8,10,13,14.

Factor 2 : Rabia, juicio hacia el hermano. Conflicto interpersonal con él. Items 6,7,11,12 .

Factor 3 : Miedo, vigilancia, ante la reacción violenta. Items 2,4,9.

## THE PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF A QUESTIONNAIRE FOR MEASURING DELINQUENCY AND CRIME (D-CRIM)

**Miguel Basto-Pereira, Ana Miranda, Sofia Ribeiro and Ângela Maia**

*Psychology Research Centre, School of Psychology, University of Minho*

### **Abstract**

Young adulthood is a key period for the study of crime desistance. Nevertheless, the majority of self-report delinquency and crime measures have been focused on adolescents and have not been validated for use in young adult populations. The aim of the present study was to create and examine the psychometric properties of a short self-report delinquency and crime measure (D-CRIM) for young adults. A Portuguese representative sample of 75 males and females with an official history of juvenile delinquency (ORJD sample), aged between 18 and 26 years, and 75 participants from a community group with equivalent age and sex characteristics were used to test the psychometric properties of D-CRIM. Both groups filled out the D-CRIM questionnaire and the "How I Think" self-report scale. The first measure evaluates the presence of criminal behaviors in the past twelve months and over the life course. The second instrument evaluates several dimensions of self-serving cognitive distortions and anti-social behavior. Descriptive statistics were performed to evaluate item sensitivity. Correlations and ROC curve analysis were executed to test convergent and concurrent validity. In general, the items of D-CRIM showed adequate content validity and item sensitivity. In terms of convergent validity, both indexes of self-reported delinquency were moderately associated with several dimensions of self-serving cognitive distortions and anti-social behavior. With regard to concurrent validity, D-CRIM showed the capacity to discriminate, in both dimensions, between young adults with a history of juvenile delinquency and a community sample. In this preliminary study, D-CRIM showed adequate psychometric properties for use in young adults, namely in terms of item sensitivity, content, convergent and concurrent validity.

**Keywords:** self-reported delinquency; D-CRIM; psychometric properties; young adulthood

## Introduction

Young adulthood is a period of brain maturation as well as changes in family and social networks (Farrington, Loeber, & Howell, 2012; Gauthier, 2007; Volkova, 2014). These changes have important repercussions in terms of criminal behavior (Massoglia, 2006); for example, official data about crime and delinquency have shown that the offending rate growth reaches its peak and falls during young adulthood (Stolzenberg and D'Alessio, 2008).

Due the fact that official data underrepresent the real rates of crime and delinquency (Farrington, 2001), self-reported questionnaires for measuring delinquency and crime was the strategy implemented by researchers to overcome this problem. To develop these measures, the definition of delinquency and crime is a central feature; a broadly accepted definition is committing acts which are prohibited by law and violate the established social norms (Basto-Pereira, Começanha, Ribeiro, & Maia, 2015; Duffee, 2015; Thornberry, & Krohn, 2000).

Over the years, a set of self-reported questionnaires evaluating delinquency and crime have been developed and validated in many different countries around the world (Gatti, Haymoz, & Schadee, 2011; Huizinga, & Elliott, 1986; Ismail, & Rahman, 2010). However, some limitations have been pointed out. The majority of self-report delinquency measures in psychometric studies are limited to adolescent populations, despite the high rates of crime during young adulthood (Thornberry, & Krohn, 2000). Second, the majority of measures are too long (e.g. ISRD-III has between 30 to 43 items for the delinquency questions module) and recent research has shown that long questionnaires result in higher rates of non-response, including underreported delinquent behaviors (Enzmann, 2013).

In order to overcome those problems, the aim of the present work was to create and test the psychometric properties of a short self-report questionnaire for measuring the diversity of delinquency acts in young adults (D-CRIM). This study examined content validity, item sensitivity, convergent and concurrent validity of the D-CRIM questionnaire.

## Method

### *Sample*

The current study included 150 young adults aged between 18 and 26 years ( $M=20.22$ ;  $SD=1.83$ ). Seventy-five males ( $n=69$ ) and females ( $n=6$ ) had past official records of juvenile delinquency (ORJD) and 75 were from a community group of equivalent ages and sex characteristics.

### *Measures*

#### Self-Report questionnaire for measuring delinquency and crime (D-CRIM)

D-CRIM (Pereira, Miranda, Ribeiro, & Maia, 2014) is a pencil and paper questionnaire consisting of 12 items evaluating the presence of criminal behaviors over life (D-CRIM-Overlife) and in the past 12 months (D-CRIM-12M). The first index evaluates the presence (No or Yes) of 12 different criminal behaviors over life and varies between 0 and 12 and the second index evaluates the same criminal behaviors in the past 12 months.

#### How I think questionnaire

The Portuguese version of *How I Think* (HIT) questionnaire was used (Barriga, Gibbs, Potter, & Liao, 2001; Portuguese version: Veloso, 2013). The HIT questionnaire is a self-report measure, which evaluates self-serving cognitive distortions and anti-social behavior. The participants classify their agreement with each of the 54 affirmations using a Likert scale ranging between one (strongly disagree) to six (strongly agree). This questionnaire includes four dimensions of self-serving cognitive distortions (self-centered, blaming others, minimizing/mislabeling and assuming the worst) and four dimensions of anti-social behavior (physical aggression, opposition-defiance, lying and stealing). The HIT also includes a total score (HIT Total). The original version and the Portuguese version of HIT showed satisfactory internal consistency ( $\alpha>.7$ ) in all dimensions (Veloso, 2013). Both versions of the HIT questionnaire demonstrated good psychometric qualities, namely in terms of reliability, convergent and concurrent validity (Barriga et al., 2001; Veloso, 2013).

### *Procedures*

The current study included young adults from two different samples. Young adults with ORJD during adolescence were identified and collected through Portuguese Probation Offices or Juvenile Justice Offices. Participants from the control group were collected using convenience and snowball methods in universities, schools, workplaces and recreation centers across the country. Informed consent was obtained before the participants filled out the questionnaires. The Ethical Committee of the University of Minho and the General Direction of Prison and Probation Services from the Ministry of Justice authorized this research.

### *Design*

This study employed a cross-sectional design.

### *Statistical Analysis*

To test item sensitivity, floor and ceiling effects, descriptive statistics were calculated as mean and standard deviations (SD) for D-CRIM indexes and proportions for D-CRIM items. To test the convergent validity of D-CRIM, we hypothesized positive and moderate Pearson correlations ( $0.3 \leq |r| < 0.5$ ) between D-CRIM indexes and self-serving cognitive distortions and anti-social behavior (HIT dimensions). To test the concurrent validity, the receiver operating characteristic (ROC) curve was performed and the ability of the D-CRIM indexes to discriminate the presence of an ORJD was tested.

## **Results**

### *Content validity*

D-CRIM was designed and revised by our research team following the indications of Thornberry and Krohn (2000) for the development of self-report delinquency and crime measures. In order to cover the entire construct definition and guarantee content validity, the items contained a wide range of criminal acts based on Portuguese criminal law, including more serious and rare criminality. The type of questions covered by D-CRIM represented a high proportion of the crimes committed in Portugal in 2014 (PORDATA, 2015a).

The items ranged from minor acts with high prevalence rates (e.g. driving without a license, vandalism, theft), to medium criminality (e.g. robbery, drug trafficking, domestic violence), and even serious criminality (e.g. homicide, rape), which allows for identifying and differentiating between participants with high and low levels of delinquency. The crimes included in the D-CRIM are also law violations in the majority of Western countries, allowing for future translation and validation to other countries. After the development of the D-CRIM questions, a pilot study was conducted with ten adults with low education level, and some items were reformulated. The final version was applied to the entire sample.

*D-CRIM questions and item sensitivity*

The prevalence of self-reported criminal behaviors, in the past 12 months and over life, with the exception of the rape and homicide questions in the last 12 months, demonstrated, in general, good item sensitivity (see Table 1). For the rape item in D-CRIM-12M and D-CRIM-Overlife indexes, and for the homicide item in D-CRIM-12M index, floor effects were found, with zero occurrences reported. Ceiling effects were not found in either indexes or populations.

Table 1

*Items presentation and descriptive statistics of the D-CRIM questionnaire*

Dimension: Question	ORJD Sample				Community			
	D-CRIM-Overlife		D-CRIM-12M		D-CRIM-Overlife		D-CRIM-12M	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Theft: Take anything that did not belong to me without being seen?	56	74.67%	13	17.33%	26	34.67%	9	12.68%
Robbery: Resort to violence in order to steal what is not yours?	39	52.00%	9	12.00%	5	6.67%	1	1.39%
Driving without license: Drive without a driving license?	49	65.33%	24	32.00%	21	28.00%	8	11.76%

Table 1 (continuaction)

Intimate partner violence: Physically or verbally abused your girlfriend / boyfriend, wife / husband (e.g. strike, insults)?	53	70.67%	12	16.00%	14	18.67%	6	9.33%
Aggression: Assaulted or intentionally hurt anyone?	14	18.67%	9	12.00%	9	12.00%	1	1.37%
Rape: Forced / imposed sexual relations on anyone?	0	0.00%	0	0.0%	0	0.00%	0	0.00%
Drug trafficking: Sell drugs (e.g. cannabis, cocaine, hash, ecstasy)?	36	48.00%	11	14.67%	10	13.33%	2	2.78%
Illegal arm: Carry any concealed weapon such as a gun, knife, switchblade, or chain?	45	60.00%	13	17.33%	12	16.00%	3	4.29%
Homicide: Kill anyone?	4	5.33%	0	0.0%	2	2.67%	0	0.00%
Family violence: Physically or verbally abuse a family member?	26	34.67%	7	9.33%	7	9.46%	4	5.48%
Blackmail: Threaten or blackmail anyone?	32	42.67%	9	12.00%	4	5.33%	1	1.35%
Vandalism: Intentionally damage or ruin anything that does not belong to you (e.g. car, building, house)?	48	64.00%	12	16.00%	16	21.33%	6	8.33%
Mean	5.36		1.59		1.68		0.61	
SD	2.56		1.82		1.97		1.00	

*Convergent validity*

Table 2 presents the associations between D-CRIM and HIT dimensions. A total of 36 correlations were tested and almost all correlations were significant or marginally significant. As expected, the majority of correlations showed a moderate effect size, indicating good convergent validity.

Table 2

*Correlations of the D-CRIM questionnaire indexes with HIT questionnaire subscales for ORJD and community sample*

HIT subscales	ORJD		Community	
	D-CRIM-Overlife	D-CRIM-12M	D-CRIM-Overlife	D-CRIM-12M
Self-centered	0.30**	0.38**	0.51**	0.36**
Blaming others	0.29*	0.20†	0.44**	0.30*
Minimizing/mislabeling	0.49**	0.44**	0.30**	0.12
Assuming the worst	0.46**	0.36**	0.38*	0.25†
Lying	0.49**	0.31**	0.37**	0.24†
Stealing	0.34**	0.36**	0.33**	0.19
Physical aggression	0.39**	0.36**	0.46**	0.31*
Opposition-defiance	0.28*	0.28*	0.41**	0.22†
HIT Total	0.43**	0.38**	0.45**	0.30*

† p<.1. \* p<.05. \*\* p<.01

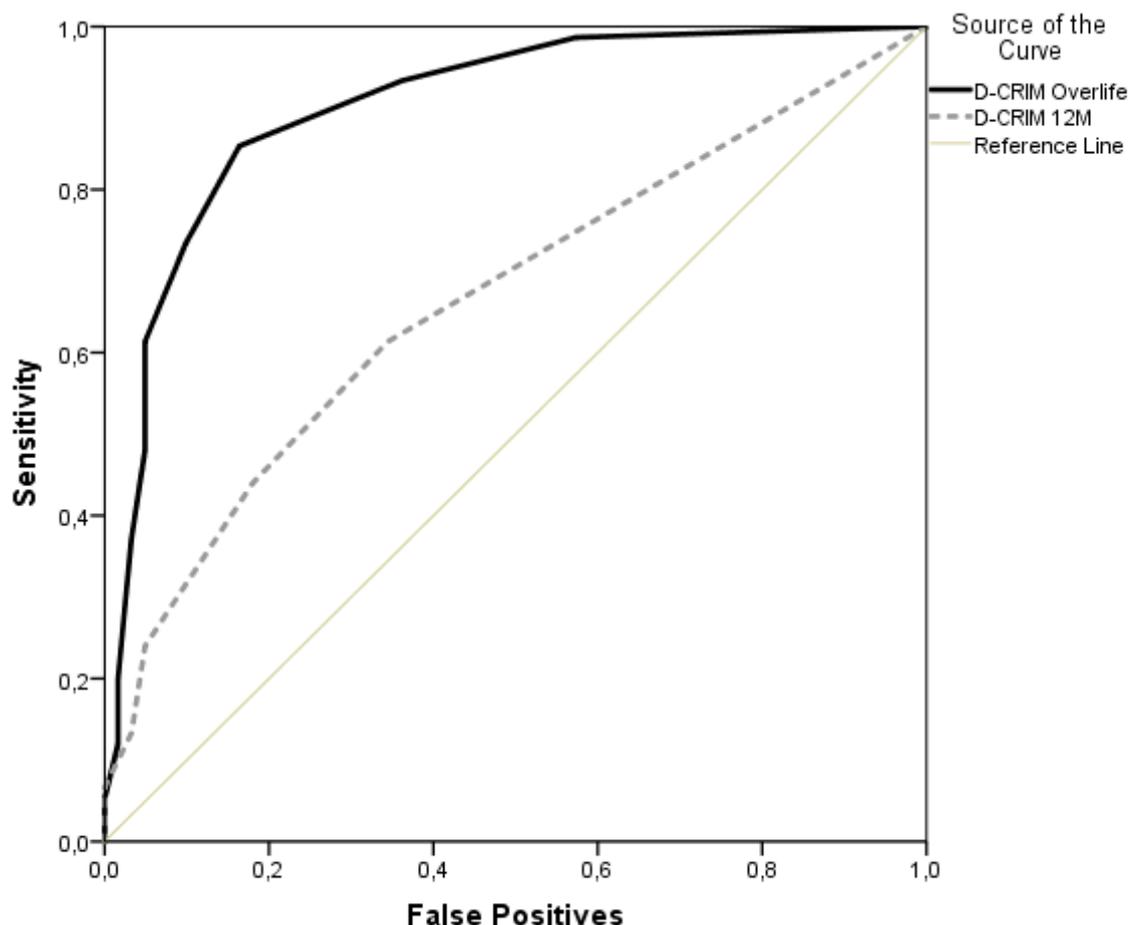
*Concurrent validity*

The ROC curve was performed to evaluate the ability of the D-CRIM indexes to discriminate between young adults with ORJD and the community group (see Figure 1). Using the Youden index, a cutoff minimizing misclassification was calculated. The D-CRIM-Overlife showed good discriminant capability (ROC c=.90; 95% CI [.85; .96]) with an accuracy rate of 85% and D-CRIM-12M showed a significant capability (ROC c=.67; 95% CI [.58; .76]) to discriminate between the two groups with an accuracy rate of 63% (see Table 3).

Table 3

*D-CRIM Sensitivity, specificity and area under the curve (AUC)*

Indexes	Cut-off point	Sensitivity	Specificity	AUC	p-value
D-CRIM-Overlife	>2	0.85	0.84	0.90	<0.001
D-CRIM-12M	>0	0.61	0.66	0.67	0.001



*Figure 1.* ROC curves of D-CRIM indexes using the presence of official records of juvenile delinquency as the criterion.

## Discussion

The present study introduced the D-CRIM questionnaire. This study also sought to validate this new measure for evaluating crime and delinquency in young adults. This exploratory psychometric study suggests that D-CRIM has satisfactory psychometric properties to evaluate self-reported delinquency and crime in young adults, both in community and forensic samples, namely in terms of item sensitivity, content validity, convergent and concurrent validity.

The majority of D-CRIM items showed a proportion of positive responses between 10% to 74.67% suggesting adequate item sensitivity. However, the items about rape and homicide, especially in the last year, revealed floor effects. However, following the indications of Thornberry, & Krohn (2000), and in order to guarantee the content validity, we also included more serious delinquent acts. Taking into account the

low prevalence of rape and homicide in Portugal, these results are not unexpected (PORDATA, 2015a) and these questions were included in order to allow items to differentiate between participants with a more serious criminal background, such as incarcerated samples.

The D-CRIM also showed convergent validity. Most of the dimensions of self-serving cognitive distortions and anti-social behavior had positive and moderate correlations with the D-CRIM indexes, as expected, showing a genuine association between two dimensions which are theoretically related but do not conceptually overlap.

The concurrent validity was tested with a ROC curve analysis. The gold standard criterion was the presence of ORJD in young adults. As expected, the over life index showed an excellent ability to discriminate between young adults with official history of juvenile delinquency and the community sample, suggesting good concurrent validity. The same criterion was used to test the D-CRIM self-reported delinquency in the last 12 months, since the ORJD is one of the most important predictors of criminal perpetration in young adults (Bushway, Nieuwbeerta and Blokland, 2011). A significant ability of D-CRIM-12M to discriminate between both samples was also found.

Internal consistency or factorial structure was not tested, because, as detailed by Thornberry and Krohn (2000), theoretically moderate correlations between different items of delinquent behavior are not expected (e.g. it is not expected that the item driving without a license would be correlated with the item about homicide).

In conclusion, this study presented the D-CRIM questionnaire, a new and short measure with exploratory adequate psychometric characteristics to evaluate delinquency and crime during young adulthood. There are, however, some limitations in this study. The most concerning limitation was the absence of test-retest analysis to evaluate temporal stability. Another limitation was the sample size and the fact of this study had a small percentage of females. Although it is important to underline that the 92% percent of male participants in this study is very close to the percentage of males found in the official Portuguese data, namely in terms of adult prisoners and juvenile convictions (Directorate-General of Social Rehabilitation - Ministry of Justice [DGRSP], 2012; PORDATA, 2015b).

Future studies using the D-CRIM should prioritize the test-retest analysis. It is important in future replications that psychometric studies examine larger samples of

males and females and test this measure in other forensic samples with a more serious criminal history.

### Acknowledgements

The first author of this work was supported by a grant from the Foundation of Science and Technology, FCT-Portugal (Doctoral grant reference: SFRH/BD/95190/2013). This study was conducted at Psychology Research Centre, University of Minho, and supported by the Portuguese Foundation for Science and Technology and the Portuguese Ministry of Education and Science through national funds and when applicable co-financed by FEDER under the PT2020 Partnership Agreement (UID/PSI/01662/2013).

The authors truly appreciated the support given by the professionals of *Direcção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP)*.

### References

- Barriga, A.Q., Gibbs, J.C., Potter, G., & Liau, A.K. (2001). *The How I Think Questionnaire manual*. Champaign, IL: Research Press.
- Basto-Pereira, M., Começanha, R., Ribeiro, S., & Maia, Â. (2015). Long-term predictors of crime desistance in juvenile delinquents: A systematic review of longitudinal studies. *Aggression and Violent Behavior, 25*(2005), 332-342.
- Bushway, S.D., Nieuwbeerta, P., & Blokland, A. (2011). The predictive value of criminal background checks: Do age and criminal history affect time to redemption? *Criminology, 49*, 27-60.
- Directorate-General of Social Rehabilitation - Ministry of Justice (DGRSP). (2012). *Auto-avaliação e Relatório de Atividades - DGRS 2011 [Self-assessment and Activity Report - DGSR -2011]*. Lisboa: Direção de Serviços de Estudos e Planeamento. Retrieved from [http://www.dgrs.mj.pt/c/portal/layout?p\\_l\\_id=PUB.1004.1&p\\_p\\_id=20&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=exclusive&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=&p\\_p\\_col\\_pos=0&p\\_p\\_col\\_count=0&\\_20\\_struts\\_action=%2Fdocument\\_library%2Fget\\_file&\\_20\\_folderId=11&\\_20\\_name=DGRS\\_Relat%C3%B3rio+Atividades\\_+2011.pdf](http://www.dgrs.mj.pt/c/portal/layout?p_l_id=PUB.1004.1&p_p_id=20&p_p_action=1&p_p_state=exclusive&p_p_mode=view&p_p_col_id=&p_p_col_pos=0&p_p_col_count=0&_20_struts_action=%2Fdocument_library%2Fget_file&_20_folderId=11&_20_name=DGRS_Relat%C3%B3rio+Atividades_+2011.pdf)

- Duffee, D.E. (2015). Why is criminal justice theory important? In E.R. Maguire & D.E. Duffee (Eds.), *Criminal justice theory: Explaining the nature and behavior of criminal justice* (2nd ed.) (pp. 5-26). New York, NY: Routledge.
- Enzmann, D. (2013). The impact of questionnaire design on prevalence and incidence rates of self-reported delinquency: Result of an experiment modifying the ISRD-2 Questionnaire. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 29, 147-177.
- Farrington, D.P. (2001). *What has been learned from self-reports about criminal careers and the causes of offending?* London: Home Office.
- Farrington, D.P., Loeber, R., & Howell, J.C. (2012). Young adult offenders: The need for more effective legislative options and justice processing. *Criminology & Public Policy*, 11, 729-750.
- Gatti, U., Haymoz, S., & Schadee, H.M.A. (2011). Deviant youth groups in 30 countries: Results from the Second International Self-Report Delinquency Study. *International Criminal Justice Review*, 21, 208-224.
- Gauthier, A. (2007). Becoming a young adult: An international perspective on the transitions to adulthood. *European Journal of Population*, 23(3-4), 217-223.
- Huizinga, D., & Elliott, D.S. (1986). Reassessing the reliability and validity of self report delinquent measures. *Journal of Quantitative Criminology*, 2(4), 293-327.
- Ismail, Z.M. & Rahman, N.A. (2010). School violence and juvenile delinquency in Malaysia: A comparative analysis between Western perspectives and Islamic perspectives. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 69, 1512-1521.
- Massoglia, M. (2006). Desistance or displacement? The changing patterns of criminal offending from adolescence to adulthood. *The Journal of Quantitative Criminology*, 22, 215-239.
- PORDATA. (2015a). *Convicted persons: Total and by category of crime (1984) – Portugal*. Retrieved from [http://www.pordata.pt/en/Portugal/Convicted+persons+total+and+by+category+of+crime+\(1984+\)-268](http://www.pordata.pt/en/Portugal/Convicted+persons+total+and+by+category+of+crime+(1984+)-268)
- PORDATA. (2015b). *Prisoners: Total and by sex - Portugal*. Retrieved from <http://www.pordata.pt/en/portugal/prisoners+total+and+by+sex-271>
- Stolzenberg, L., & D'Alessio, S.J. (2008). Co-offending and the age-crime curve. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 45(1), 65-86.

- Thornberry, T.P., & Krohn, M.D. (2000). The self-report method for measuring delinquency and crime. In D.E. Duffee, R.D. Crutchfield, S. Mastrofski, L. Mazerolle, & D. McDowall (Eds.), *Criminal justice 2000, Vol. 4: Innovations in measurement and analysis, U.S.* (pp. 33-83). Washington, D.C.: Department of Justice.
- Veloso, A.C.C. (2013). *Validação do How I Think: Questionnaire para a população adulta portuguesa [Portuguese validation of How I Think: Questionnaire for the Portuguese adult population]* (Tese de mestrado não publicada/ Unpublished master's thesis). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz: Lisboa.
- Volkova, E.V. (2014). Age dynamics of intelligence in adolescence and early adulthood. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 140*, 1440-1446.

**NEGATIVE AGEING STEREOTYPES:  
PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF A PORTUGUESE VERSION OF CENVE**

**Cátia Martins\*, Helena Martins\* y Cristina Nunes\*\***

*\*University of Algarve (Portugal); \*\*Research Centre for Spatial and Organizational  
Dynamics, University of Algarve (Portugal)*

**Abstract**

Stereotypes about ageing are acquired years before people become old and this is why they are often subtle. Research shows that stereotypes about the elderly include positive (warm, trustworthy) and negative (incompetent, feeble) traits, although the negative are more frequent in our society. This study is relevant because expectations of negative old age stereotypes can influence the behaviour, physical and psychological health of elderly people, and increasingly the studies advocate an active and positive view of ageing. In Portugal there is the need to develop more studies about these issues as well as reliable instruments that measure ageing and old age stereotypes. Therefore, we analyse the reliability, validity, and factor structure of the Portuguese version of CENVE in this study. CENVE is a questionnaire composed by 15 items, ranging from 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree) with three dimensions of old age stereotypes referring to health, motivation and personality in its original version. Participants were 240 adults, aged between 20 and 59 years, being mostly women (67.5%). Exploratory factor analysis revealed a 1-dimensional solution (Kaiser criterion), explaining 46.2% of the data variance. The analysis of the factor structure shows a dispersion of the components considering the original version, leading us to a unidimensional solution. The assessment of the reliability reveals satisfactory values. Future analysis and restructuring possibilities are discussed, taking into account the studies conducted by the authors of the original scale. Finally, we consider CENVE is a useful tool for assessing the ageing stereotypes, but needs further investigation taking into account some limitations founded.

**Keywords:** Ageing, Negative stereotypes, assessment, psychometric properties.

## Introduction

Although currently it appears to exist a tendency for a more positive image of aging, there are many negative stereotypes about the elderly in our society (Magalhães, 2010). In fact, several stereotypes held by groups of young and even older people, and ageism are widespread in Western societies (Coudin, & Alexopoulos, 2010).

Research shows that stereotypes about the elderly include positive traits, as warm and trust-worthy. On the contrary, the main negative stereotypes spread an image of the elderly as feeble, incompetent, sick and useless, disinterested and apathetic, socially isolated, depressed, difficult to manage, rigid and most importantly cognitively impaired (Dein, & Huline-Dickens, 1997; Fernandez-Ballesteros et al., 2013). Therefore, old age is mostly considered as a life stage associated with disability and death (Gázquez et al., 2009). Sometimes these stereotypes are not considered negative, emerging in the form of jokes about being old. While this may seem harmless, these actions perpetuate negative stereotypes about older people (Ory, Hoffman, Hawkins, Sanner, & Mockenhaupt, 2003).

Several studies have reported that negative stereotypes have a strong influence on how individuals are perceived and evaluated (Blanca, Sánchez, & Trianes, 2005). Therefore Palmore (2001) & Laforest (1991) argued that stereotypes are nothing but false conceptions, exaggerated beliefs that create barriers to the functionality of the elderly, negatively influencing their social status.

According to Palmore (2001), the stereotypes devalue a person's basic worth and dignity and can have potentially negative consequences. In fact, negative stereotypes may contribute to a poor self-image, low self-esteem and confidence in elderly people. Studies by Levy (1996), about the consequences of negative stereotypes and on self-perceptions of aging on older people's physiologic responses, point out negative consequences in memory performance, self-efficacy and the will to live. Wurm, Tesch-Romer, & Tomasik (2007) show that age stereotypes are a good predictor of health and quality of life of elderly people. Also, their perception about aging process is affected by cultural and group stereotypes about age.

Despite the importance of this issue, questionnaires assessing negative stereotypes are scarce. We can mention the questionnaire Facts on Aging Quizzes (FAQ 1 and FAQ2) developed by Palmore in 1977 and 1988 (Palmore, 2001), the *Cuestionário para Avaluar Estereótipos hacia la Vejez* developed by Montorio and Izal (1991) and the

Questionnaire *Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento* developed by Fuentes, & Negrodo (2011).

More recently, based on the Palmore questionnaire (1988) and the Montorio and Izal questionnaire (1991), Blanca et al. (2005) developed the *Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez* (CENVE). It consists of 15 items in the original form, corresponding to negative stereotypes of old age, ranging from 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree). The psychometric study was conducted with a sample of 757 non-institutionalized elderly aged between 65 and 96 years. A principal components analysis with rotation Oblimin with the 15 items of the questionnaire was performed. The analysis showed three factors, namely health, motivational-social and character-personality that explain 20.04%, 17.68% and 19.24% of the variance, respectively. The results show an acceptable internal consistency, Cronbach's alphas respectively 0.67, 0.64 and 0.66. The scores for each factor can vary between 5 and 20 points, with higher scores indicating a high degree of belief in negative stereotypes about old age, while low scores indicate weak belief in negative stereotypes about old age.

Taking into account the implications that the negative stereotypes have in behavior, physical and psychological health of elderly people, this study aims to analyze the reliability, validity, and factor structure of the Portuguese version of CENVE.

## Method

### *Participants*

Participants were 240 adults, aged between 20 and 59 years ( $M=37.38$ ,  $SD = 11.88$ ), being mostly women (67.50%). Concerning their academic qualification, 41.75% had high school level and 30.63% university level. Most of participants were employed (64.28%) and students (19.72%). 50.66% were married or living together and 38.25% were single.

### *Instruments*

In order to evaluate the negative ageing stereotypes, we used a Portuguese version of the CENVE (*Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez*; Blanca et al., 2005), constituted by 15 items, ranging from 1 (strongly disagree) to 4

(strongly agree). The original version was composed with three dimensions of old age stereotypes referring to health, motivation and personality.

### *Procedures and design*

A process of retroversion of the CENVE from the original language (Spanish) to the Portuguese was developed. A forward-backward translation strategy was adopted, with the collaboration of two translators with background in psychology research. The cultural adaptation was particularly considered, taking into account clarity, common language use, and conceptual equivalence of the scale. Items which did not meet the quality criteria were re-entered into the adaptation process. Then, using a snowball sampling technique, people were contacted and asked to participate in this study by answering to the CENVE.

Afterword, to examine the scale factorial structure, an exploratory factor analysis (EFA) was conducted with the statistical package FACTOR vs. 9.2 (Lorenzo-Seva, & Ferrando, 2006). Due to the ordinal nature of the items, the polychoric correlations matrix was used. The Unweighted Least Squares method was chosen for factor extraction and the oblique rotation with Promin method was used to increase interpretability, given the expected relation between the underlying matrix factors.

### **Results**

Most of items had averages greater than 2 (with the exception of items 14 and 15;  $M=1.92$ ,  $SD=0.87$ ;  $M=1.69$ ,  $SD=0.82$ ), revealing values in upper levels (see table 1). Concerning to the distribution, the results are mostly negative and near zero, revealing a left and platykurtic tendency, but near normal.

Table 1

Descriptive and metric analysis of CENVE Items

<b>Item</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b>Skewness</b>	<b>Kurtosis</b>	<b>Corrected Item- Total Correlation</b>	<b><math>\alpha</math> if Item Deleted</b>
<b>Item1</b>	2.55	0.84	-0.05	-0.48	.39	.85
<b>Item2</b>	2.31	0.87	0.04	-0.77	.49	.84

Table 1 (continuation)

<b>Item3</b>	2.57	0.92	-0.08	-0.80	.51	.84
<b>Item4</b>	2.07	0.95	0.52	-0.67	.58	.84
<b>Item5</b>	2.07	1.02	0.48	-0.99	.37	.85
<b>Item6</b>	2.42	0.91	-0.09	-0.82	.42	.85
<b>Item7</b>	2.61	0.89	-0.22	-0.64	.55	.84
<b>Item8</b>	2.39	0.95	0.02	-0.94	.49	.84
<b>Item9</b>	3.02	0.90	-0.66	-0.33	.44	.85
<b>Item10</b>	2.65	0.89	-0.20	-0.66	.61	.84
<b>Item11</b>	2.78	0.86	-0.38	-0.41	.53	.84
<b>Item12</b>	2.59	0.92	-0.24	-0.74	.55	.84
<b>Item13</b>	3.12	0.82	-0.77	-0.18	.47	.84
<b>Item14</b>	1.92	0.87	0.76	-0.02	.43	.85
<b>Item15</b>	1.69	0.82	0.89	-0.15	.47	.84

In order to validate the correlation matrix structure, Bartlett's sphericity test ( $\chi^2 = 942.1$ ;  $p < .001$ ) and the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=.83) were calculated as measures of sample adequacy, revealing good results (Tabachnick and Fidell, 2007). Criteria to retain a solution were *a*) a minimum of 3 items per factor, *b*) substantive coherence, *c*) loadings higher than .45), *d*) communalities that were not too low neither higher than 1, and *e*) a difference higher than .10 between item factor loadings.

The initial EFA indicated one factor with, explaining 46.2% of the variance. The goodness of fit indicators obtained (GFI = 0.97, RMSR = 0.08) was satisfactory (Hair, Black, Babin, Anderson and Tatham, 2009). The Cronbach's alpha revealed a good standardized coefficient ( $\alpha = .85$ ), with all the items being important to total reliability. The item-total correlation was mostly above  $r > .30$ , showing a good discriminability of the scale items.

In table 2 we present central tendency and dispersion scores. The results showed a medium score of the sums ( $M = 31.37$ ,  $SD = 6.66$ ), and concerning the range (16 – 51) we can assume that an intermediate position face to negative ageing stereotypes. After a binning using the standard deviation, the scores were transformed into 4 levels: low, median-low, median-high and high. The low level includes 16.41% of the participants ( $M = 21.00$ ,  $SD = 2.35$ , Range = 16 – 24), the median-low 34.38% ( $M = 28.50$ ,  $SD = 2.06$ , Range = 25 – 31), the median-high 31.64% ( $M = 34.02$ ,  $SD = 1.63$ , Range = 32 –

37), and finally the high level with 17.58% of participants ( $M = 41.00$ ,  $SD = 2.71$ , Range = 38 – 51).

Table 2

Scores of central tendency and dispersion (N=240)

<i>M</i>	<i>SD</i>	Range	<i>M<sub>e</sub></i>	<i>M<sub>o</sub></i>	Percentiles										
					<i>P</i> <sub>10</sub>	<i>P</i> <sub>20</sub>	<i>P</i> <sub>30</sub>	<i>P</i> <sub>40</sub>	<i>P</i> <sub>50</sub>	<i>P</i> <sub>60</sub>	<i>P</i> <sub>70</sub>	<i>P</i> <sub>80</sub>	<i>P</i> <sub>90</sub>	<i>P</i> <sub>100</sub>	
31.37	6.66	16 - 51	32	31	22	26	28	30	32	33	35	37	41	51	

Note: *M* = Mean, *M<sub>e</sub>* = Median, *M<sub>o</sub>* = Mode

### Discussion and Conclusion

The aim of the present study was to analyze the reliability, validity, and factor structure of the Portuguese version of CENVE. The number of participants was acceptable to the realization of a psychometric analysis (Tabachnick, & Fidell, 2007). Mostly were women in a productively age.

As the results showed, the factor analysis conducted did not reveal the same structure as the original version (Blanca et al., 2005). Our scores lead us to a one-dimensional solution that assesses the negative stereotypes regarding to behavior, physical and psychological health of elderly people. All of the items were important to the consistence and reliability founded. Although the results were not consistent with the original study, the goodness and validity indicators were good, showing that the instrument is reliable.

Concerning the scores obtain in each level, the participants revealed punctuations situated in the medium-low and medium-high levels, showing an intermediate position of negative ageing stereotypes. This result is consistent with the scores obtain in the original study. Another aspect that may be important to discuss is the differences between the age of the participants: young women mostly composed our sample, while the Spanish study considered women with more than 65 years old (Blanca et al., 2005). We can hypothesized that older women had a more complex and refined representation and awareness about elderly people, since their age is proximal with the one’s assessed, comparing to the more young participants of this study. Considering the means founded in the items of the scale, we can suggest that the negative stereotype’s level is in the medium-high: the representations of the younger about the elderly spread an negative

image of ageing, stressed by incompetent, sick and useless characteristics (Dein, & Huline-Dickens, 1997; Fernandez-Ballesteros et al., 2013).

Since research has reported that negative stereotypes are false conceptions that constitute barriers to the functionality of the elderly, negatively influencing their social status (e.g., Laforest, 1991; Palmore, 2001), professionals need to think and develop interventions that aim the attitude and representations change, since early ages. The CENVE can be a useful tool in assess the levels of negative stereotypes before and after intervention.

One thing is sure: age stereotypes are a good predictor of health (Wurm et al., 2007), and the Western societies are “getting old” (World Health Organization, 2013), so changes must be made to promote a positive image of aging.

### **Acknowledgements**

This paper is financed by National Funds provided by FCT- Foundation for Science and Technology through project UID/SOC/04020/2013

### **References**

- Blanca, M. J., Sánchez, C., & Trianes, M. V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereótipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-220.
- Coudin, G., & Alexopoulos, T. (2010). ‘Help me! I’m old!’ How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging & Mental Health*, 14(5), 516-523.
- Dein, S., & Huline-Dickens, S. (1997). Cultural aspects of aging and psychopathology. *Aging & Mental Health*, 1(2), 112-120.
- Fernandez-Ballesteros, R., Caprara, M., Schettini, R., Bustillos, A., Mendonza-Nunez, V., Orosa, T., et al. (2013). Effects of University Programs for Older Adults: Changes in Cultural and Group Stereotype, Self-Perception of Aging, and Emotional Balance. *Educational Gerontology*, 39(2), 119–131.
- Fuentes, C. L. C., & Negrodo, A. M. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento (CONDUC-ENV): análisis del componente conductual de actitudes viejistas en

- ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 359-375.
- Gázquez, J., Pérez-Fuertes, M., Fernández, M., González, L., Ruiz, I., & Diaz, A. (2009). Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 263-273.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman Editora.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología: El arte de envejecer*. Barcelona: Editorial Herder.
- Levy, B. R. (1996). Improving memory in old age by implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1092-1107.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods*, 38(1), 88-91.
- Magalhães, C. P. (2010). Estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do Ensino Superior no Distrito de Bragança. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología*, 2, 815-825.
- Montorio, I., & Izal, M. (1991). *Cuestionario sobre estereotipos hacia la vejez* (edición experimental) (Unpublish document). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid (in Spanish).
- Ory, M., Hoffman, M. K., Hawkins, M., Sanner, B., & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging Aging Stereotypes, Strategies for Creating a More Active Society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3 Suppl 2), 164-171.
- Palmore, E. (2001). The ageism survey: first findings. *The Gerontologist*, 41(5), 572-575.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5<sup>th</sup> Ed.). Needham Height, MA: Allyn & Bacon.
- World Health Organization. (2013). *Research for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization.
- Wurm, S., Tesch-Romer, C., & Tomasik, M. J. (2007). Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs and health in later life. *Journals of Gerontology Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(3), 156-164.



## **DISPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL PARA ACUDIR A UN PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. UN STUDIO PRELIMINAR**

**David F. Carreño, José M. García-Alcázar, Raúl Olea-Pérez y Rubén Uclés-Juárez**

*Universidad de Almería*

### **Resumen**

A diferencia de los estudios encontrados en la literatura sobre la imagen y valoración que la población española tiene sobre el psicólogo, el presente estudio se centra en la disposición para acudir a éste, incluyendo los motivos y barreras actuales de la población general. Se realizó una encuesta a 100 voluntarios residentes de la ciudad de Almería mediante un breve cuestionario de opinión. El cuestionario estuvo compuesto por preguntas cerradas y abiertas sobre la figura del psicólogo y su utilidad en la sociedad, los motivos actuales para acudir, las visitas recientes, barreras para ir, experiencia y nivel de satisfacción con el profesional, así como el contacto y preferencia por algunos de los roles más relevantes relacionados con la psicología. Entre los roles profesionales estudiados se encontraron algunos de los tradicionales (*psicoterapeuta, psiquiatra y orientador educativo*) y roles emergentes tales como el *coach* y el *asesor psicológico (counselor)*. Los resultados mostraron en primer lugar que el psicólogo se enmarca principalmente en un contexto clínico. Además de recibir una valoración positiva, en su rol de terapeuta fue preferido con respecto al psiquiatra, coach, asesor psicológico y orientador educativo. Aunque un elevado porcentaje de los participantes manifestó motivos para acudir a un psicólogo o psiquiatra, siendo generalmente de carácter emocional, menos de la mitad de éstos habían acudido recientemente. Como principal barrera se encontró el coste económico. Los más jóvenes y las mujeres fueron los que mayor disposición reflejaron para visitar al psicólogo. Estos resultados son sólo orientativos sobre cómo se encuentra la demanda hacia el psicólogo en la actual sociedad española.

**Palabras clave:** Disposición, psicólogo, psiquiatra, orientador educativo, coach, asesor psicológico.

## **READINESS OF GENERAL POPULATION TO VISIT A PROFESSIONAL OF PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY. A PRELIMINARY STUDY**

### **Abstract**

Unlike the studies collected in the literature about the image and valuation that Spanish population give to psychologists, the current study focuses on the readiness to visit a psychologist, by including the actual motives and barriers of general population. One hundred voluntary residents from the city of Almeria were surveyed through a brief opinion questionnaire. The questionnaire was composed of open ended and closed questions about the psychologist figure and its usefulness in society, actual motives to visit it, recent visits, barriers to go, experience and level of satisfaction with the professional, as well as the contact and preference over the most relevant roles related to psychology. We included both traditional professional roles such as psychotherapist, psychiatrist, school counselor, and emerging roles such as coach and counselor. First, results showed that the psychologist is mainly framed under a clinical context. Besides receiving a positive valuation, psychologists in their role of therapist were preferred over psychiatrists, coaches, counselors and school counselors. Though a high percentage of participants expressed interest in visiting a psychologist, generally with emotional concern, solely the half of them had recently visited it. The principal barrier was the economic cost. Younger people and women reflected the greatest readiness to visit a psychologist. These results are only indicative of how the demand for psychologists is in the current Spanish society.

**Key words:** readiness, psychologist, psychiatrist, school counselor, coach, counselor.

### **Introducción**

En la literatura se encuentran varios estudios sobre la imagen o figura del psicólogo tanto en el colectivo de psicólogos (García, Pérez, Gutiérrez, Gómez y Bohórquez, 2004; Quintanilla, 1990) como en la población general española (Berenguer y Quintanilla, 1994; Buela-Casal et al., 2005; Seisdedos, 1983; Yllá e Hidalgo, 2003). La mayor parte de estos trabajos se centraron en recoger el conocimiento de la profesión y competencias que se otorgan al psicólogo, diferenciándolo generalmente del psiquiatra.

Un menor número de los estudios incluyeron datos sobre la experiencia previa con el psicólogo/psiquiatra y su valoración. No obstante, además de la imagen dada socialmente y la experiencia con el psicólogo, es necesario recoger más información sobre la disposición para acudir éste. La actividad profesional de los psicólogos y psiquiatras no sólo se ve afectada por el contacto previo, la imagen y competencias que se les atribuye, sino también por las necesidades que la población considera que tiene para ir a éstos, así como los impedimentos para visitarlos. Al igual que en otros campos profesionales ajenos a la psicología, los estudios sobre la disposición de la población para hacer uso de un profesional podrían servir para facilitar el contacto con el psicólogo.

El presente estudio tiene por objetivo ahondar de forma preliminar en la disposición de la población general para acudir a un psicólogo. Por un lado, se recogen y actualizan datos de estudios previos sobre la figura del psicólogo, su utilidad en la sociedad y la experiencia con éste. Por otro lado, nuestro estudio pretende aportar nueva información sobre los motivos actuales de la población para acudir al psicólogo, las visitas recientes, barreras para ir, así como la experiencia, preferencia y desconocimiento de los roles profesionales más tradicionales (*psicoterapeuta, psiquiatra y orientador educativo*), y algunos de los roles emergentes tales como el *coach* y el *asesor psicológico (counselor)*.

## **Método**

### *Participantes*

Los participantes fueron 100 voluntarios residentes de la ciudad de Almería. El rango de edad estribó entre 20-86 años, estratificado en 3 grupos de edad: 34 personas entre 20-39 años, 33 personas entre 40-59 años y 33 personas de 60 años o más. En cuanto al sexo, 51 participantes fueron hombres y 49 mujeres. El nivel de estudios y estado civil se recoge en la Tabla 1.

Tabla 1

*Distribución de la muestra por Estado Civil y Nivel de Estudios*

	<b>Datos demográficos</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Estado Civil</b>	Soltero	31
	Casado/Pareja	56
	Separado	5
	Divorciado	3
	Viudo	5
<b>Nivel de Estudios</b>	Sin estudios	11
	Primaria	20
	Secundaria	18
	Formación Profesional	7
	Universitario en curso	15
	Universitarios completos	29

*Instrumento*

Se realizó una encuesta a través de un breve cuestionario de opinión en formato papel. El cuestionario fue elaborado por los autores y constó de 11 ítems más datos demográficos. Del total de ítems, 2 se presentaron en formato abierto (un ítem sobre asociación libre de palabras con el término PSICOLOGO y otro ítem sobre los motivos para acudir a éste), 2 ítems en escala Likert (una escala de 1-5 para la utilidad del psicólogo en la sociedad y otra escala de 1-5 para el nivel de satisfacción con cada uno de los profesionales visitados) y 7 ítems con elección de respuesta múltiple donde se recogió la presencia/ausencia de motivos para ir al psicólogo, desconocimiento y preferencia hacia los diferentes profesionales, barreras para ir y los profesionales visitados recientemente y a lo largo de la vida.

*Procedimiento*

El procedimiento de muestreo fue no probabilístico por cuotas, donde el sexo y la edad fueron los criterios de estratificación. Tras mostrar consentimiento informado, los participantes recibieron personalmente el cuestionario para responderlo individualmente y devolverlo posteriormente en mano. Los investigadores no estuvieron presentes durante la realización del cuestionario, a no ser que se solicitara su ayuda para

comprender las preguntas, como sucedió con algunos mayores de 80 años. Se conservó el anonimato en la medida de lo posible y se agradeció la colaboración.

### *Diseño*

Se realizó una encuesta transversal de carácter descriptivo. El diseño de la encuesta se llevó a cabo siguiendo los pasos propuestos por Casas, Repullo y Donado (2003a; 2003b), a saber: especificación de las hipótesis, definición de las variables, selección de la muestra, diseño del cuestionario, organización del trabajo de campo, obtención y tratamiento de los datos y análisis de los datos e interpretación de los resultados.

### **Resultados**

La mayor parte de los resultados han sido recogidos tanto a nivel total de la muestra (n=100) como por grupos de edad y sexo. Los principales datos descriptivos son aquellos relacionados con la figura general del psicólogo, los motivos para visitar a un psicólogo o psiquiatra, las barreras para ir y el contacto previo con los diferentes profesionales.

Por lo que respecta a la figura general del psicólogo, observamos que las palabras más asociadas libremente a PSICOLOGO fueron AYUDA (49% de personas la asocian), PROBLEMAS (27%), MENTE (17%), PROFESIONAL (11%) y TERAPIA (9%). En cuanto a la utilidad del psicólogo en la sociedad, medido con una escala Likert de 1(*nada*)-5(*mucho*), la mediana de las respuestas fue 4 (Mdn=4).

Del total de participantes, un 36% manifestó motivos para acudir a un psicólogo/psiquiatra aunque exclusivamente un 14% habían acudido recientemente. Como se puede ver en la Tabla 2, el porcentaje de mujeres con motivos para acudir (43%) fue notablemente mayor que el porcentaje de hombres (29%). La edad fue una variable determinante. Los porcentajes más altos de participantes con motivos para acudir al psicólogo/psiquiatra se dieron en el grupo de edad más joven (20-39 años) con un 38% y en el grupo de mayores de 60 años, con un 42%.

Tabla 2

Porcentajes de respuesta sobre los motivos actuales para acudir al psicólogo/psiquiatra y visitas recientes, por sexo y grupos de edad

Ítems4 y 7	Hombres		Mujeres		20-39 años%		40-59 años%		+59 años%		TOTAL	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Tiene usted algún motivo actual por el que acudir a un psicólogo/psiquiatra?	29	71	43	57	38	62	27	73	42	58	36	64
¿Ha acudido recientemente a este profesional?	10	20	18	22	15	23	12	15	15	24	14	21

*\*responde sólo si tiene motivos actuales*

Para el análisis de datos sobre el tipo de motivos manifestados (en formato abierto) los autores decidieron organizarlos por categorías debido a la brevedad y variabilidad de los resultados encontrados. Los motivos más generalizados que se manifestaron pertenecieron a la categoría EMOCIONAL (64%). Dentro de éstos, el 35% fueron problemas de ansiedad, angustia, estrés, nervios, miedo e inseguridad; el 27% se relacionó con tristeza, depresión, desmotivación y negatividad; y el 2% restantes sólo indicó que su problema era emocional. La categoría RELACIONES SOCIALES incluyó el segundo grupo de motivos más extendidos con un 19%, siendo el 14% problemas de pareja o familia y el 5% problemas con otras relaciones sociales. Los siguientes motivos más indicados pertenecieron a la categoría COGNITIVOS (9%), haciendo alusión a problemas de autoestima, “complejos” y auto-aceptación. Finalmente, un 7% de los motivos manifestados fueron problemas sobre la educación de los hijos y un 2% debido a dificultades económicas.

El profesional preferido para tratar los problemas indicados fue el psicoterapeuta (78% de personas con motivos lo eligieron), frente al psiquiatra (28%), médico general

(13%), asesor psicológico (11%), coach (8%) y orientador educativo (6%). Los motivos manifestados y los profesionales preferidos no son agrupados por edad y sexo puesto que la muestra de personas con motivos para acudir al psicólogo fue demasiado pequeña ( $n=36$ ), siendo muy poco representativa de la población.

Como se observa en la Tabla 3, la barrera para ir al psicólogo más extendida en el total de la muestra fue el precio (38% de participantes lo seleccionaron). Tanto el grupo de participantes de 20-39 años como el de mayores de 59 años seleccionaron el precio como principal inconveniente. Las siguientes barreras fueron la vergüenza (17%), la desconfianza y la falta de tiempo (12%). Otras barreras, como el hecho de que los demás piensen mal sobre uno por ir al psicólogo, la cercanía física con un centro o consulta, fueron minoritarias. A pesar de las limitaciones señaladas, casi la mitad de los participantes (46%) indicó no tener inconveniente para acudir a un psicólogo.

Los resultados sobre el contacto con los diferentes profesionales señalan una mayor tendencia a acudir a los roles tradicionales como el psicoterapeuta y el psiquiatra por delante de los emergentes como el coach y el asesor psicológico (Tabla 4). Solamente un participante había visitado anteriormente un coach y ninguno de ellos un asesor psicológico, siendo estas dos profesiones claramente las más desconocidas. El número de mujeres que había visitado a lo largo de su vida un psicólogo o psiquiatra fue ligeramente mayor que el número de hombres. La mayor diferencia se encontró entre los grupos de edad donde se aprecia un menor uso del psicoterapeuta y orientador educativo, junto con un mayor uso del psiquiatra a medida que incrementa la edad. En cuanto a la valoración del nivel de satisfacción con el profesional visitado, el psicoterapeuta y el psiquiatra obtuvieron una mediana de 4 sobre 5. El peor valorado fue el orientador educativo con una mediana de 2 sobre 5.

Tabla 3

*Porcentajes de respuesta sobre las barreras para ir al psicólogo, por sexo y grupos de edad*

<b>Ítem8</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>20-39</b>	<b>40-59</b>	<b>+59</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Seleccione cuál/es de las siguientes opciones le frena a la hora de ir al psicólogo:</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>años</b>	<b>años</b>	<b>años</b>	<b>%</b>
Falta de tiempo	16	8	15	15	6	12
No hay ninguno cerca de mi zona	4	0	3	3	3	2
Desconfianza	12	12	3	12	21	12
Precio	41	35	56	21	36	38
Los demás pueden pensar mal de mí	4	8	3	3	15	6
Vergüenza o incomodidad	12	22	18	6	27	17
Prefiero otro profesional	2	4	0	3	9	3
No tengo inconveniente para visitar a un psicólogo	49	43	44	61	33	46
Otro:	0	6	3	3	6	3

Tabla 4

*Porcentajes de respuesta sobre el desconocimiento y contacto previo con los diferentes profesionales, por sexo y grupos de edad*

<b>Items 3 y 9</b>	<b>Opciones de respuestas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>20 – 39</b>	<b>40 – 59</b>	<b>60 o más</b>	<b>TOTAL</b>
		<b>%</b>	<b>%</b>	<b>años</b>	<b>años</b>	<b>años</b>	<b>%</b>
				<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	
<b>Señale cuál/es de las siguientes actividades profesionales desconoce por completo:</b>	Psicoterapia	2	4	0	3	6	3
	Psiquiatría	0	2	0	3	0	1
	Coaching	41	59	26	3	85	50
	Asesoramiento Psi.	25	29	18	15	48	27
	Orientación Edu.	8	6	0	3	18	7
<b>Indique cuál/es de los siguientes profesionales ha visitado a lo largo de su vida:</b>	Psicólogo terapeuta	25	31	41	24	18	28
	Psiquiatra	25	33	23	21	42	29
	Coach	0	2	3	0	0	1
	Asesor psicológico	0	0	0	0	0	0
	Orientador Educativo	39	29	62	30	9	34

**Discusión**

Como primera conclusión, el presente estudio refleja que la figura del psicólogo se enmarca fundamentalmente en un contexto sanitario. Por un lado, en la línea de los resultados encontrados por Yllá e Hidalgo (2003), las palabras más utilizadas en el ejercicio de asociación libre con el término PSICOLOGO fueron de carácter clínico (AYUDA, PROBLEMAS, TERAPIA), aparentemente desvinculado de connotaciones más negativas tales como enfermedad o locura. Por otro lado, los motivos indicados para visitar a un psicólogo fueron principalmente problemas emocionales. Además, el rol profesional preferido y más visitado fue el psicoterapeuta.

En cuanto a la valoración del psicólogo, observamos que se le atribuye una alta utilidad en la sociedad (ver Seisdedos, 1983) y que los clientes suelen quedar altamente satisfechos con la labor del psicoterapeuta, con un nivel de satisfacción similar al psiquiatra (véase también Berenguer y Quintanilla, 1994; Yllá e Hidalgo, 2003). No obstante, a pesar de que un elevado porcentaje de los participantes (36%) manifestó actualmente motivos para acudir a un psicólogo, menos de la mitad de éstos habían acudido recientemente. Como principal barrera se encontró el precio y la vergüenza o desconfianza que supone acudir al profesional. Se entiende que aquellos que seleccionaron el dinero como barrera lo hicieron bajo el marco de la actividad privada.

Las mujeres y los más jóvenes mostraron la mayor disposición a acudir al psicólogo. Este fenómeno está en sintonía con los resultados encontrados por Yllá e Hidalgo (2003) y Seisdedos (1983), donde las mujeres y jóvenes mostraron una actitud más favorable hacia la Psicología. Variables como el nivel de autonomía, preocupación por el estado emocional, así como el nivel de inclusión de la figura del psicólogo podrían dar cuenta de la mayor disposición del colectivo de mujeres y jóvenes. Por ejemplo, se puede observar cómo el uso del psicoterapeuta y orientador educativo se acentúa a medida que disminuye la edad de los participantes. De forma simultánea, el psiquiatra va perdiendo terreno frente al psicólogo, fenómeno contrastado en previos estudios (Berenguer y Quintanilla, 1994; Buela-Casal et al., 2005; Yllá e Hidalgo, 2003). Los roles emergentes como el coach y el asesor psicológico o counselor parecen no haber recalado todavía en la población almeriense.

Finalmente debemos ser prudentes y destacar que la muestra del estudio (n=100) es pequeña y exclusivamente de la ciudad de Almería. Conviene ampliar la muestra y realizar futuras encuestas en el resto de provincias españolas. A pesar de que los datos obtenidos son meramente orientativos, creemos necesario que psicólogos y psiquiatras

reflexionen sobre la disposición de la población general con el fin de obtener un mayor provecho de su actividad profesional.

### Referencias

- Berenguer, G., y Quintanilla, I. (1994). La imagen de la Psicología y los psicólogos en el estado español. *Papeles del Psicólogo*, 58, 41-68.
- Buela-Casal, G., Teva, I., Sierra, J. C., Bretón-López, J., Agudelo, D., Bermúdez, M. P., et al. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria entre la población general. *Papeles del Psicólogo*, 26, 30-38.
- Casas, J. A., Repullo J. R., y Donado J. C. (2003a). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de datos (I). *Atención Primaria*, 3 (8), 527-538.
- Casas, J. A., Repullo J. R., y Donado J. C. (2003b). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de datos (II). *Atención Primaria*, 31(9), 592-600.
- García, A., Pérez, V., Gutiérrez, M. T., Gómez, J., y Bohórquez, C. (2004). Algunas consideraciones en torno a la Psicología por parte de estudiantes y profesora de la Licenciatura y de universitarios en general. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57(1), 113-127.
- Quintanilla, I. (1990). *Identidad e imagen corporativa del psicólogo en el estado español*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2015 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=453>
- Seisdedos, M. (1983). Utilidad de la ciencia psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 10-11, 27-34.
- Yllá, L., e Hidalgo, M. S. (2003). *Diferenciando entre las profesiones de psicólogos y de psiquiatras: un estudio de campo en Vizcaya*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2015 de <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0202/0202del.htm>

## ESCALAS DE AJUSTE Y FUNCIONAMIENTO MARITAL. ESTUDIO DE REVISIÓN

**Nerea Jiménez-Picón\***, **Joaquín Salvador Lima-Rodríguez\*\*** y **Marta Lima-Serrano\*\***

*\*Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla;*

*\*\*Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla*

### Resumen

Los problemas de pareja constituyen una de las principales razones de consulta de psicoterapia. Por ello, y por las repercusiones sobre la salud mental de sus miembros y la salud familiar, se han incrementado los estudios sobre ajuste y funcionamiento conyugal. Se pretende identificar los instrumentos de reciente creación para medir diferentes aspectos relacionados con el funcionamiento marital. Método. Revisión sistemática de artículos de investigación de vigencia científica en las bases de datos Pubmed, PsycINFO, Scopus, Psycodoc, y Jstor con los términos: Scale, questionnaire, adjustment, functioning, relationship, marital, marriage, development y validation. Se limitó la búsqueda a los años 2005 a 2015, en inglés, español o portugués, con resumen y acceso al texto completo. Dos revisores independientes evaluaron la pertinencia del estudio, detectaron los resultados, extrajeron los datos y revisaron los borradores y el informe final. Resultados. Se identifican 11 escalas, 4 de ellas versiones breves de instrumentos previos, todas con buenas propiedades psicométricas. Evalúan el ajuste, junto a otros factores que puedan incidir en un mejor o peor funcionamiento conyugal. Aspectos positivos como la armonía, empatía, afectividad, comunicación, apoyo social, ocio y sociabilidad, entre otros. Y aspectos negativos o perjudiciales como desilusión, dificultades en el conflicto y rumiación. Conclusiones. Este trabajo da a conocer instrumentos que, aunque su uso en la práctica clínica es todavía minoritario, cada vez son más los profesionales que consideran útil e instructiva la información que aportan, permitiendo el abordaje de las relaciones conyugales, para detectar riesgos, desarrollar y evaluar habilidades, abordar problemas, evitar consecuencias, y desarrollar intervenciones terapéuticas que incidan en el ajuste conyugal y la salud familiar.

**Palabras claves:** Escala, cuestionario, ajuste marital, funcionamiento conyugal.

## SCALES OF MARITAL ADJUSTMENT AND MARITAL FUNCTIONING. A REVIEW

### Abstract

Couple problems constitute one of the principle reasons for psychotherapy consultations. Because of this and due to the repercussions for the family member's mental health the studies about adjustment and conjugal functioning have been increased. This study seeks to identify new instruments to measure different aspects related to marital functioning. Method. Systematic review of valid scientific research articles in the data bases Pubmed, PsycINFO, Scopus, Psycodoc, and Jstor looking for the terms: Scale, questionnaire, adjustment, functioning, relationship, marital, marriage, development and validation. The search was limited to years 2005 to 2015, written in English, Spanish or Portuguese, with an abstract and complete access to the text. Two independent reviewers assessed the relevance of the study, the results detected, extracted data and reviewed the draft and final report. Results. 11 scales were identified, 4 of them brief versions of the previous instrument, all of them with good psychometric proprieties. It evaluated the adjustment, together with other factors that could have an influence on a better or worse marital functioning. Positive aspects like harmony, empathy, affectivity, communication, social support, leisure and sociability between others. And negative or prejudicial aspects such as disillusionment, conflict difficulties and rumination. Conclusions. This study sheds light on instruments which, although used sparsely in clinical practice, more and more professionals consider to provide helpful and educational information, allowing the addressing of marital relations, with the objectives to detect risks, develop and evaluate skills, tackle problems, avoid consequences, and develop therapeutic interventions that affect marital adjustment and family health.

**Keywords:** Scale, questionnaire, marital adjustment, marital functioning.

## **Introducción**

La relación conyugal se elige como deseable por excelencia (Oliveira, 2005) y es esencial en la conservación de la pareja y la formación de la familia (Dinçyürek y Uygurer, 2012) viéndose influida por variables como ajuste, funcionamiento y calidad marital, entre otras (Canel, 2013).

En la actualidad, los problemas de pareja constituyen una de las principales razones de consulta de psicoterapia y se han convertido en una problemática social. La elevada tasa de rupturas de parejas y el aumento anual de divorcios crea la impresión de que las parejas no son capaces de alcanzar sus expectativas, y que ciertos problemas pueden resultar imposibles de resolver a tiempo.

Estudios previos manifiestan que los problemas maritales generan consecuencias negativas sobre la salud física, mental y los hábitos de salud (Leggett, Roberts-Pittman, Byczek y Morse, 2012), reduciendo la calidad, el funcionamiento y los niveles de satisfacción conyugal y familiar (Canel, 2013) y afectando al desempeño parental, a los hijos, amigos, familia y sociedad (Oliveira, 2005).

Ante esto, y las dificultades para describir y analizar las complejas dimensiones humanas, ha habido avances en el estudio de la pareja, desarrollándose modelos conceptuales y clínicos que predicen el ajuste y funcionamiento marital. Sin embargo, el progreso en la medición de estas variables sigue siendo escaso y trae consigo preguntas sin resolver (Sabourin, Valois y Lussier, 2005).

La creación y el uso de instrumentos con la finalidad de medir fenómenos que no son directamente observables es la mejor manera de obtener información acerca de las parejas, usando escalas estructuradas, contestadas individualmente, para evaluar las dimensiones de la relación marital (Snyder, Cozzi, y Mangrum, 2002). Este estudio pretende identificar los instrumentos destinados a medir diferentes aspectos relacionados con el ajuste y funcionamiento conyugal.

## **Método**

### *Participantes*

Estudios que emplearon instrumentos para medir el ajuste y/o funcionamiento conyugal en parejas adultas que estuvieran conviviendo en el mismo hogar durante mínimo doce meses.

*Instrumentos*

Búsqueda en las bases de datos Pubmed, PsycINFO, Scopus, Psycodoc y Jstor.

*Procedimiento*

Se emplearon los términos de búsqueda: Scale, questionnaire, adjustment, functioning, relationship, marital, marriage, development y validation. Se limitó a los años 2005 a 2015. Los criterios de inclusión: Artículo original o de investigación, publicado en inglés, español o portugués, incluir resumen, y tener relación directa con los objetivos de la revisión. Los criterios de exclusión: Ser un tipo de artículo diferente, no poder acceder al artículo completo., en inglés, español o portugués, con resumen y acceso al texto completo.

El proceso se realizó en tres fases: Atendiendo a la lectura de los resúmenes, mediante la lectura del texto completo de los artículos seleccionados y localizando artículos relevantes a través de las referencias en los artículos seleccionados. La figura 1 recoge el flujograma.

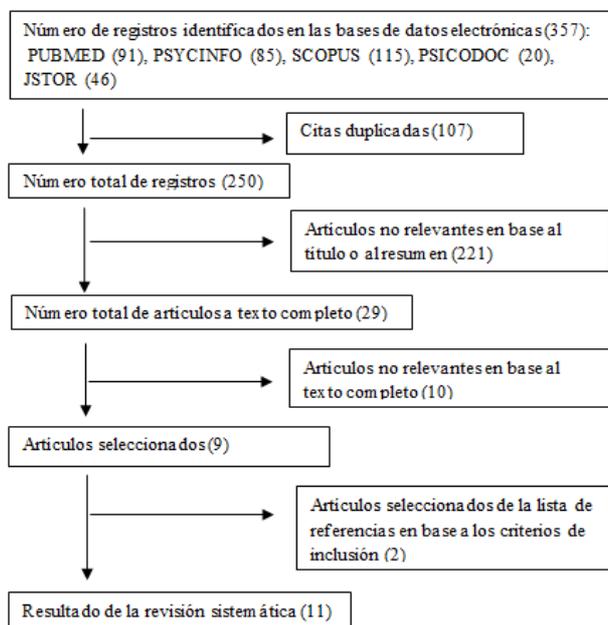


Figura 1. Diagrama de flujo de las fases del proceso selección.

Dos revisores independientes evaluaron la pertinencia del estudio, detectaron los resultados, extrajeron los datos y revisaron los borradores y el informe final. Los

desacuerdos se resolvieron mediante discusión y las herramientas estandarizadas fueron adaptadas y utilizadas de forma independiente (Urrutía y Bonfill, 2010).

### *Diseño*

Estudio de revisión sistemática de artículos de investigación de vigencia científica.

### **Resultados**

Las características de los 11 estudios seleccionados se organizaron en tipo de estudio, país, muestra, variables sociodemográficas, instrumentos empleados y tipo de análisis de datos (tabla 1).

Tabla 1

Principales características de los estudios seleccionados

<b>Referencia</b>	<b>Características de los estudios: 1. Tipo de estudio; 2. País; 3. Muestra; 4. Variables sociodemográficas; 5. Instrumentos; 6. Análisis de datos.</b>
<b>Canel (2013)</b>	1. Creación y validación de escala; 2. Turquía; 3. 611 matrimonios con y sin hijos; 4. Sexo, edad, años de matrimonio, número de hijos; 5. Problem-SolvingInventory (PSI), Copingwith Stress Scale (CSS); 6. Análisis de componentes principales (ACP), correlación, fiabilidad de la escala.
<b>Haskan-Avci (2014)</b>	1. Validación de escala; 2. Turquía; 3. 1115 estudiantes; 4. Sexo; 5. Pre-Marital Relationship Assessment Scale (PMRAS); 6.ACP, correlación, fiabilidad de la escala.
<b>Humbad, Brent Donnellan, Klump y Burt (2011)</b>	1. Descriptivo longitudinal retrospectivo; 2. Michigan; 3. 118 parejas casadas con hijos; 4. Sexo, edad, años de matrimonio, etnia; 5. Dyadic Adjustment Scale (DAS), Children's Perception of Interparental Conflict Scale (CPIC), Twin Study of Behavioral andEmotional Development in Children (TBED-C); 6. Correlación.

Tabla 1 (continuación)

<b>Jiang et al. (2013)</b>	1. Descriptivo longitudinal retrospectivo; 2. Estados Unidos; 3. 114 parejas; 4. Sexo, edad, rol de cuidadora, situación de empleo, nivel de estudio, etnia, años de relación; 5. Caregiver Reaction Assessment (CRA); 6. Correlación, fiabilidad de la escala.
<b>Kazarian y Taher (2012)</b>	1. Validación de escala; 2. Líbano; 3. 418 adultos; 4. Sexo, edad, estado civil, nivel de estudio, religión; 5. Arabic Experience in Close Relationships-Revised Scale-32 (Arabic ECR-R-32), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Arabic; 6. Análisis factorial (AF), fiabilidad de la escala, correlación.
<b>Meston y Trapnell (2005)</b>	1. Creación y validación de escala; 2. Canadá y Estados Unidos; 3. 837 mujeres con y sin disfunción sexual; 4. Edad, etnia, nivel de educación, ingresos anuales, frecuencia de actividad sexual, estado civil, hijos, uso de antidepresivos, uso de terapia hormonal; 5. Female Sexual Function Index (FSFI), Female Sexual Arousal Disorder (FSAD), Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD), Female Orgasmic Disorder (FOD), Locke Wallace Marital Adjustment Test (MAT); 6. AF, fiabilidad de la escala, validez convergente y análisis discriminante.
<b>Niehuis y Bartell (2006)</b>	1. Validación de escala; 2. EEUU; 3. 364 personas; 4. Sexo, edad, estado civil, años de relación; 5. The Changes in Love Scale, Changes in Ambivalence Scale, Changes in Affectionate Expression Scale, Changes in Partner's Responsiveness Scale, Kansas Marital Satisfaction Scale; 6. AF, ACP, correlación, fiabilidad de la escala, validez convergente.

Tabla 1 (continuación)

<b>Oliveira, Oliveira, Castro (2009)</b>	1. Estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo ; 2. Brasil; 3. 120 parejas; 4. Sexo, edad, nivel de estudio, número de hijos, años de relación; 5. Índice de Reatividad de Interpersonal (IRI), Medida de Satisfação Conjugal de Dela Coleta; 6. Fiabilidad de escala, correlación.
<b>Paleari, Regalia y Fincham (2009)</b>	1. Creación y validación de escala; 2. Italia; 3.446 parejas; 4. Sexo, edad, años de relación; 5. Quality of Marriage Index (QMI), Inclusion of Other in the Self (IOS) Scale, CES-D, Rosenberg Self-Esteem Scale, what's your stress index? (WYSI), SatisfactionWithLifeScale (SWLS); 6. Análisis factorial confirmatorio (AFC), análisis modelos ecuaciones estructurales (SEM), correlación.
<b>Sabourin et al. (2005)</b>	1. Creación y validación de escala; 2. Francia y Canadá; 3. 2153 parejas; 4. Sexo, edad, años de convivencia, ingresos anuales; 5. DAS versión francesa-canadiense; 6. Análisis de respuesta de ítem (IRT) no paramétricos, análisis de regresión logística, correlación, AF, fiabilidad de la escala.
<b>Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra (2009)</b>	1. Creación y validación de escala; 2. España; 3. 710 personas; 4. Sexo, edad, nivel de estudios; 5. Escala de Ajuste Diádico (EAD), Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA); 6. Fiabilidad de la escala, validez convergente, análisis factorial exploratorio, AFC, regresión lineal.

Las características de las escalas de nueva creación de los estudios seleccionados se clasificaron en: Instrumento, finalidad, número de ítems y dimensiones y propiedades psicométricas (tabla 2). Destacar que cuatro son versiones breves, el número de ítems oscila entre 4 y 166 distribuidos en diferentes dimensiones y todas tienen buenas propiedades psicométricas. Evalúan aspectos positivos o negativos del ajuste o funcionamiento conyugal.

Tabla 2



Escalas para evaluar el ajuste y/o funcionamiento conyugal

Referencia	Instrumento	Finalidad	Ítems y dimensiones	Propiedades psicométricas
<b>Canel (2013)</b>	Marital SatisfactionScale (MSS)	Evaluar la satisfacción marital.	166 ítems, 2 subescalas (satisfacción conyugal sin y con hijos) y 5 dimensiones: Armonía, ira, comunicación, entendimiento económico y comprensión paterna.	$\alpha$ Cronbach= 0,73 a 0,97. Total=0,86.
<b>Haskan-Avci (2014)</b>	Dyadic RelationshipScale (DRS)	Medir aspectos de las relaciones de pareja.	78 ítems y 5 dimensiones: Comunicación, romanticismo-sexualidad, resolución de conflictos, apoyo social y aceptación de las diferencias.	$\alpha$ Cronbach= 0,77 a 0,91.
<b>Humbad et al. (2011)</b>	Brief Romantic Relationship Interaction Coding Scheme (BRRICS)	Evaluar la calidad y eficiencia de la interacción marital.	8 dimensiones: Afecto positivo y negativo de la esposa y del marido, reciprocidad positiva y negativa, demanda-retirada parental y satisfacción global.	Coefficiente de correlación interclase (ICC)= 0,60 a 0,82.

Tabla 2 (continuación)

<b>Jiang et al. (2013)</b>	Locke-Wallace Short Marital-Adjustment Test (LWSMAT)	Medir calidad marital.	la	15 ítems y 4 dimensiones: Contentamiento-comunicación, ocio-sociabilidad, intimidad y filosofía compartida.	$\alpha$ Cronbach= 0,63 a 0,74.
<b>Kazarian y Taher (2012)</b>	Arabic Experience in Close Relationships-Revised Scale-16 (Arabic ECR-R-16)	Evaluar experiencia en las relaciones íntimas.	la	16 ítems, 2 dimensiones: Evitación y ansiedad.	$\alpha$ Cronbach= 0,81 (evitación) y 0,79 (ansiedad). ICC=0,21 y 0,36.
<b>Meston y Trapnell (2005)</b>	The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W)	Evaluar satisfacción sexual.	la	30 ítems, 5 dimensiones: Comunicación, compatibilidad, satisfacción, preocupación relacional y personal.	$\alpha$ Cronbach= 0,74 a 0,90. Total=0,90. Fiabilidad test-retest=0,63 a 0,86. Total=0,87.
<b>Niehuis y Bartell (2006)</b>	Marital Desillusionment Scale (MDS)	Evaluar desilusión marital.	la	16 ítems, unidimensional.	$\alpha$ Cronbach= 0,98.
<b>Oliveira et al. (2009)</b>	Questionário de EmpatiaConjugal (QEC)	Evaluar empatía y las dificultades en el conflicto conyugal.	la	36 ítems, unidimensional.	$\alpha$ Cronbach= 0,95.

Tabla 2 (continuación)

<b>Paleari et al. (2009)</b>	Marital Offence-Specific Forgiveness Scale (MOFS)	Evaluar el perdón por un delito de transgresión marital.	el 10 ítems, por dimensiones (benevolencia y resentimiento-evasión) con 5 dimensiones: Perdón, empatía, afectividad, rumiación y calidad marital.	2	$\alpha$ Cronbach= 0,65 a 0,95.
<b>Sabourin et al. (2005)</b>	Brief Version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS-4)	Evaluar la calidad marital.	la 4 ítems, unidimensional.		$\alpha$ Cronbach= 0,92.
<b>Santos-Iglesias et al. (2009)</b>	Versión breve de la Escala de Ajuste Diádico (EAD-13)	Evaluar la calidad marital.	la 13 ítems, 3 dimensiones (consenso, satisfacción y cohesión)	3	$\alpha$ Cronbach= 0,63 a 0,73. Total=0,83.

### Discusión/Conclusiones

La importancia de la relación conyugal en pro de la salud y de la calidad de vida lleva a numerosos autores a desarrollar estudios, como los mostrados en esta revisión, para la medición del ajuste y funcionamiento conyugal. Y aunque su uso es todavía minoritario, cada vez más profesionales consideran útil e instructiva la información que aportan (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez y Sanz-Rubiales, 2011) siendo esencial garantizar la validez y confiabilidad del instrumento evaluador (Schalock et al., 2010) tal y como demuestran los resultados.

Destaca la variabilidad en el número de ítems de los instrumentos. Hay autores que apuestan por escalas extensas para fines clínicos y de investigación sabiendo que son poco utilizadas en las encuestas nacionales. Otros apuestan por las versiones abreviadas porque muestran ventajas en estudios epidemiológicos y clínicos, ahorrando en recursos para su desarrollo (Sabourin et al., 2005).

También es discutible el hecho de que las escalas evalúen muchos aspectos positivos y pocos negativos quizás para no ver la enfermedad sino las posibilidades y los recursos para el funcionamiento óptimo de las personas consiguiendo la satisfacción del

encuestado y el conocimiento de expectativas de mejora (Snyder, Feldman, Taylor, Schroeder y Adams, 2000).

Por otro lado, aunque las bases de datos incluidas eran pertinentes, las limitaciones en la búsqueda podrían haber ocasionado la pérdida de artículos de interés. La heterogeneidad de las escalas dificulta establecer cuál de ellas resulta más adecuada para evaluar el ajuste o la funcionalidad marital.

En futuras investigaciones sería conveniente replicar estas escalas con estudios de validez discriminante, en otras poblaciones, y establecer pautas para las comparaciones entre estudios sin olvidar que la observación añade un componente objetivo respecto a las limitaciones de emplear solo cuestionarios (Humbad et al., 2011).

En conclusión, este estudio ofrece información para medir el ajuste y el funcionamiento conyugal, abordar las relaciones conyugales, es decir, detectar riesgos, desarrollar y evaluar habilidades, abordar problemas, evitar consecuencias, y desarrollar intervenciones que incidan en el ajuste conyugal y la salud familiar.

## Referencias

- Canel, A.N. (2013). The Development of the Marital Satisfaction Scale (MSS). *Educational Sciences: Theory & Practice*, 13(1), 97-117. Recuperado de [http://www.academia.edu/3536029/The\\_Development\\_of\\_the\\_Marital\\_Satisfaction\\_Scale\\_MSS\\_](http://www.academia.edu/3536029/The_Development_of_the_Marital_Satisfaction_Scale_MSS_)
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M. y Sanz-Rubiales, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000100007&script=sci_arttext)
- Dinçyürek, S. y Uygarer, G. (2012). The role of communication skills on perspectives of university students about marriage during dating (emotional friendship). *Eurasian Journal of Educational Research*, 49(A), 151-166.
- Haskan-Avcı, Ö. (2014). Development of dyadic relationship scale. *Eurasian Journal of Educational Research*, 56, 1-24. doi: 10.14689/ejer.2014.56.6
- Humbad, M.N., Donnellan, M.B., Klump, K.L. y Burt, S.A. (2011). Development of the Brief Romantic Relationship Interaction Coding Scheme (BRRICS). *Journal of Family Psychology*, 25(5), 759-769. doi: 10.1037/a0025216

- Jiang, J., Terhorst, L., Donovan, H.S., Weimer, J.M., Choi, H.W.J., Schulz, R., et al. (2013). Locke-Wallace Short Marital-Adjustment Test: Psychometric Evaluation in Caregivers for Persons With Primary Malignant Brain Tumor. *Journal of Nursing Measurement*, 21(3), 502-515. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997991/pdf/nihms-572966.pdf>
- Kazarian, S.S. y Taher, D. (2012). Adult Attachment Styles in a Lebanese Community Sample: A Brief Arabic Experience in Close Relationships Scale. *The Arab Journal of Psychiatry*, 23(1), 74-79. Recuperado de [http://www.arabjpsychiat.com/media/PDF/2012\\_m/2012\\_m.pdf](http://www.arabjpsychiat.com/media/PDF/2012_m/2012_m.pdf)
- Leggett, D.G., Roberts-Pittman, B., Byczek, S. y Morse, D.T. (2012). Cooperation, conflict and marital satisfaction: Bridging theory, research, and practice. *The Journal of Individual Psychology*, 68(2), 182-199. Recuperado de [http://www.homeworkmarket.com/sites/default/files/cooperation\\_conflict\\_marital\\_satisfaction\\_bridging\\_theory\\_research\\_and\\_practice\\_2.doc](http://www.homeworkmarket.com/sites/default/files/cooperation_conflict_marital_satisfaction_bridging_theory_research_and_practice_2.doc)
- Meston, C. y Trapnell, P. (2005). Development and Validation of a Five-Factor Sexual Satisfaction and Distress Scale for Women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *The Journal of Sexual Medicine*, 2(1), 66-81. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.20107.x
- Niehuis, S. y Bartell, D. (2006). The Marital Disillusionment Scale: Development and Psychometric Properties North American. *Journal of Psychology*, 8(1), 69-83. doi: 10.13072/midss.635
- Oliveira, M. G. S. (2005). *A avaliação da empatia e da satisfação conjugal: Um estudo preliminar*. Río de Janeiro: Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Oliveira, M. G. S., Oliveira, E. M. y Castro, R. (2009). A Avaliação das Relações Entre a Empatia e a Satisfação Conjugal: Um Estudo Preliminar. *Interação em Psicologia*, 13(2), 287-298. doi: 10.5380/psi.v13i2.8025
- Paleari, F. G., Regalia, C. y Fincham, F.D. (2009). Measuring Offence-Specific Forgiveness in Marriage: The Marital Offence-Specific Forgiveness Scale (MOFS). *Psychological Assessment*, 21(2), 194-209. doi: 10.1037/a0016068
- Sabourin, S., Valois, P. y Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17(1), 15-27. doi: 10.1037/1040-3590.17.1.15

- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J.C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 501-517. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-335.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-335.pdf)
- Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V., Buntix, W.H.E., Coulter, M.D., Craig, E.M., et al. (2010). *Intellectual disability. Definition, classification and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Snyder, D.K., Cozzi, J.J. y Mangrum, L.F. (2002). Conceptual issues in assessing couples and families. En H.A. Liddle, D.A. Santisteban, R.F. Levant, y J.H. Bray (Eds.), *Family psychology: Science-based interventions* (pp. 69-87). Washington, DC: American Psychological Association.
- Snyder, C.R., Feldman, D.B., Taylor, J.D., Schroeder, L.L. y Adams, V.H. (2000). The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. *Applied & Preventive Psychology*, 9, 249-270. doi: 10.1016/S0962-1849(00)80003-7
- Urrutía, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015

## EFFECTO DE LA ELECCIÓN DEL COEFICIENTE DE FIABILIDAD SOBRE LA EVALUACIÓN CLÍNICA

Josu Mujika\*, Paula Elosua\* y Zalao Orozko\*\*

*\*Universidad del País Vasco EHU/UPV; \*\*CASM Benito Menni, Barcelona*

### Resumen

Los test estandarizados son una de las fuentes de información más relevantes en las que se apoya el psicólogo clínico en su práctica profesional. El uso correcto de los test exige el cumplimiento de condiciones de fiabilidad y validez. La validez se refiere a la justificación de las inferencias derivadas de las puntuaciones, y la fiabilidad al impacto del error de medida, es decir, al grado de certidumbre de las puntuaciones. El procedimiento más extendido para estimar la fiabilidad es el coeficiente alpha de Cronbach ( $\alpha_{\text{Cronbach}}$ ); sin embargo, dadas las asunciones formales de este estadístico, cada vez es mayor el número de autores que aboga por métodos de estimación alternativos. Entre ellos destacan los procedimientos derivados de los Modelos de Ecuaciones Estructurales ( $\rho_{\text{MEE}}$ ). Bajo este contexto el objetivo del trabajo fue comparar dos procedimientos para la estimación de la fiabilidad ( $\alpha_{\text{Cronbach}}$  y  $\rho_{\text{MEE}}$ ), y evaluar su impacto sobre la estimación de los intervalos de confianza de las puntuaciones escalares de un cuestionario clínico, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI). Los resultados mostraron valores sistemáticamente mayores en los coeficientes estimados sobre los Modelos de Ecuaciones Estructurales, y en consecuencia, intervalos de confianza más estrechos en torno a las puntuaciones de las escalas. El trabajo tiene implicaciones importantes en la práctica clínica porque muestra el sesgo derivado de la aplicación de un procedimiento de estimación incorrecto ( $\alpha_{\text{Cronbach}}$ ), y su efecto sobre los intervalos de confianza; aspectos ambos que podrían tener consecuencias sobre las decisiones clínicas.

**Palabras clave:** evaluación, fiabilidad, EDI, intervalo de confianza

## EFFECT OF THE CHOICE OF RELIABILITY COEFFICIENT ON CLINICAL EVALUATION

### Abstract

Standardized tests are one of the more relevant sources of information, where clinical psychologists are supported to their professional practice. The correct use of the tests requires compliance with conditions of reliability and validity. Validity refers to the justification of the derivative inferences of the scoring, and the reliability to the impact of the measurement error, that is, the certainty degree of scoring. The most widespread procedure to estimate reliability is Cronbach's alpha coefficient ( $\alpha_{\text{Cronbach}}$ ); however, given the formal assumptions of this statistical, there are more and more authors who advocate alternative methods of estimation. Among them, the procedures based on Structural Equation Modeling ( $\rho_{\text{MEE}}$ ) are remarkable. Within this context, the aim of this work was to compare two methods to estimate reliability ( $\alpha_{\text{Cronbach}}$  and  $\rho_{\text{MEE}}$ ) and evaluate its impact on the estimation of confidence intervals for scalar scores of a clinical questionnaire, the Eating Disorders Inventory. The results show consistently higher values in the coefficients based on Structural Equation Modeling, and as a consequence, narrower confidence intervals around the scale scores. The work has crucial implications for the clinical practice since it shows the bias resulting from an incorrect estimation procedure ( $\alpha_{\text{Cronbach}}$ ) and its effect on the construction of the confidence intervals. Both aspects could have effects on the clinical decisions.

**Keywords:** Assessment, Reliability, EDI, confidence interval

### Introducción

Los test estandarizados son una de las fuentes de información más relevantes en las que se apoya el psicólogo clínico en su práctica profesional. Los test estandarizados tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica o general de un individuo, o un de un grupo. Los datos obtenidos a través de los test permite complementar y contrastar la información recogida por otros medios como la entrevista clínica y la historia del paciente. Esta información constituye la base a partir de la cual se adoptan decisiones con respecto a los pacientes como la clasificación diagnóstica, la

elección una estrategia de abordaje terapéutico o la valoración del progreso fruto de una intervención psicológica.

El uso correcto de los test exige el cumplimiento de condiciones de fiabilidad y validez. La validez se refiere a la justificación de las inferencias derivadas de las puntuaciones, y la fiabilidad al impacto del error de medida; es decir, al grado de certidumbre de las puntuaciones. El procedimiento más extendido para estimar la fiabilidad es el coeficiente alpha de Cronbach (Cronbach, 1951); sin embargo, el uso insesgado de este estadístico requiere del cumplimiento de una serie de condiciones que raramente se cumplen en la práctica. Entre ellos, la relación de tau-equivalencia entre ítems y la naturaleza continua de los ítems.

De acuerdo a la Teoría Clásica de los Tests, bajo la asunción de independencia entre errores de medida, la fiabilidad equivale a la correlación entre dos tests estrictamente paralelos. Dos tests son estrictamente paralelos cuando comparten la magnitud de la varianza del error de medida y la puntuación verdadera de cualquier participante es igual en ambos. De hecho, se trata del grado de paralelismo más restrictivo que dos tests pueden alcanzar (Abad, Olea, Ponsoda y García, 2011). La relajación sobre la condición de igualdad de errores de varianza entre los test estrictamente paralelos da lugar a formas tau-equivalentes. La tau-equivalencia entre medidas, por un lado, requiere la igualdad entre las puntuaciones verdaderas; y por otro lado, incluye la posibilidad de que las varianzas de los errores de medida, y por consiguiente también las varianzas de las puntuaciones observadas, difieran. Esta es una condición que en la práctica de las ciencias sociales y del comportamiento raramente se satisface (Raykov, 2004; Sijtsma, 2009). Son muchos los estudios que han tratado la violación de la tau-equivalencia entre ítems. Zinbarg, Revelle, Yovel y Li (2005) demostraron que la consistencia interna estimada mediante alpha es menor que la fiabilidad mientras las cargas del factor común sobre los ítems varían. Raykov (1997) consideró que mientras el test estuviese bien construido (entre otros, promedio de cargas superior a 0,60) y el test estuviera compuesto por más de 4 ítems, la magnitud del sesgo sería mínimo. También señaló los casos en los que la formulación del alpha puede conllevar mayor sesgo; en particular, el sesgo puede ser sustancial si una carga es notablemente diferente al resto. Green y Yanyun (2009a) simularon test conformados por 6 y 12 ítems cuyas cargas podían variar entre los valores 0,20, 0,50 y 0,80. Bajo

determinadas circunstancias, la estimación de alpha fue un 11% inferior a la fiabilidad real.

La mayoría de test que se aplican en ciencias sociales y del comportamiento están conformados por ítems con múltiples opciones de respuesta que suelen codificarse de acuerdo a escalas Likert de dos o más opciones. A este respecto, son varios los estudios de simulación que han demostrado que cuando se trata de tests con información de naturaleza ordinal, la consistencia interna estimada sobre la matriz de correlaciones producto-momento de Pearson o la matriz de varianzas-covarianzas tiende a verse espuriamente reducida (Gelin, Beasley y Zumbo, 2003; Lozano, García-Cueto y Muñiz, 2008; Ramsay, 1973; Weng, 2004). De hecho, la distancia entre la fiabilidad real y la fiabilidad estimada mantiene una relación inversa respecto al número de categorías del ítem. Es decir, cuanto menor es el número de categorías, mayor es la potencial infraestimación.

Dada la dificultad de hallar las condiciones requeridas por el coeficiente alpha fuera del marco teórico, cada vez es mayor el número de autores que aboga por métodos de estimación alternativos. Entre ellos destacan los procedimientos derivados de los Modelos de Ecuaciones Estructurales (MEE). Estos procedimientos superan las limitaciones del coeficiente alpha en varios sentidos. En primer lugar, permiten incluir en la ecuación modelos factoriales tanto unidimensionales como multidimensionales; a diferencia de alpha que requiere conjuntos de ítems relativos a un mismo rasgo. En segundo lugar, no requieren que la relación entre ítems y factores se ajuste a una misma magnitud (condición de tau-equivalencia). Y en tercer lugar, los procedimientos basados en MEE no están limitados por la exigencia de contar con ítems de naturaleza continua.

Los procedimientos basados en MEE también tienen sus limitaciones. Diversos estudios han mostrado que la precisión de la metodología tras los MEE se ve comprometida cuando la muestra no es lo suficientemente amplia (por ejemplo: Curran, West y Flinch, 1996; Hu, Bentler y Kano, 1992), situaciones de las cuales podrían emanar estimaciones de la fiabilidad engañosas. De acuerdo con Yanyun y Green (2010) también es de suma importancia especificar adecuadamente el modelo, pues la infraespecificación puede resultar en estimaciones sesgadas.

Bajo este contexto el objetivo fue comparar dos procedimientos para la estimación de la fiabilidad, el coeficiente alpha de Cronbach y un procedimiento basado en MEE, y evaluar su impacto sobre la estimación de los intervalos de confianza para las

puntuaciones de las escalas de un cuestionario clínico, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria 3 Euskera (EDI-3 Euskera; Elosua, López-Jáuregui y Sánchez-Sánchez, 2010).

## **Método**

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por 976 alumnos de centros educativos vascos con edades comprendidas entre los 10 y 27 años; 508 mujeres (52,05%) y 459 hombres (47,03%). La media aritmética de la edad fue  $MA=14,80$  y la desviación típica  $DT=2,44$ .

### *Materiales/Instrumentos utilizados*

A los participantes les fue administrado el EDI-3 Euskera, instrumento de evaluación dirigido a personas con sospecha o diagnóstico de algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Está compuesto por 91 ítems, organizados en 12 escalas principales. Tres de las escalas son específicas de los TCA: Obsesión por la Delgadez (DT), Bulimia (B) e Insatisfacción Corporal (BD); las nueve restantes son escalas psicológicas generales relevantes para, pero no específicas de, los TCA: Baja Autoestima (LSE), Alienación Personal (PA), Inseguridad Interpersonal (II), Desconfianza Interpersonal (IA), Déficit Interoceptivo (ID), Desregulación Emocional (ED), Perfeccionismo (P), Ascetismo (A) y Miedo a la Madurez (MF). Los ítems constan de 6 opciones de respuesta (5=Siempre, 4=Casi siempre, 3=A menudo, 2=A veces, 1=Pocas, 0=nunca) tipo Likert que de acuerdo a las instrucciones del manual se recodifican en 5 categorías (0-4) para calcular las puntuaciones de las escalas.

Por tanto, se trata de una herramienta con estructura multidimensional compuesta por 91 variables o ítems ordinales.

### *Procedimiento*

En cada una de las 12 escalas se estimó la fiabilidad en base al coeficiente alpha de Cronbach ( $\alpha_{\text{Cronbach}}$ ) y un procedimiento basado en MEE no-lineales ( $\rho_{\text{MEE}}$ ). El primero fue estimado a través de la función *alpha* del paquete estadístico Psych

(Revelle, 2015) del entorno R (R Development Core Team, 2015) y el segundo fue manualmente programado de acuerdo a la ecuación 1:

$$1) \quad \rho_{MEE} = \frac{\sum_{j=1}^J \sum_{j'=1}^J \left[ \sum_{c=1}^{C-1} \sum_{c'=1}^{C-1} \phi_2(\tau_{v_j c}, \tau_{v_{j'} c'}, \lambda_{v_j}^*, \lambda_{v_{j'}}^*) - \left( \sum_{c=1}^{C-1} \phi_1(\tau_{v_j c}) \right) \left( \sum_{c'=1}^{C-1} \phi_1(\tau_{v_{j'} c'}) \right) \right]}{\sum_{j=1}^J \sum_{j'=1}^J \left[ \sum_{c=1}^{C-1} \sum_{c'=1}^{C-1} \phi_2(\tau_{v_j c}, \tau_{v_{j'} c'}, \rho_{v_j v_{j'}}^*) - \left( \sum_{c=1}^{C-1} \phi_1(\tau_{v_j c}) \right) \left( \sum_{c'=1}^{C-1} \phi_1(\tau_{v_{j'} c'}) \right) \right]}$$

donde  $J$  es el número de ítems,  $C$  el número de categorías y  $v_j$  es la variable continua subyacente a la  $j$ -ésima variable categórica observada  $v_j$  (Green y Yanyun, 2009b).

A partir de los valores de fiabilidad estimados en cada una de las escalas, se procedió al cómputo del error típico de medida (ETM) y del error máximo ( $E_{m\acute{a}ximo}$ ) para calcular los intervalos con un 95% de confianza.

**Resultados**

La fiabilidad estimada a través del coeficiente alpha osciló entre  $\alpha_{Cronbach}=0,57$  en la escala Ascetismo y  $\alpha_{Cronbach}=0,91$  en la escala Insatisfacción Corporal; mientras que con el procedimiento basado en MEE no-lineales se obtuvieron valores entre  $\rho_{MEE}=0,45$  en Desconfianza Interpersonal y 0,96 en Insatisfacción Corporal. A excepción de en la escala IA, las estimaciones de fiabilidad obtenidas a través de  $\rho_{MEE}$  fueron sistemáticamente mayores; y en consecuencia, los errores típicos de medida menores. Estos se situaron entre  $ETM_{MEE}=1,92$  en Baja Autoestima y  $ETM_{MEE}=2,64$  en Ascetismo. Los errores típicos de medidas con alpha rondaron entre  $ETM_{Cronbach}=2,07$  en Desconfianza Interpersonal y  $ETM_{Cronbach}=3,05$  en Insatisfacción Corporal. En la escala IA los coeficientes estimados fueron  $\alpha_{Cronbach}=0,60$  y  $\rho_{MEE}=0,45$  y los errores típicos de medida  $ETM_{Cronbach}=2,07$  y  $ETM_{MEE}=2,41$  (tabla 1).

Tabla 1

***Desviación típica (DT), fiabilidad, error típico de medida y error máximo de las escalas***

Escala	DT	$\alpha_{\text{Cronbach}}$			$\rho_{\text{MEE}}$		
		Fiabilidad	ETM	$E_{\text{máximo}}$	Fiabilidad	ETM	$E_{\text{máximo}}$
DT	7,14	0,88	2,52	5	0,89	2,32	5
B	4,42	0,75	2,22	4	0,78	2,07	4
BD	10,23	0,91	3,05	6	0,96	2,10	4
LSE	3,93	0,72	2,09	4	0,76	1,92	4
PA	4,27	0,73	2,22	4	0,75	2,15	4
II	4,37	0,73	2,28	4	0,79	2,00	4
IA	3,26	0,60	2,07	5	0,45	2,41	5
ID	5,53	0,76	2,71	5	0,78	2,59	5
ED	4,85	0,66	2,83	6	0,81	2,09	4
P	4,25	0,62	2,63	5	0,62	2,61	5
A	4,03	0,57	2,65	5	0,57	2,64	5
MF	5,05	0,68	2,86	6	0,74	2,60	5

La escala BD, independientemente del coeficiente utilizado, fue la que obtuvo los mayores valores de fiabilidad ( $\alpha_{\text{Cronbach}}=0,91$  y  $\rho_{\text{MEE}}=0,96$ ), y sobre la que recayó la mayor de las diferencias entre los errores típicos de medida calculados en base a los coeficientes analizados ( $\text{ETM}_{\text{Cronbach}}=3,05$  y  $\text{ETM}_{\text{MEE}}=2,10$ ).

El error máximo en las escalas DT, B, LSE, PA, II, IA, ID, P y A fue el mismo para ambos procedimientos; con lo que los intervalos de confianza para estas escalas no se vieron afectados por la técnica utilizada en la estimación de la fiabilidad. En la escala Miedo a la Madurez el error máximo calculado en base al coeficiente alpha fue  $E_{\text{máximo}}=6$ , un punto superior que con el coeficiente basado en MEE. En las escalas Insatisfacción Corporal y Desregulación Emocional de acuerdo al alpha el error máximo fue  $E_{\text{máximo}}=6$ , mientras que con el procedimiento alternativo el valor fijado fue  $E_{\text{máximo}}=4$ .

**Conclusiones**

El trabajo tiene implicaciones importantes en la práctica clínica porque muestra el sesgo derivado de la aplicación de un procedimiento de estimación incorrecto ( $\alpha_{\text{Cronbach}}$ ),

y su efecto sobre los intervalos de confianza; aspectos ambos que podrían tener consecuencias sobre las decisiones clínicas.

El coeficiente alpha de Cronbach tiende a infraestimar la fiabilidad cuando las variables no son esencialmente tau-equivalentes o no son continuas. Aspecto especialmente relevante para la evaluación clínica de rasgos psicológicos habida cuenta de que los cuestionarios utilizados suelen estar conformados por variables nominales, ordinales y discretas que no responden a relaciones de tau-equivalencia. Bajo estas condiciones las estimaciones de la fiabilidad basadas en Modelos de Ecuaciones Estructurales se perfilan como una buena alternativa siempre y cuando exista un tamaño muestral suficiente.

En este trabajo se ha analizado la fiabilidad de las escalas del EDI-3 Euskera. Todos los ítems del cuestionario son ordinales y congenéricos con respecto a cada una de las escalas. Tal y como era de esperar las estimaciones de fiabilidad en todas las escalas salvo en una fueron superiores cuando se estimaron a través del procedimiento basado en MEE. En consecuencia, los errores típicos de medida fueron superiores con el alpha de Cronbach, y por tanto, también los intervalos de confianza más amplios.

## Referencias

- Abad, F. J., Olea, J., Ponsoda, V., y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of a test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Curran, P. J., West, S. G., y Flinch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1, 16-29.
- Elosua, P., López-Jáuregui, A., y Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Manual técnico con la adaptación al euskera del Eating Disorder Inventory-3*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gelin, M. N., Beasley, T. M., y Zumbo, B. D. (2003, April). *What is the impact on scale reliability and exploratory factor analysis of a Pearson correlation matrix when some respondents are not able to follow the rating scale?* Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association (AERA) in Chicago, Illinois.

- Green, S. B., y Yanyun, Y. (2009a). Commentary on coefficient alpha: a cautionary tale. *Psychometrika*, 74, 121-135.
- Green, S. B., y Yanyun, Y. (2009b). Reliability of summed item scores using structural equation modeling: an alternative to coefficient alpha. *Psychometrika*, 74, 155-167.
- Hu, L., Bentler, P. M., y Kano, Y. (1992). Can test statistics in covariance structure analysis be trusted? *Psychological Bulletin*, 112, 351-362.
- Lozano, L. M., García-Cueto, E., y Muñiz, J. (2008). Effect of the number of response categories on the reliability and validity of rating scales. *Methodology*, 4, 73-79.
- R Development Core Team. (2015). *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Recuperado de <https://www.R-project.org/>
- Ramsay, J. O. (1973). Effects of number of categories in rating scales on precision of estimation of scale values. *Psychometrika*, 38, 513-532.
- Raykov, T. (1997). Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement*, 21, 173-184.
- Raykov, T. (2004). Point and interval estimation of reliability for multiple-component measuring instruments via linear constraint covariance structure. *Structural Equation Modeling*, 11, 342-356.
- Revelle, W. (2015). *psych: procedure for personality and psychological research*. Evanston, Illinois: Northwestern University. Recuperado de <http://CRAN.R-project.org/package=psych>
- Sijtsma, K. (2009). On the use, misuse, and the vary limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74, 107-120.
- Weng, L. J. (2004). Impact of the number of response categories and anchor labels on coefficient alpha and test-retest reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 956-972.
- Yanyun, Y., y Green, S. B. (2010). A note on structural equation modeling estimates of reliability. *Structural Equation Modeling*, 17, 66-81.
- Zinbarg, R. E., Revelle, W., Yovel, I., y Li, W. (2005). Cronbach's  $\alpha$ , Revelle's  $\beta$ , and McDonald's  $\omega_H$ : Their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika*, 70, 123-133.

## A BIOPSYCHOSOCIAL MODEL FOR CLINIMETRIC ASSESSMENT OF MIGRAINE: A PILOT STUDY

**Eliana Di Tillo<sup>\*</sup>, Giulia Pierangeli<sup>\*\*,\*\*\*</sup>, Sabina Cevoli<sup>\*\*\*</sup>, Pietro Cortelli<sup>\*\*,\*\*\*</sup>, Silvana Grandi<sup>\*</sup> and Eliana Tossani<sup>\*</sup>**

*University of Bologna, Bologna, <sup>\*</sup>Laboratory of Psychosomatics and Clinimetrics, Department of Psychology; <sup>\*\*</sup>Department of Biomedical and Neuromotor Sciences; <sup>\*\*\*</sup>IRCCS, Institute of Neurological Sciences of Bologna, Bellaria Hospital, Bologna*

### **Abstract**

Migraine has widely been associated with an increased prevalence of psychosocial and mental health difficulties. The aim of this pilot study is to assess well-being, distress, disability, perception and beliefs about the state of health and illness in a group of patients with migraine without aura. It also considers if there are significant differences between patients with episodic and chronic migraine. A sample of 30 outpatients (15 with episodic migraine, 15 with chronic migraine) underwent the following interviewer-rated and self-rated psychometric evaluation: Structured Clinical Interview for DSM Disorder (SCID), Interview for the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR), Psychosocial Index (PSI), Migraine Disability Assessment (MIDAS), Symptom Questionnaire (SQ), Psychological Well-Being Scale (PWB), Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) and Illness Behaviour Questionnaire (IBQ). Pearson's coefficient was used to analyse correlations between psychological and psychosocial variables. Chronic migraine patients showed significantly higher levels of migraine disability (MIDAS) ( $p=0.03$ ), worse illness perception (B-IPQ) ( $p=0.00$ ) and higher scores in psychological vs. somatic functioning (IBQ) ( $p=0.05$ ) compared to episodic migraine patients. Moreover, most patients consider the psychological problems as the main causal factor of their illness, present with allostatic load and high prevalence of DCPR syndromes. The correlations between index of disability, perception of illness, abnormal illness behaviour and some psychosomatic syndromes were positive and significant. The results confirm the need to assess migraine within the biopsychosocial model.

**Keywords:** migraine; allostatic load; psychosocial factors; well-being.

## Introduction

The Global Burden of Disease Survey (GBD2010) ranked migraine as the third most common disease in the world (14.7% of adults suffer from migraine), the seventh specific cause of disability (2.9% of YLDs = years of life lived with disability) and in the top ten causes of disability (Steiner, Stovner, & Birbeck, 2013). Despite its considerable burden, migraine is underdiagnosed and undertreated (Cevoli et al., 2009).

Migraine has widely been associated with increased prevalence of psychosocial and mental health difficulties. The most frequently studied *psychosocial difficulties* (PSDs) were related to emotional problems, reduced vitality and fatigue, pain, difficulties at work, reduced physical and reduced mental health, poor social functioning and increased global disability (Raggi et al., 2012).

A number of studies have reported important psychiatric comorbidity in patients with migraine (Antonaci et al., 2011; Radat, & Swendsen, 2005), and focused on the relationship between migraine without aura and depression, generalized anxiety disorder, and panic disorder (Beghi et al., 2010).

Moreover, stress and stressful events can modify migraine in those predisposed to migraine attacks and may also contribute to migraine chronification. The interaction between stress and migraine can develop in several ways: stress can provoke clinically symptomatic migraine, act as a trigger for migraine attacks, and worsen migraine attack intensity and duration (Sauro, & Becker, 2009). Emotional or conflictual situations, such as deadlines, changes due to the stages of life (for example: a marriage, having children, death of someone close, etc.) are major stressful events that might play an important role in the onset of migraine attacks. In 1993, McEwen and Stellar proposed a formulation of the relationship between stress and processes leading to disease, based on the concept of allostasis, i.e. the ability of the organism to achieve stability through change. Accordingly, allostatic load reflects the cumulative effects of stressful experiences in daily life that involve ordinary events as well as major challenges, and that, by exceeding the individual resources, may constitute a danger to health (McEwen, & Stellar, 1993; McEwen, & Wingfield, 2003). Migraine represents a bio-behavioural genetically determined response implemented as an attempt to restore homeostasis of the brain that something has disturbed. According to this current hypothesis, a migraine attack is an adaptive response to autonomic excessive allostatic load aimed to interrupt

the resulting functional impairment of the brain (Borsook, Maleki, Becerra, & McEwen, 2012; Cortelli, Pierangeli, & Montagna, 2010; Montagna, Pierangeli, & Cortelli, 2010).

As such, migraine causes a significant burden to individuals in terms of quality of life (QoL), and to societies, in terms of (direct and indirect) disease costs. For this reason, understanding the role of psychological and psychosocial factors is of primary relevance for public health, given the high prevalence and the significant personal and societal costs of migraine. The aim of this pilot study is to assess well-being, distress, disability, perception and beliefs about the state of health and illness in a group of patients with migraine without aura. It also considers if there are significant differences between patients with episodic and chronic migraine.

## **Method**

### *Sample and procedure*

Thirty consecutive adult outpatients referred to the tertiary Headache Centre of the IRCCS Institute of Neurological Sciences of Bologna, Northern Italy, were recruited for the study. All patients met inclusion criteria for migraine without aura or chronic migraine according to the International Classification of Headache Disorders (3rd edition – beta version). The diagnosis was made by expert neurologists (G.P., S.C.). Patients with secondary headaches, primary or secondary hypertension, metabolic syndromes (diabetes, dyslipidemia), endocrine disorders and pregnancy were excluded. The sample included 15 patients with episodic migraine (11 women and 4 men; mean±SD age, 43.6±11.1 years) and 15 patients with chronic migraine (14 women and 1 man; mean±SD age, 43±12.7 years). There were no patients with diagnosed or treated cognitive impairment.

This study was approved by the DIBINEM- University of Bologna institutional review board. Written informed consent was obtained from all patients, after the procedures were explained to them. The psychological evaluation was performed immediately after the outpatient follow-up consultation by a clinical psychologist.

### *Instruments*

All patients underwent the following psychometric evaluations through interviewer-rated and self-rated instruments:

- Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (First, Spitzer, Gibbon and Williams, 2002; Mazzi, Morosini, De Girolamo, Lussetti, & Guaraldi, 2000) is a structured research interview for psychiatric diagnoses according to established DSM-IV-TR criteria;

- Interview for the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) (Fava et al., 1995) is a semi-structured interview for the assessment of 12 psychosomatic syndromes. The DCPR were intended to evaluate diagnoses which may supplement Axes I and II of the DSM and they may be integrated by dimensional tools (Fava et al., 1995). Excellent inter-rated reliability, construct and predictive validity for psychosocial impairment and treatment outcome were proven (Galeazzi, Ferrari, Mackinnon, & Rigatelli, 2004; Porcelli, & Sonino, 2007).

- Psychosocial Index (PSI) (Sonino, & Fava, 1998) is a 55-item, self-rating scale for the assessment of stress, well-being, abnormal illness behaviour, psychological distress and quality of life (Offidani, Rafanelli, Gostoli, Marchetti, & Roncuzzi, 2012). Some items involve specific responses; most require a yes/no answer, whereas others are rated on a Likert 0 – 3 scale (from *not at all* to a *great deal*). The final item concerning quality of life has five possible choices (from *excellent* to *awful*). The PSI items supplemented the information provided by the clinical interview for determining the condition of allostatic overload.

- Migraine Disability Assessment (MIDAS) (D'amico et al., 2001; Stewart, Lipton, Kolodner, Liberman and Sawyer, 1999) is a 5-item self-rating instrument for the assessment of headache-related disability in terms of time lost due to headache, from paid work to school, housework, and non-work activities.

- Symptom Questionnaire (SQ) (Kellner, 1987) is a 92-item self-rating instrument with 4 subscales of symptoms (depressive symptoms, anxiety symptoms, somatic symptoms and hostility-irritability symptoms) and 4 subscales of well-being (relaxation, contentment, physical well-being and friendliness). Items require a yes/no or true/false answer. The SQ has been found to be a sensitive instrument (Fava et al., 1983).

- Psychological Well-Being Scale (PWB; brief form) (Ryff, 1989; Ryff, & Keyes, 1995; Ruini, Ottolini, Rafanelli, Ryff, & Fava, 2003) is an 18-item self-rating inventory that covers the six areas of psychological well-being: self-acceptance, environmental mastery, positive relations, purpose in life, personal growth, and

autonomy. Items are rated on a Likert 1-6 scale (from *strong disagreement* to *strong agreement*). The PWB scales have satisfactory test-retest reliability and are inversely related to measures of psychological distress (Ryff, 1989).

- Brief Illness Perception questionnaire (B-IPQ) (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006) is a 9-item self-rating instrument designed to assess rapidly the cognitive and emotional representations of illness.

- Illness Behaviour Questionnaire (IBQ) (Fava, Bernardi, Pilowsky, & Spence, 1982; Pilowsky, 1998; Pilowsky, & Spence, 1975) is a 62 yes/no items self-rating instrument that assesses abnormal illness behaviour. It has 7 scales: general hypochondriasis, disease conviction, psychological vs. somatic functioning, affective inhibition, affective disturbance, denial, irritability, and an index (Whiteley Index, WI) composed of 14 items that assess hypochondriacal attitudes.

#### *Statistical analysis*

Data were entered in SPSS for Windows 19.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). The quality of data collection was monitored regularly to assure accuracy and completeness of data. Pearson's coefficient was used to analyse correlations between psychological and psychosocial variables. The Mann-Whitney U test was used to analyse significant differences between patients with episodic migraine and chronic migraine. For all the tests performed, significance level was set at 0.05.

#### **Results**

Chronic migraine patients showed significantly higher levels of migraine disability (MIDAS) ( $p=0.03$ ), worse illness perception (B-IPQ) ( $p=0.00$ ) and higher scores in psychological vs. somatic functioning (IBQ) ( $p=0.05$ ) compared to episodic migraine patients. There were no differences between episodic migraine patients and chronic migraine patients with regard to dimensions of well-being (PWB), symptomatic index (SQ), allostatic load criteria and DCPR syndromes (Table I).

Table 1

*U Mann-Whitney Test: differences between episodic migraine patients and chronic migraine patients*

	<b>U Mann-Whitney</b>	<b>P value</b>
<b>MIDAS</b>	61.00	<b>0.03*</b>
<b>B-IPQ</b>	48.00	<b>0.00*</b>
<b>Psychological vs. somatic functioning (IBQ)</b>	68.00	<b>0.05*</b>

\* sign. < 0.05

Moreover, the majority of patients consider psychological problems as the main causal factor of their illness, present with allostatic load and high prevalence of DCPR syndromes (Figure 1). In particular, 7 patients with episodic migraine, as well as 9 patients with chronic migraine present with allostatic load, accounting for 53.3% of total sample.

According to the DCPR at least one psychosomatic syndrome was found in 29 patients (patients with episodic migraine received 33 DCPR diagnoses; patients with chronic migraine received 35 DCPR diagnoses).

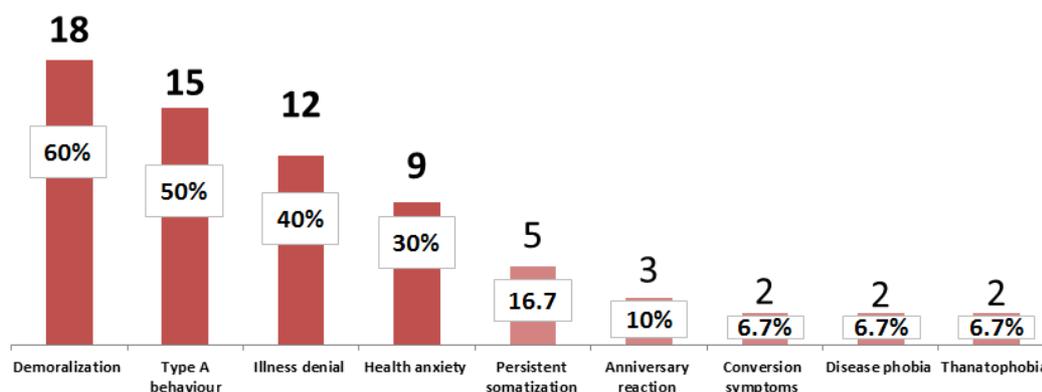


Figure 1. Prevalence of DCPR syndromes.

The correlation between the index of disability and the perception of illness total scale (B-IPQ) was positive and significant (Pearson's coefficient  $r=0.485$ ;  $p<0.01$ ).

Furthermore, a significant and positive correlation was found between the perception of illness total scale (B-IPQ) and Demoralization (Pearson's coefficient

$r=0.418$ ;  $p<0.05$ ). Similarly, a significant association was found between Whiteley Index (IBQ) and both Thanatophobia (Pearson's coefficient  $r=0.515$ ;  $p<0.01$ ) and Conversion Symptoms (Pearson's coefficient  $r=0.515$ ;  $p<0.01$ ).

### **Discussions and conclusions**

Results highlight that psychological and psychosocial factors have a relevant impact on migraine vulnerability, influencing both the therapeutic progress and related outcomes.

This study underlines that psychosomatic approach and DCPR criteria can be useful for the identification of the psychological factors in migraine patients. According to our findings, DCPR syndromes showed a better predictive validity of the psychosocial functioning level than DSM diagnostic categories. Four DCPR syndromes appeared to be particularly frequent in our sample: demoralization, type A behaviour, illness denial and health anxiety.

Moreover, psychological problems are considered to be the main causal factors of migraine by the majority of patients involved in the study. Presumably, the patients recognize the role that emotional and cognitive factors have on the progression of migraine. These findings are consistent with previous studies that confirmed a close and bidirectional association between migraine and different psychiatric and somatic conditions (Beghi et al., 2010; Nicholson, Houle, Rhudy, & Norton, 2010).

This study has considerable limitations due to its preliminary nature, which might affect the interpretation and generalization of results. Firstly, it involved a small sample size. Secondly, since the majority of patients were being treated for migraine prevention and symptoms, it is not possible to seize the probable phenomenological differences of the disorder (before and after treatments and between the two clinical groups). Thirdly, this study did not assess the relationship that clinical and anamnestic variables (anthropometric measure, diastolic and systolic blood pressure, continuous or cycles treatment), as well as behavioural variables (sleep, smoking status, diet, alcohol, and coffee consumption) have with the development and persistence of migraine.

The results confirm the need to assess migraine within the biopsychosocial model. Furthermore, future research should also include and focus on the determination of the pathophysiological ways that mediate the association between stress and migraine.

### Acknowledgements

We would like to express our sincere gratitude to all the staff and patients who took part in the study giving their time so willingly.

### References

- Antonaci, F., Nappi, G., Galli, F., Manzoni, G. C., Calabresi, P., & Costa, A. (2011). Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *The Journal of Headache and Pain*, 12(2), 115-125.
- Beghi, E., Bussone, G., D'Amico, D., Cortelli, P., Cevoli, S., Manzoni, G. C., et al. (2010). Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. *The Journal of Headache and Pain*, 11(2), 141-150.
- Borsook, D., Maleki, N., Becerra, L. & McEwen, B. (2012). Understanding migraine through the lens of maladaptive stress responses: a model disease of allostatic load. *Neuron*, 73(2), 219-234.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637.
- Cevoli, S., D'Amico, D., Martelletti, P., Valguarnera, F., Del Bene, E., De Simone, R., et al. (2009). Underdiagnosis and undertreatment of migraine in Italy: a survey of patients attending for the first time 10 headache centres. *Cephalalgia*, 29(12), 1285-1293.
- Cortelli, P., Pierangeli, G., & Montagna, P. (2010). Is migraine a disease? *Neurological Science*, 31(1), 29-31.
- D'amico, D., Mosconi, P., Genco, S., Usai, S., Prudenzano, A. M. P., Grazzi, L., et al. (2001). The Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire: translation and reliability of the Italian version. *Cephalalgia*, 21(10), 947-952.
- Fava, G.A., Bernardi, M., Pilowsky, I., & Spence, N. D. (1982). *Versione italiana dell'IBQ*. In R. Canestrari (Ed.), *Nuovi Metodi in Psicometria* (pp. 65-76). Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Fava, G.A., Freyberger, H.J., Bech, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T., & Wise, T. N. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63(1), 1-8.
- Fava, G.A., Kellner, R., Perini, G.I., Fava, M., Michelacci, L., Munari, F., et al. (1983). Italian validation of the Symptom Rating Test (SRT) and Symptom

- Questionnaire (SQ). *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 117-123.
- First, M.B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR* (Research Version, Non-patient Edition). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Galeazzi, G.M., Ferrari, S., Mackinnon, A. & Rigatelli, M. (2004). Interrater reliability, prevalence, and relation to ICD-10 diagnoses of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in consultation-liaison psychiatry patients. *Psychosomatics*, 45(5), 386-393.
- Kellner, R. (1987). A symptom questionnaire. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48(7), 269-274.
- Mazzi, F., Morosini, P., De Girolamo, G., Lussetti, M., & Guaraldi, G. P. (2000). *SCID-I Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (Italian version). Firenze: OS-Organizzazioni Speciali.
- McEwen, B.S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093-2101.
- McEwen, B.S., & Wingfield, J.C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior*, 43(1), 2-15.
- Montagna, P., Pierangeli, G., & Cortelli, P. (2010). The primary headaches as a reflection of genetic darwinian adaptive behavioral responses. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 50(2), 273-289.
- Nicholson, R. A., Houle, T. T., Rhudy, J. L., & Norton, P. J. (2007). Psychological risk factors in headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 47(3), 413-426.
- Offidani, E., Rafanelli, C., Gostoli, S., Marchetti, G., & Roncuzzi, R. (2012). Allostatic overload in patients with atrial fibrillation. *International Journal of Cardiology*, 165(2), 375-376.
- Pilowsky, I. (1998). Abnormal illness behavior. In G.A. Fava & H. Freiberger (Eds.), *Handbook of psychosomatic medicine*. International Universities Press, Madison.
- Pilowsky, I., & Spence, N. D. (1975). Patterns of illness behaviour in patients with intractable pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 19(4), 279-287.
- Porcelli, P., & Sonino, N. (Eds.). (2007). *Psychological factors affecting medical conditions: A new classification for DSM-V* (Vol. 28). Karger Medical and

Scientific Publishers.

- Radat, F., & Swendsen, J. (2005). Psychiatric comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia*, 25(3), 165-178.
- Raggi, A., Giovannetti, A. M., Quintas, R., D'Amico, D., Cieza, A., Sabariego, C., et al. (2012). A systematic review of the psychosocial difficulties relevant to patients with migraine. *The Journal of Headache and Pain*, 13(8), 595-606.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C. D., & Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di Psichiatria*, 38(3), 117-130.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719.
- Sauro, K. M., & Becker, W. J. (2009). The stress and migraine interaction. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 49(9), 1378-1386.
- Sonino, N., & Fava, G. A. (1998). A simple instrument for assessing stress in clinical practice. *Postgraduate Medical Journal*, 74(873), 408-410.
- Steiner, T. J., Stovner, L. J., & Birbeck, G. L. (2013). Migraine: the seventh disabler. *Cephalalgia*, 33(5), 289-290.
- Stewart, W. F., Lipton, R. B., Kolodner, K., Liberman, J., & Sawyer, J. (1999). Reliability of the migraine disability assessment score in a population-based sample of headache sufferers. *Cephalalgia*, 19(2), 107-114.

**RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y CONDUCTAS DE SALUD EN PARTICIPANTES DE LA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO ONCOLÓGICO DE GUADALAJARA, MÉXICO**

**González-Ramírez Leivy Patricia\*, De la Roca-Chiapas José María\*\*, Martínez-Arriaga Reyna Jazmín\*\*\*, Daneri-Navarro Adrián\*\*\*\*, Colunga-Rodríguez Cecilia\*\*\*\*\* y Del Toro-Valero Azucena\*\*\*\*\***

*Universidad de Guanajuato \*Doctorado Interinstitucional en Psicología,; \*\*Departamento de Psicología, División de Ciencias de la Salud; \*\*\*Centro Universitario de Tonalá; \*\*\*\*Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud; \*\*\*\*\*Hospital de Pediatría, CMNO, Instituto Mexicano del Seguro Social y Departamento de Salud Pública; \*\*\*\*\*Instituto Jalisciense de Cancerología*

**Resumen**

Antecedentes: Un alto porcentaje de casos de cáncer son debidos a exposición ambiental y estilos de vida. La personalidad puede mediar la adherencia a las recomendaciones sobre conductas de salud. Basamos el estudio en la Teoría de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad. Se busca conocer la relación entre la personalidad y la práctica de conductas protectoras y de riesgo a la salud en participantes de Consejo Genético Oncológico (CGO). Método: Datos preliminares de 47 participantes de CGO fueron analizados. Se aplicó NEO-FFI (para medir factores de personalidad), y una entrevista que indagaba: tabaquismo, alcoholismo, actividad física, tamizaje y consulta nutricional, además, se obtuvo índice de masa corporal. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Posteriormente, análisis inferenciales y correlaciones (Spearman y Tu-b de Kendall). Resultados: Se observó una correlación positiva entre extraversión y el número de conductas de riesgo practicadas ( $p=0,012$ ,  $r=0,35$ ); también, entre extraversión y tabaquismo ( $p=0,005$ ,  $r=0,44$ ) y con obesidad ( $p=0,034$ ,  $r=0,23$ ). Hubo correlación negativa entre amabilidad, y adherencia a la consulta nutricional ( $p=0,034$ ,  $r=-0,327$ ). Hay tendencias entre conductas protectoras con altos puntajes en neuroticismo y responsabilidad. Conclusiones: En controversia con lo reportado, donde altos índices de bienestar se asocia con puntuaciones altas en extraversión, éste grupo se relacionó positivamente con la práctica de factores de riesgo a la salud, principalmente

tabaquismo y obesidad. Con los datos preliminares analizados, bajos puntajes en amabilidad y altos en neuroticismo y responsabilidad se relacionan con alguna conducta protectora a la salud. Estrategias de intervención clínica y psicoeducativa deben basarse en estas diferencias de personalidad.

**Palabras clave:** Psicooncología, Personalidad, Conductas de salud, Consejo Genético Oncológico.

### **RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY AND HEALTH BEHAVIORS IN PARTICIPANTS OF CANCER GENETIC COUNSELLING UNIT FROM GUADALAJARA, MEXICO**

#### **Abstract**

Background: A high percentage of cancer cases are due to environmental exposures and lifestyles. Personality may mediate adherence to the recommendations on health behaviors. We based this study on the Big Five Factors Theory. The purpose of this study is to understand the relationship between personality and practice of protective and risk health behaviors to participants of Cancer Genetic Counseling. Method: Preliminary data from 47 participants of Cancer Genetic Counseling were analyzed. NEO-FFI was used (to measure personality factors), besides an interview that asked: smoking, alcohol consumption, physical activity, nutritional consultation, and screening. Also, Body Mass Index was obtained. A descriptive analysis of the data was performed. Subsequently, correlations and inferential analysis (Spearman and Tu-b of Kendall). Results: A positive correlation between extroversion and total number of risk behaviors practiced was observed ( $p = 0.012$ ,  $r = 0.35$ ); particularly with smoking ( $p = 0.005$ ,  $r = 0.44$ ) and obesity ( $p = 0.034$ ,  $r = 0.23$ ). There was negative correlation between agreeableness and adherence to nutritional consultation ( $p = 0.034$ ,  $r = -0.327$ ). There are trends between protective behaviors with high scores in neuroticism and conscientiousness. Conclusions: In controversy with reports, where high levels of well-being is associated with high scores on extraversion, this group was positively related to the practice of health risk factors, especially smoking and obesity. With preliminary data analyzed, low scores in agreeableness and high in neuroticism and

conscientiousness were related to any health protective behavior. Clinical strategies and educational intervention should be based on these differences in personality.

**Keywords:** Psycho-oncology, personality, health behaviors, Cancer Genetic Counseling.

### **Introducción**

La tecnología desarrollada para estimar los riesgos de padecer cáncer, permite enfocar esfuerzos en la prevención y detección oportuna del cáncer. Servicios de Consejo Genético Oncológico (CGO) logran orientar acerca de la etiología del cáncer, y en función de su nivel de riesgo, hacer recomendaciones de prevención y detección oportuna. Sin embargo, un amplio porcentaje de los casos de cáncer que se diagnostican se relacionan con exposición a factores ambientales, hábitos alimenticios y estilos de vida (Pieta, Chmaj-Wierzchowska y Opala, 2012). Varios de estos factores de riesgo pueden evitarse o ser modificados. Quach, Porter, Leventhal y Kelly (2009), refieren que el efecto del CGO en la adopción de conductas saludables ha sido poco estudiado, pero dada su importancia sobre la prevención y mantenimiento de la salud, adquiere gran relevancia, tanto en personas con mutación genética como en quienes no la presentan.

El reto de brindar CGO alcanza a la psicología, pese a que en varios países el psicooncólogo no forma parte del equipo multidisciplinario de las Unidades de CGO (Vadaparampil, Scherr, Cragun, Malo y Pal, 2014), se ha demostrado su importancia, sobre todo para el manejo del estado emocional (principalmente sintomatología ansiosa), dificultades en la toma de decisiones, comunicación familiar, reforzamiento en la adherencia a conductas de salud, etc. (Albada, Ausems y van Dulmen, 2014; Borreani et al., 2014; Eijzenga, Hahn, Aaronson, Kluijt y Bleiker, 2014; Maheu et al., 2014; Sie et al., 2014; Wiering, Albada, Bensing, Ausems y van Dulmen, 2013).

Se tiene la hipótesis de que los rasgos de personalidad pueden mediar la adherencia o no a las recomendaciones de salud. No existen estudios que hayan evaluado rasgos de personalidad (basado en la Teoría de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad) en los participantes de CGO, lo que representa una aportación innovadora en el área. El modelo de los “Cinco Grandes Factores de la Personalidad” surge en los ochenta desarrollado por Golberg (Moreno-Jiménez, 2007). Las

características de los Cinco Grandes Factores de Personalidad se observan en el Cuadro 1.

El objetivo del presente trabajo fue conocer la relación entre la personalidad y la práctica de conductas de salud en participantes de la Unidad de Consejo Genético Oncológico de Guadalajara, México.

Cuadro 1

Los Cinco Factores de Personalidad

Personalidad	Altos Puntajes	Bajos Puntajes
<b>Neuroticismo</b>	Hay una tendencia general a experimentar sentimientos negativos, tales como miedo, melancolía, vergüenza, ira, culpabilidad, y repugnancia. Son también propensos a tener ideas irracionales, a ser menos capaces de controlar sus impulsos y a enfrentarse peor que los demás al estrés.	Son emocionalmente estables. Habitualmente están tranquilos, sosegados y relajados y son capaces de enfrentarse a situaciones estresantes sin alterarse ni aturdirse.
<b>Extraversión</b>	Sociables. Además de la vinculación con la gente y preferencia por grupos y reuniones, los extrovertidos son también asertivos, activos y habladores. Les gusta la excitación y la estimulación y tienden a ser de carácter alegre. Son animosos, enérgicos y optimistas. Se correlaciona fuertemente con el interés de ocupaciones emprendedoras.	Los introvertidos son más reservados que hoscos, más independientes que seguidores y más constantes que indolentes. Pueden decir que son tímidos cuando quieren decir que prefieren estar solos, no sufren necesariamente ansiedad social.
<b>Apertura</b>	Integración activa, sensibilidad estética, atención a los sentimientos interiores, preferencia por la variedad, curiosidad intelectual e independencia de juicio. Se interesan tanto en el mundo exterior como por el interior y sus vidas están enriquecidas por la experiencia. Desean tomar en consideración nuevas ideas y valores no convencionales y experimentan tanto las emociones	Las personas que puntúan bajo en Apertura tienden a ser convencionales en su comportamiento, dados a cuestionar la autoridad y dispuestos a aceptar nuevas ideas éticas, sociales y políticas. Ello no significa que carezcan de principios.

	positivas como las negativas de manera más profunda que los sujetos que se cierran. Se relaciona especialmente con aspectos intelectuales, como es el pensamiento divergente que contribuye a la creatividad. Pero no es, equivalente a inteligencia.	
<b>Amabilidad</b>	Fundamentalmente altruista. Simpatiza con los demás, está dispuesto a ayudarles y cree que los otros se sienten igualmente satisfechos de hacer lo mismo.	La persona desagradable o antipática es egocéntrica, suspicaz respecto a las intenciones de los demás y más bien opositora que cooperadora.
<b>Responsabilidad</b>	Caracterizados por el autocontrol, refiriéndose a un proceso más activo de planificación, organización y ejecución de las tareas; y las diferencias individuales en esta tendencia están en la base de la responsabilidad. Es voluntarioso, porfiado y decidido, y posiblemente pocos llegan a ser grandes músicos o atletas sin un nivel razonablemente alto de estos rasgos. Altas puntuaciones en C se asocian con el rendimiento académico o profesional, por el lado negativo pueden conducir a un fastidioso sentido crítico, a una pulcritud compulsiva o una conducta de adicción al trabajo. Son escrupulosos, puntuales y fiables.	Los que obtienen puntuaciones bajas no carecen necesariamente de principios morales, pero son menos rigurosos en aplicarlos precisamente porque son más descuidados en luchar por sus objetivos. En algunos estudios aparecen como más hedonistas e interesados por el sexo.
<b>Fuente: Costa y McCrae (2008)</b>		

## Método

### *Participantes*



Se obtuvo consentimiento informado y se evaluaron 47 participantes que acudieron a CGO en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, en el Instituto Jalisciense de Cancerología o en el O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara. No se obtuvo información completa de algunos participantes, por lo que fueron excluidos de ciertos análisis.

### *Instrumentos*

Se aplicó el Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) (Costa y McCrae, 2008), que es una versión de 60 ítems que evalúa los 5 factores de la personalidad. La validación en población Mexicana mostró las siguientes puntuaciones de Alfa de Cronbach de cada una de las subescalas: Neuroticismo 0,77, Extraversión 0,79, Apertura 0,72, Amabilidad 0,70 y Responsabilidad 0,78 (Meda-Lara, Moreno-Jiménez, García, Palomera-Chávez y Mariscal-de-Santiago, 2015). Adicionalmente, se realizó una entrevista estructurada que indagaba sobre algunas conductas de riesgo y protectoras a la salud: tabaquismo, alcoholismo, actividad física, uso de pruebas de tamizaje y adherencia a consulta nutricional. A través del peso y la talla se obtuvo el Índice de Masa Corporal (IMC).

### *Procedimiento y diseño*

Se presenta un estudio correlacional. Se realizó una descripción de la muestra. Se prosiguió con un análisis inferencial, con t de student para muestras independientes, agrupando a los sujetos según puntajes bajos y altos de cada uno de los tipos de personalidad, y buscando diferencias entre el número total de conductas de riesgo practicadas por ellos. En un análisis más detallado, se buscaron diferencias utilizando ji-cuadrada, analizando una por una, la práctica de cada conducta de riesgo y protectora que se evaluó, de nuevo, agrupándolas por puntajes bajos y altos de cada uno de los tipos de personalidad. Finalmente, utilizando los puntajes estandarizados del NEO-FFI, se realizaron correlaciones de Spearman o Tu-b de Kendal, para un primer acercamiento para determinar si existía asociación entre las variables.

## **Resultados**

Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en el Cuadro 2.

## Cuadro 2

## Características sociodemográficas

<b>Edad</b>	44 ± 8,95
	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Femenino	46 (97,9)
Masculino	1(2,1)
<b>Estado Civil</b>	
Casada/Unión libre	30 (63,8)
Otro	17 (36,2)
<b>Escolaridad</b>	
Primaria	8 (17)
Secundaria	12 (25,5)
Bachillerato/Carrera Técnica	11(23,4)
Licenciatura o más	15 (31,9)
<b>Residencia</b>	
<b>Zona Metropolitana de Guadalajara</b>	35 (74,5)
<b>Otro</b>	12 (25,5)
<b>Ocupación</b>	
<b>Laboralmente activo</b>	20 (42,6)
<b>Ama de casa/estudiante</b>	27 (57,4)

Los resultados de la prueba NEO-FFI fueron agrupados en bajos puntajes (puntuación estandarizada menor a 45) y Altos puntajes (puntuación estandarizada mayor a 45). La frecuencia de los puntajes en cada uno de los tipos de personalidad, puede observarse en la Figura 1.

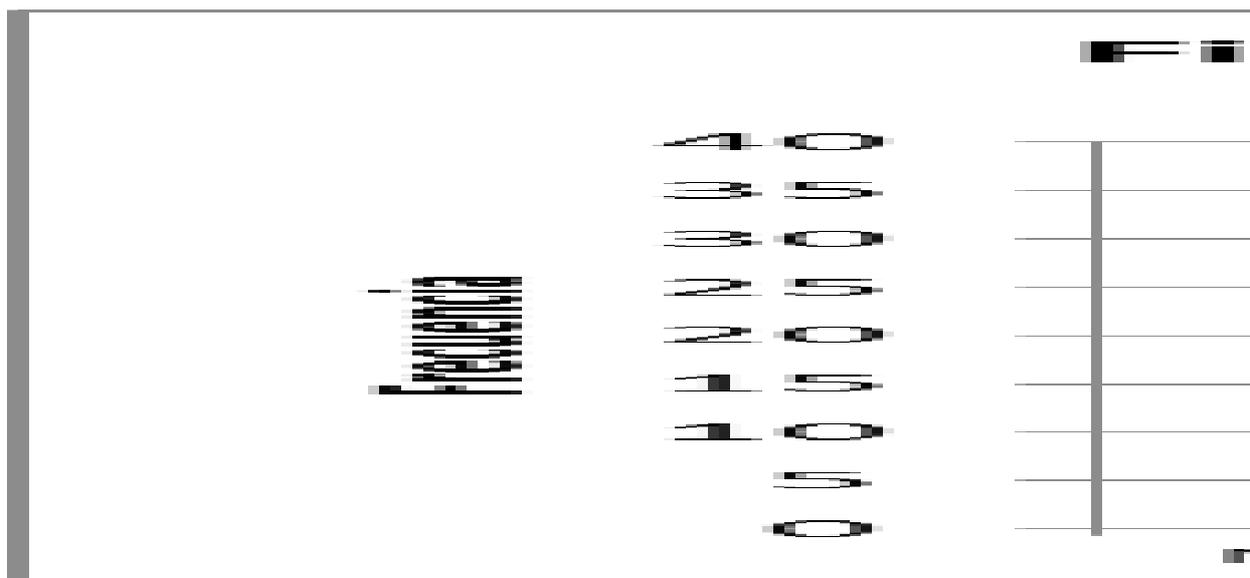


Figura 1. Distribución de puntajes en los Cinco Grandes Factores de la Personalidad.

Respecto a las conductas de salud, los factores de riesgo más frecuentes en nuestra muestra fueron el sobrepeso u obesidad y la falta de actividad física (Figura 2).

Se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre altos puntajes de extraversión con la práctica de conductas de riesgo ( $p=0,012$ ,  $r=0,35$ ). Sobre las conductas de riesgo específicas, altos puntajes en extraversión se asocia directamente con tabaquismo ( $p=0,005$ ,  $r=0,44$ ) y obesidad ( $p=0,034$ ,  $r=0,23$ ).

Por su parte, bajos puntajes en amabilidad, se asocia con la adherencia a la consulta nutricional ( $p=0,034$ ,  $r=0,327$ ). En el caso del neuroticismo, a pesar de que no alcanza significancia estadística, se observa una tendencia de asociación positiva con ésta misma conducta ( $p=0,078$ ,  $r=0,286$ ).

En el mismo sentido, se observa una tendencia entre altos puntajes de responsabilidad y la práctica regular de actividad física ( $p=0,125$ ,  $r=0,231$ ).

No se encontraron diferencias significativas asociadas al factor de apertura, con ninguna de las conductas de riesgo o protectoras.

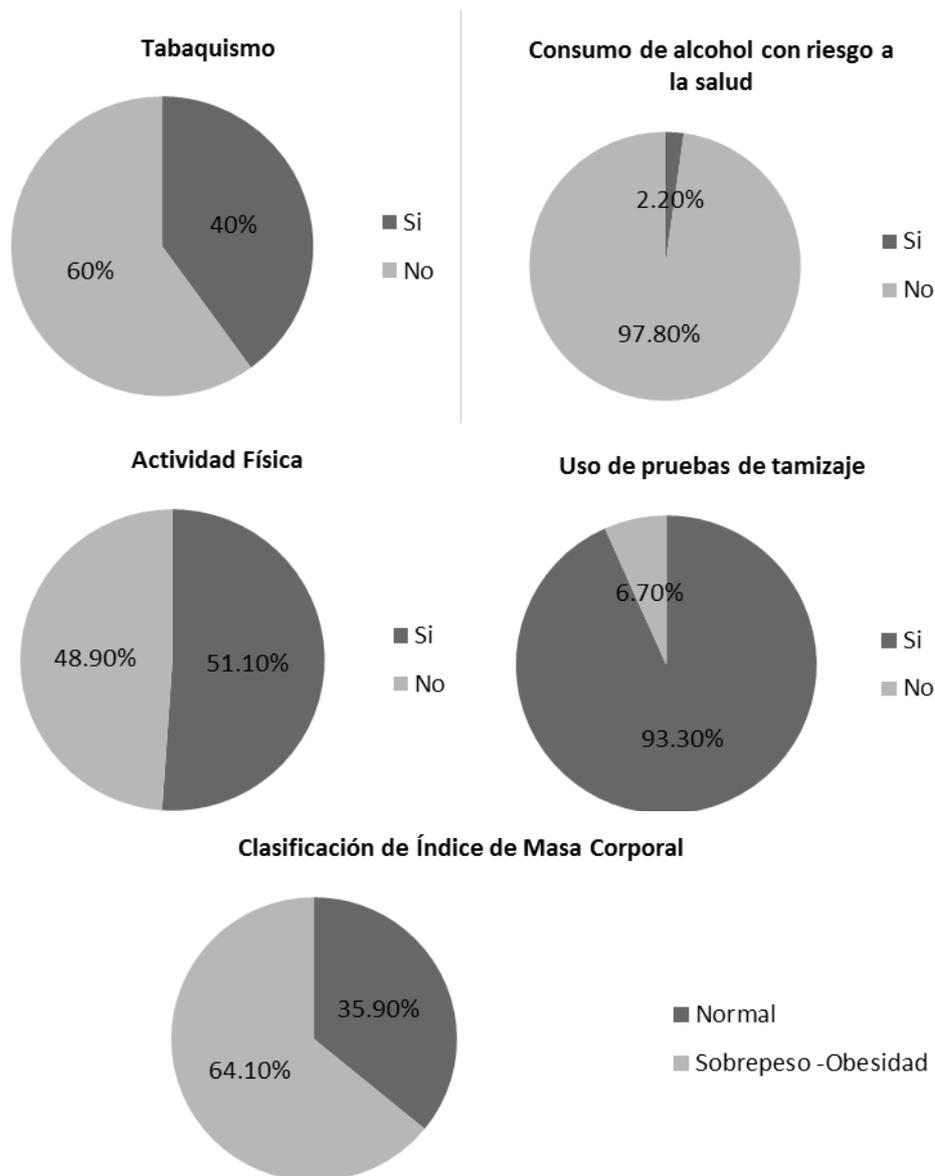


Figura 2. Factores de Riesgo y protectores.

**Conclusiones**

Los cinco grandes factores de la personalidad han demostrado ser relativamente estables, y aunque existen estudios que los han relacionado con conductas de salud (Costa y McCrae, 2008), no existe ningún estudio en participantes de Consejo Genético Oncológico.

En controversia con lo reportado para extraversión, donde hay evidencia que indica que sujetos con altos índices de bienestar tenían puntuaciones altas en dicho factor (Morrison y Bennett, 2008), en nuestro estudio, las personas con altos puntajes en

extraversión se asociaban positivamente con un mayor número de conductas de riesgo a la salud, resaltando en el análisis más fino mayores índices en tabaquismo y obesidad. Ambas conductas podrían explicarse por la característica de los sujetos con altos puntajes en extraversión a ser sociables, vista en la vinculación con la gente y preferencia por grupos y reuniones (Moreno-Jiménez, 2007), donde puede reforzarse el uso de tabaco, alcohol y consumo de comida. Cabe destacar, que de todos los participantes, solamente uno refirió un consumo de alcohol que puede clasificarse como de riesgo a la salud, por lo que pudiera explicar por qué no se ve reflejado en asociación con este factor de personalidad.

Hace falta ampliar la muestra para obtener datos decisivos, pero hasta el momento, bajos puntajes en amabilidad y altos en neuroticismo y responsabilidad se han visto asociados de manera independiente con alguna conducta protectora a la salud. Ya en algunos estudios, neuroticismo se ha relacionado con la atención sanitaria, debido a su tendencia a prestar más atención a sus sensaciones corporales y etiquetarlos como “síntomas” (Morrison y Bennett, 2008).

El psicólogo inmerso en Consejo Genético Oncológico, puede ser sensible a estas diferencias de personalidad y planear estrategias de intervención clínica o psicoeducativa para potenciar la adherencia a conductas de salud en esta población con aparente riesgo elevado a cáncer hereditario.

### **Agradecimientos**

Agradecemos al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), y a las Universidades que integran el Doctorado Interinstitucional en Psicología, especialmente a la Universidad de Guanajuato, por el apoyo financiero para la participación en éste evento. Del mismo modo, agradecemos al Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, a City of Hope de los Estados Unidos, al Instituto Jalisciense de Cancerología y al O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara quienes conjuntan esfuerzos en el trabajo del Consejo Genético Oncológico.

### **Referencias**

Albada, A., Ausems, M. G., y van Dulmen, S. (2014). Counselee participation in follow-up breast cancer genetic counselling visits and associations with

- achievement of the preferred role, cognitive outcomes, risk perception alignment and perceived personal control. *Social Science & Medicine*, 116, 178-186.
- Borreani, C., Manoukian, S., Bianchi, E., Brunelli, C., Peissel, B., Caruso, A., et al. (2014). The psychological impact of breast and ovarian cancer preventive options in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Clinical Genetics*, 85(1), 7-15.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (2008). *Manual de Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R), Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)* (3a Ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Eijzenga, W., Hahn, D. E., Aaronson, N. K., Kluijdt, I., y Bleiker, E. M. (2014). Specific psychosocial issues of individuals undergoing genetic counseling for cancer - a literature review. *Journal of Genetic Counselin*, 23(2), 133-146.
- Maheu, C., Bouhnik, A. D., Nogues, C., Mouret-Fourme, E., Stoppa-Lyonnet, D., Lasset, C., et al. (2014). Which factors predict proposal and uptake of psychological counselling after BRCA1/2 test result disclosure? *Psychooncology*, 23(4), 420-427.
- Meda-Lara, R. M., Moreno-Jiménez, B., García, L. F., Palomera-Chávez, A., y Mariscal-de-Santiago, M. V. (2015). Validez Factorial de Neo-FFI en una muestra Mexicana: Propuesta de una versión reducida. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(1), 57-67.
- Moreno-Jiménez, B. (2007). *Psicología de la Personalidad. Procesos*. Madrid: Thomson.
- Morrison, V., y Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid Prentice Hall.
- Pieta, B., Chmaj-Wierzchowska, K., y Opala, T. (2012). Life style and risk of development of breast and ovarian cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(3), 379-384.
- Quach, J., Porter, K., Leventhal, H., y Kelly, K. M. (2009). Health behaviors among Ashkenazi Jewish individuals receiving counseling for BRCA1 and BRCA2 mutations. *Familial Cancer*, 8(3), 241-250.
- Sie, A. S., Van Zelst-Stams, W. A., Spruijt, L., Mensenkamp, A. R., Ligtenberg, M. J., Brunner, H. G., et al. (2014). More breast cancer patients prefer BRCA-mutation testing without prior face-to-face genetic counseling. *Familial Cancer*, 13(2), 143-151.

- Vadaparampil, S. T., Scherr, C. L., Cragun, D., Malo, T. L., y Pal, T. (2014). Pre-test genetic counseling services for hereditary breast and ovarian cancer delivered by non-genetics professionals in the state of Florida. *Clinical Genetics*, 87(5), 473-477.
- Wiering, B. M., Albada, A., Bensing, J. M., Ausems, M. G., y Van Dulmen, A. M. (2013). The influence of dispositional optimism on post-visit anxiety and risk perception accuracy among breast cancer genetic counselees. *Psychooncology*, 22(11), 2419-2427.

**A PROPÓSITO DE UN CASO. ALEXITIMIA SECUNDARIA A  
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DURANTE LA INFANCIA Y  
ADOLESCENCIA**

**Sergio Sánchez-Reales, Javier Díaz-Leiva, Carmen Caballero-Peláez y Clara  
Lacunza-Juangarcía**

*Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*

**Resumen**

El objetivo de este caso clínico es describir el proceso de evaluación y tratamiento en un caso de alexitimia secundaria a intervenciones durante las primeras etapas del ciclo vital y hasta la adolescencia. La alexitimia ha sido tradicionalmente tratada como un síntoma aislado en las descripciones psicopatológicas clásicas, pero está muy relacionada con otras manifestaciones conductuales y emocionales. En términos generales, se caracteriza por dificultades en la toma de conciencia y en la definición de los estados emocionales, asociado a un déficit para representar estados emocionales propios y ajenos. Se profundizó en la evaluación de las habilidades de Teoría de Mente en un paciente con un diagnóstico confuso, como forma de orientar la evaluación y el tratamiento hacia la hipótesis alexitímica. Se administró para ello una batería de pruebas que mostraron cierta capacidad de representar las emociones del otro, al menos a un nivel formal y de significado. Se concluyó en favor de la naturaleza secundaria del síntoma, al describir el alejamiento progresivo del paciente de su propia experiencia corporal como defensa obligada a las repetidas intervenciones quirúrgicas a las que se había sometido durante la infancia y adolescencia. Tras determinar el diagnóstico, se aplicó un tratamiento orientado estratégicamente sobre bases cognitivo-conductuales y enriquecido con la inclusión de técnicas más abiertas, procedentes de terapias experienciales de proceso. Los resultados fueron prometedores, con descensos clínicamente significativos de la sintomatología tras el tratamiento y notable reducción de algunos indicadores particularmente relevantes en la formulación y conflicto de la experiencia alexitímica, como por ejemplo los miedos somáticos.

**Palabras clave:** Alexitimia. Intervenciones quirúrgicas. Teoría de la mente. Técnicas experienciales y de proceso.

## **A CASE REPORT: SECONDARY ALEXITHYMIA AFTER SURGICAL INTERVENTIONS DURING CHILDHOOD AND ADOLESCENCE**

### **Abstract**

The goal of this case report is to describe the assessment and treatment process in a secondary alexithymia patient who has been subject of several surgical procedures during first stages of his life cycle. Alexithymia has traditionally been addressed as an isolated symptom in classical psychopathological descriptions, but it is more common related with other emotional and behavioural conditions. It is characterized by difficulties in recognizing and describing emotions, usually associated with impairments in the ability to mentally represent emotional states, even the own ones. In this case, we deepen in the assessment of Theory of Mind ability in a subject with doubtful diagnosis, as a way to clear both assessment and treatment toward alexithymia hypothesis. A series of assessment tests were given, with results showing certain ability to represent other's emotions, at least at a formal and meaningful level. We conclude in favour of the secondary nature of the symptom, describing progressive patient withdrawal of his own body sensations as a defensive mechanism face to the multiple procedures he has been subject of during childhood and adolescent. After clarifying diagnosis, a strategic based cognitive behavioural treatment was applied, enriched with more open techniques from experiential and process therapy. Results were promising, with clinically significant decrease of symptomatology after treatment, and a remarkable decline of the more outstanding indexes in the formulation of the case, such as somatic fears.

**Keywords:** Alexithymia. Surgical interventions. Theory of mind. Experiential and process therapy.

### **Introducción**

Por alexitimia entendemos la dificultad de transformar las emociones en palabras. El origen de la investigación en este campo se remonta a investigaciones fundamentadas en posiciones psicodinámicas (ver Krystal, 1982; Sifneos, 1967), las cuales desarrollaron intervenciones basadas en la evolución de población masculina con dificultades emocionales graves y psicopatología fundamentalmente psicósomática,

postraumática o con dependencia a sustancias (Sifneos, 1988). Posteriormente, otros autores han realizado propuestas de intervención de menor intensidad (Levant y Kopecky, 1995), e incluso en la población general (Levant, 1998).

Sin duda, las habilidades de toma de consciencia y comunicación emocional son factores determinantes para el ajuste individual e interpersonal. Desde un punto de vista intrapsíquico, la conciencia y comunicación emocional es un prerrequisito para poder estructurar el mundo interior, así como nuestros pensamientos y actitudes. Comprender las propias emociones facilita la construcción homogénea del *self*, aportando significado a la experiencia desarrollada en los distintos ámbitos de desarrollo (Watson y Greenberg, 1996). La comprensión emocional es asimismo necesaria para la regulación y modificación de los afectos negativos (Kennedy-Moore y Watson, 1999) e implica estar en mejor posición para responder a las demandas ambientales, optimizando la elección de cursos de acción y formas de comunicación.

No son extrañas en la clínica diaria, no obstante, las constantes quejas en los pacientes alexitímicos sobre sus dificultades relacionales, ámbito vivido como extraño y regido por normas que no son capaces de comprender. Interpretar de manera ajustada la propia experiencia es paso obligado para el establecimiento de relaciones de intimidad. De la misma forma, en la medida en que se desarrolla una comprensión profunda de las propias emociones y de cómo estas se elicitán ante diferentes circunstancias vitales, se desarrolla la capacidad empática (Watson y Greenberg, 1996).

Estas habilidades deficitarias señaladas por los pacientes alexitímicos en los ámbitos intra e interpersonal, se aproximan en su conceptualización a los estados mentales que favorecen la aparición de la psicopatología según enfoques recientes, como la Terapia Metacognitiva Interpersonal (Dimaggio, Montano, Popolo y Salvatore, 2015). En este sentido, las dificultades en las habilidades de metarrepresentación -es decir, en la capacidad de construir una representación del sí mismo- imposibilita la atribución de sentido al mundo relacional en base a previsiones, expectativas e intenciones, obstaculizando el aprendizaje de señales que indiquen la coincidencia entre deseos y realidad. Siguiendo este enfoque, las personas alexitímicas carecerían de contenidos metarrepresentacionales (que incluyen las emociones propias o ajenas), así como de las operaciones en las que se articulan los procesos de construcción y elaboración de estas metarrepresentaciones. El sujeto no es capaz de identificar las emociones que siente, diferenciarlas de las que sienten los demás, entender que otros

puedan sentir de forma diferente en la misma situación y tampoco elaborar formas de regular los estados emocionales sentidos. En definitiva, la vida emocional del paciente se caracteriza por la opacidad y confusión ante la incapacidad de acceder a las representaciones de los estados emocionales propios y ajenos.

En este sentido, propuestas recientes (Lane, Hsu, Locke, Ritenbaugh y Stonnington, 2015) señalan variables como la “Teoría de la Mente” (TdM) o “Mentalización” como mediadoras que permitirían diferenciar posibles deterioros estructurales en la percepción y representación emocional próximas a la alexitimia primaria y a los trastornos del espectro autista, frente a otros tipos de situaciones clínicas, como pueden ser los casos de alexitimia secundaria. Si bien el concepto de TdM se ha descrito originalmente como la habilidad para conocer los pensamientos, creencias e intenciones de los demás y es una función mental más desarrollada en el hombre que en otros animales, estudios recientes señalan que no solo abarca aspectos cognitivos sino también emocionales, lo que los otros están sintiendo (Frith y Frith, 1999, 2006). De esta forma, el estudio de la TdM permite abordar uno de los debates más interesantes de los propuestos en relación al concepto alexitimia; ¿el alexitímico sabe lo que siente y presenta problemas en la simbolización de la experiencia emocional propia, o en cambio no diferencia la experiencia primaria y por tanto su dificultad en la gestión emocional es inevitable? Comprender la alexitimia como se propone en primer lugar implica ciertas habilidades de mentalizar preservadas, mientras que en la segunda propuesta no sería así. Existe evidencia sólida que señala las dificultades en el desempeño en tareas de TdM en pacientes alexitímicos (Moriguchi et al., 2006), pero la complejidad del concepto alexitimia no ayuda a aclarar la situación.

### **Identificación del paciente y motivo de consulta**

Paciente varón de 22 años, soltero, residente en hogar familiar estructurado junto a padres y hermano menor. Nació con una tetralogía de Fallot y atresia anal. La tetralogía de Fallot es una cardiopatía congénita caracterizada por cuatro malformaciones diferentes, que dan lugar a la mezcla de sangre arterial y sangre venosa con efectos cianotizantes. Esta enfermedad era conocida antaño como “mal azul”. En cuanto a la atresia anal o anorrectal, se trata de una [enfermedad congénita](#) que se caracteriza porque el [recto](#) no está conectado al [ano](#). Su incidencia es de 1 de cada 5.000 nacimientos vivos.

El paciente fue intervenido de ambas malformaciones congénitas en la infancia, lo cual generó ingresos hospitalarios de distinta duración. Posteriormente, continuó en seguimiento durante gran parte de su vida. En relación a sus vivencias sociales, destacar cómo durante el desarrollo refiere haberse sentido “distinto a los demás”, pese a lo cual consigue formar parte de un grupo estable de amigos. A partir de los 14 años, momento en el que los amigos intensifican la socialización, prefiere quedarse en casa jugando al ordenador.

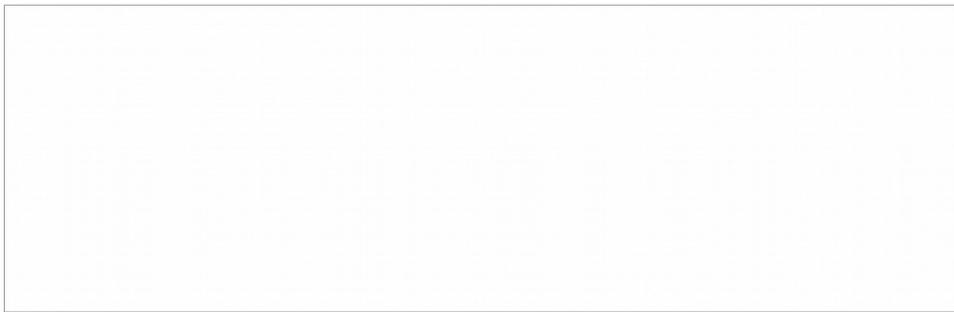
Durante esta época refiere sufrimiento ante el desempeño social por la presencia de ansiedad social, con experiencias reiteradas de fracaso (“solo puedo comportarme de modo educado y eso no es lo que quiero”). Afronta la elección de carrera universitaria con dudas, refiere elegir por "ser un ámbito conocido". En este momento, de nuevo experimenta dificultades interpersonales e insatisfacción tras observar que "los demás se adaptaban más rápido que yo, les cuesta menos conseguir los mismos objetivos". Es entonces cuando se agrava la sintomatología con elevados niveles de ansiedad somatizada y constantes visitas a urgencia por miedos corporales sin hallazgos relevantes, ánimo más bajo, búsqueda del aislamiento, sentimientos de inferioridad, pensamientos autorreferenciales e ideación autolítica. En este contexto es derivado a Psiquiatría. Tras ser valorado se plantea como diagnóstico diferencial el trastorno obsesivo compulsivo versus otros trastornos psicóticos no orgánicos y se considera su ingreso en un hospital de día de Salud Mental para culminar el diagnóstico diferencial y recibir intervención psicoterapéutica intensiva.

### **Estrategias de evaluación**

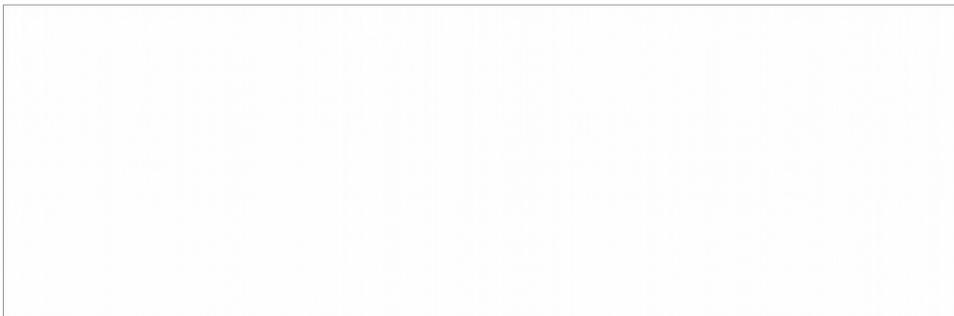
Para la formulación del caso se considera una estrategia de evaluación multimétodo, incorporando a la evaluación clínica individualizada y con familiares, el uso de autorregistros de sintomatología general como el Symptom Checklist-90 (Derogatis, 2001) y otros de personalidad normal y patológica: el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1999) y el MCMI-III (Millon, 2000). En el NEO-PI-R destacó un perfil alto en Neuroticismo (particularmente, las facetas Hostilidad, Depresión y Ansiedad Social) y bajo en Extroversión y Apertura, aproximando el diagnóstico a lo alexitímico (Taylor y Bagby, 2013). En cuanto al MCMI-III, únicamente destacan puntuaciones significativas en la escala de síndromes clínicos-Ansiedad.

Descartada la sintomatología de corte psicótico y obsesivo a partir de la observación de comportamientos sociales genuinamente motivados en el ámbito de la hospitalización parcial, se exploraron aspectos relacionados con la TdM mediante las pruebas siguientes: Test de Alexitimia de Toronto-20 (Bagby et al., 1994), Reading the Mind in the Eyes Test (RME), (Baron-Cohen et al., 2001), The Autism-Spectrum Quotient (AQ-45) (Baron-Cohen et al., 2001) y Reading the Mind in the Voice Test (RMV), (Golan et al., 2007). Ver Figuras 1 y 2.

Se comparan las puntuaciones en alexitimia frente a la población general y el resto de pruebas respecto a una muestra de trastornos generalizados del desarrollo (datos de Sánchez y Caballero, en preparación).



*Figura 1.* Comparación puntuaciones de alexitimia frente a población general.



*Figura 2.* Comparación pruebas TdM frente a muestra TGD.

### **Formulación del caso clínico**

La evaluación clínica delimita un perfil alexitímico de cierta intensidad con dificultades en la comprensión de la propia experiencia somática, hasta el punto de no ser capaz de diferenciar sensaciones como la tristeza, el aburrimiento o incluso la alegría. Esto le lleva a acudir a la búsqueda de asistencia médica tras cada vivencia

ansiosa, que se acompaña además de pensamientos catastróficos de naturaleza hipocondríaca. Las pruebas circunscriben el déficit más hacia el mundo intrapsíquico que a lo interpersonal: no muestra déficits a la hora de entender las expresiones emocionales del otro, lo que orienta el diagnóstico a una alexitimia secundaria.

No obstante la mirada al mundo social también resulta insatisfactoria. El paciente desea mostrarse más espontáneo, sin conocer el contenido de la aspiración o la representación encarnada de la experiencia. Al no entender las reglas de la expresión emocional el fracaso está garantizado, desarrollando conductas de evitación y creencias autorreferenciales.

### **Elección y aplicación del tratamiento**

Dado que la investigación terapéutica basada en la evidencia para la alexitimia es escasa, se opta por desarrollar una intervención individual de orientación estratégica cognitivo conductual (Levant, 1998) a la que se incorporan técnicas experienciales y de proceso facilitadoras de la elaboración de la vivencia emocional. Además, se incorporó la participación en un grupo de encuentro psicoterapéutico propio al ámbito en el que se realiza la intervención.

Los objetivos del trabajo individualizado fueron:

- Psicoeducación sobre la alexitimia y la experiencia emocional.
- Desarrollo de la representación emocional mediante trabajo en imaginación.
- Comprensión de la experiencia emocional en el otro.
- Monitoreo y toma de conciencia de la experiencia emocional en la vida diaria.

### **Efectividad y eficiencia de la intervención**

La intervención se desarrolló durante un total de 75 días en régimen de hospitalización parcial. Durante este periodo se produjeron un total de 14 entrevistas individuales y 12 sesiones de grupo. En este caso, para evaluar la efectividad de la intervención únicamente se consideraron medidas de síntomas, concretamente el SCL-90 (ver figura 3).

Las puntuaciones señalan un descenso generalizado en la totalidad de las variables incluidas en el inventario de síntomas. Es particularmente relevante, tal y como se señala en la formulación del caso, el descenso en la variable relacionada a lo somático, que marca un descenso superior al 40% respecto a la evaluación inicial, en niveles de

mejoría clínicamente significativa. Dada la naturaleza del dispositivo en el que se realizó la intervención, con ingreso de duración limitada, no se pudo realizar el seguimiento en la evolución.

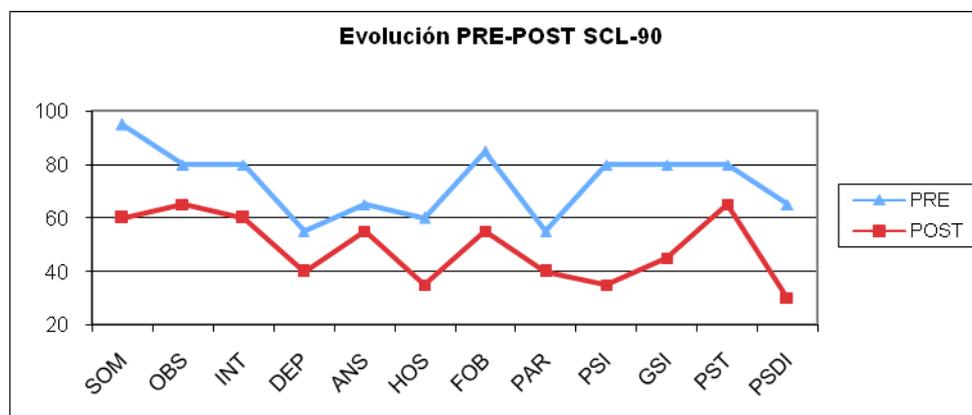


Figura 3. Efectividad de la intervención en nivel de síntomas.

### Discusión y conclusiones

En el presente caso clínico se abordan las dificultades propias al trabajo con perfiles alexitímicos, en primer lugar la inespecificidad diagnóstica. Pese a la amplia tradición de investigación que ha generado y al extenso impacto en el funcionamiento que genera a todos los niveles, no es un trastorno definido. De este modo, la alexitimia ha pasado a considerarse sin más como un constructo hipotético descrito a partir de sus manifestaciones conductuales más salientes (Sivak y Wiater, 1997).

Por un lado, las pruebas de TdM muestran cierta capacidad de representar las emociones del otro, al menos a un nivel formal y de significado. No queda tan claro si también a nivel experiencial.

En cuanto a la diferenciación entre alexitimia primaria o secundaria, aspecto determinante en la orientación y eficacia terapéuticas, el trabajo sesión a sesión con el paciente aclaró el carácter secundario de la alexitimia, al describir el alejamiento progresivo de la experiencia corporal como defensa obligada a las repetidas intervenciones quirúrgicas, alguna de ellas extremadamente intrusivas, que era capaz de observar impasible y posteriormente describir. La forma de la sintomatología en el paciente lo aproximan a trastornos “emocionalmente fríos” como el obsesivo-compulsivo, el esquizoide o incluso el espectro psicótico. Eludir o no explorar los aspectos emocionales de su experiencia, probablemente hubiera derivado en complicaciones importantes en el abordaje clínico.

## Referencias

- Bagby, R.M., Parker J.D.A. y Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithimia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. Adaptación española en Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 1932.
- Baron-Cohen, S., Whelwright, 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, 241251.
- Baron-Cohen, S., Whelwright, S., Skinner, R., Martin, J. y Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 517.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1999). *NEO PI-R MANUAL (NEO-PI-R)*. *Inventario de personalidad NEO revisado*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Derogatis, L.R. (2001). *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R., y Salvatore G. (2015). *Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A Treatment Manual*. London: Routledge.
- Frith, C. D. y Frith, U. (1999). Interacting minds –A biological basis. *Science*, 286, 1692–1695.
- Frith, C. D. y Frith, U. (2006). The neural basis of mentalizing. *Neuron*, 50, 531–534.
- Golan, O., Baron-Cohen, S. y Rutherford, M. D. (2007). The “*Reading the Mind in the Voice*” test-revised: a study of complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(6), 1096-1106.
- Kennedy-Moore, E. y Watson, J.C. (1999). *Expressing emotion*. New York: Guilford Press.
- Krystal, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 353 –378.

- Lane, R.D., Hsu, C.H., Locke, D.E., Ritenbaugh, C. y Stonnington, C.M. (2015). Role of theory of mind in emotional awareness and alexithymia: Implications for conceptualization and measurement. *Consciousness and Cognition*, 33, 398–405.
- Levant, R.F. (1998). Assessing and treating normative male alexithymia. En G.P. Koocher, J.C. Norcross y S.S. Hill (Eds.), *Psychologists' desk reference* (pp. 278-281). Oxford: Oxford University Press.
- Levant, R.F., y Kopecky, G. (1995). *Masculinity reconstructed*. New York: Dutton.
- Millon, T. (2000). *Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R. D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., et al. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: An fMRI study of mentalizing in alexithymia. *Neuroimage*, 32, 1472–1482.
- Sánchez, S. y Caballero, C. (en preparación). Validación española del Reading the Mind in the Voice Test.
- Sifneos, P.E. (1967). Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Proceedings of the Seventh European Conference on Psychosomatic Research*. Basel, Switzerland: Karger.
- Sifneos, P.E. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 287–292.
- Sivak, R. y Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires: Paidós.
- Taylor, G.J. y Bagby, R.M. (2013). Alexithymia and the Five-Factor Model of Personality. En T.A. Widiger y P.T.Jr. Costa (Eds), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 193-207). Washington, DC: American Psychological Association.
- Watson, J.C. y Greenberg, L.S. (1996). Pathways to Change in the Psychotherapy of Depression: Relating Process to Session Change and Outcome. *Psychotherapy*, 33, 262-274.

## PSICOTERAPIA BASADA EN MENTALIZACIÓN EN UN CASO DE TERAPIA FAMILIAR

**Sánchez- López M.V.\*, Fernández- Sánchez A.\*, Ortega- Parra, V.\*, Jiménez M.\*  
y Merino Fernández- Pellón, A.\*\***

*\*Grupo Laberinto Salud y Psicología. (Madrid); \*\*Hospital Universitario Príncipe de Asturias y CSM Francisco Díaz (Alcalá de Henares)*

### Resumen

Presentamos un caso clínico de una menor de 16 años de edad que presenta en el momento actual autolesiones, fugas del domicilio, conductas disruptivas, desregulación del sueño y alimentación, fracaso escolar y dificultades en la convivencia familiar (alteración de la dinámica y estructura familiar, normas y límites). La familia está compuesta por padre, madre e hija, la convivencia está muy deteriorada, presentando grandes dificultades en la comunicación y en la capacidad para entender y regular los estados mentales propios y de los demás. La capacidad parental de los progenitores presenta un alto grado de disfuncionalidad: por un lado, el padre presenta un problema de alcoholismo crónico, y por otro, se mantiene una convivencia entre ellos pese a haber una separación emocional como pareja. Se describe el trabajo realizado con todos los miembros la familia para mejorar su capacidad de comprensión, dificultad y manejo de situaciones complejas. Se plantean los siguientes objetivos terapéuticos: - reducción de la sintomatología autolesiva y alteraciones de conducta de la menor; - favorecer dinámicas relacionales más saludables entre los miembros de la familia, -establecer dentro del domicilio un clima de seguridad adecuado para sus miembros, especialmente para la hija, -aumentar la capacidad de conectar y reconocer los estados mentales propios y de otras personas; -facilitar estrategias de expresión y regulación emocional; -restablecimiento de rutinas y hábitos saludables (sueño, alimentación). El planteamiento terapéutico se hace desde una combinación de terapia familiar y técnicas basadas en la mentalización. Desde la terapia familiar: reformulación, redefinición connotación positiva, intervención paradójica, usos resistencia al cambio, prescripción de tareas, ilusión de alternativas, cuestionamiento circular, desafíos, confrontación, etc. Y desde la mentalización: seguridad, soporte y empatía, identificación de la

mentalización positiva, clarificación y elaboración del afecto, detenerse y confrontar al paciente, mentalización básica, indicios de transferencia, mentalización interpretativa y mentalización de la transferencia (Fonagy y Bateman, 2004). La duración del tratamiento ha sido de 7 meses (sesiones quincenales). Los resultados más significativos se refieren principalmente a la ausencia de actos autolíticos en la menor, mejora en las relaciones con iguales y con sus progenitores y planteamiento de un proyecto vital: reincorporación al ámbito educativo y social (voluntariado). Desde un punto de vista sistémico destacamos la disminución significativa de la agresividad verbal en el clima familiar y la mejora en todos los miembros en su capacidad para comprender los estados mentales de los demás y de los propios, generando dinámicas relacionales más sanas (fortalecimiento del subsistema parental, con mejora de la comunicación y establecimiento de normas y límites más adecuados a la etapa evolutiva de la hija).

**Palabras claves:** Apego, Mentalización, Terapia Familiar

## **MENTALIZATION BASED PSYCHOTHERAPY. A CASE OF FAMILY THERAPY**

### **Abstract**

The identified patient is a 16 year old who starts in family conflicts, lack of rules and limits. The family consists of father, mother and daughter, dysfunctional family dynamics, there is also the problem of parents (father's alcoholism) and coexistence despite the separation as a couple. In the least disruptive behavior, self-harm, escapes from home, dysregulation of sleep and food, poor family communication. The work done with all the family members in understanding, and difficulty handling complex situations described. The following therapeutic objectives: suitable relational between members of the family dynamics within the home environment establish appropriate security for its members especially for the daughter also it works in emotional regulation, regulation of healthy habits (sleep, food) reduce harmful auto symptoms, reduced disruptive behaviors and leaks. The therapeutic approach is made from a combination of family therapy techniques based on mentalizing. Reformulation redefinition positive connotation, paradoxical intervention, uses resistance to change, prescription task illusion of alternative circular questioning, challenges,

confrontation, ... etc. and techniques based on mentalization (Fonagy and Bateman, 2004). Treatment duration was 7 months (bi-weekly). The most significant results relate mainly to the absence of autolytic acts in the least, improved relationships with peers and parents, vital project approach: return to the educational and social field (volunteering). From a systemic point of view emphasize the significant decrease in verbal aggression, improved all members in their ability to understand the mental states of others and own, creating healthier relational dynamics (strengthening parental subsystem, with improvement communication and establishment of standards and best suited to the age of the daughter) limits.

**Keywords:** Attachment, Mentalization, Family Therapy

### **Identificación del paciente**

La paciente identificada es una chica de 16 años de edad que presenta alteración mixta de las emociones y del comportamiento con ingresos recientes continuados por intentos autolíticos (sobreingesta medicamentosa y autoagresividad). Las relaciones familiares se encuentran muy deterioradas en el núcleo de convivencia (estructura y dinámica disfuncional entre la menor y los padres).

Pertenece a una familia española de clase media baja, compuesta por padre, madre e hija.

- El padre de 48 años de edad, trabaja en una empresa de telecomunicaciones con personas a cargo, puesto intermedio.

- La madre 49 años de edad, se encuentra en situación de desempleo desde hace 7 años.

- La hija está en 1º de Bachillerato (repitiendo curso), poco aprovechamiento escolar, muchas ausencias a clase, con un abandono previo en mitad del curso anterior.

Respecto a la familia, destacamos varios aspectos a tener en cuenta. Los padres están separados, aunque conviven en el mismo domicilio: esto ha supuesto un deterioro en sus responsabilidades parentales que ha provocado dificultades graves en la atención a las necesidades emocionales de la hija (reclama de manera permanente la atención de sus padres, a la vez que lo rechaza).

La dinámica familiar es patológica, cada miembro funciona de manera individual coexistiendo en el mismo espacio sin apenas interacción entre sus miembros. En

momentos de crisis los padres actúan descoordinados y con medidas disfuncionales de contención: castigos, gritos, insultos, amenazas, reacciones violentas... lo que provoca un clima de estrés continuo en todos sus miembros. La madre tiene una relación emocional ambivalente con la hija: por un lado, la defiende del padre, por otro la culpa de todo lo que sucede en la familia, volcando una gran carga emocional sobre ella.

La situación en el momento de la intervención es grave: la menor ha pasado una semana hospitalizada por sobreingesta medicamentosa.

### **Análisis del motivo de consulta, historia y descripción de las conductas problema**

La familia llega a consulta a propuesta de un servicio de mediación familiar, que proponen a la familia la necesidad de iniciar un proceso de terapia familiar.

En el momento de iniciar el proceso terapéutico los padres ponen casi de forma exclusiva el foco del conflicto en el comportamiento de la menor.

En el inicio del proceso, valoramos los siguientes aspectos:

**En la menor:** Autolesiones, sobreingestas repetidas, conductas disruptivas, fugas del domicilio, desregulación del sueño y alimentación, problemas relacionales (aislamiento social), baja autoestima y absentismo escolar.

**En el sistema familiar:** comunicación familiar deficiente, alto nivel de estrés familiar, violencia verbal, ausencia de normas y límites, separación emocional de los padres, alcoholismo del padre, trastornos psicósomáticos de la madre (fibromialgia).

### **Metas y objetivos terapéuticos del tratamiento**

Tras la valoración inicial proponemos los siguientes aspectos a trabajar con todos los miembros de la familia:

- Facilitar desde el espacio terapéutico un contexto de escucha y respeto.
- Prohibición explícita de la violencia verbal en tono y contenido,
- Disminuir el riesgo autolítico de la menor
- Facilitar la expresión y regulación emocional y la verbalización de los contenidos psíquicos.
- Mejorar la estructura y dinámica familiar: aumentar la capacidad de contención del sub-sistema parental, favorecer el desarrollo de un apego seguro y de la capacidad reflexiva en todos los miembros.
- Regulación de hábitos y rutinas de autocuidado

- Construir herramientas para el manejo de crisis, a partir de los recursos familiares y personales.
- Favorecer el desarrollo en todos los miembros de una estructura no patológica de personalidad minimizando las interdependencias patógenas a través de la mejora de la capacidad de mentalización.
- Visibilizar la resiliencia familiar.

### **Selección de los tratamientos más adecuados y aplicación de las técnicas**

Para la selección de los tratamientos más adecuados hemos optado por una combinación de terapia familiar sistémica (Minuchin y Fishman, 1984) y técnicas basadas en la mentalización (Fonagy y Bateson, 2004).

#### **¿Por qué técnicas basadas en la mentalización?**

Diseñada por **Bateman** y **Fonagy** para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad (TLP), estos autores proponen este tipo de intervención en casos en los que la capacidad de mentalizar está deteriorada o es inexistente. Este déficit es especialmente evidente en contextos de **apego** inseguro: los autores relacionan este déficit con una ausencia de relaciones de apego seguro en sus relaciones tempranas.

El tratamiento se organiza para facilitar la capacidad de “**mentalizar**” en el contexto de terapias individuales y de grupo, definiendo la “mentalización” como la capacidad de comprender y predecir nuestras conductas y las de los demás en función de los estados mentales subyacentes. En este sentido, es una capacidad implícita y explícita de interpretar las acciones propias y de los otros en base a estados mentales (deseos, intenciones, sentimientos y pensamientos). Implica reconocer que lo que está en la mente del otro es un estado mental.

Así, estos autores ponen el acento en la capacidad de *mentalización* como variable fundamental a la hora de entender y abordar la patología borderline (Fonagy y Bateman, 2004). El término de "mentalización", que en la mayoría de las ocasiones, equivale o sustituye al de "función reflexiva" hace referencia al proceso psicológico mediante el cual percibimos e interpretamos la conducta humana, tanto la propia como la ajena, como un elemento dependiente o relacionado con estados mentales subjetivos e intencionales, tales como los deseos, los pensamientos o sentimientos.

La terapia basada en la mentalización se centra por tanto en analizar los modelos de relación y factores inconscientes que están inhibiendo el cambio. El trabajo

terapéutico se centra en intentar optimizar y favorecer el uso de dicha capacidad, en un contexto de apego seguro (Fonagy y Bateman, 2004).

Esta menor presenta un patrón de personalidad similar al funcionamiento límite, con lo que consideramos que la Psicoterapia basada en Mentalización podía ser un buen recurso terapéutico en su plan de intervención, con el objetivo de estimular su capacidad de comprender sus estados mentales y los de los demás,

A continuación, pasamos a describir las técnicas usadas para la mejora de la mentalización en el paciente identificado siguiendo este el modelo de la Psicoterapia basada en la Mentalización:

- Seguridad, soporte y empatía.
- Identificación de la mentalización positiva.
- Clarificación y elaboración del afecto.
- Detenerse y confrontar al paciente.
- Mentalización básica (parar, escuchar y mirar), (parar, rebobinar y explorar)
- Indicios de transferencia.
- Mentalización interpretativa.
- Mentalización de la transferencia

Lo que intentamos con estas técnicas es establecer por un lado un contexto de cercanía y seguridad para que la menor pueda establecer con los terapeutas una cercanía afectiva adecuada para poder ahondar en su mundo psíquico y poder ir modificando poco a poco su capacidad para mentalizar, en este sentido esta capacidad le permitirá comprender y predecir sus propias conductas y la de sus padres en función de sus estados mentales subyacentes, disminuyendo la sensación de descontrol emocional. En último término, buscamos que pueda tener una relación diferente y más sana con sus progenitores y otras personas.

### **¿Por qué un tratamiento desde la terapia familiar?**

El concepto fundamental en la teoría familiar sistémica es el concepto de **sistema**, definido en la Teoría General de Sistemas (TGS) como el conjunto de elementos dinámicamente estructurados cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquéllas que poseen sus elementos por separado. Para entender el comportamiento de un sistema, es preciso tener en cuenta sus elementos, sus propiedades y sus interacciones. La familia es un sistema, en el que la conducta y la

experiencia de un miembro no se pueden entender separadas de la del resto de sus miembros (Sánchez y Rivero, 2011).

En la TGS se distingue entre:

- **Suprasistema:** Medio en el que se desenvuelve el sistema (sociedad).
- **Subsistema:** componentes del sistema (miembros de la familia)
- **Sistema abierto:** Se adapta al medio en el que se encuentra intercambiando energía e información. Puede alcanzar su estado final independientemente de las condiciones iniciales, mostrando en cierta manera una “voluntad propia”. Sus propiedades serían:

- Totalidad
- Retroalimentación
- Equifinalidad
- Tendencia a estados constantes

- **Sistema cerrado:** Se mantienen aislados de las influencias ambientales, su estado final depende de las condiciones iniciales del sistema y habría un aumento de entropía en su seno (empobrecimiento energético) con una pérdida constante de calidad.

La familia sería un sistema abierto, pues existe intercambio de información con el exterior, que se regula mediante mecanismos de *feedback* y *feedforward*, en orden de mantener sus parámetros básicos en funcionamiento.

Lo que tendremos en cuenta en el caso que nos ocupa es valorar a través de diferentes conceptos de la terapia familiar sistémica (propiedades de la familia: causalidad circular, homeostasis (regulación), información, capacidad de adaptación, paciente designado), las características de esta familia y la mejor manera de abordar con ellos los problemas que presentan.

Desde los modelos familiares sistémicos, las conductas sintomáticas son entendidas como retraso o detención del desarrollo familiar, en este sentido debemos tener en cuenta y trabajar con todos los miembros para que la familia se dé cuenta de los patrones interaccionales rígidos disfuncionales que no le permiten desarrollarse.

Desde un punto de vista terapéutico, se plantea como objetivo:

- la reorganización del grupo familiar mediante la redefinición de las reglas explícitas o implícitas del sistema, así como de los roles y de los límites,
- la comunicación libre, abierta entre los miembros, (ámbito cognitivo y afectivo),

- la flexibilización de las interacciones entre los miembros y entre los diferentes subsistemas,
- el descubrimiento de nuevos mecanismos para la resolución de conflictos,
- la diferenciación de cada uno de sus miembros, modificando las relaciones de tipo simbiótico rígido que impiden el crecimiento individual,
- la utilización de los recursos o fuerzas familiares, para que el sistema utilice su capacidad espontánea de cambio,
- la satisfacción de necesidades primarias de cada uno de los miembros por la misma familia,
- el entendimiento de la problemática en torno al "paciente sintomático" como un asunto familiar y no cómo un asunto individual, de manera que cada miembro se dé cuenta de su papel y asuma su responsabilidad y además la construcción de significados nuevos, que apoyen el desarrollo familiar.
- En último término, cambiar la organización familiar, límites y jerarquías a través de la provocación de una crisis o desequilibrio.

Para ello organizamos las entrevistas familiares en relación a los diferentes subsistemas, con toda la familia completa y también sesiones individuales con la menor. Todas las sesiones fueron llevadas a cabo en co-terapia (terapeuta masculino y terapeuta femenino).

Las técnicas empleadas desde el modelo sistémico han sido: reformulación, redefinición connotación positiva, intervención paradójica, usos resistencia al cambio, prescripción de tareas, ilusión de alternativas, cuestionamiento circular, desafíos, confrontación.

### **Evaluación de la eficacia**

La duración del tratamiento ha sido de 7 meses (sesiones quincenales). Los resultados más significativos se refieren principalmente a la ausencia de actos autolíticos en la menor, mejora en las relaciones con iguales y con sus progenitores, planteamiento de proyecto vital: reincorporación al ámbito educativo y social (la menor realiza actividades de voluntariado en una ONG nacional).

Desde un punto de vista sistémico destacamos la disminución significativa de la agresividad verbal y la mejora en todos los miembros en su capacidad para comprender los estados mentales de los demás y de los propios, generando dinámicas relacionales

más sanas (fortalecimiento del subsistema parental, con mejora de la comunicación y establecimiento de normas y límites más adecuados a la edad de la hija).

### **Observaciones**

La presentación de este caso ha tenido como objeto describir la utilización de técnicas basadas en la mentalización incluidas en un plan de tratamiento familiar sistémico.

Entendemos, tras la mejora de la sintomatología familiar e individual en la menor, que el planteamiento terapéutico y las técnicas elegidas han sido adecuadas para este caso, donde los problemas relacionales tenían un papel clave en el origen y mantenimiento de la patología. El trabajo en la reparación del apego y en el establecimiento de vínculos más seguros dentro del entorno familiar ha posibilitado un cambio orientado a la mejora de la calidad de vida de todo el sistema familiar.

Consideramos importante investigar la eficacia de este tipo de intervención en nuevos casos clínicos para facilitar la creación de nuevos protocolos de tratamiento dirigidos a familias con alteraciones graves en la dinámica y en la estructura.

### **Referencias**

- Fonagy, P., y Bateman, A. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford University Press.
- Minuchin, S., y Fishman C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Sánchez, M.V., y Rivero, R. (2011). *Terapias Psicológicas*. Murcia: Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual.

**ESTUDIO DE CASO SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TEPT UTILIZANDO  
EL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO  
TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES**

**Paula Placencia-Morán\*, Cristian Castellano-Badenas\*\*, Elena Crespo  
Delgado\*\*, Jorge Osma López\*\*\*, Amparo Malea Fernández\* y Francisco Pérez  
Prieto\***

*\*Centro de Salud Mental Malvarrosa, Hospital Clínico Universitario de Valencia;*

*\*\*Universidad de Jaume I (Castellón); \*\*\*Universidad de Zaragoza*

**Resumen**

**Antecedentes:** Los trastornos emocionales (TE), categoría que engloba tanto a los trastornos de ansiedad como a los trastornos depresivos, tienen una alta prevalencia en la población clínica, así como una alta comorbilidad entre ellos. Estos datos han generado un creciente interés por estudiar alternativas de tratamiento más eficaces, eficientes y efectivas. Con el fin de mejorar la asistencia psicológica ofrecida en las Unidades de Salud Mental, en el presente estudio se plantea una intervención desde un punto de vista transdiagnóstico para el tratamiento de los TE. **Método:** Se presenta el caso de una mujer de 47 años, con diagnóstico de TEPT tras un accidente de coche por el que pierde el brazo derecho. Acude al Centro de Salud Mental Malvarrosa (Valencia) afirmando encontrarse triste, irritable, sin ganas de nada y con limitaciones en su día a día (ha dejado de conducir y usar el transporte público ya que esto le hace reexperimentar el suceso). Se administraron las siguientes medidas antes y después del tratamiento: BDI-II, BAI y PANAS. La intervención consistió en 11 sesiones grupales de dos horas cada una de ellas con frecuencia semanal siguiendo los módulos de la última actualización del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2011). **Resultados:** Se produjo un importante descenso en la clínica depresiva y ansiosa, así como una disminución del afecto negativo y un aumento del afecto positivo. **Conclusión:** La intervención desde un enfoque transdiagnóstico en formato grupal disminuye la sintomatología ansiosa y depresiva (afecto negativo) alcanzando niveles subclínicos, además de aumentar la frecuencia e intensidad de las emociones positivas. Dicho protocolo en formato grupal

supone un mejor aprovechamiento de los recursos y mejora de la calidad asistencial dentro de la Sanidad Pública de nuestro país.

**Palabras clave:** Protocolo Unificado, Transdiagnóstico, Terapia Grupal, Trastornos emocionales, Caso único

## **CASE STUDY ON TREATMENT OF PTSD USING THE PROTOCOL TRANSDIAGNOSTIC UNIFIED FOR TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS**

### **Abstract**

**Background:** Emotional disorders, category that includes both anxiety disorders and depressive disorders have a high prevalence in the clinic population and high comorbidity between them. These data have generated growing interest in studying alternative treatments more effective and efficient. In order to improve the psychological care provided in Mental Health Units. In the present study intervention arises from a transdiagnostic view for treatment of TE. **Methods:** For a 47 years old woman presented with a diagnostic of PTSD after a car crash by losing her right arm. She went to Mental Health Center Malvarrosa feeling sad, irritable, listless and limitations in her day to day (she has stopped driving and she has stopped using public transport because she re-experienced the event). The following measures were administered before and after treatment: BDI-II, BAI and PANAS. The intervention group consisted of 11 sessions of two hours each one with weekly modules following the last update of the “Transdiagnostic Unified Protocol for the treatment of emotional disorders in group format” (Barlow, 2011, translated into Spanish by Osma and Crespo, 2015). **Results:** There was a significant decrease in depressive and anxious clinic as well as a reduction of negative affect and increased positive affect. **Conclusions:** The intervention from a focus group format transdiagnostic, decreases anxiety, depression (negative affect) reaching subclinical levels, in addition to increasing the frequency and intensity of positive emotions. The protocol in group format is a better use of resources and improving the quality of care within the public health of our country.

**Keywords:** Protocol unified, transdiagnostic, group, emotional disorders, case study

## Introducción

En la actualidad, la enfermedad mental es considerada como un reto de la sociedad ya que, tal y como apuntan Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler (2012), en los últimos años las consultas al médico de cabecera por malestar psicológico han aumentado notablemente. Según este estudio epidemiológico realizado en España, los trastornos mentales con mayor prevalencia por lo que respecta a los pacientes de los servicios de Atención Primaria son los trastornos emocionales (TE), término que comprende los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo unipolar. En concreto, en este estudio se estimó que un 47% de los pacientes que acudieron a servicios de Atención Primaria cumplía criterios diagnósticos para un Trastorno Depresivo Mayor. Adicionalmente, también queda reflejado que la segunda categoría diagnóstica con mayor prevalencia son los trastornos de ansiedad, como por ejemplo el Trastorno de Ansiedad Generalizada con un 19,7%, o el Trastorno de Pánico con un 15,7%. A través de estos datos se puede afirmar que los TE son muy comunes entre las personas que solicitan asistencia psicológica en los centros de Salud Mental. Teniendo en cuenta las prevalencias de los TE, en los últimos años ha aumentado significativamente el interés por hallar las alternativas más eficaces, eficientes y efectivas en cuanto al tratamiento de los TE.

Desde este estudio se propone una alternativa de intervención psicológica, desde la perspectiva transdiagnóstica, en formato grupal. Desde este enfoque, los trastornos mentales no se entienden como entidades separadas categorialmente, sino que se proponen factores de etiología y de diátesis común entre ellos. Apoyándose en esta aproximación, Barlow et al. (2011) desarrollaron el “Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales” (PU) que hace hincapié en los problemas de regulación emocional que tienen en común los pacientes con TE. Esta intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual está altamente estructurada y protocolizada además de incluir técnicas cuya eficacia ha sido probada con anterioridad.

En diversos estudios controlados, el PU ha demostrado su eficacia en formato individual (Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard y Barlow, 2010; Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010; Farchione et al., 2012; Gallagher et al., 2013; Sauer-Zavala et al., 2012), pero en cuanto a su aplicación en formato grupal los estudios

aún son bastante reducidos. Actualmente hay dos artículos que reflejan datos preliminares sobre su eficacia en dicho formato. Por un lado, Bullis et al. (2015) realizaron dos grupos de terapia aplicando el PU con una muestra total de 11 participantes. Tras la intervención, se hallaron mejorías significativas (efecto moderado/fuerte) en los niveles de ansiedad, depresión, deterioro funcional, satisfacción con la calidad de vida y en la escala referente a la evitación por experimentar sensaciones negativas. Por último, Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios (en prensa) realizaron un ensayo clínico no aleatorizado en el cual también se aplicó el PU a nivel grupal con el fin de demostrar su eficacia y aprovechar a su vez las ventajas de las intervenciones en grupo. A nivel clínico, se obtuvieron mejorías estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento en las medidas relacionadas con la ansiedad y con el estado de ánimo, entre otras. A los 12 meses tras finalizar la terapia, estos resultados se mantuvieron alcanzando diferencias significativas en la mayoría de las medidas administradas.

La aplicación del PU en formato grupal en los centros de salud mental puede suponer una posible solución para el tratamiento de los TE, suponiendo una mejoría por lo que respecta a la calidad asistencial de los servicios de salud mental de nuestro país. En este estudio, quedan reflejados los resultados de una paciente que participó en la terapia grupal donde se aplicó el PU (Barlow et al., 2011)

### **Identificación del paciente**

Mujer de 47 años, natural de Valencia, con estudios superiores, actualmente de baja laboral, separada, y con dos hijas de 18 y 22 años. La paciente estaba recibiendo tratamiento farmacológico, combinando ansiolíticos y antidepresivos. No refiere haber recibido anteriormente tratamiento ni psicológico ni farmacológico.

### **Motivo de consulta**

Acude a su médico de cabecera, el cual le deriva a su Unidad de Salud Mental. Tras varios meses de espera es atendida por una psicóloga clínica de este centro con síntomas ansioso-depresivos. Afirma sentirse triste e irritable.

## **Formulación del Caso**

### *Descripción del problema*

La paciente sufre en 2012 un accidente de tráfico por el cual pierde su brazo derecho. La paciente refiere tristeza, sentimientos de culpa, irritabilidad, nerviosismo, dificultades de concentración, apatía y anhedonia. Además, acusa limitaciones en su día a día relacionadas con conductas de evitación y escape: ha dejado de conducir, y ya no usa transportes públicos, ya que al hacerlo reexperimenta síntomas de ansiedad e hiperactivación. Su círculo social no es muy amplio desde el accidente ya que ha estado tiempo sin poder realizar su vida cotidiana y sus amistades han dejado de ponerse en contacto con ella. La relación con sus hijas afirma ser conflictiva ya que a partir del accidente se encuentra más irritable, y por mínimas cosas inicia una discusión.

### *Historia del problema*

Tras el accidente de coche hace 2 años, y su posterior recuperación física ha ido desarrollando síntomas del espectro ansioso-depresivo hasta el momento de iniciar la terapia, sin haber recibido con anterioridad ningún tipo de asistencia psicológica.

### *Hipótesis*

Dada la amenaza que sufrió su vida en este accidente de tráfico, estímulos asociados al mismo se relacionan con un peligro. A raíz de esto, la paciente presenta conductas de evitación y escape que mantienen el problema y retroalimentan la sintomatología ansiosa y depresiva creando así un círculo vicioso limitante.

## **Método**

### *Procedimiento*

El grupo de terapia se realizó en la Unidad de Salud Mental Malvarrosa (Valencia), centro colaborador del estudio multicéntrico dirigido por el Dr. Jorge Osma, donde se firmó un convenio de colaboración para obtener los acuerdos y permisos necesarios para colaborar en la recogida de muestra. Para ello, se llevó a cabo una reunión con los psicólogos y psiquiatras de dicho centro para explicar el programa de tratamiento que se iba a llevar a cabo, y los criterios de inclusión y exclusión

establecidos por el manual original (pueden consultarse en Farchione et al., 2012) para la selección de la muestra.

### *Diseño*

En este trabajo presentamos un estudio de caso(n=1) que ha recibido como tratamiento la última actualización del PU (Barlow et al., 2011) en el Centro de Salud Mental Malvarrosa (Valencia) en formato grupal.

### *Instrumentos de evaluación*

La paciente fue diagnosticada de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) a través de la Entrevista Estructurada de los Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV; Brown, Di Nardo y Barlow, 1994) adaptada al español por Botella y Ballester (1997) y con una exploración clínica exhaustiva. Tanto al inicio como al final del grupo se administraron los siguientes cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), adaptado al español por Sanz, Navarro y Vázquez (2003), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Steer y Brown, 1993), adaptado al español por Magán, Sanz y García-Vera, 2008, y la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988), adaptado al español por Sandín et al. (1999).

## **Tratamiento**

### *Aplicación del tratamiento*

Se llevó a cabo una intervención grupal con enfoque cognitivo-conductual, que consistió en 11 sesiones con una frecuencia semanal de dos horas de duración siguiendo las directrices y los módulos planteados en la última actualización del PU (Barlow et al., 2011). Los módulos del tratamiento fueron los siguientes: (1) Motivación para el cambio, (2) Entender las emociones. Reconocimiento y análisis de la respuesta emocional, (3) Entrenamiento en conciencia emocional, (4) Evaluación y reevaluación cognitiva, (5a) La evitación emocional, (5b) Conductas Impulsadas por la Emoción, (6) Conciencia y Tolerancia a las sensaciones físicas, (7) Exposición Emocional interoceptiva y situacional (8) Logros, mantenimiento y prevención de recaídas. Se dedicaron tres sesiones al módulo “Exposición Emocional a las sensaciones físicas y situaciones” en beneficio de los pacientes del grupo.

*Metas del tratamiento*

La paciente, se plantea como objetivos al inicio del tratamiento: 1) Mejorar su estado de ánimo, 2) Disminuir los síntomas de ansiedad, 3) Mejorar su calidad de vida, y 4) Reanudar el uso del coche y de los medios de transporte.

**Resultados**

La puntuación en el pretratamiento en el BDI-II fue de 25 (depresión moderada) y en el BAI fue de 30 (ansiedad grave). Al finalizar la terapia, los datos reflejan una depresión leve (BDI=17) y una ansiedad media (BAI=12). En el seguimiento a los 3 meses se obtiene una disminución en la sintomatología depresiva (BDI=15) y el nivel de ansiedad es subclínico (BAI=4). Por lo que respecta a la afectividad emocional (medida a través de la escala PANAS), la paciente, antes del tratamiento obtiene una puntuación de 26 en Afecto Negativo y una puntuación de 20 en Afecto Positivo. Tras la intervención, se observa una disminución del Afecto Negativo (AN=15) y un aumento del Afecto Positivo (AP=26). En el seguimiento a los 3 meses continua la reducción de emociones negativas (Afecto Negativo=13) y se mantiene en general, la vivencia de emociones positivas (Afecto Positivo=24). Las puntuaciones se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1

*Resumen de puntuaciones en el BDI-II, en el BAI y en la escala PANAS en el pretratamiento, postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses*

	PRE	POST	SEGI
BDI	25	17	15
BAI	30	12	4
PANAS			
AP	20	26	24
AN	26	15	13

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001

## Conclusiones

El PU, ha producido una disminución importante en las medidas principales de ansiedad y depresión en la paciente. Ambas medidas disminuyen después de la intervención, llegando a alcanzar niveles subclínicos (BAI) y leves (BDI) tal y como se ha podido apreciar en el seguimiento a los 3 meses. Respecto a la sintomatología clínica evaluada con la ADIS-IV la paciente dejó de cumplir los criterios diagnósticos asociados con el TEPT. Además, también disminuyó la sintomatología relacionada con el AN y aumentó la relacionada con el AP, con la importante repercusión que tuvieron estos cambios en la rutina diaria de la paciente. Teniendo en cuenta que la base del PU es aprender a manejar la desregulación emocional, podemos decir que, a través del PU ha mejorado la sintomatología ansiosa, depresiva y la relacionada con el AN de la paciente. En cuanto a los objetivos marcados al inicio de la terapia, se puede afirmar que la paciente los ha conseguido alcanzar de forma satisfactoria ya que en su día a día ha recuperado su funcionamiento habitual: se ha renovado el carnet del de coche y ha vuelto a conducir con un vehículo adaptado, ha retomado el uso de transportes públicos, ha iniciado la práctica de yoga e incluso se ha ido de viaje con un familiar siendo ella la conductora principal, mejorando así, su calidad de vida de forma considerable. Además, la paciente afirma que ha mejorado subjetivamente su estado de ánimo y que ahora encuentra sus relaciones interpersonales más satisfactorias, además de haber iniciado proyectos de futuro y planificado nuevas metas. Con respecto a la terapia y sus componentes la paciente verbalmente manifestó sentirse muy satisfecha con todos los módulos en general y con los módulos 2, 3 y 6 en particular ya que, según afirmale permitieron comprender su problemática.

El PU en formato grupal ha demostrado a través de los resultados obtenidos en este estudio de caso, que puede ser una alternativa óptima como tratamiento para las personas con TEPT, y con sintomatología depresiva.

## Referencias

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., et al. (2011). *Protocol unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta y manual del paciente* (Traducción 2015 de Jorge Osma y Elena Crespo). Madrid: Alianza Editorial.

- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual of the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Boisseau, C. L., Farchione, T., Fairholme, C. P., Ellard, K. E., y Barlow, D. H. (2010). The development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-113. doi: 10.1016/j.cbpra.2009.09.003
- Botella, C., y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Brown, T.A., Di Nardo, P. A., y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). Adult and Life time version. Clinical Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., y Barlow, D. H. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321. Doi: 10.1177/0145445514553094
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T., y Barlow, D. H. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101. doi: 10.1016/j.cbpra.2009.06.002
- Farchione, T.J., Fairholmr, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., et al. (2012). The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 3, 666-678.
- Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Boswell, J. F, Carl, J. R., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2013). The impact of the Unified Protocol for Emotional Disorders on quality of life. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6, 57-72. doi: 10.1521/ijct.2013.6.1.57
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., y Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*. doi: 10.1093/eurpub/cks035

- Magán, I., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, *11*, 626-640.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. y Garcia-Palacios, A. (en prensas). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in group format in a Spanish Public Mental Health Setting. *Behavioral Psychology /Psicología Conductual*.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escala PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, *11*, 37-51.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, *29*, 239-288.
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A., y Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 551-557. doi: 10.1016/j.brat.2012.05.005
- Watson, D., Clark, L.A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1070.

**COPING MEDIATES THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT  
AND POSTTRAUMATIC GROWTH AMONG DISASTER SURVIVORS IN  
YOGYAKARTA PROVINCE INDONESIA**

**Zarina Akbar<sup>\*,\*\*</sup> and Evelin Witruk<sup>\*</sup>**

*\*Department of Education and Rehabilitative Psychology, University of Leipzig,  
Germany; \*\*Department of Psychology, Jakarta State University, Indonesia*

**Abstract**

Disasters occurred suddenly and unexpectedly causing widespread damage and traumatic experiences which are associated with a high degree of negative psychological consequences. Positive change is increasingly addressed within the broader trauma literature although less is known about positive change than negative sequelae following natural disasters. This research examined the relationship between social support, coping behavior, and positive outcomes posttraumatic growth after disaster traumatic experiences. The hypothesis formulated that there was a direct and indirect relationship between social support and posttraumatic growth mediated by coping among disaster survivors. The sample consists of 100 survivors of affectedness natural disaster earthquake in Bantul district and volcano eruption in Cangkringan Sleman district in Yogyakarta Province Indonesia. Data were collected several years after disasters in 2013. The measurement instruments used for data collection had subscales on coping, social support, and post-traumatic growth. Coping aspects divided into approach and avoidance coping. It was found that social support significantly related direct and indirect mediated with coping to posttraumatic growth. Another result of the study also indicated that approach coping was found to be the most effective coping strategy to reach posttraumatic growth. Implications of this research described that a rehabilitation program after disaster is very important to be conducted in order to foster some protective factors. A rehabilitative psychological program needs to be delivered in ways that will take into account different levels of needs, different patterns of impacts, and the feasibility and cultural appropriateness of the response. This research also contributes to a more comprehensive understanding regarding the effectiveness of

coping strategies and social support among disaster survivors in managing traumatic experiences, especially in a collectivistic cultural setting.

**Keywords:** Coping, Social Support, Posttraumatic Growth, Disaster Survivors

### **Introduction**

Natural disasters are increasing in frequency and severity around the globe. The rising population is one of contributors to the negative impacts of natural disasters because death tolls and devastations are greater in areas with more dense population (International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies, 2009). The number of natural disasters, especially weather-related ones such as earthquake, volcano eruption, floods, storms, cyclones, drought, and extreme temperatures, as well as the number and diversity of factors involved in international responses, are increasing.

McFarlane and Norris (2006) defined a disaster as a potentially traumatic event that is actively experienced, has an accurate onset, and is time delimited, and may be limited, and although the aftermath may be long term, the actual disaster has an ending. An event may be traumatic to one person, but a disaster is experienced by a community, be it a town, a region, or a nation (Yutzenka, & Naifeh, 2008). Centre for Research on the Epidemiology of Disaster (CRED) defines a disaster as “a situation or event which overwhelms local capacity, necessitating a request to a national or international level for external assistance; an unforeseen and often sudden event that causes great damage, destruction and human suffering”. In order to be classified into the database, a disaster must have at least one of the following criteria: (a) 10 or more people reported killed; (b) 100 or more people reported affected; (c) declaration of a state of emergency; or (d) call for international assistance (Jacobs, Leach, & Gerstein, 2011).

Disaster in negative perspective is a traumatic event which influences the psychological condition of the survivors. Andrews, Harris & Howie (2005) stated that traumatic experiences can lead to the emergence of psychological effects that chronic, among others, post-traumatic stress disorder, psychological distress, and depressive disorders. This idea is supported by Rayburn et al. (2005) who stated that traumatic experiences can cause negative mental health. The negative psychological impact of natural disasters, like earthquakes, floods, and hurricane on survivors have been widely

documented (Lai, Chang, Connor, Lee, & Davidson, 2004; Rubonis, & Bickman, 1991; Steinglass, & Gerrity, 1990).

Disaster did not only give negative impacts, but also positive ones. These positive changes and experiences are called post-traumatic growth (Karanci, & Acarturk, 2005). Post-traumatic growth is the process of getting and maintaining perceived positive outcomes from a traumatic experience (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998). Many terms including found meaning, benefit finding, post-traumatic or stress-related growth, perceived benefits and self-transformation have been used to capture experience of positive change or growth. In particular terms of post-traumatic growth has been used in reference to 'a sense' that personal growth resulted from a challenging life experience. Positive changes following traumatic events have been empirically demonstrated after various kinds of violence, such as natural and technological disasters (McMillen, Zuravin, & Rideout, 1995).

The question arises: in what extent disaster do the survivors achieve post-traumatic growth after the disaster several years ago? What certain protective factors influenced this condition? How did the people cope with the devastating disasters? Did some psychological factor including social support influence the post-traumatic growth? Once the psychological profiles of protective factors influencing the post-traumatic growth are identified, the information might be useful for rehabilitation program for disaster survivors in the future.

## **Methodology**

### *Objective*

This study examined the relationship between social support, coping behavior, and positive outcomes posttraumatic growth after disaster traumatic experiences in Yogyakarta Province Indonesia.

### *Hypothesis*

The hypothesis formulated that there was direct and indirect relationship between social support and posttraumatic growth mediated by coping among disaster survivors.

### *Participants and procedure*

The participant consists of 100 survivors of affectedness natural disaster earthquake in Bantul district and volcano eruption in Cangkringan Sleman district in Yogyakarta Province, Indonesia. For the period July-September 2013, a process data was collected. The participants were personally approached, given information about the purpose of the research, and invited to participate. Confidentiality of information and its restricted use for research only were assured. The participant was 35% male and 65% female. Fifty percent of study participants were survivors from the Bantul's earthquake 2006 and 50% of the Merapi Eruption 2010. The educational background of the participants was no school 6%, elementary school 36%, junior high school 25%, senior high school 32%, and university 1%. The marital status was single 12%, married 82%, and widow/widower 6%. All participants were Muslim. Participant's occupation was labourer 19%, teacher 2%, housewife 31%, and others 48%.

### *Measures*

The measurement instruments used for data collection had subscales on coping, perceived social support, and post-traumatic growth level.

*Coping.* Coping was assessed with a 26 items scale. These items were derived from 28 items of the Brief COPE Scale (Carver, 1997) and were selected based on their high factor loadings. Substance use were not examined in this research because of low factor loading analysis and related to culture bias. The Brief COPE has adequate internal reliability (Carver, 1997). Finally, coping aspects divided into approach and avoidance coping.

*Perceived social support.* Perceived social support was assessed using the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). This scale was constructed to assess individual's perceived social support. MSPSS specifically addresses the subjective assessment of social support adequacy. It was designed to assess perceptions of social support adequacy from three specific sources: family, friends, and significant others. MSPSS has good reliability, factorial validity, and adequate construct validity (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988).

*Post-Traumatic Growth.* Post-traumatic growth was assessed with the 21-items Post-Traumatic Growth Inventory (Tedeschi, & Calhoun, 1996) that include aspects of perceptions of growth in relating to others, new possibilities, personal strength, spiritual

change, and appreciation of life. The Post-Traumatic Growth Inventory was developed to assess growth-related changes experienced by traumatized individuals. The 21-item scale yields a total score and five subscale scores: New Possibilities, Relating to Others, Personal Strength, Spiritual Change, and Appreciation of Life.

## Results

Path-analysis was performed in order to test the hypothesized model. Path-analysis is a statistical technique used primarily to examine the comparative strength of direct and indirect relationships among variables. A series of parameters are estimated by solving one or more structural equations in order to test the fit of the correlation matrix between two or more causal models, which are hypothesized by the researcher to fit the data. In this study, a path analysis was calculated with observed variables.

Missing data was not found in data screening. Neither the evidence of multicollinearity was found. Social support was slightly negative skewed (skewness = -1.06, kurtosis = 1.69) and posttraumatic growth negatively skewed (skewness = -1.95, kurtosis = 3.40). Approach coping was slightly negative skewed (skewness = -1.29, kurtosis = 0.87) and avoidance coping positively skewed (skewness = 0.41, kurtosis = -1.11). All variables for this research fulfilled the normality distribution criteria.

Hypothesis in this study was confirmed in a path analysis model. From the result, the effect of social support on posttraumatic growth (PTG) was both directly and indirectly mediated by approach coping behavior (social support predicting PTG: beta = 0.15; social support predicted levels of approach coping: beta = 0.29; and approach coping predicting PTG: beta = 0.44). Approach coping also led to higher levels of PTG.

## Discussion/Conclusion

Social support is defined as a resource provided by people in order to help others in difficult situations. Research suggest that social support also gives more opportunity to the development of positive changes after trauma. This refers to both the availability of support and perceived or obtained support. Social support is one of the important things in disaster survivors (Zhao, 2008). Social support help to reduce the negative impact of disaster as well as facilitate the flow of information and also help to maintain the mental health of the disaster survivors.

Social support is very important for affected survivors. This support can decrease the probability of the individual developing full-blown posttraumatic stress disorders, and also to the speed of recovery and adjustment (De Silva, 2006). Social support is the survivor's psychological experience of others helpfulness rather than some objective or observable phenomenon (McCann, & Pearlman, 1990). It is certainly the case that the individual's perception of the support given is a critical factor.

Social support may help people to make more positive appraisals of stress and trauma (Tedeschi et al., 1998). Types of social support include functional or tangible support, informational support, emotional support, quantity of support, and level of satisfaction with support. Emotional support refers to certain type of help, especially if obtained following a traumatic event. The possibility of sharing thoughts and feelings, and expressing emotions, supports the processing of trauma and gives more opportunity for posttraumatic growth. Sharing emotions with others is one essential factor in the process of coping with trauma. Therefore, it is very important to ensure the availability of a support network, including formal groups offering help to individuals in need. This type of support promotes positive changes even in those victims who do not seek help actively (Oginska-Bulik, 2013).

The awareness of having persons who could offer support in a crisis, in this case called perceived social support. Perceived social support proved to be a predictor of posttraumatic growth (Oginska-Bulik, 2013). It seems to be a more important determinant of efficient coping with trauma and resultant positive changes than the availability of the support itself. In this research, path model analysis found relation between social support and posttraumatic growth mediated by approach coping in affected group. Ability to choose more efficient coping strategies promoted by the state of being convinced of having support. Seeking support, both instrumental and emotional, is often associated with realizing new possibilities in life and improving relationships with others.

The type of coping style used immediately after the traumatic experience is associated with cognitive processing that is adopted, and determines the level of growth that will be reported (Linley, & Joseph, 2004). In regard to reactions toward natural disaster, this research found that survivors in the affected group used approach coping more effectively. Approach coping also led to higher levels of PTG. Coping style should be viewed according to their effectiveness in specific situations. Tedeschi and

Calhoun (1996) explained that in adults coping occurring immediately after a negative life event is often emotion-focused in an attempt to make the present distress more tolerable. Denial or avoidance coping allows the individual to face the negative life events and prevents the survivors from becoming distressed. However, active problem solving as an approach coping response to negative life events is thought to be more highly related to positive long term outcomes (Butler, Blasey, Garlan, & McCaslin, 2005).

Coping and appraisal are tightly related process which are linked to adaptation. Individuals who see a life problem as a challenge that they can handle may cope more actively with the experiences. Individuals appraise an event depends on their personal resources. Those who have more personal and social resources are less likely to see life crisis as a threat and more likely to rely on active coping strategies which are linked to successful adaptation and posttraumatic growth (PTG). Studies found that people who react to stressors with approach coping strategies are better than those rely on avoidance coping (Tedeschi et al., 1998).

The output of this research described that a rehabilitation program after disaster is very important to be conducted in order to foster some protective factors (include social support and approach coping). The psychological rehabilitation program should be based on the understanding of the potential psychological impacts, the stressors that the disaster brought, and their impacts on individuals, families, and communities. A psychological program needs to be delivered in ways that will take into account different levels of needs, different patterns of impacts, and the feasibility and cultural appropriateness of the response. However, many psychological programs have evolved in different cultural settings, particularly in western society, which may not be appropriate in the eastern cultural context. This research results highlight the need of research to support the development of evidence-based model for culturally appropriate and effective psychological program for the survivors especially in Yogyakarta province, Indonesia.

### **Acknowledgements**

I would like to thank Prof. Dr. Evelin Witruk at the Department of Education and Rehabilitative Psychology University of Leipzig Germany for her supervision in this study and The Directorate of Higher Education Ministry of Education and Culture of the

Republic of Indonesia for providing me the scholarship to pursue a Ph.D degree. My gratitude also goes to all those who participated in this study, all members of Department of Education and Rehabilitative Psychology University of Leipzig, and colleagues in Department of Psychology Jakarta State University Indonesia.

## References

- Andrews, L., Harris, G., & Howie, B. (2005). Assessing positive and negative changes in the aftermath of adversity: Evaluation of the changes in the outlook questionnaire. *Psychological Assessment, 17*(1), 70-80.
- Butler, L. D., Blasey, C. M., Garlan, R. W., & McCaslin, S. (2005). Posttraumatic Growth Following the Terrorist Attacks of September 11, 2001: Cognitive, Coping, and Trauma Symptom Predictors in an Internet Convenience Sample. *Traumatology, 11*(4), 247-267.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92-100.
- De Silva, P. (2006). The tsunami and its aftermath in Sri Lanka: Explorations of a Buddhist perspective. *International Review of Psychiatry, 18*(3), 281-287.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2009). *World Disaster Report 2009*. Recovered from [www.ifrc.org/disasters](http://www.ifrc.org/disasters)
- Jacobs, S., Leach, M., & Gerstein, L. (2011). Introduction and Overview: Counselling Psychologists' Roles, Training, and Research Contributions to Large-Scale Disasters. *The Counselling Psychologist, 39*(8), 1070-1086.
- Karanci, N. A., & Acarturk, C. (2005). Posttraumatic growth among Marmara earthquake survivors involved in disaster preparedness as volunteers. *Traumatology, 11*(4), 307-323.
- Lai, T. J., Chang, C. M., Connor, C. M., Lee, L. C., & Davidson, J. R. T. (2004). Full and partial PTSD among earthquake survivors in rural Taiwan. *Journal of Psychiatric Research, 38*(3), 313-322.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11-21.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological Trauma and the Adult Survivor*. New York: Brunner/Mazel.

- McFarlane, A., & Norris, F. (2006). Definitions and concepts in disaster research. In F. Norris, S. Galea, M. Friedman, & P. Watson (Eds.), *Methods for disaster mental health research* (pp. 3-19). New York: Guilford Press.
- McMillen, J. C., Zuravin, S., & Rideout, G. (1995). Perceived benefit from sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6), 1037-1043.
- Oginska-Bulik, N. (2013). The role of social support in posttraumatic growth in people struggling with cancer. *Health Psychology Report, 1*, 1-8.
- Rayburn, N. R., Wenzel, S. L., Elliott, M. N., Hambarsoomians, K., Marshall, G. N., & Tucker, J. S. (2005). Trauma, depression, coping, and mental health service seeking among impoverished women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 667-677.
- Rubonis, A. V., & Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship. *Psychological Bulletin, 109*(3), 384-399.
- Steinglass, P., & Gerrity, E. (1990). Natural disasters and posttraumatic stress disorder: Short-term versus long-term recovery in two disaster-affected communities. *Journal of Applied Social Psychology, 21*, 1745-1765.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-472.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Yutzenka, B. A., & Naifeh, J. A. (2008). Traumatic stress, disaster psychology, and graduate education: Reflections on the special section and recommendations for professional psychology training. *Training and Education in Professional Psychology, 2*(2), 96-102.
- Zhao, Y. (2008). *Social networks and reduction of risk in disasters: An example of Wenchuan earthquake*. Article. Institute of Science, Technology and Society, Chinese Academy of Science and Technology for Development.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.

**DIFERENCIAS EN ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y HOSTILIDAD  
RELACIONADAS CON LA EDAD BIOLÓGICA EN PACIENTES CON  
PATOLOGÍA CARDÍACA PARTICIPANTES DE UN PROGRAMA DE  
REHABILITACIÓN CARDIACA**

**María Concepción Escolar Gutiérrez, Rocío Portero García, Águeda Binué  
Morales, Laura Portabales Barreiro, Carmen Carcedo Robles y Carmen de Pablo  
Zarzosa**

*Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid*

**Resumen**

**Introducción:** los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) son sistemas de actuación multifactorial con abordaje de tipo biopsicosocial. Los problemas emocionales asociados al evento cardíaco podrían ser experimentados de diferente modo en función de la edad. **Objetivos:** teniendo en cuenta la edad de pacientes de un PRC, estudiaremos los niveles de tres variables psicológicas: ansiedad, depresión y hostilidad, y si existen diferencias de mejoría en función del grupo de edad. **Método:** Analizamos los datos al inicio y final del PRC en 417 pacientes consecutivos (80,4% varones con edad media de  $59,57 \pm 11,60$ ). Se les evaluó mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI), El Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario De Hostilidad De Buss-Durkee (BDHI). Se compararon los datos de cuatro grupos de edad, y el grado de mejoría al finalizar el programa (ANOVA). **Resultados:** Observamos que los pacientes hasta 49 años muestran peor estado psicológico inicial en las tres variables. Existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad en hostilidad global ( $p=0,005$ ), violencia ( $p=0,012$ ), hostilidad indirecta ( $p<0,001$ ), hostilidad verbal ( $p=0,002$ ) y ansiedad-estado ( $p=0,004$ ). Observamos tendencia decreciente en hostilidad a medida que aumenta la edad. La ansiedad, tanto estado como rasgo, se muestra preponderante en el grupo de 35-49 años. Al finalizar el PRC todos los grupos redujeron sus niveles en las tres variables, aunque la mayor disminución la encontramos entre los más jóvenes en hostilidad ( $p=0,023$ ), irritabilidad ( $p=0,019$ ), culpabilidad ( $p=0,005$ ) y depresión ( $p=0,037$ ). **Conclusiones:** Las alteraciones emocionales asociadas a patología cardíaca parecen estar influidas por la edad. Tras un evento cardíaco, parece que los pacientes de mayor edad muestran una

menor repercusión emocional. Los problemas relacionados con hostilidad pierden relevancia a medida que envejecemos. Finalmente, nuestro PRC parece ser una buena herramienta terapéutica entre los pacientes de menor edad, especialmente en hostilidad y depresión.

**Palabras clave:** enfermedades cardiovasculares, edad biológica, ansiedad, depresión y hostilidad.

### **DIFFERENCES IN ANXIETY, DEPRESSION AND HOSTILITY ASSOCIATED TO BIOLOGICAL AGE IN PATIENTS WITH HEART DISEASE WHO PARTICIPATED IN A CARDIAC REHABILITATION PROGRAM**

#### **Abstract**

**Introduction:** Cardiac Rehabilitation Programs (PRC) are systems of action multifactorial with boarding type biopsicosocial. The emotional problems associated to the cardiac event could be evidenced differently depending on the age. **Goals:** Considering PRC patient's age, we will study the levels belonging to three physiologic variables: anxiety, depression and hostility, and whether it takes recovery differences according to its age group. **Method:** We analyzed data at the beginning and end of the PRC in 417 consecutive patients (80.4% male with an average age of  $59.57 \pm 11.60$ ). The questionnaires administered before and after treatment are the Anxiety Spielberger State-Trait (STAI), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Hostility Inventory Buss-Durkee (BDHI). We compared data from four age groups, and the degree of improvement at the end of the program using ANOVA. **Results:** We observed that patients up to 49 years show worse initial psychological state in the three variables. There are significant differences between different age groups in overall hostility ( $p = 0.005$ ), violence ( $p = 0.012$ ), indirect hostility ( $p < 0.001$ ), verbal hostility ( $p = 0.002$ ) and state anxiety ( $p = 0.004$ ). In addition, hostility drops when age increases. Anxiety was higher in the group of 35-49 years. At the end of the PRC all groups reduced their levels in the three variables, although we found the largest decrease in the youngest patients in hostility ( $p = 0.023$ ), irritability ( $p = 0.019$ ), guilt ( $p = 0.005$ ) and depression ( $p = 0.037$ ). **Conclusions:** The emotional changes associated with heart disease appear to be influenced by age. After a cardiac event, it appears that older patients show less

emotional impact. Problems associated with hostility lose relevance in older people. Finally, our PRC seems to be a good therapeutic tool in younger patients, particularly with hostility and depression.

**Keywords:** Cardiovascular diseases, biological age, anxiety, depression and hostility

### **Introducción**

Las enfermedades cardíacas suponen cambios profundos en todas las áreas de funcionamiento del paciente, que tiene que adaptarse a la variedad de exigencias que el desarrollo de su enfermedad y el medio externo le irán planteando (Maroto y De Pablo-Zarzosa, 1995). Entre las consecuencias psicosociales más importantes destacan los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) (Téllez, 2002), problemas de readaptación laboral, readaptación social, familiar y sexual, elevada incidencia de quejas o síntomas somáticos funcionales y pérdida de confianza en el funcionamiento del cuerpo, apatía, tristeza, autoobservación, temores y angustia.

En este contexto surgen, como una herramienta eficaz y eficiente, los programas de prevención y rehabilitación cardíaca, definidos según la Organización Mundial de la Salud, como “El conjunto de medidas que tienden a restituir y mantener al paciente portador de una cardiopatía en un óptimo estado fisiológico, psicológico y social y, eventualmente, mejorar la probabilidad de prolongar la vida” (Maroto, 2011).

Los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) son sistemas de actuación multifactorial llevados a cabo por equipos multidisciplinares, cuyo objetivo fundamental es conseguir que el enfermo cardíopata se reincorpore de la forma más completa posible a la sociedad. No se limitan a la realización de ejercicios físicos controlados, sino que incluyen el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, adopción de un estilo de vida saludable, entrenamiento físico, apoyo y tratamiento psicológico, etc. La actuación psicológica en estos programas aborda las siguientes áreas: evaluación psicológica del paciente, psicoeducación, entrenamiento en relajación, entrenamiento en técnicas de control del estrés y la ansiedad, psicoterapia individual y terapia de grupo (Maroto, 2011).

Los trastornos psicológicos son significativamente altos en los cardíopatas, habiéndose demostrado su influencia en el desarrollo de enfermedad coronaria, así

como en el curso y pronóstico de la enfermedad (Scherwitz et al., 1992; Téllez, 2002; Wielgosz y Nolan, 2000).

Los problemas emocionales asociados al evento cardíaco podrían ser experimentados de diferente modo en función de la edad. Los aspectos psicosociales tienen suma importancia (Wielgosz y Nolan, 2000) ya que se ha descrito una mayor prevalencia de depresión y ansiedad, que se acentúan por encima de los 75 años. Además, se ha visto que los factores de riesgo siguen teniendo valor negativo en los ancianos, aunque algunos profesionales consideran que no es necesario su control. Por otro lado, algunos estudios han encontrado una menor intensidad de la afectividad negativa y una menor intensidad en los afectos de miedo, hostilidad y culpa. A pesar de todo, y aunque los mayores efectos se suelen encontrar en pacientes jóvenes, los PRC tienen efectos positivos en estos pacientes de edad avanzada.

### **Objetivos**

En el presente estudio tratamos de estudiar si existen diferencias en la mejoría en tres variables psicológicas como son la ansiedad (estado y rasgo), depresión y hostilidad, teniendo en cuenta una variable fundamental, por su importancia, como es la edad de pacientes que participan en un Programa de Rehabilitación Cardíaca.

### **Método**

Se recogen datos clínicos de 417 pacientes de ambos sexos, con enfermedad cardiovascular seleccionados consecutivamente en el Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, La edad promedio de los participantes fue 59,57 años (DE = 11,60), con edades comprendidas entre 25-78 años, y una distribución por sexos de 307 hombres (80%) y 57 mujeres (20%).

Para la recogida de datos se utilizó el Cuestionario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1985), el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI. Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983) y el Inventario De Hostilidad de Buss y Durkee (1957) (BDHI).

Las distintas pruebas psicométricas de recogida de datos fueron aplicados tanto al ingreso en el PRC como al finalizar el tratamiento, por lo que disponemos de datos de medida pre y postratamiento. Dicho tratamiento en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca tiene una duración media de 10 semanas (entre 8 y 12 aproximadamente),

dependiendo de la evolución y mejoría en los parámetros cardiovasculares de los pacientes que lo integran. Consistente en: entrenamiento físico, programa educativo, actuación psicológica (entrenamiento en técnicas relación, terapia cognitiva-conductual, terapia de grupo, además de psicoterapia individual y familiar en caso de ser necesario), control de factores de riesgo y valoración sociolaboral.

Las variables de estudio fueron: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y hostilidad. La ansiedad-rasgo denota un característico estilo o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no. Una persona que ha estado ansiosa todo el tiempo, posee una actitud de aprensión, y ha conformado toda una estructura más o menos estable de vida en función al rasgo de ansiedad, conocido como ansiedad crónica. Esta persona tiene más probabilidades en el futuro de desarrollar un trastorno de ansiedad que otra que no posee este rasgo. Tiende a ser más [vulnerables al estrés](#) y considerará un gran número de situaciones como peligrosas. A diferencia de la ansiedad-rasgo, la ansiedad-estado es una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La respuesta de ansiedad-estado tiende a fluctuar a lo largo del tiempo. A veces este tipo de ansiedad es elevada o posee una alta intensidad, en tal caso se denomina como ansiedad aguda. Este tipo de ansiedad es la que puede experimentarse ante un examen, una entrevista o una fobia específica. En cuanto a la depresión, es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Por último, la hostilidad implica una conducta abusiva y agresiva que puede reflejarse en [violencia](#) emocional o física, de mano de una sola persona, un grupo pequeño o una gran cantidad de gente y estar dirigida, de igual forma, a uno o más sujetos, incluyéndose a uno mismo.

Se compararon los datos de cuatro grupos de edad, y el grado de mejoría al finalizar el programa (ANOVA).

## Resultados

Observamos que los pacientes hasta 49 años muestran un estado psicológico peor, en el momento inicial del tratamiento, en las tres variables. Existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad (ver tabla 1) en hostilidad global ( $p=0,005$ ), así como en los componentes de hostilidad como son la violencia ( $p=0,012$ ),

la hostilidad indirecta ( $p < 0,001$ ) y la hostilidad verbal ( $p = 0,002$ ). Además, se observa una tendencia decreciente en hostilidad a medida que aumenta la edad (gráfico 1).

La ansiedad, tanto estado como rasgo, se muestra preponderante en el grupo de 35-49 años. Asimismo, existen diferencias significativas de edad en ansiedad-estado ( $p = 0,004$ ), entre los diferentes grupos de edad (gráfico 2).

Al finalizar el PRC, todos los grupos redujeron sus niveles en las tres variables psicológicas, aunque la mayor disminución la encontramos entre los pacientes más jóvenes y en las variables de hostilidad ( $p = 0,023$ ) (gráfico 3), irritabilidad ( $p = 0,019$ ), culpabilidad ( $p = 0,005$ ) y depresión ( $p = 0,037$ ) (gráfico 4). (Ver tabla 1)

### **Discusión/Conclusiones**

Las alteraciones emocionales asociadas a patología cardíaca parecen estar influidas por la edad. De este modo, tras un evento cardíaco parece que los pacientes de mayor edad muestran una repercusión emocional menor.

Por otro lado, los problemas relacionados con hostilidad pierden relevancia a medida que envejecemos, es decir, la hostilidad y su repercusión se atenúa con la edad.

Finalmente, nuestro PRC parece ser una buena herramienta terapéutica entre los pacientes de menor edad, especialmente en hostilidad y depresión.

### **Referencias**

- Beck, A. T., Rush, A. J. Shaw, B. F., y Emery, G. (1985). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Buss, A. H., y Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 343-348.
- Maroto, J. M., y de Pablo-Zarzosa, C. (1995). *Ejercicio Físico y Corazón. Fundación Española del Corazón*. Barcelona: Grupo Zeta.
- Maroto, J. M<sup>a</sup>. (Coord.). (2011). *Rehabilitación Cardiovascular*. Ed. Médica Panamericana.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Scherwitz, L. W., Perkins, L. L., Chesney, M. A., Hughes, G. H., Sidney, S. y Manolio, T. A. (1992). Hostility and health behaviors in young adults. *American Journal of Epidemiology*, 136, 136-145.
- Téllez, J. E. (2002). *Depresión, ansiedad y enfermedad cardiovascular*. Bogotá: Avances en psiquiatría biológica. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.
- Wielgosz, A. T., y Nolan, R. P. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 339-345.

ANEXOS

Tabla 1

*Comparación de las puntuaciones en las escalas de hostilidad, ansiedad y depresión al inicio del programa en función del grupo de edad del paciente. Diferencias en el grado de mejoría alcanzado tras el paso de por el Programa de Rehabilitación Cardíaca*

Escala /subescala	Medida inicial (n=417)				p-valor <sup>a</sup>	Mejoría con el programa: medida final-medida inicial (n=191)				p-valor <sup>a</sup>
	<35 (n=11) (Media ± DE)	35-49 (n=61) (Media ± DE)	50-74 (n=297) (Media ± DE)	≥75 (n=48) (Media ± DE)		<35 (n=4) (Media)	35-49 (n=27) (Media)	50-74 (n=142) (Media)	≥75 (n=18) (Media)	
BDHI (Hostilidad)	33,6 ±14,7	32,8 ±11,6	28,8 ±10,4	26,1 ±10,8	0,005	-11,5	-4,3	-1,7	-1,3	0,023
Violencia	3,7 ±2,0	3,8 ±2,0	3,1 ±1,8	2,8 ±1,5	0,012	-0,3	-0,3	0,1	0,0	0,527
Hostilidad indirecta	5,3 ±1,6	5,2 ±1,9	4,4 ±1,8	3,7 ±1,5	<0,001	-1,8	-0,1	-0,4	-0,4	0,298
Irritabilidad	4,8 ±2,6	4,9 ±2,8	4,1 ±2,5	3,8 ±2,5	0,097	-3,3	-1,2	-0,6	-0,2	0,019
Negativismo	2,0 ±1,7	2,1 ±1,4	2,0 ±1,4	2,1 ±1,6	0,927	-0,3	0,0	-0,1	-0,7	0,378
Resentimiento	2,4 ±2,3	2,5 ±1,9	1,9 ±1,6	1,9 ±1,8	0,150	-1,5	-0,8	-0,2	-0,4	0,079
Recelo-susplicacia	2,6 ±2,5	3,0 ±2,4	2,8 ±2,1	2,9 ±2,0	0,873	-0,5	-0,4	-0,2	-0,2	0,884
Hostilidad verbal	8,0 ±2,5	7,4 ±2,5	6,8 ±2,5	5,7 ±2,6	0,002	-1,0	-0,5	0,1	0,4	0,299
Culpabilidad	4,9 ±2,4	4,0 ±2,5	3,8 ±2,2	3,4 ±2,0	0,166	-3,0	-1,0	-0,4	-0,1	0,046
Ansiedad Estado (STAI-E)	40,4 ±31,6	62,7 ±30,3	49,9 ±30,3	43,8 ±29,7	0,004	-22,5	-25,0	-12,6	-11,2	0,100
Ansiedad Rasgo (STAI-R)	42,9 ±38,8	55,9 ±31,3	46,6 ±31,9	41,7 ±31,3	0,108	-32,8	-19,1	-12,8	-12,2	0,678
Depresión (BDI)	9,4 ±9,7	10,9 ±9,2	8,4 ±6,9	9,0 ±7,1	0,272	-9,3	-3,6	-2,2	-2,9	0,037

<sup>a</sup> ANOVA.

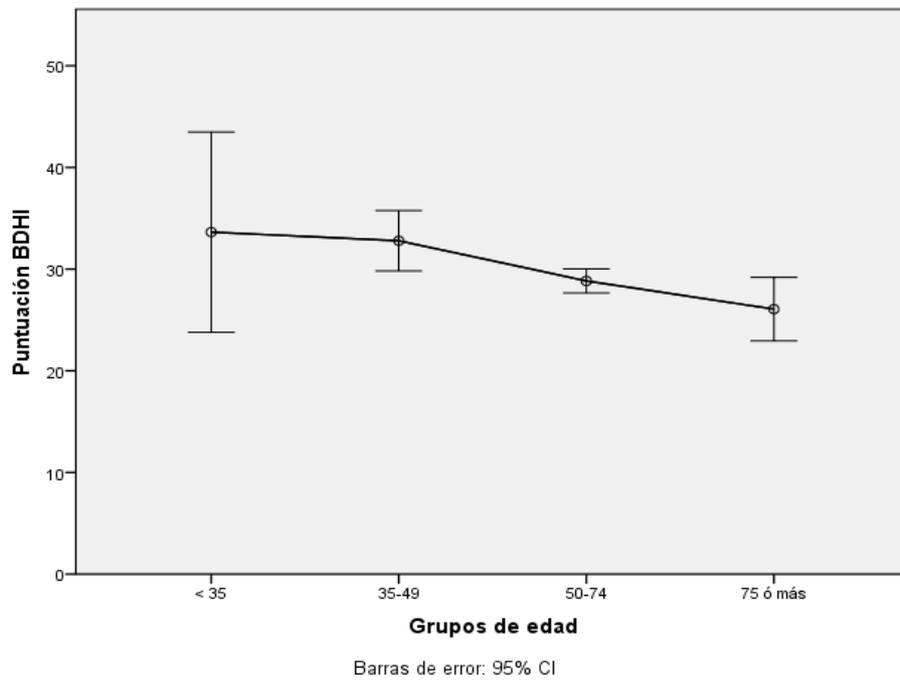


Gráfico 1. Puntuación media e intervalo de confianza del 95% en el Inventario De Hostilidad De Buss – Durkee (BDHI) en función de la edad.

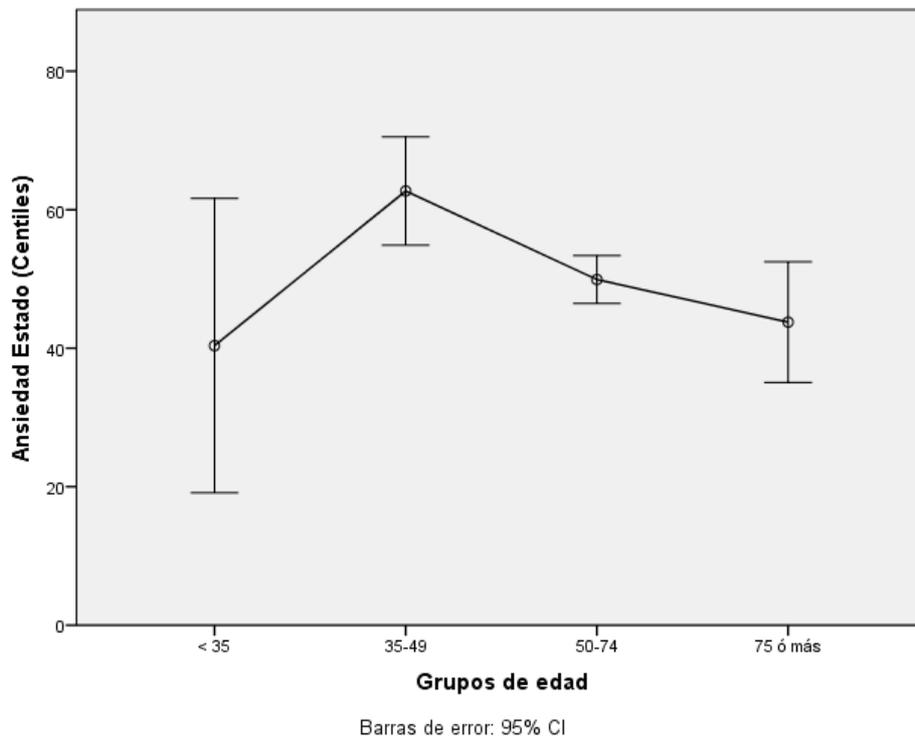


Gráfico 2. Puntuación media e intervalo de confianza del 95% en la escala de ansiedad-estado (STAI-E) en función de la edad.

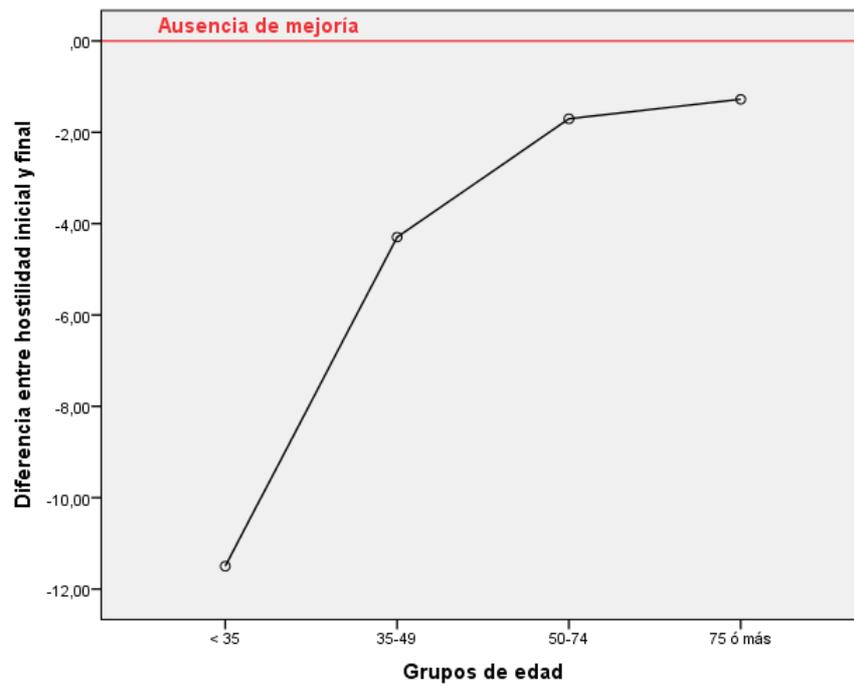


Gráfico 3. Diferencia entre las puntuaciones iniciales y finales en la escala global del Inventario De Hostilidad De Buss – Durkee (BDHI) en función de la edad.

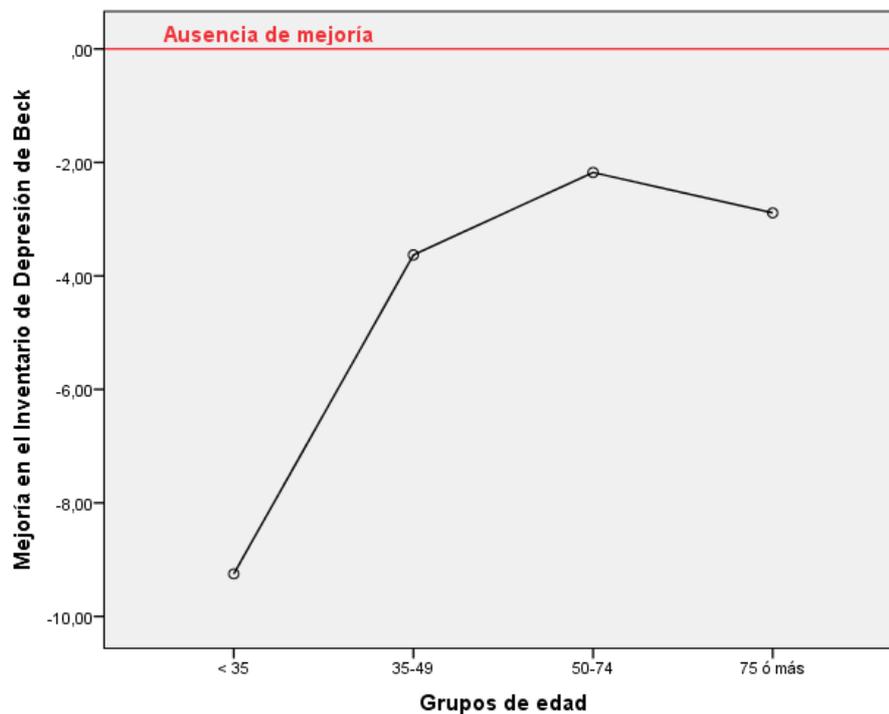


Gráfico 4. Diferencia entre las puntuaciones iniciales y finales en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) en función de la edad.

