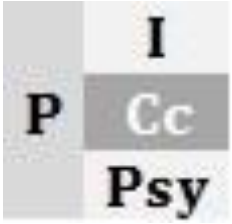
Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology

(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)

Colección:

Proceedings of **I**nternational **C**ongress of **C**linical **Psy**chology



Directores:

Buela-Casal, Gualberto

Sierra, Juan Carlos

Ramiro-Sánchez, Tamara

Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology (14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)
© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology.

Idiomas de publicación: Castellano e inglés.

Edita: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
CIF: G-23220056
Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18011, Granada (España).
Tel y fax: +34 958 161708.
E-mail: info@aepc.es.
Web: http://www.aepc.es
Printed in Granada, Spain.
ISBN: 978-84-606-6428-4

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en el *Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology (14-16 November, 2014. Sevilla-Spain),* son de responsabilidad exclusiva de los autores; asimismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

ARTÍCULOS/ARTICLES	Págs.
La salud de los trabajadores: El dolor de cabeza y su relación con diferentes factores Carmen Hurtado de Mendoza, Lourdes Luceño, Marta E. Aparicio y Jesús Martín	1-6
Trastornos por ansiedad: Analisis multidimensional José Antonio López-Villalobos, María Victoria López-Sánchez, Jesús María Andrés-De Llano, María Isabel Sánchez-Azón, Nuria Miguel-De Diego y Rocío Baleriola-Recio	7-13
Intervención en trastornos de personalidad: Influencia del estilo de afrontamiento en el cambio sintomatológico y caracterial Juan Manuel Ramos	14-22
Diferencias en la clínica ansioso-depresiva y delirium entre pacientes oncológicos y geriátricos en enfermedad terminal Alfredo Zamora-Mur1, Aranzazu Zamora-Catevilla y Rafael García-Foncillas	23-29
El papel de la autoconciencia en la preocupación por la imagen corporal en población general Mª Carmen Núñez-Gaitán, Mª del Mar Benítez-Hernández, María Valdés-Díaz, Cristina Senín-Calderón y Juan Fco. Rodríguez-Testal	30-36
Preliminary findings of the project: The lausanne trilogue play as a psychodiagnostic and therapeutic tool - an innovative clinical experience with psychiatric children and adolescents Michela Gatta, Lorenza Svanellini, Marta Sisti, Laura Sudati, Manuela Stucchi, Riccardo Fregna, Lisan Vellon, Lara Del Col, Alessandra Simonelli & Pier Antonio Battistella	37-42
Resultados de la terapia cognitivo-conductual en 209 pacientes depresivos, abandono voluntario de la terapia y coste económico del tratamiento Verania Andrés Navia	43-52
Dificultades, habilidades y conocimientos básicos para la reestructuración cognitiva en 315 pacientes Francisco Bas Ramallo	53-59
Predicción de la sintomatología internalizante y externalizante a través de la personalidad y los eventos vitales negativos en adolescentes Jorge Moya-Higueras, Sígrid Gallego, Ana M. Viruela, Laura Mezquita, Helena Villa, M. Ignacio Ibáñez y Generós Ortet	60-67
Ruptura de los progenitores: Enfrentamiento de los padres y necesidad de asistencia psicológica de los hijos Francisca Fariña, Dolores Seijo, Mercedes Novo y Bárbara G. Amado	68-74

Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology
(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)
ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 1-6

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES: EL DOLOR DE CABEZA Y SU RELACIÓN CON DIFERENTES FACTORES

Carmen Hurtado de Mendoza[1], Lourdes Luceño, Marta E. Aparicio y Jesús Martín

Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN. Introducción: El dolor de cabeza es una de las dolencias que se presenta con mayor frecuencia en los trabajadores según diferentes encuestas y estudios. **Objetivo:** La investigación pretende conocer si hay diferencias en un grupo de trabajadores, entre los trabajadores que indican haber tenido dolor de cabeza y los que no y si existe relación con la percepción que tienen de los riesgos psicosociales, estrés, ansiedad y otras variables. **Método:** La muestra está constituida por 260 trabajadores, el 53,8% mujeres y el 46,2% hombres, edad media 38,8 años, de diferentes sectores en los que la mayoría tiene estudios universitarios, el 74,6%. Tienen dolencias el 87,3 %, el 55,4 % ha consumido algún medicamento, fuman el 26,2% y practican deporte el 58,8 %. Los instrumentos utilizados son: Cuestionario de datos socio demográficos, Cuestionario DECORE para la evaluación de los riesgos psicosociales y Cuestionarios ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) y STAI (State-Trait Anxiety Inventory) para la medición de las diferentes facetas de ansiedad. **Resultados:** Los resultados nos demuestran que aquellos trabajadores que han tenido dolor de cabeza tienen una percepción mayor de los riesgos psicosociales, se encuentran más estresados, presentan una mayor ansiedad, toman más medicamentos y practican menos ejercicio que los trabajadores que no han tenido dolor de cabeza. **Conclusiones:** Estos resultados coinciden con los hallados en diferentes estudios. Por ello es necesario trabajar tanto a nivel organizacional como individual para mejorar la situación laboral y personal en nuestra época actual y que ello contribuya a la mejor salud de los trabajadores.

Palabras clave: Riesgos psicosociales, estrés, ansiedad, dolor de cabeza.

ABSTRACT. Introduction: Headache is one of the ailments that occur most frequently in workers according to different surveys and studies. **Objective:** The research aims to determine whether there are differences in a group of workers, including workers who reported having had headaches and those not, as well as if there is relation with the perception they have of psychosocial risks, stress, anxiety and other variables. **Method:** The sample consists of 260 workers, 53.8% women and 46.2% men, mean age 38.8 years, from different sectors and most having college degrees, 74.6%. 87, 3% have ailments, 55.4% had consumed any medication, 26.2% smoke and 58, 8% practice sport. The instruments used are: Socio demographic data Questionnaire, DECORE Questionnaire for the

[1]Correspondencia: Carmen Hurtado de Mendoza. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Campus de Somosaguas. 28223 - Pozuelo de Alarcón (Madrid). E-mail: hurtadomendoza@yahoo.es

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 1-6

assessment of psychosocial risks and ISRA and STAI Questionnaires for measuring different facets of anxiety. **Results:** The results show us that those workers who have had headaches have a higher perception of psychosocial risks, are more stressed, have more anxiety, take more medications and practice less exercise than workers who have not had headaches. **Conclusion:** These results agree with those found in different studies. Therefore it is necessary to work at both the organizational and individual level to improve working and personal situation at current time since this will contribute to improve health of workers.

Keywords: Psychosocial risks, stress, anxiety, headache.

Introducción

Según diferentes estudios la auto percepción que una persona tenga de la salud se relaciona de modo negativo con el estrés percibido y la ansiedad y de modo positivo con una condición física adecuada (Craft, 2005; Remor y Pérez-Llantada, 2007; Shirom, Toker, Berliner, Shapira y Melamed, 2008). El estrés laboral puede ser la causa o agravar enfermedades en el trabajador. El dolor de cabeza se suele asociar al estrés y también al modo de afrontarlo (Matud, García y Matud, 2006), además influye en nuestra calidad de vida y en nuestra productividad en el trabajo. Las mujeres suelen presentar más dolor de cabeza que los hombres el 41,1% frente al 28,4% (VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2011). Diferentes investigaciones y encuestas nos dan constancia de que puede existir relación entre el dolor de cabeza y el estrés que sufren los trabajadores entre otros. 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 y el estrés es reconocido como una de las principales causas del dolor de cabeza.

Objetivo

La investigación pretende conocer si hay diferencias en una muestra incidental de trabajadores, entre los que 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), estrés, ansiedad (cognitiva, fisiológica, motora, total, ante la evaluación, interpersonal, fóbica, cotidiana y estado y rasgo de ansiedad) y otras variables (dolencias últimos 12 meses, consumo de tabaco , practica de ejercicio y percepción de satisfacción - motivación).

Método

Participantes

La muestra está constituida por 260 trabajadores, el 53,8% mujeres y el 46,2% hombres, edad media 38,8 años, de diferentes sectores en los que la mayoría tiene estudios universitarios, el 74,6%. Tienen dolencias el 87,3 %, el 55,4 % ha consumido algún medicamento, fuman el 26,2% y practican deporte el 58,8 %.

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

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 1-6

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

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 .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 un análisis factorial confirmatorio y exploratorio corroboró el modelo de cuatro factores, en ISRA obtiene una validez convergente con STAI de 0,61 y en STAI tiene correlaciones positivas y significativas con otras medidas de ansiedad entre ellas con la Escala de Ansiedad de Cattell (Catell, 1989) 0,85.

Procedimiento y diseño

Se formaron dos grupos (trabajadores con dolor de cabeza y trabajadores sin dolor de cabeza en los últimos doce meses) con los sujetos que participaron en la investigación llevada a cabo, para comprobar la percepción de los riesgos psicosociales, estrés, ansiedad y salud, a los que se les aplicaron los cuestionarios citados.

Se trata de un estudio transversal con una muestra incidental. Se efectuaron diferentes análisis para ver si existe diferencia en la percepción de riesgos psicosociales, estrés, ansiedad (análisis de varianza) y variables de salud (tablas de contingencia y chi-cuadrado).

Resultados

En los análisis de varianza efectuados para las dimensiones e índices del Cuestionario DECORE y el estado actual en su trabajo, observamos que los trabajadores que indican que han tenido dolor de cabeza perciben unas mayores demandas en su trabajo, consideran que tienen menor control del mismo y perciben menores recompensas que los que no han tenido dolor de cabeza y los tres índices de riesgo índice demanda-control, demanda-recompensas y en el índice global de riesgo son mayores, por tanto la percepción del riesgo en el trabajo es mayor que en los trabajadores que no tienen dolor de cabeza, siendo las diferencias estadísticamente significativas. La diferencia menor se encuentra en apoyo organizacional, donde solo tienen puntuaciones mayores.

En cuanto a la percepción de estrés ocurre lo mismo, existe diferencia, tienen más dolor de cabeza aquellos trabajadores con más estrés. En cambio los trabajadores sin dolor de cabeza se encuentran más satisfechos y motivados aunque no existe diferencia estadísticamente significativa (Tabla 1).

Tabla 1. ANOVA del factor dolor de cabeza para las dimensiones e índices de DECORE y para el estado actual: Satisfacción, motivación y percepción de estrés.

	NO (n [a]=122)		SI (n [b]=138)			
DECORE Dimensiones e Índices	*M*	*(DT)*	*M*	*(DT)*	*F*	*p*
Apoyo Organizacional	45,43	(17,59)	47,42	(20,83)	,680	n.s.
Demandas Cognitivas	54,84	(15,81)	63,67	(17,37)	18,168	***

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 1-6
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Control	47,64	(17,82)	52,92	(18,81)	5,365	*
Recompensas	43,16	(18,95)	49,36	(18,76)	7,001	**
Índice Demanda Control	48,85	(16,39)	56,87	(18,33)	13,672	***
Índice Demanda Recompensas	46,53	(15,94)	55,47	(16,73)	19,322	***
Índice Global del Riesgo	46,17	(16,07)	55,23	(17,18)	19,127	***
Estoy estresado	2,68	(1,01)	3,45	(1,11)	33,751	***
Estoy satisfecho	3,61	(1,03)	3,43	(.99)	12,037	n.s.
Estoy motivado	3,16	(1,19)	3,05	(1,13)	0,535	n.s.

Nota. n [a]= Número de participantes con dolor de cabeza; n[b]=Número de participantes sin dolor de cabeza; *M* = Media; *DT*= Desviación Típica; *F* = Estadístico F de Fisher-Snedecor.
*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 que tienen dolor de cabeza que aquellos 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 las situaciones generadoras de ansiedad: evaluación, interpersonal, fóbica y cotidiana (Tabla 2).

Tabla 2. ANOVA del factor dolor de cabeza para las dimensiones de ANSIEDAD, Cuestionarios ISRA y STAI.

	NO (n [a]=122)		SI (n [b]=138)			
ANSIEDAD CUESTIONARIO ISRA	*M*	*(DT)*	*M*	*(DT)*	*F*	*p*
Sistemas:						
Ansiedad Cognitiva	53,11	(29,39)	68,05	(34,19)	14,082	***
Ansiedad Fisiológica	24,81	(21,87)	43,31	(33,79)	26,697	***
Ansiedad Motora	26,01	(25,46)	37,67	(29,87)	11,314	***
Ansiedad Total	103,93	(69,93)	149,03	(88,72)	20,347	***
Situaciones:						
Ansiedad Evaluación	39,34	(24,25)	55,99	(28,94)	24,903	***
Ansiedad Interpersonal	8,35	(8,13)	10,75	(9,65)	4,612	*
Ansiedad Fóbica	17,98	(18,11)	25,33	(23,83)	7,692	***
Ansiedad Cotidiana	7,74	(7,99)	13,	(11,57)	17,733	***
CUESTIONARIO STAI						
Ansiedad Estado	18,32	(9,78)	23,64	(11,77)	15,449	***
Ansiedad Rasgo	18,33	(9,22)	22,63	(10,45)	12,249	***

Nota. n [a]= Número de participantes con dolor de cabeza; n[b]=Número de participantes sin 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.
*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 1-6

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

En cuanto a las variables relacionadas con la salud: consumo de medicamentos los dos últimos meses, consumo de tabaco en la actualidad y práctica de deporte, se efectuó tabla de contingencia y chi-cuadrado comprobando que existe relación entre los trabajadores que han consumido medicamentos los dos últimos meses y tienen dolor de cabeza. También se da relación entre los que practican deporte y tienen dolor de cabeza, pero en sentido inverso, es decir los trabajadores que practican deporte es más probable que no tengan dolor de cabeza. En cambio no existe relación entre el hecho de fumar y el tener dolor de cabeza (Tabla 3).

Tabla 3. Tabla de contingencia y chi-cuadrado de las variables: tabaco, medicamentos, práctica de deporte con la variable dolor de cabeza.

	Dolor de cabeza				
Dolor de cabeza y grupo	NO (n^a= 122)	SI (n^b= 138)	Chi^2	*gl*	*p*
MEDICAMENTOS (dos últimos meses)					
No toma	58,19%(71)	32,60% (45)			
Si toma	41,80%(51)	67,39% (93)	17,158	1	***
TABACO					
No fuma	72,95%(89)	74,64% (103)			
Si fuma	27,04%(33)	25,36% (35)	0,095	1	n.s.
DEPORTE					
No practica	31,15% (38)	50% (69)			
Si practica	68,85% (84)	50% (69)	9,503	1	**
TOTAL	46,92%(122)	53,08% (138)			

Nota. n^a= Número de participantes con dolor de cabeza; n^b=Número de participantes sin dolor de cabeza; *gl*= Grados de Libertad.
*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

Por tanto los resultados de la investigación nos indican que los trabajadores con dolor de cabeza puntúan más alto que los trabajadores sin dolor de cabeza en todas las mediciones de los Riesgos Psicosociales del Cuestionario DECORE, excepto Apoyo Organizacional, por lo que tienen una mayor percepción de riesgo y en todas las escalas de ansiedad, del Cuestionario ISRA y STAI también tienen una mayor ansiedad aquellos trabajadores que han tenido dolor de cabeza que los que no han tenido dolor de cabeza con diferencias estadísticamente significativas (Tablas 1 y 2). En cuanto a la salud toman más medicamentos y practican menos deporte aquellos trabajadores que han tenido dolor de cabeza (Tabla 3).

Discusión/Conclusiones

Según los resultados del estudio efectuado podemos concluir que aquellos trabajadores con dolor de cabeza tienen una mayor percepción de riesgos psicosociales a excepción de apoyo organizacional, presentan una mayor ansiedad en todos los tipos y situaciones medidos, se encuentran más estresados, toman más medicamentos y practican menos deporte que aquellos trabajadores 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

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 1-6

se produce en cuanto a los dolores de cabeza (53,10%), siendo mayor el número de mujeres con dolor de cabeza, el 60,72% frente al 44,1% de hombres (Hurtado de Mendoza, 2013). Estos resultados coinciden con los hallados en diferentes estudios.

El dolor de cabeza se asocia con el 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. Cuando en el trabajo se producen conflictos estos se asocian entre otros con dolores de cabeza (Brunet, 1992). En las personas con dolores de cabeza como la migraña se les asocia con una mayor sintomatología de ansiedad (Silva et al., 2012). Existe una relación muy significativa entre ansiedad y problemas de salud entre ellos el dolor de cabeza (Cano-Vindel, 2011). La autopercepción que una persona tenga de su buena salud se relaciona de modo positivo con una condición física adecuada, y de modo negativo con la ansiedad y el estrés percibido (Craft, 2005; Remor y Pérez- Llantada, 2007; Shirom et al., 2008).

Por ello es necesario trabajar tanto a nivel organizacional como individual para mejorar la situación laboral y personal en nuestra época actual y que ello contribuya a la mejor salud de los trabajadores.

Referencias

Brunet, L. (1992). *El clima de trabajo en las organizaciones.* México: Ed. Trillas.

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.

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

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del 2011 (VII ENCT)*. Madrid: Autor.

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* (6ª ed. rev.). 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.

Silva, F.A., Zarruk, J.G., Silva, S., Camacho, P., Díaz, G.A., Díaz, F.A. y García, R.G. (2012). Influencia de la ansiedad y depresión sobre la discapacidad relacionada con la migraña. *Acta Neurológica Colombiana, 28*(4), 194-201.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI).* Madrid: Ediciones TEA.

Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology (14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)
ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 7-13

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

TRASTORNOS POR ANSIEDAD: ANALISIS MULTIDIMENSIONAL

José Antonio López-Villalobos[1]*, María Victoria López-Sánchez, Jesús María Andrés- De Llano***, María Isabel Sánchez-Azón****, Nuria Miguel-De Diego***** y Rocío Baleriola-Recio*****

** Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital San Telmo. Salud mental infanto juvenil*
*** Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital Río Carrión. Servicio de Pediatría*
**** Diputación de Palencia*
***** Universidad Pontificia de Salamanca*
****** Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital San Telmo. Salud mental*

RESUMEN. Antecedentes: Los trastornos por ansiedad (TA) son una de las patologías más frecuentes en la infancia y la adolescencia, encontrándose asociados a factores sociodemográficos, clínicos, familiares y escolares. El estudio tiene como objetivo el análisis de la contribución de variables sociodemográficas, clínicas, familiares y académicas en la probabilidad de presentar TA en un contexto clínico de salud mental. **Método:** Utilizamos un diseño *ex post facto*, retrospectivo, transversal, analítico, observacional y comparativo con dos grupos (casos de TA y controles clínicos). El muestreo es consecutivo de pacientes atendidos en salud mental y consta de 1837 casos clínicos, con edades comprendidas entre los 6 y 16 años. Casos (n = 273) y controles (n = 1564) se han definido mediante entrevista clínica según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Los casos de TA incluyen personas con trastornos por ansiedad de separación, ansiedad generalizada, ansiedad social y fobias. El análisis de datos incluye una fase descriptiva y un método estimativo multivariable de regresión logística para dar respuesta al objetivo principal. **Resultados:** El modelo de regresión logística propuesto es significativo [$\chi 2$ (10, n = 1747) =77,03, p< 0,00] y clasifica el 85,3% de los casos. Las variables sexo femenino (OR = 2,01; p = 0,00), mayor edad (OR = 1,06; p = 0,00), mas comorbilidad (OR = 2,79; p = 0,00), no tener CI Límite (OR = 2,29; p = 0,03) y tener padres no separados (OR = 2,63; p = 0,00) incrementan significativamente el odds ratio para TA en un contexto clínico. Las variables antecedentes psiquiátricos, haber sido tratado previamente por psicólogo o psiquiatra, repetición de cursos y educación de los padres no resultan significativas en el modelo. **Conclusiones:** Los TA presenta asociación con variables sociodemográficas y clínicas susceptibles de inclusión en programas preventivos.

Palabras clave: Trastornos por ansiedad, infancia, adolescencia, estudio *ex post facto*.

[1]Correspondencia: José Antonio López-Villalobos. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital San Telmo. Salud mental infanto juvenil. Avenida san Telmo s/n. 34004 Palencia. E-mail: villalobos@cop.es

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 7-13

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

ABSTRACT. Background: Anxiety Disorders (AD) are one of the most common conditions in childhood and adolescence, being associated with sociodemographic, clinical, family and school factors. The aim of the study is to analyze the contribution of these factors in the probability of suffering AD. **Method:** We used a retrospective, cross-sectional, observational, comparative ex post facto design with two groups (cases of AD and clinical controls). Sampling is consecutive with patients treated in mental health and consists of 1837 clinical cases, aged between 6 and 16 years. Cases (n = 273) and controls (n = 1564) were defined by clinical interview according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. AD cases include people with separation anxiety disorder, generalized anxiety, social anxiety and phobias. Data analysis included a descriptive phase and an estimated multivariate logistic regression method in order to respond the primary objective. **Results:** The proposed logistic regression model is significant [$\chi 2$ (10, n = 1747) = 77.03, $p < .00$] and classified 85.3% of cases. Female (OR = 2.01; p = .00), older age (OR = 1.06; p = .00), having comorbidity (OR = 2.79; p = .00), no borderline intelligence quotient (OR = 2.29; p = .03) and not separated parents (OR = 2.63; p = .00) significantly increase the odds ratio for AD in a clinical context. Psychiatric history, have been treated previously by a psychologist or psychiatrist, repetition of school years and parental education are not significant in the model. **Conclusions:** AD have association with sociodemographic and clinical variables eligible for inclusion in preventive programs.
Keywords: Anxiety disorders, childhood, adolescence, ex post facto design.

Introducción

Los trastornos por ansiedad (TA) son una de las patologías que aparecen de forma más temprana y que son más frecuentes en la infancia y la adolescencia, encontrándose asociados a factores biológicos, ambientales o psicosociales y suscitando una demanda asistencial elevada. Paralelamente, en contra de la creencia popular, los TA no son transitorios y predisponen a otras patologías en la edad adulta (Bittner et al., 2007; Lewinsohn, Holm-Denoma, Small, Seeley y Joiner, 2008; Tannock, 2003).

En estas circunstancias, resulta relevante el estudio de los factores de riesgo de los TA. Entre los factores de riesgo que predisponen a un niño a padecer síntomas de ansiedad se han citado la excesiva reactividad temperamental ante el estrés, la inhibición conductual, ansiedad en los padres considerada como factor genético y de aprendizaje y estilo educativo sobreprotector o con exceso de exigencia (Sánchez y Burillo, 2010). En población adulta, los factores de riesgo para la ansiedad incluyeron baja autoestima, antecedentes familiares de trastorno depresivo mayor, sexo femenino, abuso sexual en la infancia, años de educación, número de experiencias traumáticas y entorno familiar conflictivo (Blanco et al., 2014).

En este contexto, nuestro estudio tiene como objetivo el análisis de la contribución de variables sociodemográficas, clínicas, familiares y académicas en la probabilidad de presentar TA en un contexto clínico de salud mental.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 7-13

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Método

Participantes

Participaron todos los casos clínicos (*n* = 1837), entre seis y dieciséis años, atendidos en una Unidad de Salud Mental. El muestreo fue consecutivo y se compone de 273 casos de TA y 1564 casos clínicos sin TA.

Los casos de TA son del sexo masculino un 45,4% (*n* = 124) con media de edad de 10,16 años (*DE* = 3,52) y del sexo femenino un 54,6% (*n* = 149) con media de edad de 10,40 años (*DE* = 3,31). Los casos clínicos sin TA son del sexo masculino un 60,1% (*n* = 940) con media de edad de 9,02 años (*DE* = 3,74) y del sexo femenino un 39,9% (*n* = 624) con media de edad de 10,24 años (*DE* = 4,10).

Instrumentos

- *Child Symptom Inventory* (CSI). Escala desarrollada por Gadow y Sprafkin (1997) que incluye un análisis de cuadros diagnósticos ajustados a criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). En nuestro estudio para los TA hemos utilizado los apartados D (*generalized anxiety disorder*), E (*specific phobia*), I (*social phobia*) y J (*separation anxiety disorder*) vinculados al TA. La escala cuenta con los siguientes valores de fiabilidad test – retest y validez de criterio con diagnóstico clínico en los apartados D (*r* = 0,65; Se = 0,93; Es = 0,95), E (Es = 0,89), I (*r* = 0,74; Se = 0,83; Es = 0,87) y J (*r* = 0,87; Es = 0,95).
- Test de inteligencia de Wechsler para niños (Wechsler, 1999). La variable capacidad intelectual límite se considera según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) en los márgenes entre un CI de 71 a 84.
- Se consideraron las variables comorbilidad, antecedentes psiquiátricos globales hasta la segunda generación, educación de los padres (dos niveles: educación básica hasta EGB y superior), educación de los hijos (dos niveles: repetir o no repetir curso), núcleo de convivencia (tener o no padres separados), atención sanitaria previa a acudir a salud mental y tener capacidad intelectual límite.

Procedimiento y diseño

Se utilizó un diseño de estudio ex post facto retrospectivo de dos grupos, uno de cuasi control (Montero y León, 2007).

El muestreo fue consecutivo de pacientes atendidos en una unidad de salud mental. Todos los casos y controles se analizaron mediante entrevista clínica ajustada a criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), según modelo del *Child Symptom Inventory*. Se consideraron casos los trastornos de ansiedad y controles el resto de la población clínica.

Resultados

Los TA representan el 14,86% de los casos (*n* = 273) atendidos en salud mental.

La Tabla 1 incluye un análisis descriptivo de las variables analizadas en casos (TA) y controles (NoTA). Se refleja el número de casos en cada variable y el porcentaje que representa en cada categoría.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 7-13

Tabla 1. Análisis descriptivo diferencial Trastornos por Ansiedad / No Trastornos por Ansiedad.

Variable	TA *n* (%)	NoTA *n* (%)
Sexo femenino	149 (54,6%)	624 (39,9%)
Media de edad	10,29 (DE = 3,4)	9,51 (DE = 3,93)
Antecedentes Psiquiátricos	132 (50,8 %)	727 (48,5%)
Comorbilidad	69 (25,3%)	221 (14,1%)
Atención sanitaria previa	26 (9,5%)	190 (12,1%)
Repetición de cursos	43 (15,8%)	274 (17,5%)
Padres separados	13 (4,8%)	124 (7,9%)
Educación básica madres	196 (71,8%)	1183 (76%)
Educación básica padres	197 (73,3%)	1167 (75,2%)
Capacidad intelectual límite	8 (2,9%)	91 (5,8 %)

Nota. TA = Trastornos por ansiedad; NoTA = controles clínicos.

Las proporciones observadas indican que los casos de TA atendidos, por contraste con los controles, tienen mayor media de edad [$t_{(1836)}$= 3,09; p = 0,00], están más representados en el sexo femenino [$\chi2_{(1,\ 1837)}$=20,55; p = 0,00], tienen más comorbilidad asociada [$\chi2_{(1,\ 1837)}$=21,71; p = 0,00], menor número de casos con CI Límite [$\chi2_{(1,\ 1837)}$=5,82; p = 0,00] y se observa con menor frecuencia padres separados [$\square^{\square}_{(1,\ 1837)}$=3,37; p = 0,04].

La comorbilidad de los TA se asocia fundamentalmente con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (9,5% %), categoría de problemas de relación, abuso o negligencia y problemas adicionales (16,4%), trastornos de eliminación (2,1%), Trastornos de conducta (2,9%), trastorno del estado de ánimo (1,8%) y trastorno de la alimentación: 2,1%.

Para estimar la presencia o ausencia de TA en función de las variables relevantes relacionadas con nuestra investigación utilizamos un modelo de análisis de regresión logística. Los resultados indican que las variables mayor edad, sexo femenino, tener comorbilidad, repetición de cursos, no tener CI límite y tener padres que convivan juntos tienen un efecto significativo positivo sobre el incremento de la probabilidad de que exista TA (Tabla 2). Las variables haber sido tratados previamente por psicólogo o psiquiatra, nivel educativo de los padres, presentar antecedentes psiquiátricos y repetir cursos no resultan significativas en el modelo de regresión logística.

El modelo propuesto es significativo [$\chi2_{(10,\ 1747)}$ =77,03; p< 0,00] y clasifica correctamente el 85,3% de los casos., utilizando como valor de corte la probabilidad de 0,50.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 7-13
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Tabla 2. Regresión logística multivariable sobre Trastornos Ansiedad.

	B	ET	*gl*	Exp(B)	IC 95% para Exp(B) Inferior	Superior
Sexo femenino	0,701***	0,142	1	2,015	1,525	2,663
Edad	0,059**	0,020	1	1,061	1,020	1,103
Antecedente	0,045	0,140	1	1,046	0,794	1,377
psiquiátrico	1,028***	0,174	1	2,797	1,989	3,932
Comorbilidad	0,832*	0,400	1	2,297	1,048	5,034
No CI Límite	-0,341	0,212	1	0,711	0,469	1,076
Repetir curso	0,303	0,234	1	1,354	0,856	2,142
Profesional anterior	-0,021	0,183	1	0,980	0,684	1,403
Educación padres	-0,216	0,183	1	0,806	0,563	1,155
Educación madres	0,968**	0,359	1	2,634	1,303	5,322
Padres no separados	-4,644	0,625	1	0,010		
Constante						

Nota. gl = grados de libertad; Exp(B) = odss ratio; IC = intervalo de confianza.
$^{*}p$ <0,05; $^{**}p$ <0,01; $^{***}p$ <0,001.

Discusión/Conclusiones

Las variables mayor edad, sexo femenino, comorbilidad, no tener CI límite y tener padres que conviven juntos tienen un efecto significativo sobre el incremento de la probabilidad de TA.

En las líneas que siguen a continuación reflexionaremos sobre cada una de las variables asociadas a TA, reflejadas en nuestra investigación.

En primer lugar, revisamos las dimensiones sociodemográficas. La variable edad y sexo femenino en un contexto clínico incrementan la probabilidad de TA. Este dato es consistente con el hecho de que la prevalencia de la ansiedad aumenta en la adolescencia (Tannock, 2003) y la literatura científica general suele citar que las mujeres presentan más cuadros de ansiedad que los hombres (Blanco et al., 2014; Donner y Lowry, 2013). Otros estudios citan la distribución en función del sexo de los trastornos de ansiedad incluidos en este estudio: la fobia social es más frecuente en niños, la fobia simple en niñas y los trastornos por ansiedad de separación y por ansiedad generalizada se distribuyen por igual en ambos sexos (Mardomingo y Gutiérrez, 2010).

Entre las dimensiones clínicas, la variable que más incrementa la probabilidad de TA es la comorbilidad. La comorbilidad más frecuente en nuestra investigación es con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y con la categoría de problemas de relación, abuso o negligencia y problemas adicionales que merecen atención clínica independiente. La literatura científica, en consonancia con nuestro estudio, refleja que los niños con TDAH presentan TA comórbido entre el 25% y 35% (Barkley, 2006). Esta situación es relevante, pues esta combinación diagnóstica es un signo pronóstico de peor evolución que los diagnósticos aislados y requiere intervención independiente y diferenciada. Parece necesaria una especial atención a esta comorbilidad y una adecuada detección para un tratamiento ajustado a ambas dimensiones.

Los antecedentes psiquiátricos no incrementan la probabilidad para TA en el contexto clínico. En un estudio similar al nuestro en el contexto clínico y margen de edad se observan similares resultados (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999). Esta

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 7-13

circunstancia no resta valor a los antecedentes psicopatológicos de los padres al tratarse de un contexto clínico donde casos y controles alcanzan cifras en torno al 50%.

Nuestra investigación no ha diferenciado el tipo de antecedentes psiquiátricos de forma concordante con diversos estudios que apreciaron que cualquier tipo de trastorno mental en los padres fue asociado con un incremento de la probabilidad para cualquier tipo de trastorno en los hijos y que la psicopatología de los padres es un factor de riesgo no específico para los trastornos de la descendencia. En concreto, la presencia en los padres de depresión, ansiedad generalizada, trastorno del pánico, uso de sustancias o personalidad antisocial eran también predictores significativos de trastorno de ansiedad en los hijos (McLaughlin et al., 2012).

Otra dimensión clínica analizada en nuestro estudio es que la menor presencia de CI limite incrementa la probabilidad para TA. En un estudio similar al nuestro, en contexto clínico y margen de edad, observaron que la inteligencia global disminuye la probabilidad de tener ansiedad en niños (Bragado et al., 1999).

En el contexto familiar, La variable tener padres que conviven juntos incrementa la probabilidad de TA de nuestro análisis, de la misma forma que sucede en un estudio similar al nuestro en edad y contexto clínico (Bragado et al., 1999). En un estudio de cohortes en población general adolescente se observó la influencia de la ruptura familiar (divorcio de los padres) en la aparición de síntomas somáticos funcionales, que es explicada por síntomas de ansiedad y depresión (Van Gils, Janssens y Rosmalen, 2014).

En el contexto de las variables académicas, repetir curso no influye en la probabilidad para TA, de forma similar a lo que sucede en un estudio similar al nuestro (Bragado et al., 1999). Otros estudios citan que niños y adolescentes con ansiedad tienden a presentar bajo rendimiento académico (King y Bernstein, 2001).

El estudio presentado se realiza con población clínica lo que puede haber oscurecido la capacidad predictiva de algunas variables y no resulta extensible a población general; sin embargo al comparar casos de TA con controles clínicos se potencia la capacidad de discriminación de los factores investigados, puesto que existe una mayor exigencia para lograr diferencias significativas entre grupos.

Los autores estimamos el interés de los análisis referenciados en nuestro estudio para la consideración de las variables clínicas en programas preventivos.

Referencias

American Psychiatric Association. (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Barkley, R. A. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.

Bittner, A., Egger, H.L., Erkanli, A., Costello, J., Foley, D.L. y Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 1174–1183.

Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C.J. y Kendler, K.S. (2014). Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. *Depression and Anxiety, 31*, 756–764.

Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema, 11*, 939-956.

Donner, N.C. y Lowry, C.A. (2013). Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Pflügers Archiv, 465*, 601–626.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 7-13

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Gadow, K. D. y Sprafkin, J. (1997). *Child Symptom Inventory 4, Norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.

King, N. J. y Bernstein, G. A. (2001). School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 197-205.

Lewinsohn, P.M., Holm-Denoma, J.M., Small, J.W., Seeley, J.R. y Joiner, T.E. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*, 548-55.

Mardomingo, M.J. y Gutierrez, J.R. (2010). Trastornos de ansiedad. En C. Soutullo y M.J. Mardomingo (Eds.), *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 79-93). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

McLaughlin, K.A., Gadermann, A.M., Hwang, I., Sampson, N.A., Al-Hamzawi, A. y Andrade, L.A. (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, *200*, 290-299.

Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*, 847-862.

Sánchez, P. y Burillo, C. (2010). El estrés en el niño. En M. D. Crespo y A. Muñoz (Eds.), *Psicopatología en la clínica pediátrica* (pp. 25-30). Madrid: Ergon.

Tannock, R. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con trastornos de ansiedad. En T.E. Brown, (Ed.), *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos* (pp. 125-170). Barcelona: Masson.

Van Gils, A., Janssens, K.A. y Rosmalen, J.G. (2014). Family disruption increases functional somatic symptoms in late adolescence: The TRAILS Study. *Health Psychology*, *33* (11), 1354-61.

Wechsler, D. (1999). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada*. Madrid: TEA.

Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology
(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)
ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 14-22

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: INFLUENCIA DEL ESTILO DE AFRONTAMIENTO EN EL CAMBIO SINTOMATOLÓGICO Y CARACTERIAL

Juan Manuel Ramos[1]

Unidad de Trastornos de Personalidad, Hospital Dr. R. Lafora

RESUMEN. Antecedentes: Diversos enfoques han conseguido resultados similares en personas con trastorno de personalidad (TP), por lo que se investigan los procesos de cambio implicados. Desde una perspectiva transaccional, el concepto de estilo de afrontamiento (EA) parece ser relevante tanto en la conceptuación del trastorno como en la propuesta de un abordaje eficiente. **Objetivos:** Verificar si el EA se relaciona con la sintomatología y con la gravedad de TP, y si la modificación del EA puede vincularse con la mejora tras el tratamiento. **Método:** Pacientes con TP (N= 91) atendidos durante 6 meses en la Unidad de Trastornos de Personalidad del hospital Dr. R. Lafora (Madrid). Instrumentos de medida pre-post: *Cuestionario de Afrontamiento; Cuestionario de 90 Síntomas Revisado*; *Inventario de Depresión de Beck; Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Análisis bivariantes (t-Student) y multivariantes (MLG de medidas repetidas). **Resultados:** Las personas con EA emocional-evitativo (85,7%) presentan mayor perturbación general ($t_{(89)}$ = 3,434; p= 0,004; d= 1,581) y afectiva ($t_{(89)}$ = 4,809; p= 0,000; d= 1,409), así como mayor gravedad de TP ($t_{(72)}$ = 3,205; p= 0,002; d= 1,02) que las personas con EA racional-desapegado. Tras el tratamiento, el 50,5 % refiere tener un EA favorable, frente al 14,3 % del inicio (χ^2= 4,22; p= 0,04). El grupo de pacientes que adquiere un EA racional-desapegado consigue una mejor evolución clínica. **Conclusiones:** El EA es un proceso modificable que se relaciona con la mejora terapéutica. Los rasgos de personalidad desfavorables incrementan la probabilidad de sufrir desequilibrios expresados en síntomas. Dotarse, pues, de una estrategia de afrontamiento adecuada aumenta la capacitación individual para que el desafío adaptativo resulte más satisfactorio en personas vulnerables.

Palabras clave: Trastorno de personalidad, estilo de afrontamiento, mecanismos de cambio, análisis multivariante.

ABSTRACT. Background: Different therapeutic approaches have achieved similar results in people with personality disorder (PD), so the investigation of the processes of change involved in their improvement has been developed. From a transactional perspective, the concept of coping style (CS) appears relevant in the conceptualization of the disorder and the proposal of an efficient intervention. **Objectives:** Verify if the CS relates with symptomatology and severity of PD, and whether modification of the CS can be linked with improvement after

[1]Correspondencia: Juan Manuel Ramos. Unidad de Trastornos de Personalidad. Hospital Dr. R. Lafora. Ctra. Colmenar Viejo, Km 2,800. 28049 – Madrid. E-mail: jmramos@cop.es

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 14-22

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

treatment. **Method:** 91 patients with PD attended over 6 months in the Personality Disorders Unit of the hospital Dr. R. Lafora (Madrid). Pre-post measurement instruments: *Coping Style Questionnaire* (CSQ); *90 Symptoms Checklist-Revised* (SCL90-R); *Beck Depression Inventory* (BDI); *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMI-II). Bivariate (t-Student) and multivariate (GLM repeated measures) analysis. **Results:** People with emotional-avoidant CS (85.7%) have greater overall ($t_{(89)} = 3.434$; $p = .004$; $d = 1.581$) and affective disturbance ($t_{(89)} = 4.809$; $p = .000$; $d = 1.409$), as well as greater TP severity ($t_{(72)} = 3.205$; $p = .002$; $d = 1.02$) than people with rational-detached CS. After treatment, 50.5 % expressed to have a CS favourable, against the initial 14.3 % ($\chi^2 = 4.22$, $p = .04$). The group of patients that acquires a rational-detached CS gets a better clinical outcome. **Conclusions:** The CS is a changeable process that is related to the therapeutic improvement. Unfavorable personality traits increase the likelihood of imbalances expressed in symptoms. Empowerment, therefore, with an adequate coping strategy increases the individual strength to make the adaptive challenge more satisfactory in vulnerable people.

Keywords: Personality disorder, coping style, mechanisms of change, multivariate analysis.

Introducción

Diversos enfoques terapéuticos han conseguido resultados similares en personas con trastorno de personalidad (TP) (Gabbard, 2007; Stoffers et al., 2012), por lo que se ha desarrollado la investigación de los procesos de cambio implicados en su mejora (Bateman, 2012; Clarkin y Levy, 2006). Además de considerar la dotación del individuo (rasgos estables del sujeto), una perspectiva transaccional organismo-entorno (modelo evolutivo) (Nelson-Gray, Mitchell, Kimbrel y Hurst, 2007) destaca las estrategias concretas que el individuo pone en marcha en cada situación, lo que permite una explicación más completa del resultado adaptativo que, en definitiva, es lo que marca la frontera entre estilo de personalidad y TP (Svrakic, Lecic-Tosevski y Divac-Jovanovic, 2008). La manera habitual como el individuo tiende a seleccionar determinadas estrategias en la interacción con su entorno es su estilo de afrontamiento (EA), que parece jugar un papel relevante en la conceptuación del TP y en la propuesta de un abordaje terapéutico eficiente.

El EA está relacionado con la perturbación sintomatológica (Fernández y Díaz, 2001; Guo, Xue, Zhao y Liu, 2005; Pelechano, 1992), y con el TP (Bijttebier y Vertommen, 1999; Kruedelbach, McCormick, Schulz y Grueneich, 1993; Lago et al., 2008). El objetivo de este trabajo es verificar si, además, su modificación puede relacionarse con la mejora tras el tratamiento. En concreto, planteamos tres hipótesis: (1) las personas con EA emocional-evitativo presentan mayor perturbación sintomatológica general y afectiva, y mayor gravedad de TP que las personas con EA racional-desapegado; (2) tras el tratamiento hay un cambio en EA; y (3) el grupo de pacientes con EA emocional-evitativo que consiguen un EA racional-desapegado obtienen mejor evolución que el resto.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 14-22

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Método

Participantes

De los pacientes con diagnóstico de TP derivados a la UTP entre los años 2008 y 2014 por parte de los facultativos de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, son incluidos en este estudio aquellos que terminaron el programa de intervención y completaron adecuadamente los cuestionarios antes y después del tratamiento (N= 91).

Instrumentos

Cuestionario de Afrontamiento (Coping Style Questionnaire, CSQ; Roger, Jarvis y Najarian, 1993; versión breve española en Guarino, Sojo y Bethelmy, 2007*)*. Evalúa con 40 ítems y 4 alternativas de respuesta el estilo de afrontamiento (emocional, racional, evitativo y desapegado). Con fiabilidad aceptable (α de Cronbach de 0,65 a 0,78), ha mostrado validez de constructo con el Inventario de Inteligencia Emocional, el Inventario de Reactividad Interpersonal y la Escala de Sensibilidad Emocional.

Cuestionario de 90 Síntomas (*90 Symptoms Checklist-Revised*, SCL90-R; Derogatis, 2002; versión en español de González de Rivera, 2002). Evalúa una amplia gama de características psicopatológicas. El individuo puntúa, en una escala tipo Likert de 0 a 4, hasta qué punto se siente molesto por cada síntoma. Tiene 10 escalas y 3 índices globales de malestar, entre los que se encuentra el GSI (*Global Severity Index*). Fiabilidad aceptable, con coeficientes de consistencia interna elevados (α > 0,81) y test-retest superiores a 0,78.

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; versión española de Sanz y Vázquez, 1998). Evalúa con 21 ítems sintomatología depresiva mediante la elección de una alternativa de cuatro. Consistencia interna de 0,90; validez convergente con otras medidas de depresión superiores a 0,50 y adecuada validez discriminante.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, MCMI-II; Millon, 1999). Consta de 175 ítems (respuesta dicotómica) y aporta un perfil de 13 escalas de personalidad más 9 escalas de síndromes clínicos. Consistencia interna satisfactoria (coeficientes KR 0,81 - 0,95). Validez de constructo variable entre escalas (Rogers, Salekin y Sewell, 1999), lo que no hace aconsejable su uso diagnóstico.

Procedimiento

Todos participan voluntariamente en un programa de intervención de 6 meses basado en el modelo de comunidad terapéutica hospitalaria, donde se fomentan participación y responsabilidad. El programa incluye intervenciones individuales, actividades grupales y sesiones familiares, en una labor integrada multiprofesional (facultativos, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social) a partir de un plan terapéutico individual diseñado en equipo.

Completan al inicio y al final del ingreso una batería de cuestionarios, entre los que se encuentran los anteriormente descritos. A partir de la puntuación obtenida en el CSQ (pre), dividimos la muestra en dos grupos: EA favorable (EA racional y desapegado) y EA desfavorable (EA emocional y evitativo). Definimos la variable dependiente gravedad de TP (GTP) como la suma de las puntuaciones en el MCMI-II cuya T.B. > 75; las puntuaciones en el GSI del SCL90-R y en el BDI son tomadas como indicadores de las otras dos variables dependientes (perturbación sintomatológica general y afectiva, respectivamente).

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 14-22

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Diseño y análisis

Estudio cuasi-experimental pre-post. Se realizan análisis bivariantes (t-Student con corrección de Bonferroni; cálculo del tamaño del efecto con la diferencia de medias estandarizada d de Cohen (1988); χ^2 para proporciones) y multivariantes (MLG de medidas repetidas con el factor intersujetos cambio en EA [mantenimiento desfavorable, cambio favorable, mantenimiento favorable y cambio desfavorable] y factor intrasujetos tiempo [pre, post], sobre las variables dependientes. La prueba M de Box para la igualdad de matrices de covarianzas obtenidas en BDI y GTP no eran idénticas (p= 0,005 y p= 0,024), por lo que se empleó el estadístico Traza de Pillai (V); con el GSI se usó λ de Wilks. Las diferencias por pares de grupos del factor intersujetos se obtienen mediante prueba post-hoc de comparaciones múltiples con corrección de Bonferroni.

Resultados

Hay predominio de mujeres (n= 76; 83,5 %) sobre varones (n=15; 16,5%), y el rango de edad es 19-54 años (M= 36,88; DT= 8,06). El 59,3% fue derivado con diagnóstico de trastorno límite (TLP) y, el resto, con trastorno mixto (25,3%), sin especificar (13,2%) e histriónico (2,2%). Sólo el 14,3% (n= 13) presenta un EA favorable (racional-desapegado) al inicio de la intervención, y el resto (85,7 %; n= 78) tiene un EA desfavorable (emocional-evitativo). Estos últimos presentan mayor perturbación general ($t_{(89)}$ = 3,434; p= 0,004; d= 1,581) y afectiva ($t_{(89)}$ = 4,809; p= 0,000; d= 1,409), así como mayor gravedad de TP ($t_{(72)}$ = 3,205; p= 0,002; d= 1,02) que las personas con EA racional-desapegado, no habiendo diferencias por sexo (χ^2= 0,479; p= 0,489), ni por edad ($t_{(89)}$ = 1,437; p= 0,154).

Tras el tratamiento, el 59 % expresa un EA favorable (χ^2= 4,22; p= 0,04). Este cambio no aparece relacionado ni con el sexo (χ^2= 0,055; p= 0,815), ni con la edad ($F_{(3,87)}$= 1,065; p= 0,368) de los participantes (Figura 1, Tabla 1). En la Tabla 2 pueden observarse las diferencias pre-post (factor intra-sujetos) en las variables dependientes, así como las diferencias en EA (factor inter-sujetos) y los efectos de interacción entre ambos factores. En la Tabla 3 y Figura 2 se detallan las diferencias por pares de grupos según el cambio en EA.

Tabla 1. Frecuencia (y porcentaje) de sujetos en cada categoría de estilo de afrontamiento antes (EA-PRE) y después (EA-POST) de la intervención.

EA-PRE	n (%)	EA-POST	n (%)
Emocional-evitativo	78 (85,7)	Emocional-evitativo (Md)	42 (46,1)
		Racional- desapegado (Cf)	36 (39,6)
Racional- desapegado	13 (14,3)	Emocional-evitativo (Cd)	3 (3,3)
		Racional- desapegado (Mf)	10 (11,0)

Nota. Md = mantenimiento desfavorable; Cf = cambio favorable; Cd = cambio desfavorable; Mf = mantenimiento favorable.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 14-22

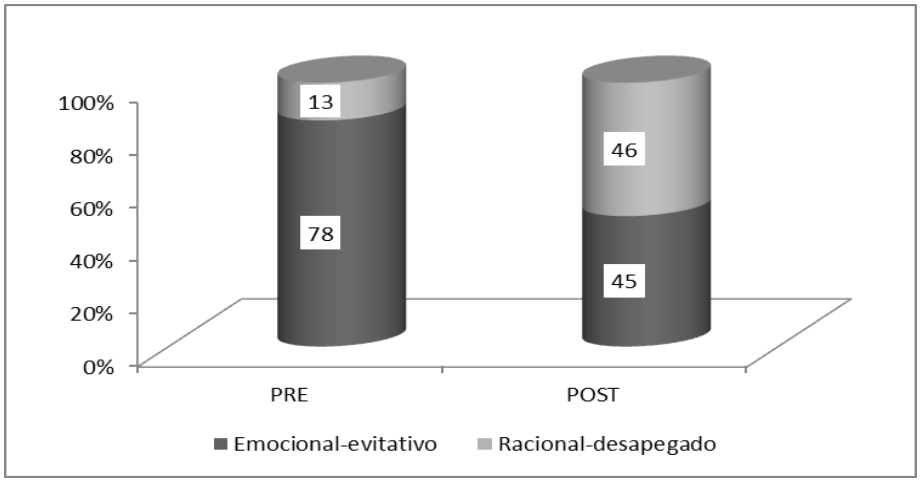


Figura 1. Frecuencia de casos según el estilo de afrontamiento antes y después de la intervención terapéutica.

Tabla 2. Modelo general lineal de medidas repetidas: evolución de la sintomatología afectiva, general y de la gravedad del trastorno de personalidad según el cambio en estilo de afrontamiento (EA) tras la intervención. Factor intrasujetos: tiempo (pre, post); factor intersujetos: cambio en EA (mantenimiento desfavorable, cambio favorable, mantenimiento favorable y cambio desfavorable).

Medida	*M* pre	*M* post	*d*	Efectos	V/λ	F	*gl*	*p*	ηp^2	PO
				Intrasujetos	0,249	28,508	1	0,000	0,249	1
BDI	27,9	15,51	1,01	Interacción	0,253	9,713	3	0,000	0,253	0,997
				Intersujetos		14,271	3	0,000	0,332	1
				Intrasujetos	0,690	39,113	1	0,000	0,310	1
GSI	76,79	44,95	1,541	Interacción	0,622	17,591	3	0,000	0,378	1
				Intersujetos		12,078	3	0,000	0,294	1
				Intrasujetos	0,388	44,299	1	0,000	0,388	1
GTP	538,8	447,82	0,491	Interacción	0,362	13,238	3	0,000	0,362	1
				Intersujetos		3,935	3	0,012	0,144	0,810

Nota. BDI = Inventario de depresión de Beck; GSI = Índice global de gravedad del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R); GTP = gravedad del trastorno de personalidad; V = valor de la Traza de Pillai; λ = lambda de Wilks; *d* = diferencia estandarizada de Cohen; *gl* = grados de libertad; ηp^2 = eta parcial al cuadrado; PO = potencia observada.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 14-22

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Tabla 3. Prueba post hoc de comparaciones múltiples del factor cambio en estilo de afrontamiento (mantenimiento desfavorable, cambio favorable, mantenimiento favorable y cambio desfavorable), con la corrección de Bonferroni, en sintomatología depresiva, general y en gravedad del trastorno de personalidad.

Variables	Diferencia	*M*	*DT*	*p*	IC
BDI	Md-Cf	10,74	2,12	0,000	5,0 – 16,4
	Md-Mf	15,59	3,26	0,000	6,7 – 24,4
	Md-Cd	18,74	5,54	0,006	3,8 – 33,7
	Cf-Mf	4,85	3,32	0,889	(-4,1) – 13,8
	Cf-Cd	8,00	5,58	0,930	(-7,1) – 23,1
	Mf-Cd	3,15	6,10	1,000	(-13,3) – 19,6
GSI	Md-Cf	20,99	4,33	0,000	9,3 – 32,7
	Md-Mf	32,55	6,71	0,000	14,4 – 50,7
	Md-Cd	13,70	11,40	1,000	(-17,1) – 44,5
	Cf-Mf	11,56	6,82	0,562	(-6,8) – 30
	Cf-Cd	-7,29	11,46	1,000	(-38,2) – 23,7
	Mf-Cd	-11,56	6,82	0,562	(-30) – 6,8
GTP	Md-Cf	42,65	41,53	1,000	(-70,1) – 155,4
	Md-Mf	202,39	58,98	0,006	42,2 – 362,5
	Md-Cd	47,72	98,06	1,000	(-218,5) – 314
	Cf-Mf	159,73	59,22	0,053	(-1,1) – 320,5
	Cf-Cd	5,07	98,20	1,000	(-261,6) – 271,7
	Mf-Cd	-154,67	106,76	0,911	(-444,5) – 135,2

Nota. BDI= Inventario de depresión de Beck; GSI= Índice global de gravedad del del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R); GTP= gravedad del trastorno de personalidad; Md= Mantenimiento desfavorable; Cf= Cambio favorable; Cd= cambio desfavorable; Mf= Mantenimiento favorable; IC= Intervalo de confianza al 95%.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 14-22

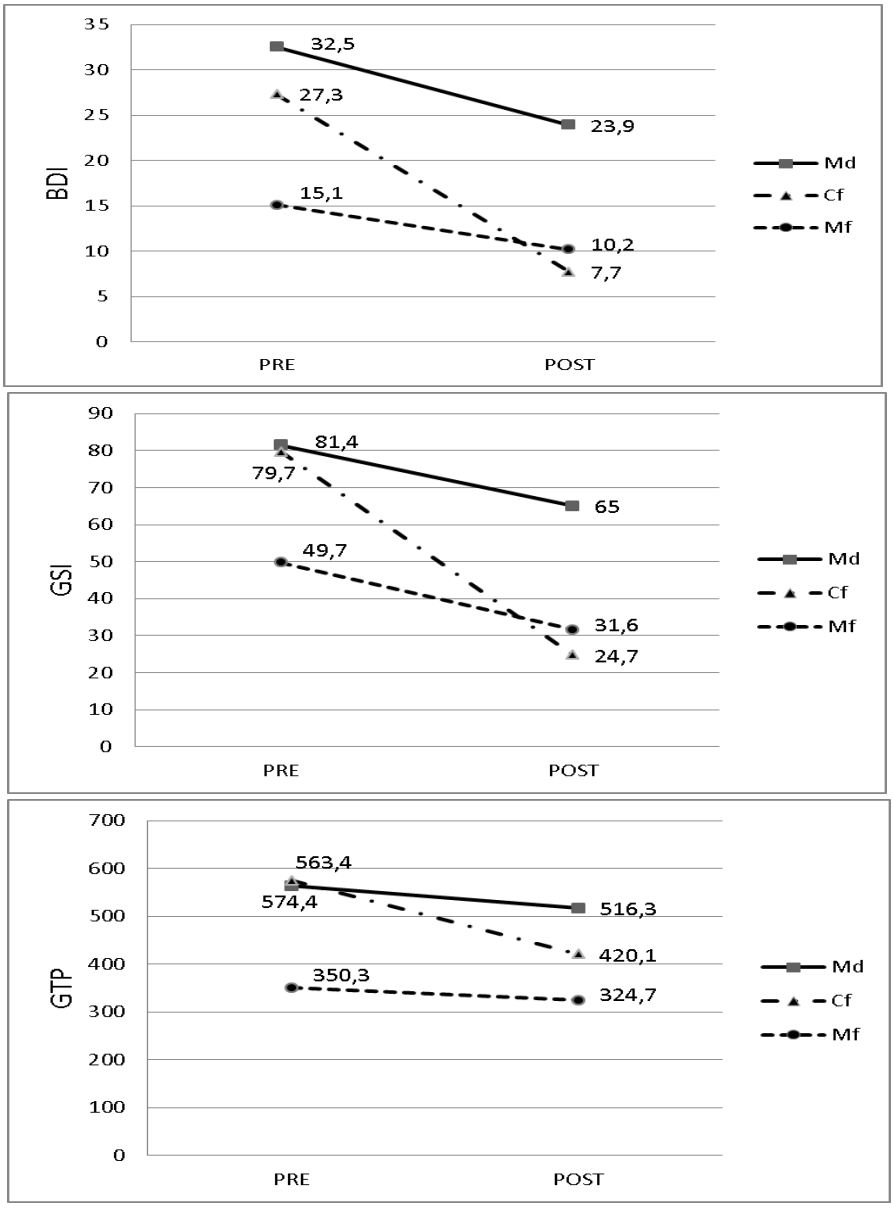


Figura 2. Medias marginales estimadas antes y después de la intervención en sintomatología depresiva, general y en gravedad de trastorno de personalidad para tres condiciones del factor cambio en estilo de afrontamiento: mantenimiento desfavorable (Md), cambio favorable (Cf) y mantenimiento favorable (Mf). BDI= Inventario de depresión de Beck; GSI= Índice global de gravedad del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90-R); GTP= gravedad del trastorno de personalidad.

Discusión/Conclusiones

El EA aparece relacionado con la patología, puesto que las personas con EA emocional-evitativo presentan mayor perturbación sintomatológica general y afectiva, así como mayor gravedad de TP que aquellas con EA racional-desapegado (hipótesis 1). Tras la intervención, un grupo de pacientes consigue un cambio a EA favorable (hipótesis 2), y ese cambio aparece vinculado con la mejora (hipótesis 3), hasta el punto de que el grupo de pacientes que adquiere un EA racional-desapegado consigue la mejor evolución clínica.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 14-22

El EA parece, pues, un proceso modificable relacionado con la mejora terapéutica, por lo que habría de considerarse en la exploración de los procesos de cambio en TP (Clarkin y Levy, 2006).

Limitaciones en selección muestral, falta de grupo de control, reducido número de sujetos, identificación de EA con puntuación en una escala (CSQ) que mide disposiciones generales de afrontamiento más que uso de estrategias específicas, falta de seguimiento a largo plazo y sesgos de autoinforme, exigen cautela en la interpretación y generalización de este trabajo.

Desde una perspectiva transaccional organismo-entorno, los rasgos de personalidad desfavorables crean vulnerabilidad para patologías eventualmente graves (Tyrer, 2007). La homeostasis personal está vinculada a la alostasis interpersonal en un entorno cambiante. Propiciar estrategias de afrontamiento favorable aumenta la capacitación personal para que el desafío adaptativo resulte más satisfactorio en personas vulnerables. La generalización de este argumento a otras poblaciones clínicas sería la constatación de un elemento transdiagnóstico sobre el que seguir profundizando (Links y Eynan, 2012).

Referencias

Bateman, A. (2012). Treating borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, *169*, 560-563.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression.* Nueva York: Guildford.

Bijttebier, P. y Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, *26*, 847-856.

Clarkin, J. F. y Levy, K. N. (2006). Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 405-410.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. Nueva Jersey: Routledge.

Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas* (SCL90-R). Madrid: Tea Ediciones.

Fernández, M. D., y Díaz, M. A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *6*, 129-136.

Gabbard, G. O. (2007). Do all roads lead to Rome? New findings on borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 853-855.

González de Rivera, J. L. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas* (versión española del SCL-90-R). Madrid: TEA.

Guarino, L, Sojo, V. y Bethelmy, L. (2007). Adaptación y validación preliminar de la versión hispana del "Cuestionario de estilos de afrontamiento" (Coping Style Questionnaire, CSQ). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *15*, 173-189.

Guo, X. F., Xue, Z. M., Zhao, J. P. y Liu, Z. N. (2005). Coping style, social support and personality in patients with comorbid major depression and anxiety. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, *13*, 221-222.

Kruedelbach, N., McCormick, R A, Schulz, S. C. y Grueneich, R. (1993). Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *7*, 214-222.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 14-22

Lago, E., Acuñas, M., Bermúdez, C., Vilavedra, A., Marín, N. e Ibarra, O. (2008). Estrategias de afrontamiento del estrés en el trastorno límite de la personalidad. *Psicologia.com*, *12*(2), 1-11.

Links, P. S., y Eynan, R. (2012). The relationship between personality disorders and axis I psychopathology: deconstructing comorbidity. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 529-554.

Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II* (MCMI-II). Madrid: Tea Ediciones.

Nelson-Gray, R. O, Mitchell, J. T., Kimbrel, N. A. y Hurst, R. M. (2007). The development and maintenance of personality disorders: a behavioral perspective. *The Behavior Analyst Today*, *8*, 443-482.

Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, *18*, 167-202.

Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, *15*, 619-626.

Rogers R., Salekin R. T., y Sewell K. W. (1999). Validation of the Millon Clinical Multiaxial Inventory for axis II disorders: Does it meet the Daubert standard? *Law and Human Behavior*, *23*, 425-443.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, *10*, 303-318.

Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Reviews*, *8*, CD005652.

Svrakic, D. M., Lecic-Tosevski, D. y Divac-Jovanovic, M. (2008). DSM axis II: personality disorders or adaptation disorders? *Current Opinion in Psychiatry*, *22*, 111-117.

Tyrer, P. (2007). Personality diathesis: a superior explanation than disorder. *Psychological Medicine*, *37*, 1521-1525.

Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology
(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)
ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 23-29

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

DIFERENCIAS EN LA CLÍNICA ANSIOSO-DEPRESIVA Y DELIRIUM ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y GERIÁTRICOS EN ENFERMEDAD TERMINAL

Alfredo Zamora-Mur[1]*, Aranzazu Zamora-Catevilla* y Rafael García-Foncillas**

**Hospital de Barbastro, Huesca*
***Universidad de Zaragoza*

RESUMEN. Antecedentes: síntomas psicológicos como ansiedad, depresión y delirium, son frecuentes en fases finales de la vida, muchas veces diagnosticados y tratados en menor medida que síntomas físicos. Hay gran disparidad de sintomatología entre pacientes oncológicos y geriátricos. **Método:** estudio prospectivo analítico, descriptivo e intervencional, con muestra de 638 pacientes derivados a un Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria (ESAD), siendo divididos en oncológicos y geriátricos, recogiendo variables: edad, sexo, cuidador principal, dolor, disnea, ansiedad (Hamilton), depresión (Yesavage), insomnio, delirium (CAM-Pfeiffer), náuseas y anorexia, tratamientos previos y posteriores a actuación del ESAD. **Resultados:** edad media oncológicos 76,8 +/-11,1 años, 83,27 +/-9,2 años en geriátricos, 38,1% mujeres oncológicas y 56,2% geriátricas. Cuidador principal: oncológicos cónyuge 36,4%, hijos 36,7%, institucionalizados 7,8%, no cuidador 4,8%, cuidador contratado 3,9%; geriátricos cónyuge 18,3%, hijos 33%, institucionalizados 35,5%, no cuidador 0,4 %, cuidador contratado 7,9 %. Síntomas: oncológicos anorexia 58,8%, dolor 56,6%, ansiedad 31,9%, disnea 31,1%, depresión 29,1%, insomnio 27,5%, náuseas 19,3% y delirium 9,5%; geriátricos anorexia 31%, delirium 30,2%, dolor 26,3%, insomnio 16,4%, ansiedad 12,1%, depresión 11%, disnea 10% y náuseas 3,2%. Tratamientos previos: oncológicos benzodiacepinas 33,9%, antidepresivos 23%, neurolépticos típicos 9,8%, atípicos 4,5%, valproico 2%, memantina 1,1% e inhibidores acetilcolinesterasa 0,8%; geriátricos antidepresivos 42,7%, benzodiacepinas 28,7%, neurolépticos atípicos 28%, típicos 19%, inhibidores acetilcolinesterasa 14,3%, memantina 6,8% y valproico 2,2%. Tratamientos posteriores: oncológicos benzodiacepinas 41,2%, antidepresivos 20,7%, hipnóticos no benzodiacepínicos 8,7%, neurolépticos típicos 34,2%, atípicos 3,7%, IACEs 0,3%; geriátricos benzodiacepinas 18,1%, antidepresivos 15,7%, hipnóticos no benzodiacepínicos 2,1%, neurolépticos típicos 21,4%, atípicos16,4%, IACEs 6,5%. **Conclusiones:** grandes diferencias entre oncológicos y geriátricos en edad, sexo y cuidador principal, siendo más frecuente la institucionalización en geriátricos. La clínica presentada es muy diferente, con predominio en oncológicos de ansiedad, depresión e insomnio, frente al delirium en geriátricos. Estas diferencias conllevan diferente actuación previa y posterior a la intervención del ESAD.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, delirium, oncológico, geriátrico.

[1]Correspondencia: Alfredo Zamora-Mur. Hospital de Barbastro, Carretera Nacional 240, s/n, Barbastro, Huesca. E-mail: azamoram@salud.aragon.es

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 23-29

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

ABSTRACT. Background: psychological symptoms such as anxiety, depression, and delirium are common in late life stages, often diagnosed and treated by less than physical symptoms. There is great disparity symptoms between cancer and geriatric patients. **Method:** analytical, descriptive prospective and interventional study, with sample of 638 patients referred to a Home Care Support Team (HCST), being divided into oncology and geriatric, collecting variables: age, gender, primary caregiver, pain, dyspnea, anxiety (Hamilton), depression (Yesavage), insomnia, delirium (CAM-Pfeiffer), nausea and anorexia, before and after treatments HCST performance. **Results:** mean age oncology 76,8 +/-11,1 years, geriatric 83,27+/-9,2 years, 38,1% oncology women and 56.2% geriatric women. Primary Caregiver: oncology spouse 36,4%, son 36, 7%, institutionalized 7,8%, not caregiver 4,8%, caregiver contracted 3,9%; geriatric 18,3% spouse, son 33%, institutionalized 35,5%, not caregiver 0,4%, caregiver contracted 7,9%. Symptoms: cancer anorexia 58,8%, pain 56,6%, anxiety 31,9%, dyspnea 31,1%, depression 29,1%, 27,5% insomnia, nausea 19,3% and delirium 9.5%; geriatric anorexia 31%, delirium 30,2%, pain 26,3%, insomnia 16,4%, anxiety 12,1%, depression 11%, dyspnea 10%, and nausea 3,2%. Previous treatments: cancer benzodiazepines 33,9%, antidepressants 23%, typical neuroleptics 9,8%, atypical 4,5%, valproic 2%, memantine 1,1% and acetylcholinesterase inhibitors 0,8%; geriatric antidepressants 42,7%, benzodiazepines 28,7%, atypical neuroleptics 28%, typical 19%, acetylcholinesterase inhibitors 14,3%, memantine 6,8% and valproic 2,2%. After-treatment: oncology benzodiazepines 41,2%, antidepressants 20,7%, non-benzodiazepine hypnotics 8,7%, typical neuroleptics 34,2%, atypical 3,7%, acetylcholinesterase inhibitors 0,3%; geriatric benzodiazepines 18,1%, antidepressants 15,7%, non-benzodiazepine hypnotics 2,1%, typical neuroleptics 21,4%, atypical 16,4% and acetylcholinesterase inhibitors 6.5%. **Conclusions:** differences between oncology and geriatric in age, sex and primary caregiver, being more frequent institutionalization in geriatrics. The clinic presented is very different, predominantly in cancer anxiety, depression and insomnia, compared with delirium in geriatrics. These differences lead to different pre-and post intervention HCST performance.

Keywords: Anxiety, depression, delirium, oncology, geriatric.

Introducción

Diversos estudios realizados en nuestro país han mostrado la presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes durante la fase avanzada y terminal (Barreto et al., 1996) y en ocasiones con una valoración y control deficiente (Pascual y Pascual, 1999). En un estudio reciente 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, presente en un 19,77% (Lacasta, 2005). Estudios pioneros concluían en 1980 que los programas de acompañamiento al duelo eran capaces de reducir el riesgo de trastornos psiquiátricos y psicosomáticos (Parkes, 1980). Con nuestro trabajo pretendemos observar las diferentes manifestaciones clínicas a nivel psíquico de los pacientes en fase terminal de la enfermedad, y las diferencias

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 23-29

objetivadas entre pacientes oncológicos y no oncológicos, clasificados como geriátricos, así como las actuaciones llevadas a cabo frente a dicha sintomatología.

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.

Materiales/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 (Confussion Assessment method) para síndrome confusional agudo, test de Pfeiffer-SMPMSQ (especificidad 92%, sensibilidad 82%).

Procedimiento

Los pacientes son clasificados en oncológicos y en geriátricos. Se recogen las variables edad, sexo, motivo de derivación (oncológico y no oncológico o geriátrico), cuidador principal, clínica (dolor, disnea, anorexia, ansiedad, insomnio, depresión, delirium y/o náuseas) y tratamientos farmacológicos previos y posteriores a la intervención.

Diseño

Estudio prospectivo analítico descriptivo e intervencional.

Resultados

Se obtienen 357 pacientes oncológicos y 281 geriátricos. Existe una notable diferencia de edad entre ellos, con una edad media en los pacientes oncológicos de 76,8 +/-11,1 años, frente a 83,27 +/-9,2 años en el resto ($p<0,001$). En los oncológicos, un 38,1% son mujeres (N=136) y un 61´9% hombres (N=221). En los geriátricos, un 56,2% son mujeres (N=158) y un 43,8% hombres (N=123) ($p<0,001$).

Respecto al cuidador principal, en los oncológicos, la función recae de manera muy similar en cónyuge e hijos (respectivamente 36,4% y 36,7%), encontrándose institucionalizados un 7,8%. Sólo un 4,8% no disponen de cuidador principal y un 3,9% cuentan con cuidador contratado. En los geriátricos, la función de cuidador principal recae en cónyuge e hijos (18,3% y 33%), encontrándose institucionalizados un alto porcentaje de los mismos (35,5%). Las diferencias observadas entre los grupos respecto al cuidador principal son significativas ($p<0,05$). En la Tabla 1 se puede apreciar la distribución de los cuidadores principales.

Respecto a la clínica los oncológicos presentan, anorexia (N=210, 58,8%), dolor (N=202, 56,6%), ansiedad (N=114, 31,9%), disnea (N=111, 31,1%), depresión (N=104, 29,1%), insomnio (N=98, 27,5%), náuseas (N=69, 19,3%) y agitación psicomotriz (N=34, 9,5%).

En los geriátricos, la distribución es diferente: anorexia (N=87, 31%), agitación psicomotriz (N=85, 30,2%), dolor (N=74, 26,3%), insomnio (N=46, 16,4%), ansiedad (N=34, 12,1%), depresión (N=31, 11%), disnea (N=28, 10%) y náuseas (N=9, 3,2%). En este grupo presentan antecedente de demencia 168 casos, lo que supone un 60% de

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 23-29

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

los mismos, en comparación con un 7,6% en pacientes oncológicos (N=27). La presencia de síntomas se puede apreciar en la Tabla 2.

Se encuentran diferencias significativas (p<0,001) en todos los síntomas.

Respecto a las escalas utilizadas, se obtiene un Yesavage medio en oncológicos de 7,3, en geriátricos de 5,2, un Hamilton medio de 27,2 en oncológicos y de 20,3 en geriátricos, y un Pfeiffer medio en oncológicos de 1,33, y de 7,06 en geriátricos.

Los tratamientos previos a la intervención del ESAD en oncológicos fueron: benzodiacepinas 33,9% (N=121), antidepresivos 23% (N=82), neurolépticos típicos 9,8% (N=35), atípicos 4,5% (N=16), valproico 2% (N=7), memantina 1,1% (N=4) e inhibidores de la acetilcolinesterasa 0,8% (N=3). Y en geriátricos: antidepresivos 42,7% (N=119), benzodiacepinas 28,7% (N=80), neurolépticos atípicos 28% (N=78), típicos 19% (N=53), inhibidores de la acetilcolinesterasa 14,3% (N=40), memantina 6,8% (N=19) y valproico 2,2% (N=6). Se encuentran diferencias significativas (p<0,001) en el uso previo de antidepresivos, neurolépticos atípicos, inhibidores de la acetilcolinesterasa y memantina, y diferencias significativas (p<0,05) en neurolépticos típicos, detalladas en la Tabla 3.

Tabla 1. Cuidador principal del paciente.

Cuidador	Oncológicos	Geriátrico
Ninguno	4,8 % (N=17)	0,4 % (N=1)
Cónyuge	36,4 % (N=130)	18,3 % (N=51)
Hijos	36,7 % (N=131)	33 % (N=92)
Residencia	7,8 % (N=28)	35,5 % (N=99)
Contratado	3,9% (N=14)	7,9 % (N=22)
Otros	10,4 % (N=37)	5 % (N=14)

Tabla 2. Sintomatología de los pacientes.

Clínica	Oncológicos	Geriátricos
Anorexia	58,8 % (N=210)	31 % (N=87)
Dolor	56,6 % (N=202)	26,3 % (N=74)
Ansiedad	31,9 % (N=114)	12,1 % (N=34)
Disnea	31,1 % (N=111)	10 % (N=28)
Depresión	29,1 % (N=104)	11 % (N=31)
Insomnio	27,5 % (N=98)	16,4 % (N=46)
Náuseas	19,3 % (N=69)	3,2 % (N=9)
Delirium	9,5 % (N=34)	30,2 % (N=85)

Tabla 3. Tratamientos previos a la intervención del ESAD.

Fármacos	Oncológicos	Geriátricos
Benzodiacepinas	33,9 % (N=121)	28,7 % (N=80)
Antidepresivos	23 % (N=82)	42,7 % (N=119)
Neurolépticos típicos	9,8 % (N=35)	19 % (N=53)
Neurolépticos atípicos	4,5 % (N=16)	28 % (N=78)
Valproico	2 % (N=7)	2,2 % (N=6)
Gabapentina	2,2 % (N=8)	5 % (N=14)
Pregabalina	3,4 % (N=12)	5,4 % (N=15)
Inhibidor de acetilcolinesterasa	0,8 % (N=3)	14,3 % (N=40)
Memantina	1,1 % (N=4)	6,8 % (N=19)

Nota. ESAD = Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 23-29
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Se detallan también las actuaciones terapéuticas del ESAD según sean pacientes oncológicos (O) o geriátricos (G) respecto a la sintomatología ansioso-depresiva o

frente al delirium: valproico usado 0,8%(O)-2,8%(G), gabapentina 2,2%(O)-1,4%(G), pregabalina 2,5%(O)-1,4%(G), benzodiacepinas 41,2%(O)-18,1%(G), antidepresivos 20,7%(O)-15,7%(G), hipnóticos no benzodiacepínicos 8,7%(O)-2,1%(G), neurolépticos típicos 34,2%(O)-21,4%(G), atípicos 3,7%(O)-16,4%(G), IACEs 0,3%(O)-6,5%(G). Se obtienen diferencias significativas ($p<0,001$) entre los pacientes oncológicos y los geriátricos en la prescripción por el ESAD en benzodiacepinas, hipnóticos no benzodiacepínicos, neurolépticos típicos, neurolépticos atípicos y en inhibidores de la acetilcolinesterasa ($p<0,05$). Respecto a la necesidad de sedación paliativa ante la presencia de clínica refractaria, 88 pacientes oncológicos fueron subsidiarios de dicho tratamiento (24,6%) y 18 casos del grupo de pacientes geriátricos (6,4%), encontrándose diferencias significativas ($p<0,001$) en este aspecto. Las diferencias en los tratamientos pautados por el ESAD se pueden observar en la Tabla 4.

Tabla 4. Tratamientos pautados por el ESAD.

Actuación ESAD	Oncológicos	Crónico-dependientes
Valproico	0,8 % (N=3)	2,8 % (N=8)
Gabapentina	2,2 % (N=8)	1,4 % (N=4)
Pregabalina	2,5 % (N=9)	1,4 % (N=4)
Benzodiacepinas	41,2 % (N=147)	18,1 % (N=51)
Antidepresivos	20,7 % (N=74)	15,7 % (N=44)
Hipnóticos	8,7 % (N=31)	2,1 % (N=6)
Neurolépticos típicos	34,2 % (N=122)	21,4 % (N=60)
Neurolépticos atípicos	3,7 % (N=13)	16,4 % (N=46)
Inhibidor de acetilcolinesterasa	0,3 % (N=1)	6,5 % (N=18)
Sedación	24,6 % (N=88)	6,4 % (N=18)

Nota. ESAD = Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria.

Discusión/Conclusiones

En un reciente trabajo publicado por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), realizado en 21 países con más de tres mil pacientes, se observa que la frecuencia de los síntomas diferentes al dolor padecidos es como sigue: ansiedad (28%), anorexia (26%), estreñimiento (18%), depresión (18%) y disnea (15%) (Laugsand, Kaasa, de Conno, Hanks y Klepstad, 2009). Generalmente, el control de los síntomas físicos se logra más fácilmente que el control del sufrimiento psicológico, de síntomas tales como la angustia psicológica (De Conno et al., 1996). A pesar de ello, se puede apreciar en la literatura que son más frecuentemente tratados los síntomas físicos que los psíquicos (Georges, Onwuteaka-Philipsen, van der Heide, van der Wal y van der Maas, 2005), cuando estos pueden llegar a ser más frecuentes en el paciente paliativo (Jaiswal, Alici y Breitbart, 2014).

La ansiedad es padecida más por los pacientes oncológicos que por los geriátricos, de la misma manera que el insomnio. Esto justificaría el marcado uso de benzodiacepinas, pautadas casi por triplicado en pacientes oncológicos respecto a los geriátricos, y de hipnóticos no benzodiacepínicos, utilizados cuatro veces más en oncológicos, a pesar de que el uso previo a la intervención del ESAD de estas medicaciones ya era alto de por sí. En otros estudios (Götze, Brähler, Gansera, Polze y Köhler, 2014), aunque centrados en el paciente oncológico, se observan frecuencias

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 23-29

similares de ansiedad. Según estudios, la depresión es la clínica psíquica más frecuente en el ámbito de los cuidados paliativos (Julião y Barbosa, 2011), viéndose relacionada con una mayor presencia de ansiedad, fatiga y disnea (Rhondali et al., 2012). En nuestro caso, la depresión se manifiesta mucho más frecuentemente en pacientes oncológicos que en geriátricos, con un uso previo de antidepresivos mayor en este caso en los pacientes geriátricos, aunque deben ser pautados o modificados por el ESAD en el 20´7% de pacientes oncológicos y en el 15´7% de pacientes geriátricos. Esto hace pensar que el control de la clínica depresiva era mayor en pacientes no oncológicos antes de la actuación del ESAD. El sexo femenino, la edad más joven, el uso de analgésicos y múltiples comorbilidades se asocian con el uso de antidepresivos (Janberidze et al., 2014). En otros trabajos, los pacientes oncológicos con depresión tuvieron frecuencia más alta de somnolencia, náuseas, dolor, disnea, anorexia, así como mayor intensidad de los síntomas. Por otra parte, los pacientes con ansiedad padecieron más náuseas, mayor frecuencia de dolor y más intenso, disnea astenia y anorexia (Delgado-Guay, Parsons, Li, Palmer y Bruera, 2009).

La agitación psicomotriz, único síntoma más frecuente en geriátricos, conlleva el uso descrito de antipsicóticos. El porcentaje de pacientes que presentan agitación psicomotriz en nuestro caso, es bajo frente a otras series, con frecuencias de hasta un 56% (Calsina, Garzón y Porta, 2009), aunque este estudio está realizado exclusivamente con pacientes oncológicos y en una unidad hospitalaria. En él se observa una alta mortalidad tras el cuadro (89,2%) precisando sedación un 17,9%. Otros estudios no encuentran relación entre el hecho de padecer un delirium y mortalidad inminente (Leonard et al., 2008), existiendo disparidad en este asunto, ya que otros trabajos sí que demuestran una marcada relación entre estos hechos, aunque de nuevo en pacientes oncológicos exclusivamente (Scarpi et al., 2011), con cifras que rondan el 80% de delirium previo al fallecimiento, precisando sólo sedación un 6% (Fainsinger, De Moissac, Mancini y Oneschuk, 2000). Hay una escasez de pruebas de alto nivel de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en el tratamiento del delirio en cuidados paliativos, existiendo guías clínicas, pero con un nivel de evidencia limitada (Bush et al., 2014), requiriéndose estudios más sensibles sobre la evaluación del delirio en esta población, respecto a las escalas existentes para detección o evaluación de su gravedad (Leonard et al., 2014).

Referencias

Barreto, P., Bayes, R., Comas, MD., Martínez, E., Pascual, A. y Roca, J. (1996). Assessment of the perception and worries in terminally ill patients in Spain. *Journal of Palliat Care*, *12*, 43-46.

Bush, S.H., Bruera, E., Lawlor, P.G., Kanji, S., Davis, D.H. y Agar, M. (2014). Clinical Practice Guidelines for Delirium Management: Potential Application in Palliative Care. *Journal of Pain Symptom Manage*, *48*, 249-58.

Calsina, A., Garzón, C. y Porta, J. (2009). Delirium en pacientes oncológicos avanzados ingresados en una unidad de hospitalización de cuidados paliativos. *Medicina paliativa*, *16*, 286-290.

De Conno, F., Caraceni, A., Groff, L., Brunelli, C., Donati, I., Tamburini, M. y Ventafridda, V. (1996). Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients. *Eur Journal Cancer*, *32*, 1142-1147.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 23-29

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Delgado-Guay, M., Parsons, H.A., Li, Z., Palmer, J.L. y Bruera, E. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer*, *17*, 573-579.

Fainsinger, R.L., De Moissac, D., Mancini, I. y Oneschuk, D. (2000). Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *Journal of Palliat Care Summer*, *16*, 5-10.

Georges, J.J., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Heide, A., van der Wal, G. y van der Maas, P.J. (2005). Symptoms, treatment and "dying peacefully" in terminally ill cancer patients: a prospective study. *Support Care Cancer*, *13*, 160-168

Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Polze, N. y Köhler, N. (2014). Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. Support Care Cancer. *Support Care Cancer*, *22*, 2775-2782 .

Jaiswal, R., Alici, Y. y Breitbart, W. (2014). A comprehensive review of palliative care in patients with cancer. *International Review of Psychiatry*, *26*, 87-101.

Janberidze, E., Hjermstad, M.J., Brunelli, C., Loge, J.H., Lie, H.C. y Kaasa, S. (2014). The use of antidepressants in patients with advanced cancer-results from an international multicentre study. *Psychooncology*, *23*, 1096-102

Julião, M. y Barbosa, A. (2011). Depression in palliative care: prevalence and assessment. *Acta Medica Port*, 24, 807-818.

Lacasta, M.A. (2005, octubre). *Cartera de Servicios de cada profesional en la atención al paciente en situación terminal*. Comunicación presentada en las VII Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos, Cáceres, España.

Laugsand, E.A., Kaasa, S., de Conno, F., Hanks, G. y Klepstad, P. (2009). Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *Journal Opioid Management*, *5*, 11-21.

Leonard, M., Raju, B., Conroy, M., Donnelly, S., Trzepacz, P.T. y Saunders, J. (2008). Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. *Palliat Medicine*, *22*,848-854.

Leonard, M.M., Nekolaichuk, C., Meagher, D.J., Barnes, C., Gaudreau, J.D. y Watanabe, S. (2014). Practical Assessment of Delirium in Palliative Care. *Journal Pain Symptom Manage*, *48*, 176-90

Parkes, C.M. (1980). Bereavement counselling: does it work? *BMJ*, *281*, 3-6.

Pascual, L. y Pascual, A. (1999). Atención sanitaria estándar recibida por pacientes con cáncer en fase terminal. *Medicina Paliativa*, *6*, 144-150.

Rhondali, W., Perceau, E., Berthiller, J., Saltel, P., Trillet-Lenoir, V. y Tredan, O. (2012). Frequency of depression among oncology outpatients and association with other symptoms. *Support Care Cancer*, *20*, 2795-2802.

Scarpi, E., Maltoni, M., Miceli, R., Mariani, L., Caraceni, A. y Amadori, D. (2011). Survival prediction for terminally ill cancer patients: revision of the palliative prognostic score with incorporation of delirium. *Oncologist*, *16*,1793-1799.

Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology
(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)
ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 30-36

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

EL PAPEL DE LA AUTOCONCIENCIA EN LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL EN POBLACIÓN GENERAL

Mª Carmen Núñez-Gaitán*, Mª del Mar Benítez-Hernández*, María Valdés-Díaz*, Cristina Senín-Calderón y Juan Fco. Rodríguez-Testal*[1]**

**Universidad de Sevilla*
***Universidad de Cádiz*

RESUMEN. Antecedentes: La autoconciencia se contempla de manera dicotómica; por un lado, como un estado transitorio inducido por estímulos contextuales y por otro, como una predisposición del individuo a focalizar su atención sobre aspectos internos o externos. Hay estudios que señalan que las personas con alta autoconciencia pública se preocupan en mayor medida por cómo son percibidas por los demás y, consecuentemente, realizan conductas que según ellas, atenúan las valoraciones negativas por parte de otros. *Objetivo.* Se pretende estudiar el papel que tiene la autoconciencia y sus dimensiones (privada, pública y ansiedad social) en la preocupación por la imagen corporal. Se predice que tanto la autoconciencia pública, como la privada y la ansiedad social, tienen un peso importante en la preocupación por el cuerpo, especialmente entre las mujeres. **Método:** La muestra la componen 475 participantes de ambos sexos (307 mujeres y 168 hombres) con edades comprendidas entre 18 y 65 años (Media=37,85 y DT=13,37). Para la evaluación se utilizó el *Dysmorphic Concern Questionnaire* (DCQ Cuestionario de preocupaciones dismórficas) y *Self-Consciousness Scale-Revised* (SCS-R Escala de Autoconciencia). Se empleó un diseño transversal (una medida) para un método relacional. Ancova de la Autoconciencia (teniendo en cuenta sus tres componentes), preocupación dismórfica, edad y género. **Resultados:** Se obtienen relaciones significativas entre las preocupaciones dismórficas y la autoconciencia, tanto globalmente como por factores. Se obtiene un patrón diferenciado para estos criterios en función del género y la edad. **Conclusiones:** La identificación de los niveles de autoconciencia asociados a la preocupación por la imagen corporal puede ser relevante para la salud física y psicológica por su repercusión en el trastorno dismórfico corporal.

Palabras clave: Autoconciencia, ansiedad social, preocupación por el cuerpo, población general.

ABSTRACT. Background: Self-consciousness, is contemplated dichotomously; on the one hand, as a transitory state induced by contextual stimuli and secondly, as a predisposition of the individual to focus attention on internal or external aspects. Studies show that people with high public self-consciousness are concerned more by how they are perceived by others and consequently perform behaviors that, according to them, attenuate the negative evaluations by others.

[1]Correspondencia: Juan Fco. Rodríguez-Testal. Facultad de Psicología. C/ Camilo José Cela s/n, 41018, Sevilla. E-mail: testal@us.es

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 30-36

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Objective: The aim is to study the role of the self- consciousness and its dimensions (private, public and social anxiety) in concern with body image. It is predicted that both public self-consciousness, and private and social anxiety, have an important role in the body concern, particularly in women. **Method:** 475 male and female participants (307 women and 168 men) aged between 18 and 65 years (average = 37,85 and SD = 13,37). For the evaluation used the *Dysmorphic concern questionnaire* (DCQ) and *Self-Consciousness Scale* (SCS-R). *Design.* A crossover design (a measure) to a relational method of self-consciousness Ancova (and components), dysmorphic concern, age and gender were used. **Results:** Significant relationships between dysmorphic concern and self-consciousness, both overall and by factors are obtained. A distinct pattern to these criteria in terms of gender and age is obtained. **Conclusions:** Identification of levels of consciousness associated with concerns about body image may be relevant to the physical and psychological health due to its impact on body dysmorphic disorder.

Key-words: Self-consciousness, dysmorphic concerns, social anxiety, general population.

Introducción

La preocupación excesiva por la imagen corporal repercute en el bienestar psicológico, tiene efectos sobre el funcionamiento social, y puede ser la base del trastorno dismórfico corporal (Cash y Smolak, 2011; Rodríguez-Testal, 2013).

Por su parte la autoconciencia se contempla de manera dicotómica: como un estado transitorio inducido por estímulos contextuales, y como una predisposición del individuo a focalizar su atención sobre aspectos internos o externos (Jiménez, 1999). Además, como aseguran Carver y Scheier (1998), la autoconciencia pública y privada no son los polos opuestos y excluyentes de un concepto, sino dos dimensiones que correlacionan positivamente, aunque de manera modesta (López-Bonilla y López-Bonilla, 1997).

Haciendo referencia a las alteraciones de la imagen corporal, Fenigstein en 1974 observa que los participantes que presentan valores altos en la escala de autoconciencia pública, reaccionan más negativamente ante la indiferencia y desplazamiento por parte del grupo de iguales, es decir, son sujetos más sensibles al rechazo interpersonal. En este sentido y cinco años más tarde, el autor alemán afirma que personas con alta autoconciencia pública se preocupan en mayor medida por cómo son percibidas por los demás y consecuentemente, realizan las conductas que según ellos, atenúan las valoraciones negativas por parte de otros. En el caso del trastorno dismórfico corporal, estas conductas podrían circunscribirse a las compulsiones y conductas evitadoras que llevan a cabo las personas afectadas por la patología con el objetivo de disminuir el malestar causado por el escrutinio de otros.

Hay estudios que ponen de manifiesto que la autoconciencia y sus factores están relacionados con la incidencia en el padecimiento de diversos trastornos: depresión (Reeves, Amy, Watson, Ramsey y Morris, 1995), ansiedad (Guéguen, 2011), neuroticismo, síntomas somáticos (Wells y Matthews, citados en Jiménez, 1999) y trastornos alimentarios (Ash y Kathleen, 1990), entre otros. Dada la importancia de la autoconciencia sobre la salud, el objetivo de este trabajo es estudiar el papel que desempeña la autoconciencia y sus dimensiones (privada, pública y ansiedad social) en la preocupación por la imagen corporal teniendo en cuenta la edad y el sexo. Se predice que las personas con índices elevados de autoconciencia pública y ansiedad social

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 30-36

presentarán mayor propensión a las preocupaciones dismórficas. El género marcará un patrón diferenciado tanto en las preocupaciones dismórficas como en el tipo de autoconciencia. Se predice que la autoconciencia pública, la autoconciencia privada y la ansiedad social tienen un papel mediador o moderador sobre las preocupaciones dismórficas. Además se prevee que serán más típicas las preocupaciones en el caso de la mujer, dado el canon de belleza imperante (Cash, 2005; Cash y Smolak, 2011; Rodríguez-Testal, 2013).

Método

Participantes

Integraron el estudio 476 personas de ambos sexos (308 mujeres y 168 hombres) con edades comprendidas entre 18 y 65 años (Media=37,85 y DT=13,37).

Instrumentos:

- *Dysmorphic Concern Questionnaire* (DCQ Cuestionario de preocupaciones dismórficas de Oosthuizen, Lambert, y Castle, 1998) Versión validada por Valdés-Díaz, Núñez-Gaitán, Rodríguez-Testal, Benítez-Hernández y Senín-Calderón (2013). Evalúa el grado de preocupaciones por el cuerpo/apariencia, representando una medida de cribado para el trastorno dismórfico corporal. Es muy breve (7 ítems) pero con buena consistencia interna (α Cronbach = 0,88) y validez de constructo (los autores obtuvieron un único factor que explicaba el 58,4% de la varianza). Con población general española, en estudios previos, se ha alcanzado un α de 0,83 (Benítez-Hernández, Valdés-Díaz, Rodríguez-Testal, Senín-Calderón y Núñez-Gaitán, 2013).
- *Self-Consciousness Scale-Revised* (SCS-R. Cuestionario de Autoconciencia de Scheier y Carver, 1985) versión adaptada por Belloch, Botet y Pascual (1995). Mide la autoconciencia como rasgo o disposición. Consta de 22 ítems recogidos en tres subescalas: dos de autoconciencia (privada y pública) y una de ansiedad social postulada como reacción al proceso de autoconciencia. Presenta adecuados indicadores de fiabilidad, alfa de Cronbach para la autoconciencia privada α = 0,75, para la autoconciencia pública α = 0,92, y α = 0,81 en el caso de la ansiedad social (Belloch et. al., 1995).

Procedimiento

Los instrumentos se administraron empleando la técnica de “bola de nieve”, asegurando la confidencialidad de los datos, apelando a la voluntariedad en la participación, y tras la firma del consentimiento informado.

Diseño

Se ha empleado un diseño transversal *ex post facto* (una medida) para un método correlacional. Se han realizado análisis descriptivos, relaciones entre las variables mediante correlaciones de Pearson y Ancova de los factores de la escala de autoconciencia (pública, privada y ansiedad social), así como la edad como covariables sobre la preocupación dismórfica (medida con el DCQ) como variable dependiente. El género se ha tomado como factor fijo. El análisis de datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS (V.15) Todos los análisis se han aceptado con un nivel del significación $p<0,05$.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 30-36

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

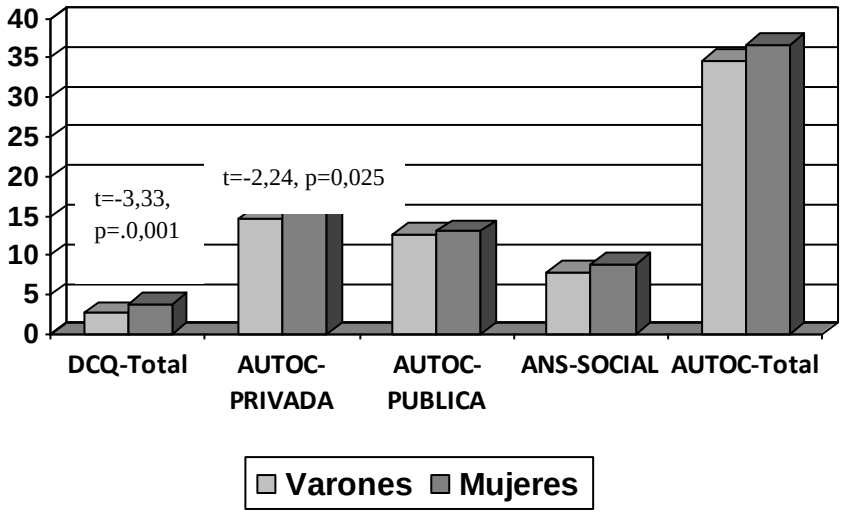
Resultados

Los análisis correlacionales entre la *Preocupación Dismórfica (DCQ)* y las dimensiones de la *Autoconciencia (SCS-R)* se muestran en la Tabla 1 y pueden apreciarse asociaciones bivariadas significativas con la *Autoconciencia Pública*, la *Autoconciencia Privada* y en menor medida con la *Ansiedad Social.*

Tabla 1. Coeficientes r de Pearson para los puntajes en Preocupación Dismórfica (DCQ) y Autoconciencia (SCS-R).

Variables	DCQ (*p =0,000*)
Autoconciencia-Total	0,462
Autoconciencia Pública	0,423
Autoconciencia Privada	0,399
Ansiedad social	0,382

Para analizar las posibles diferencias en función del género, se realizaron contrastes de medias para las medidas de *preocupaciones dismórficas (DCQ)* y la *Autoconciencia (SCS-R)* teniendo en cuenta todas sus dimensiones (*Privada, Pública y Ansiedad Social*), así como la edad. Como puede apreciarse en la Gráfica 1, hay aspectos diferenciales tanto en la *preocupación dismórfica* (DCQ) ($t_{(476)}$= -3,33, p=0,001; Eta^2 parcial = 0,02) como en la dimensión de *Autoconciencia Privada (SCS-R)* ($t_{(476)}$= -2,24, p=0,025, F_{Levene} = 4,37 p<0,05; Eta^2 parcial = 0,01), siendo las mujeres las que obtienen los valores más elevados en ambos casos. El resto de las variables estudiadas muestran similitudes, tanto en el caso de la Autoconciencia Pública como en la Ansiedad Social, y sin diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad (p >0,05).



Gráfica 1. Preocupación por la Imagen Corporal (DCQ) y Autoconciencia (SCS-R) según el sexo (Mujeres=308; Varones=168).

Finalmente, teniendo en cuenta el género, para verificar si alguna de las dimensiones de la *Autoconciencia (SCS-R),* así como la edad, tenían un papel mediador o moderador con respecto a la *preocupación dismórfica (DCQ)* se realizó ANCOVA,

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 30-36

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

resultando significativo la covarianza de la *Autoconciencia Pública*, la *Autoconciencia Privada*, la *Ansiedad Social*, el *Sexo* y la *Edad* sobre la *preocupación dismórfica (DCQ).* Este conjunto de variables consiguen explicar el 25,5% de la varianza de las preocupaciones dismórficas (Tabla 2), mostrando que las variables de la autoconciencia tienen un claro papel mediador (autoconciencia pública y ansiedad social), que en particular la autoconciencia privada puede más bien moderar, y que el desarrollo cronológico también media las diferencias de género en cuanto a las preocupaciones corporales.

Tabla 2. Resultados de ANCOVA y Tamaño del Efecto de la Autoconciencia (SCS-R) sobre la preocupación dismórfica (DCQ).

Fuente de variación	F	*p*	Eta^2
Autoconciencia Pública	10,01	0,002	0,021
Autoconciencia Privada	4,47	0,035	0,009
Ansiedad Social	10,95	0,001	0,023
Sexo	10,88	0,001	0,023
Edad	15,37	0,000	0,032
$R^2 = 0,255$ $p<0,005$			

Discusión/Conclusiones

El objetivo fundamental de este trabajo ha sido estudiar el papel que desempeña la Autoconciencia sobre la preocupación dismórfica en la población general. Según los datos de nuestro estudio, se ha observado que la Autoconciencia tanto entendida en su globalidad como diferenciada en sus tres dimensiones (Privada, Pública y Ansiedad social) está relacionada de forma significativa con la preocupación dismórfica.

Atendiendo al tamaño del efecto se puede afirmar que, de las tres dimensiones que contempla el instrumento empleado (SCS-R), la *ansiedad social* es la que presenta mayor peso, seguida de la *autoconciencia pública* y en menor medida la *privada.* En consecuencia, la atención orientada a la dimensión social, esto es sobre el sí mismo público (que puede ser observado por los demás) y la existencia de aprensiones negativas acerca de las evaluaciones de otros, desempeñan un papel más importante en las preocupaciones dismórficas que la *autoconciencia privada* que está más centrada en los aspectos más íntimos o privados del sí mismo y son más difícilmente observables. Este hallazgo está en consonancia con Scheier y Buss (1978) cuando postulan que la ansiedad social comparte aspectos en común con el *"self"* público; personas altamente conscientes de su dimensión social experimentan una mayor sensibilidad al rechazo interpersonal y preocupación por la imagen generada en otros.

Sin embargo, se da un patrón diferenciado en cuanto al papel del género en la tendencia hacia la autofocalización. Se ha observado que es entre las mujeres donde se aprecian índices de preocupaciones dismórficas y *autoconciencia privada* más elevados que en los varones, resultados que no coinciden con estudios previos de adaptación de la escala SCS-R realizados en población general española (Belloch et al., 1995). No obstante, nuestros datos sobre todo vienen a matizar el papel del desarrollo y de las características de la autoconciencia de forma más compleja y precisa. En este sentido, mientras que hombres y mujeres no se diferencian en los distintos factores de la *autoconciencia pública* y *ansiedad social*, ni en cuanto a la edad en este trabajo, se pone de manifiesto que entre las mujeres, al tomar conciencia de sí mismas (*autoconciencia*

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 30-36

privada), prestan más atención a aquellos aspectos que más le preocupan, se detienen más en sus cualidades negativas y los evalúan con mayor grado de preocupación, resultados que estarían en consonancia con la teoría de Scheier y Carver (1977, 1980). Así pues, la *autoconciencia privada* se entiende como una variable *disposicional* en las mujeres que tiene como consecuencia mayor grado de preocupación por el cuerpo y se observa por un papel diferenciador de partida y, en consecuencia, principalmente moderador (perdiendo tamaño de efecto al incluir todas las covarianzas juntas).

A diferencia de los contrastes iniciales, cuando se aborda las preocupaciones por el cuerpo y el aspecto, sí hay claras diferencias en la *autoconciencia pública* y la *ansiedad social* entre hombres y mujeres, así como el efecto de la variable edad, y la diferencia inicial en el caso de la *autoconciencia privada*. En consecuencia, las variables de *autoconciencia pública* y *ansiedad social* parecen tener un efecto mediador entre el sexo y las preocupaciones por el cuerpo. Es decir, mientras la *autoconciencia privada* se mantiene constante, cuando hacemos referencia al cuerpo surgen nuevas diferencias por género, incrementando la capacidad explicativa de las diferencias en cuanto a las preocupaciones por el cuerpo, principalmente entre las personas más jóvenes, y con mayores niveles de autoconciencia pública y ansiedades con respecto a la relación con los demás. Es por tanto la autoconciencia un proceso muy relevante con relación al malestar acerca del cuerpo y de forma sobresaliente entre las mujeres y personas más jóvenes.

Referencias

Ash, A. y Kathleen, L. (1990). *Bulimia: Relationships of body image, boredom, control, depression, fear and self–consciousness.* Tesis Doctoral no publicada. Kentucky: Universidad de Louisville.

Belloch, A., Botet, R., y Pascual, L.M. (1995). Adaptación de la escala de autoconciencia en la población general española. *Boletín de Psicología, 47*, 31-48.

Benítez-Hernández, M.M., Valdés-Díaz, M., Rodríguez-Testal, J.F., Senín-Calderón, M.C. y Núñez-Gaitán, M.C. (2013). Preocupación por la imagen corporal y la implicación en la personalidad Tipo D. En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comps.), *Avances en Psicología Clínica. Libro de capítulos del VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica* (pp. 841-847). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.

Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1998*). On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.

Cash, T.F. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12,* 438-442.

Cash, T.F. y Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2ª ed.). New York: Guilford Press.

Fenigstein, A. (1974). *Self-Consciousness, Self-Awareness and Rejection.* Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Texas, Austin.

Guéguen, N. (2011). The mimicker is a mirror of myself: Impact of mimicking on self–consciousness and social anxiety. *Social Behavior and Personality, 39,* 725-728.

Jiménez, J. A. (1999). Autoconciencia, Personalidad Sana y Sistema Autorreferente. *Anales de Psicología 15,* 169-177.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 30-36

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

López-Bonilla, J.M., y López-Bonilla, L.M. (1997). Autoconciencia en el ámbito del consumidor: revisión teórica y operatividad del constructo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 13,* 63-76.

Oosthuizen, P.; Lambert, T. y Castle, D.J. (1998). Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32,* 129-132.

Reeves, A.L., Watson, P.J., Ramsey, A. y Morris, R. J. (1995). Private self-consciousness factors, need for cognition and depression. *Journal of Social Behavior and Personality, 10,* 431-443.

Rodríguez-Testal, J.F. (Dir.) (2013). *Trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Síntesis.

Scheier, M. F. y Buss, A. H. (1978). Self-Consciousness, Self-Report of Aggressiveness, and Aggression. *Journal of Research in Personality, 12,* 133-140.

Scheier, M. F. y Carver, C.S. (1977). Self-focused attention and the experience of emotion: Attraction, repulsion, elation and depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 35,* 625-636.

Scheier, M. F. y Carver, C.S. (1980). Private and public self-attention, resistance to change and dissonance reduction. *Journal of Personality and Social Psychology, 39,* 390-405.

Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). The Self-Consciousness Scale: A Revised Version for Use with General Populations. *Journal of Applied Social Psychology, 15,* 687-699.

Valdés-Díaz, M., Núñez-Gaitán, M.C., Rodríguez-Testal, J.F., Benítez-Hernández, M.M. y Senín-Calderón, M.C. (2013). Características psicométricas de la escala DCQ de trastorno dismórfico corporal. En D. Salas-Castro, T. Ariza, M.M. Sánchez-Fuentes y R.A. Caparrós-González (Comps.), *Libro de resúmenes del VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica* (p. 567). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.

Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology
(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)
ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 37-42

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

PRELIMINARY FINDINGS OF THE PROJECT: THE LAUSANNE TRILOGUE PLAY AS A PSYCHODIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TOOL - AN INNOVATIVE CLINICAL EXPERIENCE WITH PSYCHIATRIC CHILDREN AND ADOLESCENTS

Michela Gatta*[1], Lorenza Svanellini*, Marta Sisti*, Laura Sudati*, Manuela Stucchi*, Riccardo Fregna*, Lisan Vellon*, Lara Del Col*, Alessandra Simonelli and Pier Antonio Battistella***

**Neuropsychiatry Unit for Children and Adolescents, ULSS 16 - University of Padua, Italy*
*** Department of Developmental Psychology and Socialization - University of Padua, Italy*

ABSTRACT. Introduction: Considering the whole family as a structured subsystem defined on the basis of the members' different functions, this work focuses on the Lausanne Trilogue Play (LTP), which is a semi-structured interview procedure. **Method**: The research is an ongoing longitudinal study lasting 36 months. The sample is being recruited at the Neuropsychiatry Unit for Children and Adolescents, ULSS 16 in Padua, Italy, and consists of patients aged between 3 and 18 years and their parents, referred for psychodiagnostic assessment due to emotional and/or behavioral problems. The sample (a hundred families) is divided into two groups: in one the child is administered psychotherapy; in the other, the child's treatment is associated with intervention to support parenting. The tools used as test retest are: YSR 11-18, SCL 90 R, 20 TAS, CBCL, FES and the LTP. The aims of this research project are firstly to test the LTP as a diagnostic and therapeutic tool for the purpose of planning effective therapy tailored to each family; and secondly to standardize the use of the LTP in adolescents. This paper describes the project design and the preliminary results so far arisen. **Results:** Preliminary data confirm a link between psychological disorders in developmental age and family dynamics, but this relationship does not appear to be linear. It will be further clarified when we follow up these families and see how their children's psychological disorders develop in relation to the evolution of their family dynamics. **Discussion/Conclusion:** Data alight the value of the LTP as part of the diagnostic and therapeutic armamentarium in developmental psychopathology, for identifying a family's dysfunctional and functional characteristics with a view to offering them early and efficacy interventions.

Keywords: Lausanne Trilogue Play, psychopathology, children, adolescents.

[1]Correspondence: Michela Gatta. UOC di NPIA – ULSS 16, CSS Colli, Via dei Colli 4, 35100 Padova (Italy). E-mail: michela.gatta@unipd.it

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 37-42

Introduction

Family characteristics strongly predict mental health in childhood, making it increasingly necessary to use appropriate tools for investigating and supporting the role of parental figures in parallel with psychotherapy for a child. Then, it is essential to identify a family's dysfunctional and functional characteristics in order to offer early and right interventions.

This research project is consistent with recent models for interpreting children's development in the setting of their families as a whole. The family is a structured system that can be defined on the basis of different functions, such as conjugal relations (the relationship between the partners as a couple), parenthood (each parent's relationship with the child), and parenting (the relationship between the partners as parents). Within this approach, the most noteworthy changes have been prompted by the work of Fivaz-Depeursinge and Corboz Warnery (1999). Their systemic-evolutionary model is helping to create new opportunities for studying mother-father-child interactions, referring to a triadic system that evolves from the earliest stages of life. According to that, the Lausanne Trilogue Play (LTP) is a semi-structured interview procedure developed by the Centre for Studies and Research on Family Group in Lausanne in the 1980s. This tool uses video recordings of a family involved in an activity. It is very useful for assessing family systems and can help develop the alliance with the clinician and thus enable the family's functional or dysfunctional characteristics to be identified. Moreover, using video feedback (a shared and guided viewing of the movie together with the parents) gives parents an opportunity to improve their strategic skills and increase their parenting resources. So far, the LTP has been mainly used in research e with babies (Bighin, De Palo, & Simonelli, 2011; Carneiro, Corboz-Warnery, & Fivaz-Depeursinge, 2006; Gargano, & Lubrano- Lavadera, 2006; Simonelli, Bighin, & De Palo, 2012; Simonelli, Fava-Vizziello, Bighin, & Petech, 2010), but it had yet to be tested as a clinical application in a structured, continuous usage. Based on these premises, this paper's aims are:

- To use the LTP as a diagnostic tool and a help to identify a targeted, effective therapy tailored to each family.
- To support and validate the use of the LTP as a clinical and therapeutic tool capable of recognizing and improving family's strategic interactions and parenting skills.
- To gain a better understanding of the value of the LTP in predicting how the quality of triadic interactions relates to patient outcomes.
- To standardize the LTP tool for use in adolescents and in different clinical groups.

Method

Participants

The research involves a longitudinal study lasting 36 months. The sample is being recruited at the Neuropsychiatry Unit for Children and Adolescents, Azienda-ULSS 16 in Padua, and consists of patients aged between 3 and 18 years, and their parents, referred for a psycho-diagnostic assessment due to emotional or behavioral problems. The neuropsychiatric consultation is scheduled with separate diagnostic interviews with the children or adolescents and their parents, and it is conducted by a developmental neuro-psychiatrist and a trained psychodynamic psychologist.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 37-42

The study sample aims to be of about 100 families, divided into two groups: Group 1 (n = 50) contains families whose children are assigned to a course of individual psychotherapy for maximum two years (it depends on sessions, conducted weekly or fortnightly); in Group 2 (n = 50) the child's treatment is associated with intervention to support parenting (sessions conducted monthly or bimonthly).

Instruments

Child Behavior Checklist (CBCL) and *Youth Self Report* (YSR) (Achenbach, & Rescorla, 2001). They are in the form of a questionnaire completed by parents (the CBCL) and adolescents (the YSR), and yield two profiles: one for competences (activities, social functioning, school performance) and one for behavioral and emotional problems, which can be assessed as "normal", "borderline" or "clinical". The problems are grouped into: 'internalizing problems' (anxiety, depression and withdrawal, somatization); 'externalizing problems' (aggressive and rule-breaking behavior); and 'other problems' (social problems, thought-related problems, attention problems).

Symptom Check List revised (SCL-90 R) (Derogatis, 1994). This is a 90-item self-report questionnaire for assessing psychopathological traits. This instrument sheds light on a broad range of psychological issues and psychopathological symptoms. The instrument is also useful for measuring patients' progress or treatment outcomes. The various items assess 9 symptom dimensions: somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism.

Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) (Rieffe, Oosterveld, & Terwogt, 2006). The TAS-20 is a self-report questionnaire that measures the three defining factors of alexithymia: "difficulty in identifying feelings", "difficulty in communicating feelings to others", and "externally oriented thinking". Respondents are classified as non-alexithymic (scores <51), borderline (scores 51-60), or alexithymic (scores >61).

Family Empowerment Scale (FES) (Koren, De Chillo, & Friesen, 1992). It is a questionnaire measuring the level of empowerment. This tool is a 34 item self - report scale, which are divided into three subscales, *Family*, *Community* and *Service System.* The continuum of rating extends over a 5-point range. In the present study we used the sub scale Family only, given our interest in exploring the parental perception of self efficacy in managing children in everyday life.

Lausanne Trilogue Play (LTP) (Fivaz-Depeursinge, & Corboz-Warnery, 1999). It enables the monitoring and assessment of triadic family interactions. The LTP procedure aims to monitor the dynamics of a family in an interactive fun- and stress-free condition. The LTP is administered by a trained professional and the family is asked to organize a game in a sequence of four stages: in Part I, one parent interacts with the child while the other looks on (2 + 1); in Part II, the parent previously acting as a third party observer plays with the child while the other parent looks on (2 + 1); in Part III, all three participants interact with each other (3); and in Part IV, the parents interact with each other while the child looks on (2 + 1).

The switches from one stage to another are transitions that demand a good coordination between the partners in managing the negotiations and sharing in the family game. The encoding scheme used in the LTP procedure comprises 10 scales, each defining an observational variable defining behavior such as: body language, direction of gaze, coparenting coordination, role organization, parental scaffolding, the

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 37-42
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

child's involvement, sensitivity and affect regulation, shared activities, and family warmth. The scores obtained on each of the scales are added together and lead to a total score that assesses the quality of the family's interactive skills.

Procedures

The following tests are administered to the parties involved (as appropriate) during the diagnostic workup: YSR 11-18; SCL 90 R; 20 TAS; CBCL, FES and LTP. Each test is repeated every six months, except for the LTP (see below). Groups 1 and 2 are being randomly divided into 2 subgroups (1a, 1b, and 2a, 2b).

The LTP is administered every 6 months for 2 years after starting therapy in subgroups 1a and 2a, associated with video feedback for the family on each occasion, while in subgroups 1b and 2b the LTP is repeated every 12 months for 2 years and participants are given no video feedback.

After 24 months, the resulting data will be reworked to test the short-term efficacy of the therapy (on the child or adolescent and the parents), and of the LTP as a therapeutic and diagnostic tool. The follow-up will then continue up to 36 months, using the YSR 11-18, the SCL 90 R, the 20 TAS, the CBCL, the FES and the LTP.

Psychodiagnostic assessment. At the Neuropsychiatry Unit where this research is underway, it is standard procedure to ask parents to sign documents giving their consent on matters of privacy, public health and research activities, and the possible use of video or sound recordings as part of diagnostic and/or therapeutic procedures. The psychodiagnostic assessment is based on the following protocol:

- with the child or adolescent: the neuropsychiatrist conducts a first interview to obtain their acceptance, then two clinical interviews and any associated tests, then a final interview to communicate the diagnosis and therapeutic recommendations;
- in parallel with the parents: the psychologist conducts a first interview to obtain their acceptance, two clinical interviews to collect their child's clinical history and complete any tests, and a final interview to communicate the diagnosis and therapeutic recommendations.

The final interview is held with patients and their parents together, and led by both the operators. It is used to explain the diagnosis and suggest treatment(s). This is also when the research project is explained and the young patients and their parents or guardians sign to give their informed consent to take part.

Therapeutic interventions. After the diagnostic process and according to the therapeutic indication, the recruited families are divided into two groups: Group 1 contains families whose children are assigned to a course of individual psychodynamic psychotherapy for about two years (30-50 sessions, conducted weekly or fortnightly); in Group 2 the child's treatment is associated with intervention to support parenting taking a psycho-educational approach (20-35 sessions, conducted monthly or bimonthly).

In the subgroups b's families LTP was associated with videofeedback. The use of videofeedback aims to promote the effectiveness of treatments in term of improvement of family interactions, especially those linked to parenting. Monitoring and sharing videos interactions with parents can allow to support offsprings' treatment in case of dysfunctional interactions.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 37-42
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Design

This is a longitudinal research study, lasting three years, within which a case control study is meant to be run in terms of treatment (between groups with and without videofeedback association).

Results

So far we have assessed 155 children and adolescents at the baseline (T0), 83 males and 72 females, with a mean age of 14 years. Of these 155 cases, 78 were taken into care at our Neuropsychiatry unit, excluding 11 dropouts. Eighty-nine of the parents had an average-to-low cultural level (school attendance up to grades 5 or 8), while for 209 it was average-to-high (up to grade 13 or university). The parents were divorced/separated in 24 cases.

Discussion

The first round of analyses conducted on our current sample focused on answering the following questions:

Are there any differences in the capacity to manage the various family configurations between clinical/borderline subjects and nonclinical subjects?

To assess this aspect, we studied the differences between the clinical/borderline group and the nonclinical group (based on the CBCL and YSR scores) in the trends of the various parts of the LTP. We used a generalized linear model to assess any differences in the trends of the scores obtained in the various parts of the LTP (the independent variable) by the two groups (clinical/borderline versus nonclinical; first factor) for each subscale of the YSR /CBCL (second factor).

Are there any differences within a given family configuration (focusing on the single parts of the LTP) between the group of clinical/borderline subjects and the group of nonclinical subjects?

To assess this issue we studied the differences between the clinical/borderline group and the nonclinical group (CBCL and YSR) in the scores for the variables involved in each stage of the LTP.

Briefly, the first analyses on the relationship between the psychopathological issues and the family dynamics in the sample of clinical subjects suggested that clinical/borderline YSR and CBCL scores corresponded to families with very high levels of conflict between the parents in Part IV of the LTP, and of interference in Parts I and II, especially when externalizing, and social problems are concerned. These findings confirm the hypothesis that coparenting difficulties (when mother and father have trouble interacting and cooperating) correlate with their child's structuring and symptoms.

On the other hand, it does not always seem to hold that more severe psychological disorders coincide with more dysfunctional family dynamics, especially as far as internalizing problems (anxiety, depression, somatization) are concerned. In interpreting these results, we need to consider variables such as the transgenerational aspects of the anxiety-depression domain, and the possibility of a greater degree of sensitivity and empathy in families with a child who has internalizing problems.

Thus, on our results so far, we can say that a link exists between developmental psychological disorders and family dynamics, but this relationship does not appear to be linear. We have not found that more severe disorders coinciding with low levels of family functioning. These aspects will be further analyzed and clarified when we follow

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 37-42

up these families and see how their children's psychological disorders develop in relation to the evolution of their family dynamics.

Close to scientific results, the value of our project from the clinical and care-providing standpoint is clear from several aspects: the assessment phase involves examining the whole family system, identifying its functional and dysfunctional aspects, and the traits of each of its members; the treatment phase involves structured and intensive measures that public services are increasingly rarely able to offer; the follow-up enables us to monitor how the disorders evolve, keeping patients connected to the service, in this sense it also serves as a tertiary prevention measure.

References

Bighin, M., De Palo, F., & Simonelli, A. (2011). Lo sviluppo delle interazioni madre-padre-bambino dalla gravidanza al nono mese attraverso il Lausanne Trilogue Play. Una replicazione in ambito italiano. *Infanzia e Adolescenza*, *10*(3), 137-153.

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

Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist 90–R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Fivaz-Depeurisinge, E., & Corboz-Warney, A. (1999). *Il triangolo primario*. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Gargano, T., & Lubrano-Lavadera, A. (2006). Applicazioni del Lausanne Trilogue Play clinico nelle Consulenze Tecniche d'Ufficio. In M. Malagoli Togliatti, & S. Mazzoni, (Eds) *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli. Il Lausanne Trilogue Play clinico* (pp. 117-139). Milano: Raffaello Cortina.

Koren, P.E., De Chillo, N., & Friesen, B.J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, *37*, 305-.321.

Rieffe, C., Oosterveld, P., & Terwogt, M.M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences*, *40*, 123–133.

Sameroff, A.J., Emde, R.N. (Eds.) (1989). *I disturbi della relazione nella prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri.

Simonelli, A., Bighin, M., & De Palo, F. (Eds), (2012). *Il Lausanne Trilogue Play. Modelli di ricerca e di intervento*. Milano: Raffaello Cortina.

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

Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology
(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)
ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 43-52

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

RESULTADOS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN 209 PACIENTES DEPRESIVOS, ABANDONO VOLUNTARIO DE LA TERAPIA Y COSTE ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO

Verania Andrés Navia[1]

Centro de Psicología Bertrand Russell

RESUMEN. Antecedentes: este estudio se centra en el abandono voluntario (AV) de la terapia cognitivo-conductual con pacientes depresivos y su relación con la eficacia y la prevención de recaídas en comparación con pacientes que sí terminan la terapia (AT). Se estudia el coste económico que representa disminuir un punto en el *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). **Método:** Se evalúa a 209 pacientes con el cuestionario BDI. Se realizan otros cuestionarios para evaluar los factores de riesgo para el abandono voluntario y se cumplimentan por parte de los pacientes y de los terapeutas antes y después de la terapia. Se realiza también la cumplimentación del Cuestionario de Seguimiento de Bas y Andrés (1986). **Resultados:** Los pacientes han mejorado durante el tratamiento (hay diferencias significativas entre el BDI pre y el BDI post para los dos grupos) aun cuando los AV han mejorado menos. Hay diferencias significativas entre los dos grupos en el BDI post-tratamiento y en el seguimiento de 8 años de media (BDI post de AV: 12.6; AT: 5.36) y mayor severidad en el seguimiento en el grupo AV. Los AV tienen mayor probabilidad de recaer. Se presenta el coste medio del grupo para disminuir un punto en el BDI. Las variables predictoras del abandono son la empatía y el grado de cumplimiento de las expectativas del paciente y conocimiento de la terapia en la primera sesión. **Conclusiones:** Los pacientes AV mejoran menos que los pacientes AT y en el seguimiento presentan una mayor severidad en los síntomas depresivos y tienen mayor probabilidad de recaer. Es muy importante que el paciente termine la terapia de acuerdo con su terapeuta para prevenir recaídas en el futuro y disminuir el coste de la terapia.

Palabras clave: Terapia cognitiva, depresión, prevención del abandono voluntario y prevención de recaídas.

ABSTRACT. Background: This study focuses on dropout (D.O) from cognitive-behavioural therapy in deppressed patients and its impact on therapeutical efficiency and relapse prevention in contrast whit patients completing therapy (AT). The economic cost of reducing Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961) results by one point is also estimated. **Method:** 290 patients were evaluated with BDI questionnaire (Beck et al. 1961). Further questionnaires were developed to evaluate risk factors of voluntary drop out, and they were filled in by patients and therapists both before and after treatment. The Cuestionario de Seguimiento (Follow Up Questionnaire) by Bas y

[1]Correspondencia: Verania Andrés Navia. Centro de Psicología Bertrand Russell. C/ Marqués de Cubas, 6, 28014 Madrid (España). E-mail: veranianavia@gmail.com

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 43-52

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Andres (1986) was also filled in. Risk factors of voluntary dropout in this sample of patients were studied. **Results:** Patients condition improves during treatment (there are significant changes in BDI pre and post scores in both groups), although there is less improvement in dropout patients. There are significant differences between the two groups both in BDI post treatment scores, as well as in the 8 year follow-up scores. (D.O post BDI: 12.6; AT BDI: 5.36). D.O patients are more severely depressed in follow up, and have a greater probability of relapsing. The average group cost of reducing BDI results by one point is estimated. Dropout risk variables are: perceived empathy in the first session, fulfilment of patient´s expectations, and the degree of acquaintance with therapy achieved in this first session. **Conclusions:** D.O patients improves less than patients AT and D.O. patients are more severly depressed in follow up and have a greater probability of relapsing. It is very important, the patient must complete the therapy in accordance with your therapist in order to relapse prevention and reduce the economic cost of therapy.

Key words: Cognitive therapy, depression, prevention of dropout, relapse prevention.

Introducción

El abandono voluntario de la terapia (AV) sin haberse conseguido los objetivos terapéuticos propuestos afecta a todas las psicopatologías y modalidades de tratamiento y está asociado a un alto coste económico y emocional de los pacientes. En particular, en este estudio se evalúan los factores de riesgo para proponer un programa de prevención al respecto, centrado en la terapia cognitivo-conductual de los pacientes depresivos unipolares, siguiendo la línea de investigación comenzada por la autora en 1989 (ver, por ejemplo, Bas y Andrés, 1994). Se realizó en su momento una revisión exhaustiva del AV en la práctica privada. Baekeland y Lundwall (1975) revisan 362 estudios que indican que entre el 30 y el 60% de los pacientes que acuden a Centros de Salud Mental comunitarios son casos de AV. Koss (1979) evaluando la práctica privada, encuentra que entre el 65% y el 63% de los pacientes terminan la terapia antes de la 10ª sesión. En España, por ejemplo, Gavino y Godoy (1993) estudian las causas explícitas del AV de programas de terapia de conducta. Wierzbicki y Pekarik (1993) realizan uno de los primeros meta-análisis donde incluyen las posibles causas del abandono y estudian la definición de esta variable y después de revisar 125 estudios encuentran tasas de abandono de un 46,86%. Más recientemente, Hans y Hiller (2013) publican un meta-análisis de estudios centrados en el AV de la terapia para los pacientes depresivos unipolares.

Método

Participantes

Se trata de 209 depresivos unipolares, sin síntomas psicóticos y que cumplían los Criterios Diagnósticos del DSM-III (American Psychiatry Association [APA], 1980) o DSM-III-R (APA, 1987), según el año del tratamiento, tratados por ocho terapeutas distintos con una media de experiencia de 8 años, a lo largo de trece años, en tres centros privados con terapia cognitivo-conductual. Se dividen en dos grupos: los que no terminan la terapia de acuerdo con el terapeuta (grupo de Abandono Voluntario, AV) formado por el 52,63% de la muestra (110 pacientes) y los que sí lo hacen (grupo alta

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 43-52

del terapeuta, AT) que representa el 47,37% del total (99 pacientes), así se presenta en el Gráfico 1.

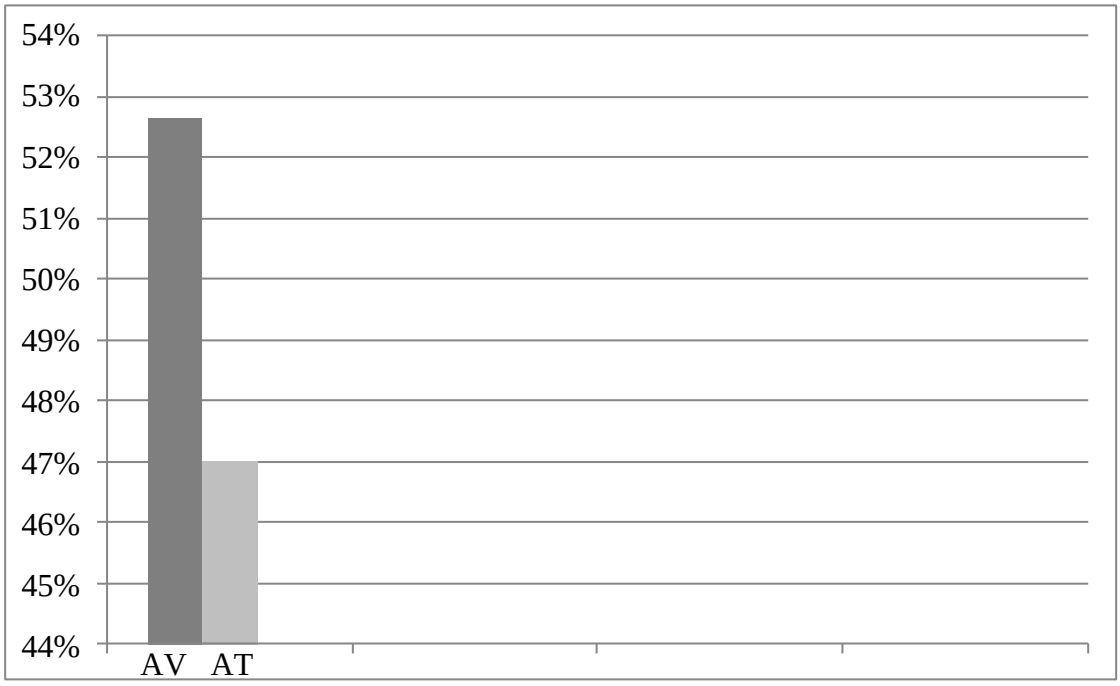


Gráfico 1. Porcentaje de pacientes en los grupos AV (abandono voluntario) y AT (alta terapeuta).

Con una depresión primaria el 80% y una edad media de 30 años (con un intervalo entre 18 y 67 años), en su mayoría mujeres (67% en el grupo AV, y un 66,7% en el grupo AT)) y de un nivel socieconómico medio (52% AV y 70% AT) y la mitad con pareja estable (51,4% AV y 54,1% AT).

Materiales

Se cumplimenta el *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) antes y después de la terapia y en el seguimiento, además de otros ocho cuestionarios clínicos que no son objeto de este estudio. Se pasa el Cuestionario de Seguimiento de Bas y Andrés (1986) dirigido a evaluar la situación actual de los pacientes y su nivel de recaídas. Este cuestionario ha sido utilizado en otras investigaciones de los autores (Bas y Andrés, 1994) y en él se evalúan el aprendizaje y la práctica de estrategias terapéuticas y recaídas, entre otros tópicos.

Así mismo, se cumplimentan por parte del terapeuta y del paciente dos cuestionarios especiales diseñados por la autora de este estudio para evaluar las variables relacionadas con el abandono en dos momentos distintos de la terapia, después de la primera y última sesiones. A continuación se incluyen las opiniones del paciente en el Cuadro 1.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 43-52
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Cuadro 1. Variables evaluadas por el paciente en la primera sesión.

1. Comodidad, comprensión y apoyo con el terapeuta en la primera sesión.
2. Grado de cumplimiento de las expectativas respecto a la terapia en la primera sesión.
3. Competencia profesional del terapeuta percibida en la primera sesión.
4. Eficacia autopercibida para la solución de los problemas.
5. Número de sesiones que espera el paciente que dure la terapia.
6. Tipo de terapeuta que espera el paciente.

Procedimiento

Se evalúa en primer lugar si hay diferencias entre los dos grupos en algunas características clínicas, y a posteriori la eficacia, las recaídas y el coste económico de la terapia, dividiendo siempre a los pacientes en dos grupos AV o AT. El BDI se cumplimenta antes, después y en el seguimiento; el Cuestionario de Seguimiento (Bas y Andrés, 1986) se cumplimenta a la lo largo de los 13 años de seguimiento y los dos cuestionarios especiales para el abandono voluntario (ver cuadro 1 para las opinión del paciente), se cumplimentan al principio y al final de las sesiones de terapia. Se realiza un seguimiento de los pacientes para ver la evolución desde el comienzo hasta el final de la terapia y así poder utilizar variables predictoras del abandono. Se recogen datos durante trece años. Los pacientes cumplimentan el BDI antes y después de la terapia, comparándose los resultados para ver la eficacia de la terapia y el Cuestionario de Seguimiento en distintos momentos post terapia para ver los resultados a largo plazo.

.

Diseño

Se comparan los grupos AV y AT y se contrastan las variables relacionadas con el AV (opiniones subjetivas del terapeuta y del paciente) después de la primera y última sesión, evaluándose si hay diferencias significativas pre y post tratamiento. Se ha empleado un diseño ex post facto retrospectivo.

Resultados

Características clínicas de la muestra

La severidad media depresiva (puntuación en el BDI) al comienzo de la terapia, es moderada en ambos grupos (23,52 en el grupo AV y 25,46 en el grupo AT) y no hay diferencias significativas entre los dos grupos.

En la variable antigüedad de síntomas sí que hay diferencias significativas: los pacientes AV tienen una media de 6,22 años y los AT una media de 3,64 años (con un intervalo entre 18 y 67 años). Por lo que respecto a los antecedentes familiares psiquiátricos, encontramos que hay diferencias significativas de nuevo entre los dos grupos: en los AV encontramos un número mayor de pacientes con antecedentes (49,3%) que en los AT (38%).

La variable medicación durante la terapia no distingue a los dos grupos (AV: 40,2% sin medicación versus AT: 3,7%) así como el número de tratamientos anteriores (AV 53,7% y AT 49,5%) o el número de problemas asociados (AV media de 2,58 y AT media de 2,70).

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 43-52

Tratamiento

Hay diferencias significativas entre los dos grupos en las tres mediciones del BDI pre, post y seguimiento, obteniendo las mejores puntuaciones el grupo AT y habiendo mejorado menos los AV, tal y como se aprecia en el Gráfico 2.

Se ha presentado una disminución significativa en el BDI (BDI post) donde el grupo AV presenta una media de 12,6, habiendo disminuido 10,92 puntos de media en unas 15 sesiones de media, mientras que el grupo AT alcanza una media de 5,36, suponiendo una disminución de 20,10 puntos de media en unas 32 sesiones de media, tal y como puede apreciarse en los Gráficos 3 y 4.

Es de resaltar que la media del BDI en el seguimiento de los pacientes AT es inferior a la obtenida en el post-tratamiento y hay diferencias significativas. Este fenómeno subraya la idea de que en los pacientes que no recaen la práctica de las habilidades antidepresivas aprendidas en la terapia les ayuda a mantener una mejoría mayor a medida que pasan los años desde el fin de la terapia.

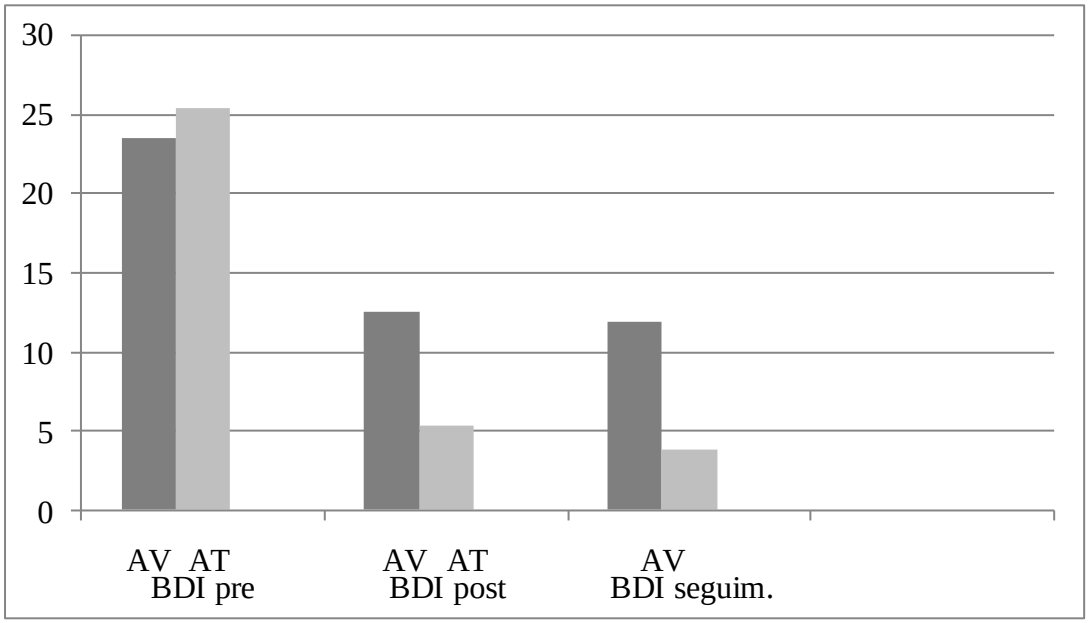


Gráfico 2. BDI (*Beck Depression Inventory*) pre, post y seguimiento en los grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 43-52

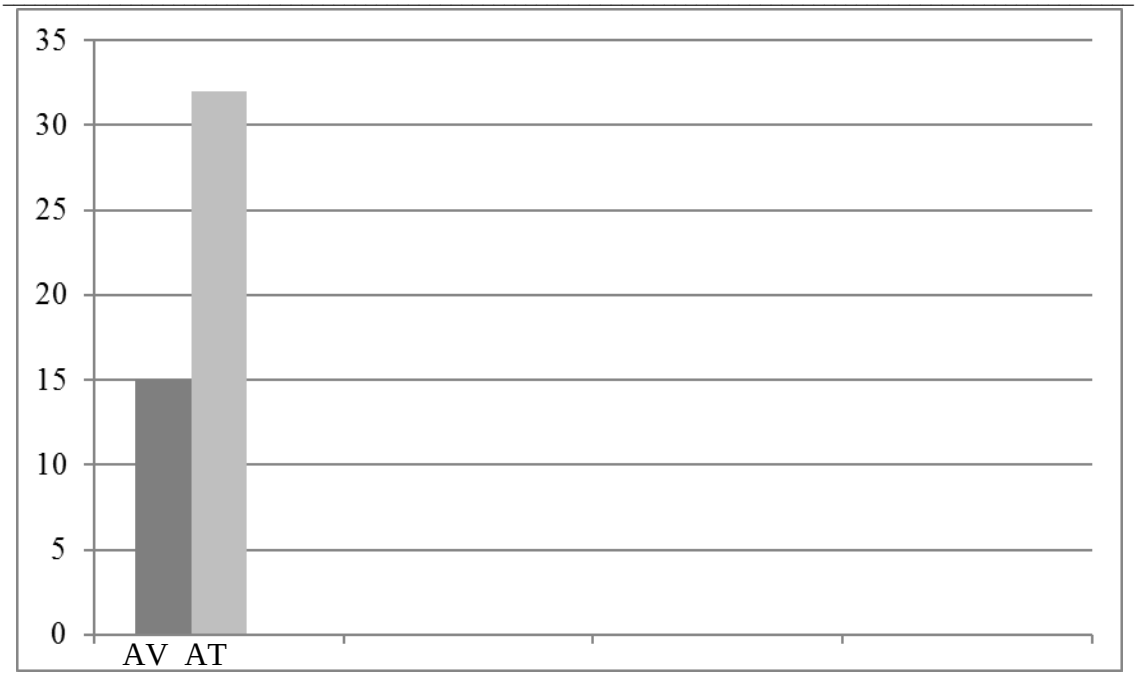


Gráfico 3. Número medio de sesiones que reciben los dos grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).

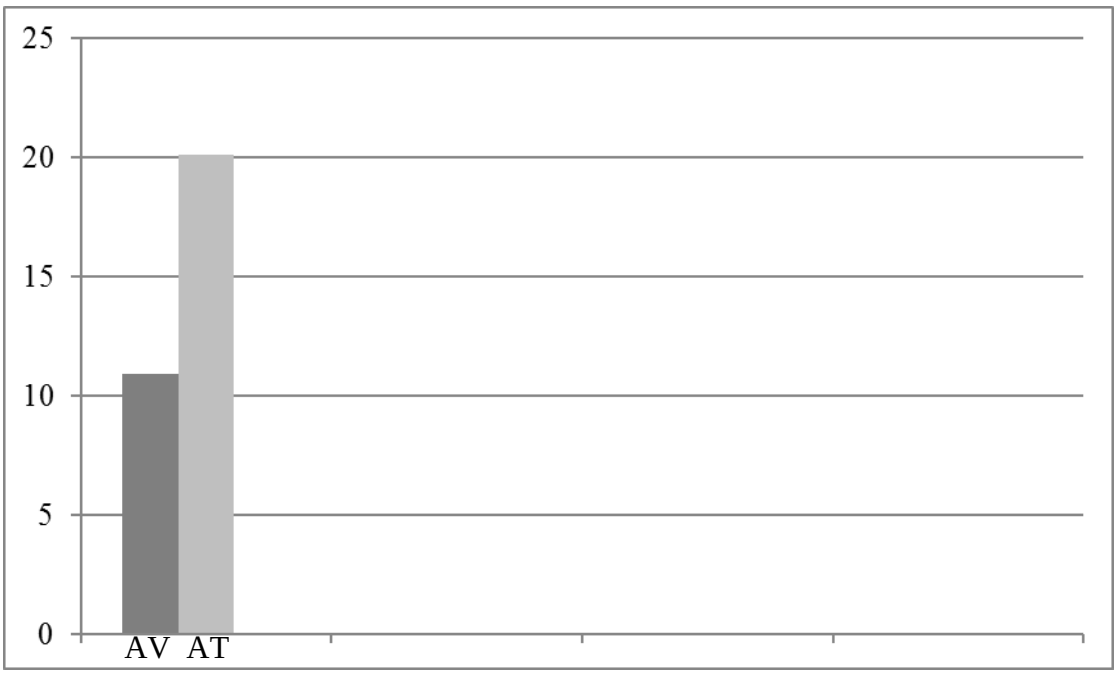


Gráfico 4. Puntos que disminuyen los pacientes de media en el BDI (*Beck Depression Inventory*) según los grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).

Coste medio de la terapia

Por lo que respecto al coste medio de la terapia en el grupo AV es de 1,37 sesiones para disminuir un punto en el BDI mientras que en el grupo AT es de 1,59 sesiones.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 43-52

Seguimiento y recaídas

Hay diferencias significativas entre los dos grupos en las recaídas en un seguimiento medio de 8 años, con un intervalo entre 6 meses y 13 años, como se puede apreciar en el Gráfico 5.

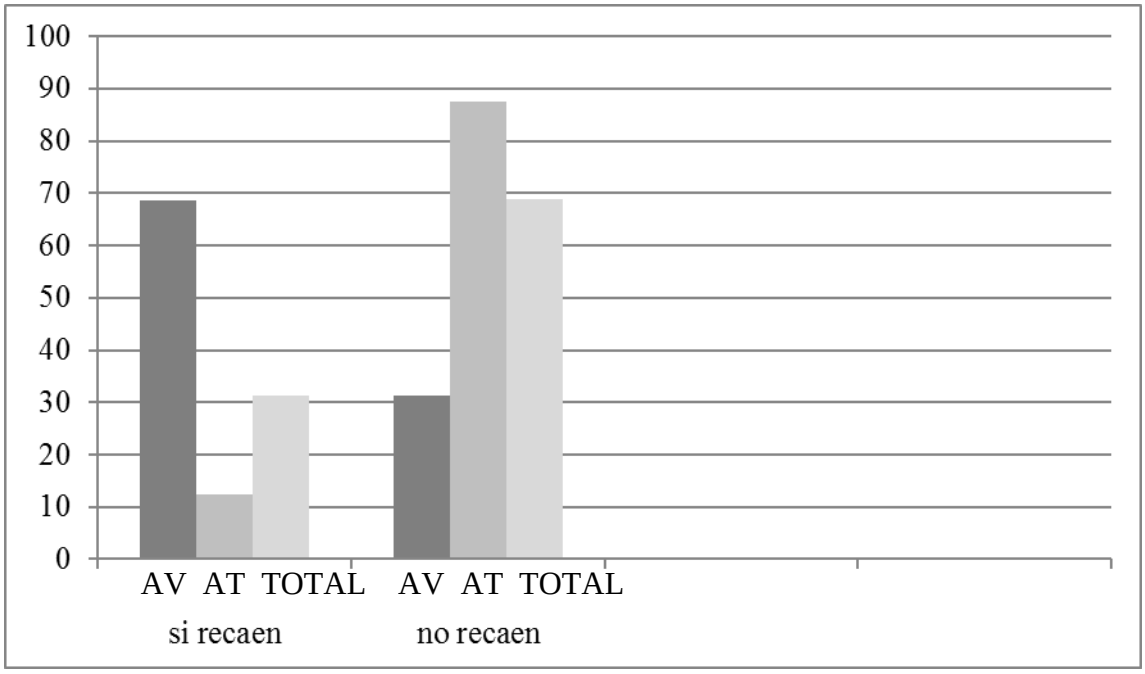


Gráfico 5. Porcentaje de recaídas en los grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia) en el seguimiento medio de 8 años.

Estudio descriptivo de los pacientes con mayor riesgo de AV

En el perfil de estos pacientes encontramos una mayor cronicidad, menor severidad depresiva, mayor probabilidad de tener antecedentes familiares psiquiátricos (no se incluyen aquí los resultados de otros cuestionarios que no eran objeto de este estudio), habiendo diferencias significativas en estas variables.

Opiniones del terapeuta y del paciente: hay diferencias significativas en las siguientes variables:

En el grupo AV se ha conseguido menos empatía, según el terapeuta y el paciente en las primeras sesiones (el 54% de los pacientes AV se siente bastante o muy cómodos y comprendidos versus el 87,5 % de los AT, en la primera sesión) como se aprecia en el Gráfico 6.

Según el terapeuta el grado de empatía es normal o bueno en un 76% de los AV mientras que en el 96,2 % de los AT la empatía ha sido buena o excelente (ver Gráfico 7) habiendo diferencias significativas entre ambos grupos.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 43-52
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

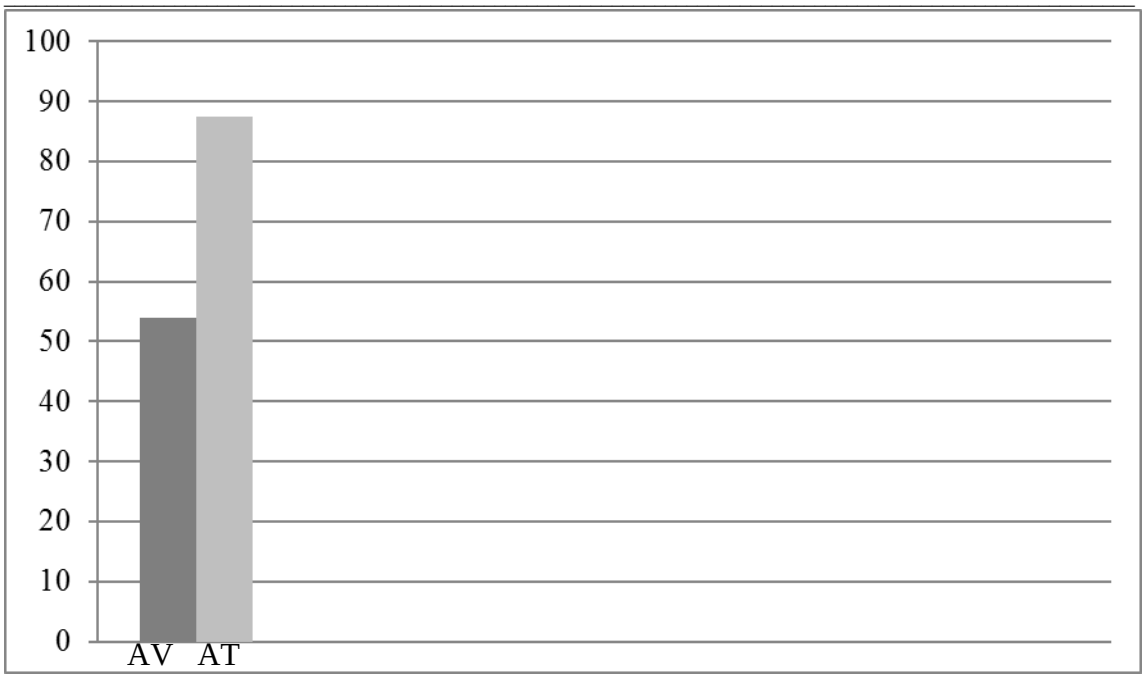


Gráfico 6. Porcentaje de pacientes que se sienten muy o bastante cómodos, comprendidos y apoyados en la primera sesión según los dos grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).

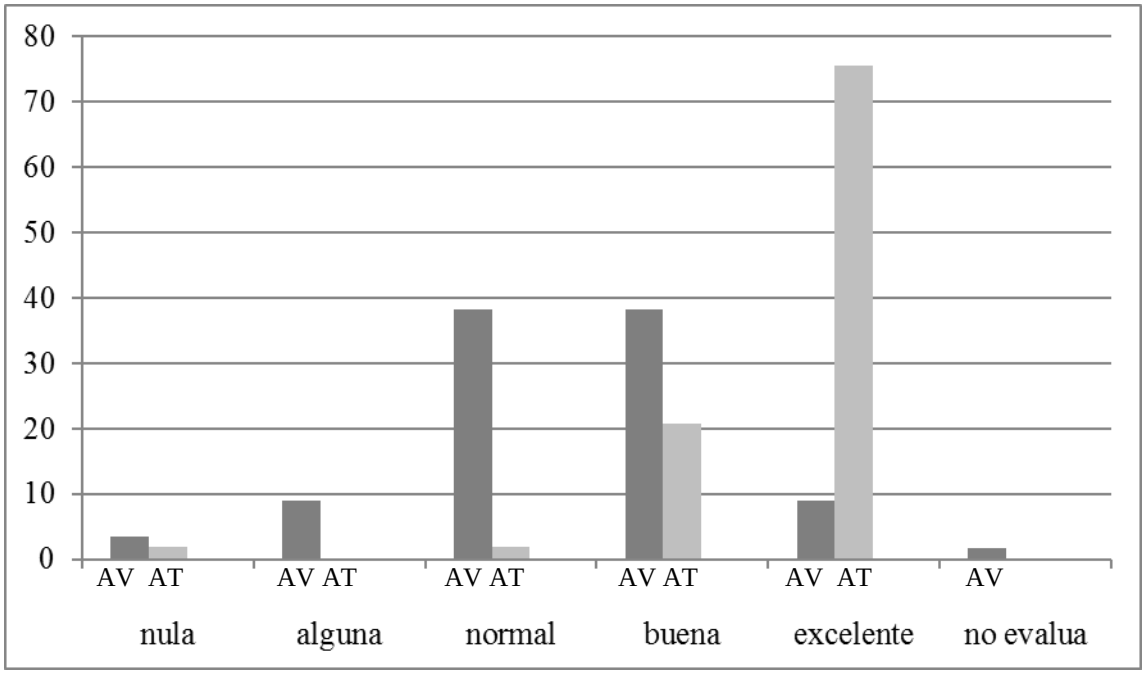


Gráfico 7. Grado de empatía conseguida con el paciente según el terapeuta (en porcentajes) en los dos grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).

En éstas primeras sesiones, según el terapeuta, también se han cumplido menos las expectativas del paciente y éste conoce y acepta menos la terapia, un 89,10% de los AT consideran que sus expectativas se ven total o bastante cumplidas mientras que en la

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 43-52
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

mayoría de los AV (72,16%) estas expectativas no se cumplieron nada o un poco, habiendo diferencias significativas. En la última sesión se considera en el grupo AV que se ha superado el problema depresivo en grado menor. Algunos de estos datos se pueden apreciar en el Gráfico 8.

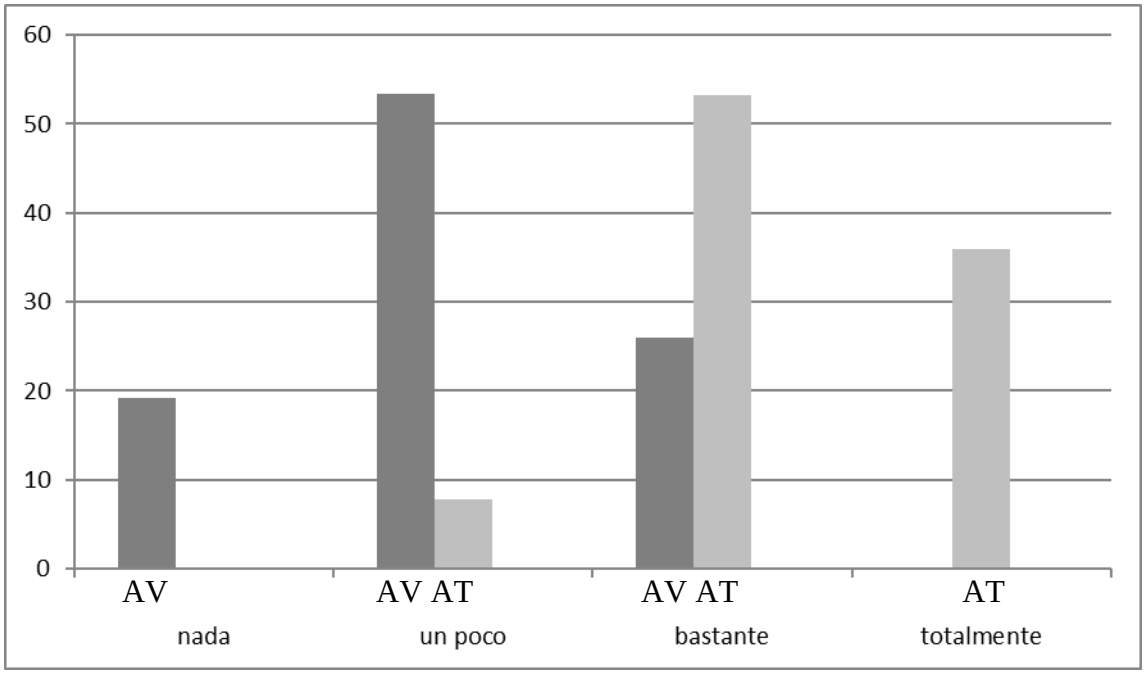


Gráfico 8. Opinión del terapeuta acerca del grado de cumplimiento de las expectativas sobre la terapia que tenía el paciente en la primera sesión (en porcentajes) según los dos grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).

Discusión/Conclusiones

Comparado con estudios anteriores como el de Baekeland y Lundwall (1975) de la práctica privada, la tasa de AV aquí encontrada está de acuerdo con los datos de ese estudio. Quizá lo más interesante de este trabajo sea, a parte del gran número de pacientes, la relación encontrada entre el fenómeno de AV y las recaídas, al tener estos pacientes mayor probabilidad de recaer y presentar una mayor severidad depresiva después del tratamiento, haber practicado menos las habilidades antidepresivas aprendidas en terapia y haber generalizado menos esta práctica a situaciones no trabajadas, sintiéndose menos satisfechos con los resultados de la terapia y con el grado de superación de su problema. Otro punto importante de este trabajo se relaciona con las expectativas de los pacientes con respecto a la terapia, ya que éstas se ven menos cumplidas en las primeras sesiones en los pacientes que abandonan, según las opiniones de paciente y terapeuta. El grado de empatía en la terapia es menor en los pacientes que abandonan según ambos. Una conclusión importante es que no terminar la terapia de acuerdo con el terapeuta es un factor de riesgo para las recaídas. Estos datos apoyan el criterio del terapeuta acerca de cuándo debe terminar la terapia. Se recomienda a los terapeutas que avisen a sus pacientes de este hecho para evitar las posibles recaídas asociadas al abandono.

Las limitaciones de este estudio pueden relacionarse con las medidas subjetivas utilizadas en el mismo y con el número de terapeutas. En este sentido, sería interesante incluir una valoración secundaria por parte de otro terapeuta de las opiniones subjetivas

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 43-52

del terapeuta citadas y aumentar el número de terapeutas. Así mismo, se recomienda para futuros estudios analizar la procedencia de los sujetos así como sus expectativas de entrada y conocimientos acerca de la terapia, variables fundamentales para el abandono.

Recomendaciones para el diseño de programas de prevención del abandono

Atender en la primera sesión a los factores de riesgo citados como la mayor cronicidad para poner en marcha de forma inmediata un programa de prevención del abandono.

Mejorar la fase pedagógica y evaluar el nivel de aceptación de los contenidos terapéuticos después de la primera sesión.

Detectar el modelo explicativo que el paciente presenta de su modelo depresivo, reestructurándolo posteriormente para ajustar sus expectativas.

Facilitar los procesos empáticos rápidamente, haciendo que el paciente se sienta muy cómodo y confiado ya en la primera sesión.

Referencias

Baekeland, D. F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin, 82,* 738 – 783.

Bas, F. y Andrés, V. (1986). *Cuestionario de Seguimiento*. Apuntes del Máster de Terapia Cognitivo-Conductual del Centro de Psicología Bertrand Russell.

Bas, F. y Andrés, V. (1994, julio). *Study of the dropouts releapse and recurrencies in the following unipolar depressive patients treated with cognitive-behavior therapy.* Comunicación presentada en el 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid, España.

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.

Gavino, A. y Godoy, A. (1993). Motivos de abandono en la Terapia de Conducta. Análisis *y Modificación de Conducta, 19,* 511-536

Hans, E. y Hiller, W. (2013). Effectiveness of and Dropout from patient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: a Meta-analysis of nonrandomized studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81,* 75-88.

Koss, M.P. (1979). Length of psychotherapy for clients seen in private practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 210-212.

Wierzbicki, M. y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. Professional Psychology*: Research and Practice, 24,*190-195.

Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology
(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)
ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 53-59

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

DIFICULTADES, HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA LA REESTRUCTURACIÓN COGNTIVA EN 315 PACIENTES

Francisco Bas Ramallo[1]

Centro de Psicología Bertrand Russell

RESUMEN. Introducción: Este estudio se centra en el proceso de cambio en la terapia cognitivo-conductual, en particular en la aplicación de la reestructuración cognitiva (RC). El objetivo es estudiar las habilidades y conocimientos básicos, así como las dificultades que presentan los pacientes crónicos con diferentes psicopatologías (Depresión, Ansiedad, Trastornos de la Conducta Alimentaria, etc.) en el proceso de reestructuración cognitiva. **Metodología:** Se realiza un cuestionario específico, diseñado por el autor del estudio, *Cuestionario de requisitos para usar la reestructuración cognitiva CRC)* de Bas (1999) que cumplimentan 315 pacientes que se encontraban en tratamiento en una clínica privada, siendo tratados por 9 diferentes terapeutas. **Resultados:** Se presentan entre otros los siguientes resultados: entre un 15 y un 30% de los pacientes con más de un año de terapia presentan dificultades para acceder a sus pensamientos y emociones, no logran distinguir entre pensamiento y realidad, deseo y realidad o entre pensamiento y emoción. Entre un 15 y un 20% atribuyen la causa de sus problemas a las situaciones que viven o a variables biológicas. A los seis meses de terapia el 20% de los pacientes dudan de la creencia "nos sentimos según pensamos". Al año de terapia un 25% dudan de la eficacia de cambiar el pensamiento para modificar emociones y el 8% no aplica la reestructuración cognitiva. También al año de terapia entre un 15 y un 25% no ven claro (y por lo tanto no usan) el carácter funcional o disfuncional de las creencias nucleares. Se presentan más resultados con respecto a las creencias funcionales y disfuncionales, la práctica de la reestructuración y los obstáculos para el cambio. **Conclusiones:** Estas variables son muy relevantes para la prevención de problemas en el diseño del proceso terapéutico, para optimizar el cambio y la prevención de recaídas.

Palabras clave: Proceso de reestructuración cognitiva, requisitos para la reestructuración cognitiva, dificultades en la reestructuración cognitiva, terapia cognitiva.

ABSTRACT. Introduction: This study focusing on the process of change in cognitive behavioural therapy, focusing on cognitive restructuring in particular.
Its aim is to study basic knowledge, skills and difficulties in chronic patients with several pathologies (Depression, Eating Disorders, Anxiety Disorders) present in the process of cognitive restructuring. **Method:** A specific questionnaire (Cuestionario de Requisitos para usar la Reestructuracion Cognitiva (RC) by Bas, 1999) is designed, which is filled in by 315 patients undergoing treatment

[1]Correspondencia: Francisco Bas Ramallo. Centro de Psicología Bertrand Russell. C/ Marqués de Cubas, 6, 1º dcha, 28014, Madrid. E-mail: francbas35@gmail.com

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 53-59

with 9 different therapists in a private clinic. **Results:** Amongst others: between 15 and 30% of patients with over one year treatment have difficulties to access thoughts and emotions, and cannot distinguish between thought and reality; wish and reality, or thought and emotion. Between 15% and 20% attribute the cause of their problems to biological or situational factors. After six months of therapy, 20% of the patients still question the belief: "we feel as we think". After a year of therapy, 25% question the efficiency of changing thoughts in order to change emotions, and 8% do not apply cognitive restructuring. Also after a year of therapy, between 15% and 25% are uncertain of the functional or dysfunctional nature of core beliefs, and hence do not use it. Further results concerning functional and dysfunctional beliefs, practice of restructuring, and obstacles for change are also presented. **Conclusions:** These variables are highly relevant to prevent problems in the design of the therapeutic process, and to optimize change and relapse prevention.

Key words: Process of cognitive restructuring, skills in cognitive restructuring, difficulties in process of cognitive restructuring, cognitive therapy.

Introducción

Este estudio se centra en el proceso de cambio de la terapia cognitivo-conductual, en particular en la aplicación de la reestructuración cognitiva (RC) especialmente en las dificultades. Beck (1967) y Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) subrayaban la necesidad de que el paciente adquiriese las habilidades cognitivas y meta cognitivas necesarias para acceder al conjunto de errores en el procesamiento lógico de la información (distorsiones cognitivas) que los seres humanos aprenden desde que nacen y que tienen la función esencial de hacer más creíbles y estables los supuestos disfuncionales de los pacientes. En ese sentido, investigar de un modo más monográfico los déficits que más abundan para poder tener acceso a esas distorsiones, las habilidades necesarias para cuestionar esas distorsiones, las dificultades para ejercer su práctica, las modalidades que usan los pacientes en este sentido, constituye uno de los objetivos principales para ayudar a nuestros pacientes a tener más éxito en la práctica terapéutica. Esta investigación tiene este objetivo.

Método

Participantes

Muestra de 315 pacientes crónicos, tratados en un Centro de Psicología Clínica privada, por nueve diferentes terapeutas, con carácter ambulatorio. Incluían todo tipo de problemas con exclusión de adicciones (trastornos depresivos, de ansiedad, de alimentación, de personalidad, etc.).

Materiales

Se diseña un cuestionario específico por parte del autor de este estudio: *Cuestionario de requisitos para usar la reestructuración cognitiva (RC)* de Bas (1999) que incluye: habilidades y conocimientos básicos (por ejemplo, diferencia entre pensamiento y emoción, entre pensamiento y realidad, etc.), creencias funcionales y disfuncionales para la práctica de la RC y factores que interfieren en esta práctica (obstáculos para el cambio). Se incluye el cuestionario en el Apéndice A.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 53-59
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Procedimiento

Se eligen los pacientes, al azar, que acuden al centro privado, a lo largo de dos años y se les pide que cumplimenten el cuestionario citado. Se estudian las variables relevantes para la práctica de la RC. Se recogen otros datos de los pacientes que no se incluyen en este estudio.

Diseño

Se realiza un análisis descriptivo de los resultados de las respuestas dados por los pacientes en las dimensiones que evalúa el cuestionario.

Resultados

Déficit en habilidades básicas para la RC

Entre un 15 y un 30% de los sujetos crónicos con más de un año de terapia presentaba dificultades meta cognitivas para acceder a sus pensamientos y emociones tanto en situaciones normales, como problemáticas o inmediatamente después de pasada la situación problema.

Igualmente, entre el 15 y el 30% de la población con más de un año de terapia expresaba dudar o no lograr distinguir entre pensamiento y emoción, entre pensamiento y realidad o entre deseo y realidad).

Creencias funcionales o disfuncionales para la práctica de la RC

Dentro de los supuestos básicos que podrían ayudar o dificultar el uso adecuado de la RC encontramos que:

Entre un 15 y un 20% de los sujetos con más de un año de terapia atribuyen la causa de sus problemas a las situaciones que viven o a sus características genéticas o biológicas.

Entre un 40 y un 50% atribuyen sus problemas a su historia. Ese porcentaje cree que su historia determina su presente

A partir de los 6 meses de terapia la duda acerca de esta idea cae, pero al cabo de un año de terapia todavía la aceptan más del 90% de los pacientes.

Por suerte, a los 2 años prácticamente todos la han superado y creen en su modificabilidad. El pasado puede influir en mi presente, pero no lo determina. La clave está en mi interpretación actual y ésa es siempre modificable.

La creencia de que “nos sentimos según pensamos”, nuclear en nuestra orientación terapéutica, sufre un periodo de duda sobre los 6 meses de terapia , que afecta al 20% de la población de pacientes, pero se recupera con el paso del tiempo quedando entre un 5 y un 10% de ellos con 1 y 2 años de terapia respectivamente.

Que el significado de las cosas está determinado por “nuestra cabeza” o, por el contrario, por el mundo, el contexto, el pasado, el futuro, etc., va a ser fundamental para crear una cierta autonomía en el sujeto a la hora de afrontar los problemas o, en el segundo caso, a generar dependencia de los otros, del pasado, etc.

Un 25% de sujetos, al año de terapia, todavía dudan acerca de lo que genera el significado de las cosas. Incluso con 2 años de terapia un 17% sigue dudándolo. Estratégicamente, por tanto, este tópico deberá atenderse en la profundidad y extensión necesarias.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 53-59
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

¿Cómo evoluciona el uso de estrategias de cambio?

El intento de cambiar el pensamiento para generar modificaciones en las emociones, los sentimientos o la conducta va aumentando a lo largo del tiempo, pero al año de terapia casi un cuarto de los pacientes dudaban del uso (25%) o no lo aplicaban (8%).

Un año más tarde estas proporciones se mantenían sensiblemente iguales.

Pero entre un 15 y un 25% de ellos no veían (y por tanto no usaban) el carácter funcional o disfuncional de esas creencias

A partir de los 3 meses de terapia un 25% de pacientes no se implican y con 1 ó 2 años de terapia se mantiene la tasa.

Tras un año, del 40 al 50% de los pacientes tratan de cambiar sus ideas problemáticas esencialmente con otras ideas.

La reestructuración por vía conductual, es decir, haciendo cosas que vayan en contra de ella, en base a la exposición, al contraste empírico, a un programa de refuerzo y castigo, control de estímulos, etc., la realizan alrededor del 60% de sujetos después de un año.

Entre un 15 y un 20% de pacientes, a partir de los 3 meses y de forma estable hasta los de 2 años o más, no consiguen asociar emociones positivas ante la presencia de los pensamientos alternativos más adaptativos.

La falta de implicación emocional positiva y negativa, así como la no implicación conductual pueden limitar considerablemente la eficiencia de las RC.

Igualmente, entre el 50 y el 60% no debate sus ideas por escrito a partir de un año de terapia.

Con anterioridad, sólo uno de cada 3 lo hace, de modo que este es un sesgo bastante estable.

A partir de los 3 meses casi todos los pacientes empiezan a trabajar sus problemas fuera de las sesiones de terapia, aunque sólo un 40% trabaja las ideas problema de modo inmediato a su aparición. Del 40 al 50% dice esperar horas o días para hacerlo.

Otros obstáculos para el cambio

Finalmente, entre un 40 y u 50% de personas, a lo largo de toda la terapia, perciben en el contexto familiar factores que dificultan su trabajo en RC, en el cambio de ideas.

La tasa aumenta con el tiempo a partir del primer año.

Igualmente, factores económicos, temporales, de desplazamiento, etc., influyen negativamente en la práctica de la RC. A partir de los 3 meses va aumentando hasta afectar al 60% de los pacientes con 2 o más años de terapia.

Discusión/Conclusiones

No se pueden comparar los resultados de este trabajo con otros, puesto que no hemos encontrado en la literatura investigaciones que tengan los mismos objetivos en el contexto de la práctica privada.

De las conclusiones más importantes de este trabajo se derivan los siguientes temas especiales a trabajar en la terapia:

1. El conjunto de habilidades meta cognitivas relativas al acceso a los pensamientos, imágenes, etc. y la distinción entre pensamiento y emoción, pensamiento y deseos y pensamiento y realidad.
2. La atribución a la historia como determinante del presente.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 53-59
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

3. El significado de las cosas lo determina "nuestra cabeza" no el mundo.
4. 4.- Hincapié en la funcionalidad /disfuncionalidad de los pensamientos a la hora de reestructurar. No solo atender a la lógica o a la evidencia empírica.
5. La implicación emocional y/o conductual en la RC hay que incrementarla. Asociación emocional o conductual negativa a los pensamientos negativos y positivos (música, etc.) a los pensamientos adaptativos. Actuar más en base a las ideas alternativas para tener la posibilidad de ser reforzado y así seleccionar los nuevos pensamientos. No debaten por escrito. Hay que reforzar este hábito con más frecuencia.
6. Entrenamiento en RC contingente con la aparición del problema.
7. Los factores familiares, económicos, de tiempo, etc hay que vigilarlos estrechamente y adelantarse a ellos si es posible, porque podrían interferir, a veces, de modo muy negativo y desmotivar la práctica.

Entre las limitaciones de este estudio podemos señalar el carácter complejo de los constructos utilizados de cara a los pacientes. Así mismo sería interesante para futuros trabajos utilizar una muestra de pacientes no crónicos, con niveles educativos distintos, estudiar la muestra según las diferentes psicopatologías, nivel de gravedad o deterioro, variables que podrían influir en los resultados. En este momento el autor de este estudio está trabajando en esta dirección.

Referencias

Bas, F. (1999). *Cuestionario de requisitos para usar la reestructuración cognitiva (CRRCC).* Madrid: Centro de Psicología Bertrand Russell. Documento no publicado.

Beck, A.T. (1967). *Depression, Clinical, Experimental and Theoretical Aspects.* New York: Harper y Row.

Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: DDB.

Apéndice A. Cuestionario de requisitos para la reestructuración cognitiva (RC) (Bas, 1999)

Para poder ayudarle necesitamos conocer sus puntos de vista acerca de las siguientes preguntas. Si alguna de ellas no la entiende adecuadamente déjela sin responder. Utilice la respuesta "Lo dudo" sólo cuando, habiendo entendido la pregunta, no tenga clara la respuesta.

¿Qué tiempo lleva en terapia?:

¿Se ha entrenado en reestructuración cognitiva (cambio de ideas o creencias)?

¿Cree que ha mejorado en este tiempo?

¿Qué porcentaje de mejoría podría atribuir a la práctica de la reestructuración cognitiva?

La relación con su terapeuta ha sido:

Mala Normal Excelente

RESPONDA SÍ, NO O LO DUDO A CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Tiene una idea básica de lo que es una terapia cognitivo-conductual?
2. ¿Distingue claramente entre pensamiento y situación?

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 53-59

3. ¿Distingue claramente entre pensar y sentir?
4. ¿Distingue entre deseos y realidades?
5. ¿Es capaz de captar los pensamientos que tiene en las situaciones problemáticas?
6. ¿Es capaz de captar los pensamientos que tiene momentos después de la situación problema?
7. ¿Es capaz de captar los pensamientos que tiene en las situaciones normales, no problemáticas?
8. ¿Cree que son las situaciones las que causan su problema?
9. ¿Cree que es su historia la que determina su problema?
10. ¿Cree que es su biología lo que causa sus problemas?
11. ¿Acepta que esencialmente nos sentimos según pensamos?
12. ¿Utiliza la idea de que nos sentimos según pensamos para cambiar sus pensamientos, sentimientos o acciones?
13. ¿Sabe distinguir entre unos pensamientos y otros?
14. ¿Acepta que sus pensamientos negativos pueden compartir algún significado común (creencia básica)?
15. ¿Acepta que esa creencia básica puede estar asociada a sus emociones y conductas negativas?
16. ¿Acepta la relación existente entre sus creencias básicas negativas y sus problemas principales?
17. ¿Cree que sus creencias básicas no pueden modificarse por su antigüedad?
18. ¿Cree que las palabras, los gestos, etc. determinan el significado que le
19. ¿Cree que es "su cabeza" la que determina en cada momento el significado de las cosas?
20. ¿Cree que para poder cambiar las creencias negativas antes es necesario que cambie la sociedad?
21. ¿Cree que para poder cambiarlas antes es necesario que cambie su pareja o su familia?
22. ¿Ve la utilidad de buscar el fundamento lógico de sus pensamientos negativos?
23. ¿Acepta la utilidad de buscar los hechos a favor y en contra de sus pensamientos negativos?
24. ¿Cree que los pensamientos en sí mismos tienen consecuencias muy importantes al margen de ser lógicos o estar apoyados por los hechos?
25. ¿Cree importante intentar cambiar el significado y los sentimientos asociados al recuerdo de experiencias infantiles o juveniles?
26. ¿Conoce las consecuencias de pensar de un modo absoluto o radical? ¿Distingue entre necesitar y desear?
27. ¿Conoce algún método para enfrentarse a sus pensamientos negativos?
28. ¿Cree que simplemente los argumentos racionales serán suficientes para producirle cambios estables en sus problemas?
29. ¿Sabe si tendrá que trabajar duro y quizá durante bastante tiempo para llevar a cabo cambios duraderos en algunas de sus creencias básicas?
30. ¿Intenta cambiar sus creencias o pensamientos de modo mecánico, sin implicación emocional y sin hacer cosas?
31. ¿Discute sus pensamientos negativos de modo inmediato?
32. ¿Lo más frecuente es que espere horas o días para trabajar sus pensamientos negativos?
33. ¿Discute sus pensamientos negativos sólo con otros pensamientos?

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 53-59
Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

34. ¿Los discute por escrito?
35. ¿Intenta cambiar sus pensamientos negativos haciendo cosas que vayan en contra de ellos?
36. ¿Intenta cambiar sus pensamientos negativos a la vez que trata de tener sentimientos más positivos?
37. ¿Trabaja sus problemas fuera de las sesiones de terapia?
38. ¿Cree que el cambio sólo puede proceder del terapeuta?
39. ¿Está dispuesto a discutir cualquier creencia, sea religiosa, ideológica, sexual, siempre que la vea en el centro de sus problemas?
40. ¿Cree que hay factores familiares que pueden dificultar su trabajo de cambio de creencias?
41. ¿Cree que existen factores físicos, económicos, de tiempo, que pueden interferir en su cambio de pensamientos negativos?

Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology
(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)
ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 60-67

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE Y EXTERNALIZANTE A TRAVÉS DE LA PERSONALIDAD Y LOS EVENTOS VITALES NEGATIVOS EN ADOLESCENTES

Jorge Moya-Higueras[1]*, *, Sígrid Gallego**, Ana M. Viruela**, Laura Mezquita**, Helena Villa**, M. Ignacio Ibáñez**, *** y Generós Ortet**, ***

**Universitat de Lleida*
***Universitat Jaume I, Castellón*
****Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain*

RESUMEN. Antecedentes: Diferentes rasgos de personalidad, así como la experimentación de eventos vitales negativos parecen explicar, en parte, la vulnerabilidad al desarrollo de psicopatología externalizante e internalizante en la adolescencia. Sin embargo, existe escasa evidencia de cómo interactúan estas variables en relación con la psicopatología. El objetivo de la presente investigación fue la de explorar cómo la personalidad y los eventos vitales negativos se relacionan, e interactúan entre sí, para explicar los síntomas externalizantes e internalizante en adolescentes. **Método**: En una muestra de 272 adolescentes (58,1% niñas), con una media de edad de 15,25 años, se evaluó el Modelo de los Cinco Factores de personalidad mediante la versión Junior version of the Spanish NEO-PI-R (JS NEO), la cantidad de eventos vitales negativos con un listado con los principales eventos encontrados en escalas clásicas, y la psicopatología mediante la versión española del Youth Self-Report (YSR). **Resultados**: Mediante un análisis de vías encontramos un modelo que se ajustó a los datos. Encontramos que los eventos vitales negativos incontrolables, el neuroticismo y la baja extraversión predecían los síntomas internalizantes. Por otro lado, los externalizantes se explicaban por los eventos vitales negativos controlables y no controlables, así como por la baja amabilidad, la extraversión y el neuroticismo. Además, los eventos vitales negativos incontrolables predecían el neuroticismo y la extraversión, mientras que el neuroticismo, la baja extraversión y la baja amabilidad se relacionaron con los eventos vitales negativos controlables. **Conclusiones**: Estas diferentes transacciones entre la personalidad y los eventos vitales negativos podrían ser relevantes para el desarrollo de los trastornos psicológicos y, por tanto, se deberían tener en cuenta en el abordaje clínico de los mismos.

Palabras clave: Psicopatología, personalidad, eventos vitales, adolescentes.

ABSTRACT. Antecedents: Different personality traits and the experimentation of negative life events should partially explain the vulnerability to develop externalising and internalising psychopathology during adolescence. However, limited evidence has been provided about how these variables interact in relation

[1]Correspondencia: Jorge Moya Higueras. Avda. de l'Estudi General, 4. Facultad de Educación, Psicología y Trabajo Social. Departamento de Pedagogía y Psicología, 25001, Lleida. E-mail: jmoya@pip.udl.cat

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 60-67

to psychopathology. The main aim of the present research was to explore howpersonality and negative life events are related, and interact among them, to explain the externalising and internalising symptomatology in adolescents. **Methods**: In a sample of 272 adolescents (58.1% girls), with a mean age of 15.25 years, the Five-Factor Model of personality was assessed by means of the JS NEO. The quantity of negative life events was measured using a list of the main events found in classical scales. Psychopathology was assessed with the Spanish version of the YSR. **Results**: A path analysis showed a model that fitted the data. We found that uncontrollable negative life events, neuroticism and low extraversion predicted the internalising symptomatology. Externalising symptoms were explained by the controllable and uncontrollable negative life events, and also by low agreeableness, high extraversion and high neuroticism. Moreover, the uncontrollable life events predicted neuroticism and extraversion; while neuroticism, low extraversion and low agreeableness were related to controllable negative life events. **Conclusions**: These different transactions between personality and negative life events may be relevant in the development of psychological disorders; hence, they should be taken into account.

Keywords: Psychopathology, personality, life events, adolescents.

Introducción

Actualmente, existe consenso empírico para confirmar la existencia de dos grandes clusters de trastornos o síntomas psicológicos tanto en adultos como en adolescentes (Krueger y Markon, 2006; Lahey et al., 2004, 2008). Por un lado estarían los síntomas internalizantes, como la depresión, las fobias, etc. Por otro, estarían los síntomas externalizantes, como los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos de conducta, entre otros.

La acumulación de eventos vitales estresantes o negativos parece ser relevante para el inicio y desarrollo de la psicopatología (Fernandez-Castelao y Kröner-Herwig, 2014; King y Chassin, 2008).También existe evidencia para diferenciar dos grandes tipos de acontecimientos vitales negativos (Bemmels, Burt, Legrand, Iacono y McGue, 2008; Kendler, Neale, Heath y Eaves, 1993):los eventos vitales controlables, que dependerían en mayor medida de las conductas del propio sujeto; y los eventos vitales incontrolables, donde el componente de azar parece ser mayor. En relación con la psicopatología, en la adolescencia se ha encontrado que tanto los eventos vitales controlables como los incontrolables se asocian con una mayor sintomatología internalizante (Flouri y Kallis, 2011; Kercher, Rapee, y Schniering, 2009; Lyons, Huebner, Hills, y Horn, 2013; Romero et al., 2009; Williamson, Birmaher, Anderson, Al-Shabbout y Ryan, 1995). Los estudios centrados en la sintomatología externalizante parecen evidenciar que los eventos vitales incontrolables también son relevantes en estos trastornos (Flouri y Kallis, 2011; Lyons et al., 2013), no habiéndose evaluado el papel de los eventos vitales controlables.

Paralelamente, los rasgos de personalidad también predecirían la aparición de los trastornos psicológicos. Así, en la adolescencia, un mayor neuroticismo, una menor extraversión y una menor responsabilidad se asociarían a la sintomatología internalizante, mientras que la sintomatología externalizante se vería relacionada con menores niveles en amabilidad y responsabilidad (Barbaranelli, Caprara, Rabasca y

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 60-67

Pastorelli, 2003; Klimstra, Akse, Hale, Raaijmakers y Meeus, 2010; Klimstra, Crocetti, Hale III, Fermani y Meeus, 2011; Muris, Meesters y Diederen, 2005).

También se ha investigado cómo se relacionan los eventos vitales con la personalidad. Así, Kandler, Bleidorn, Riemmann, Angleitner y Spinath (2012) mostraron que los acontecimientos vitales negativos incontrolables predecían mayores niveles de neuroticismo. Al mismo tiempo esta variable era predicha por la elevada apertura y la baja amabilidad. Por contra, encontraron que el elevado neuroticismo, la elevada apertura a la experiencia y la baja amabilidad predecían la experimentación de eventos vitales controlables, pero no a la viceversa.

El objetivo de la presente investigación fue explorar cómo la personalidad y los eventos vitales negativos se relacionan, e interactúan entre sí, para explicar los síntomas externalizantes e internalizante en adolescentes. El modelo hipotético inicial se puede ver en la Figura 1.

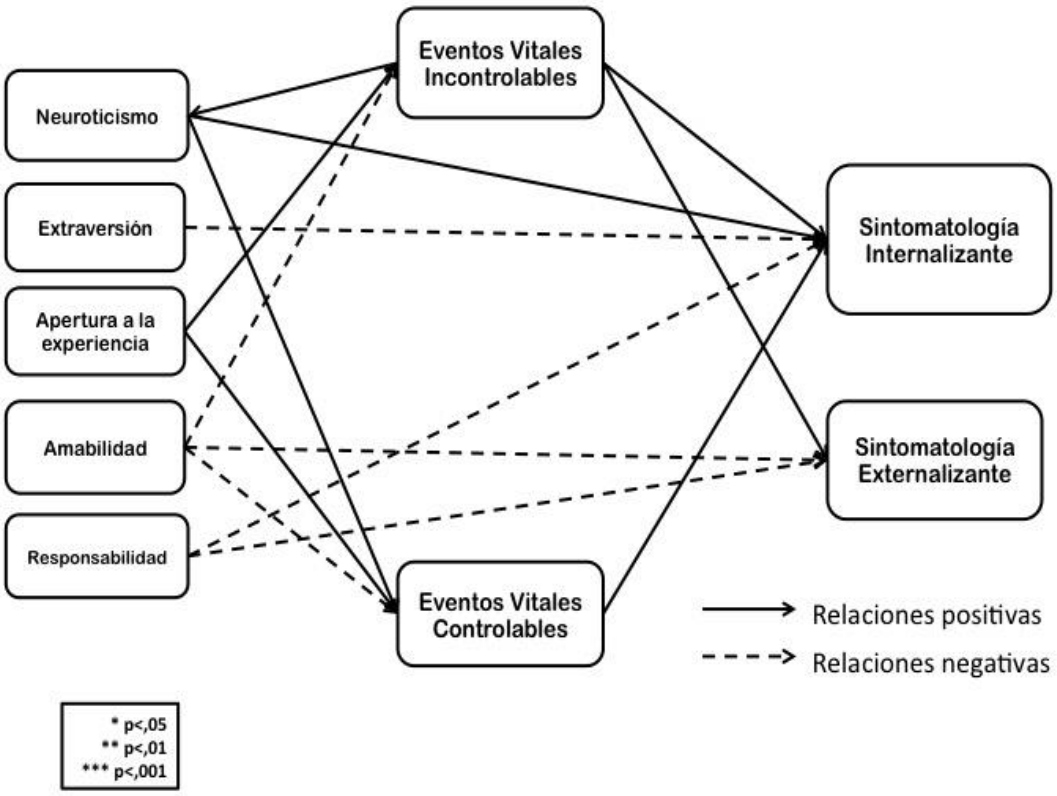


Figura 1. Modelo de análisis de vías hipotetizado.

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 272 adolescentes (58,10% chicas). La media de edad era de 15,25 años (DT=0,86).

Materiales/Instrumentos

Junior version of the Spanish NEO-PI-R (JS NEO) (Ortet et al., 2012): cuestionario para evaluar la personalidad desde el Modelo de los Cinco Factores de Costa McCrae (1992) en adolescentes. El cuestionario consta de 240 afirmaciones. La

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 60-67

escala de respuesta es de tipo likert de 5 puntos. El cuestionario presenta una adecuada validez (congruencia mediana con la versión de adultos del NEO-PI-R = 0,96 (0,81-1,00), consistencia interna (α entre 0,84 y 0,90 para las 5 dimensiones) y fiabilidad test-retest (*r* entre 0,78 y 0,84 para las 5 dimensiones) (Ortet et al., 2012).

Youth Self-Report (YSR) (Achenbach, 1991; Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002): screening psicopatológico con adecuadas características psicométricas (Abad, Forns, Amador y Martorell, 2000; Lemos et al., 2002). Se evalúan dos grandes agrupaciones de síntomas psicopatológicos experimentados por los adolescentes durante los últimos 6 meses: sintomatología externalizante (agresividad, conducta antisocial y problemas de atención); y sintomatología internalizante (la ansiedad/depresión, aislamiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales y problemas de pensamiento.

Cuestionario de Eventos Vitales Estresantes (CEVE) (Viruela, Camacho, Mezquita y Moya, 2010)**:** listado de eventos vitales estresantes extraídos de otras escalas (Brugha y Cragg, 1990; Clemens y Turpin, 1996; Forman, Eidson y Hagan, 1983; Johnson y McCutcheon, 1980; Newcomb, Huba y Bentler, 1981). 10 jueces independientes clasificaron los eventos vitales en controlables e incontrolables. Ambas variables indican la cantidad de acontecimientos estresantes acumuladas durante el último año.

Procedimiento y diseño

Se evaluó a la muestra en el aula de clase de forma grupal en tres sesiones diferentes. El estudio es de tipo transversal y correlacional.

Análisis

Se realizaron análisis de vías basados en ecuaciones estructurales para comprobar la adecuación de nuestro modelo a los datos de la muestra.

Resultados

El modelo inicial no se ajustó a los datos (Ver Tabla 1). Se inspeccionaron los Índices de Modificación y se eliminaron las vías y las variables no significativas. Con estas modificaciones hallamos un modelo final que sí se ajustaba a los datos (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Índices de bondad de ajuste del modelo de análisis de vías.

Modelo	$\chi 2$	*gl*	*p*	χ 2 /g.l.	CFI	IFI	NFI	GFI	RMSEA
Inicial	34,112	8	0,000	4,624	0,953	0,955	0,942	0,974	0,110 (0,073-0,149)
Final	7,393	6	0,286	1,232	0,997	0,997	0,986	0,993	0,029 (0,000-0,088)

Nota. gl = grados de libertad; CFI = comparative fit index; IFI = incremental fit index; NFI = normed Fit Index; GFI = goodnes-of-fit index; RMSEA = root-mean-square error of approximation.

En la Figura 2 se puede ver el modelo final, con el que se explicó un 43% de varianza de la sintomatología internalizante y un 33% de la externalizante. Para facilitar la comprensión de los resultados se han eliminado las correlaciones significativas de la representación ($r_{\text{internalizante-externalizante}}$ = 0,35, p<0,001; $r_{\text{eventos vitales controlables e incontrolabes}}$ =

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 60-67

0,53, p<0,001; $r_{\text{neuroticismo-responsabilidad}}$ = -0,39, p<0,001 -$r_{\text{amabilidad-responsabilidad}}$ = 0,33, p<0,001[1]).

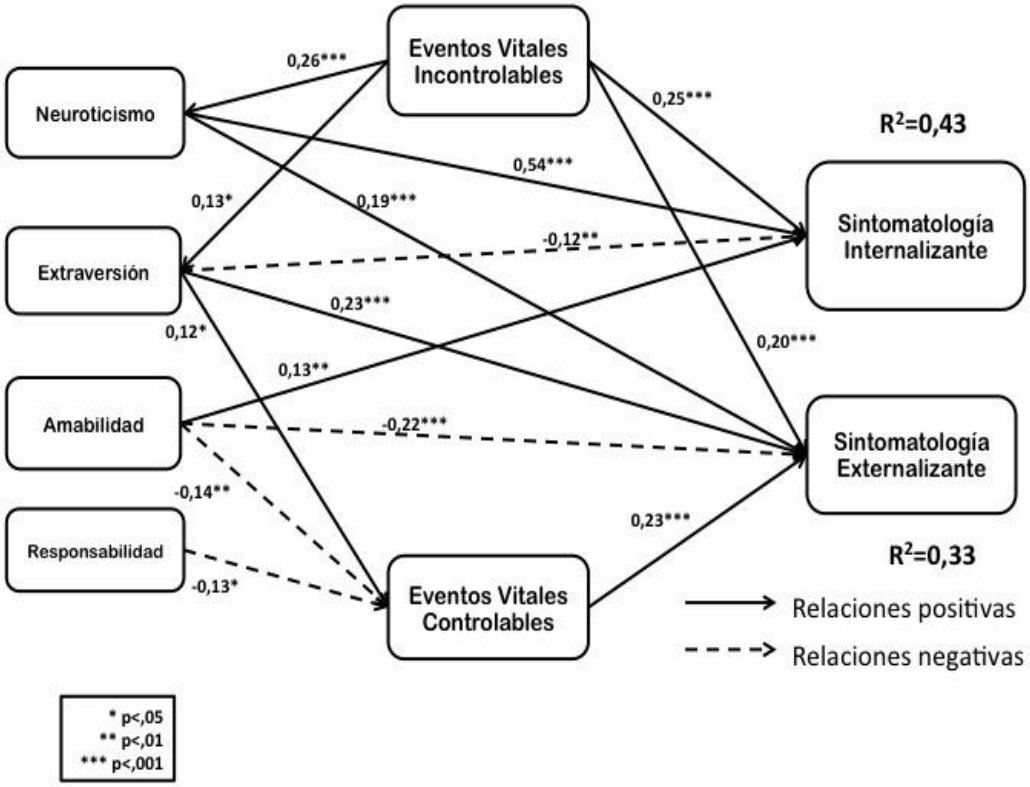


Figura 2. Modelo de análisis de vías final.

Discusión/Conclusiones

El modelo final del análisis de vías realizado confirmó parcialmente las hipótesis sobre la relación interactiva de la personalidad y los acontecimientos vitales respecto de la psicopatología adolescente.

Cuantos más eventos vitales estresantes incontrolables experimentaban los participantes, mayor era la cantidad de síntomas internalizantes y externalizantes que informaban. Estos resultados confirmarían lo que se había encontrado en las investigaciones anteriores (Flouri y Kallis, 2011; Kercher et al., 2009; Lyons et al., 2013; Romero et al., 2009; Williamson et al., 1995). Por otro lado, en contra de lo hallado por Flouri y Kallis (2011) y por Lyons et al. (2013), no se encontró asociación significativa de los eventos vitales controlables con la sintomatología internalizante, aunque sí con la externalizante. Diferencias metodológicas podrían explicar estas diferencias.

Respecto a la personalidad y a la psicopatología, en línea con estudios anteriores (Barbaranelli et al., 2003; Klimstra et al., 2010, 2011; Muris et al., 2005), la sintomatología internalizante se explicaba por un elevado neuroticismo, una baja extraversión y una elevada amabilidad. Con respecto a la sintomatología externalizante,

[1]Todas las dimensiones de personalidad correlacionaron entre sí.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 60-67

en línea con esta hipótesis y con los estudios previos (Barbaranelli et al., 2003; Klimstra et al., 2010, 2011; Muris et al., 2005), encontramos que la baja amabilidad predecía elevados niveles de sintomatología externalizante, así como el elevado neuroticismo y la elevada extraversión. Estos dos últimos resultados se habían encontrado anteriormente, aunque no de forma tan consistente (Barbaranelli et al., 2003; Muris et al., 2005). Finalmente, encontramos que no existían las relaciones hipotetizadas de la apertura, ni tampoco una relación directa de la responsabilidad con ninguna sintomatología patológica. Por otro lado, encontramos una relación entre la elevada amabilidad y la sintomatología internalizante no descrita anteriormente. De nuevo, diferencias metodológicas con los artículos de referencia podrían explicar gran parte de estos resultados (Barbaranelli et al., 2003; Klimstra et al., 2010, 2011; Muris et al., 2005).

También parcialmente en línea con los resultados de Kandler et al. (2012), en la presente investigación se encontró que los eventos vitales incontrolables influían en la personalidad, prediciendo mayores niveles de neuroticismo y de extraversión. Por contra, mayores niveles en extraversión y menores puntuaciones en amabilidad y en responsabilidad predecían la experimentación de una mayor cantidad de eventos vitales controlables.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentran que es de tipo transversal y, por tanto, no podemos más que inferir la causalidad de las relaciones, pero no confirmarlas. Necesitaríamos también replicar los presentes resultados en una muestra más grande y representativa. Igualmente, sería más adecuado utilizar variables latentes para diversos constructos, y no variables observables.

Como conclusión la presente investigación indicaría que la personalidad y les eventos vitales estresantes interactúan entre sí en la predicción de los trastornos psicológicos. Por un lado, los acontecimientos más incontrolabes son los que podrían influir en cambios parciales en la personalidad. Por otro lado, la personalidad influiría en incrementar la probabilidad de experimentar aquellas experiencias más controlables por las personas. Estos resultados irían en línea de las recientes investigaciones que se centran en mostrar los diferentes efectos de las transacciones persona-ambiente en relación con la psicopatología (Gallardo-Pujol y Pereda, 2013; Kimonis, Centifanti, Allen y Frick, 2014). Todo ello facilitaría que existieran diferentes patrones de relaciones entre la personalidad y los acontecimientos ambientales que expliquen de forma diferencial el desarrollo de la sintomatología internalizante y externalizante.

Referencias

Abad, J., Forns, M., Amador, J. y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema, 12,* 49–54.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.

Barbaranelli, C., Caprara, G. V., Rabasca, A. y Pastorelli, C. (2003). A questionnaire for measuring the Big Five in late childhood. *Personality and Individual Differences, 34,* 645–664.

Bemmels, H. R., Burt, S. A., Legrand, L. N., Iacono, W. G. y McGue, M. (2008). The heritability of life events: An adolescent twin and adoption study. *Twin Research and Human Genetics: The Official Journal of the International Society for Twin Studies, 11,* 257–65.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 60-67

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Brugha, T. S. y Cragg, D. (1990). The List of Threatening Experiences: The reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 82,* 77–81.

Clemens, K. y Turpin, G. (1996). The life events scale for students: Validation for use with British samples. *Personality and Individual Differences, 20,* 573–576.

Fernandez-Castelao, C. y Kröner-Herwig, B. (2014). Developmental trajectories and predictors of externalizing behavior: A comparison of girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence, 43,* 775–89.

Flouri, E. y Kallis, C. (2011). Adverse life events and mental health in middle adolescence. *Journal of Adolescence, 34,* 371–377.

Forman, B., Eidson, K. y Hagan, B. J. (1983). Measuring perceives stress in adolescents: A cross validation. *Adolescence, 71,* 573–576.

Gallardo-Pujol, D. y Pereda, N. (2013). Person – environment transactions : personality traits moderate and mediate the effects of child sexual victimization on psychopathology. *Personality and Mental Health, 7,* 102–113.

Johnson, J. y McCutcheon, S. (1980). Assessing life stress in older children and adolescents: Preliminary findings with the life events checklist. *Stress and Anxiety, 7,* 111–126.

Kandler, C., Bleidorn, W., Riemann, R., Angleitner, A. y Spinath, F. M. (2012). Life events as environmental States and genetic traits and the role of personality: a longitudinal twin study. *Behavior Genetics, 42,* 57–72.

Kendler, K. S., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. y Eaves, L. (1993). A twin study of recent life events and difficulties. *Archives of General Psychiatry, 50,* 789–796.

Kercher, A. J., Rapee, R. M. y Schniering, C. A. (2009). Neuroticism , Life Events and Negative Thoughts in the Development of Depression in Adolescent Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37,* 903–915.

Kimonis, E. R., Centifanti, L. C. M., Allen, J. L. y Frick, P. J. (2014). Reciprocal Influences between Negative Life Events and Callous-Unemotional Traits. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42,* 1287–98.

King, K. M. y Chassin, L. (2008). Adolescent Stressors, Psychopathology, and Young Adult Substance Dependence : A Prospective Study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69,* 629–638.

Klimstra, T. A., Akse, J., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A. W. y Meeus, W. H. J. (2010). Longitudinal associations between personality traits and problem behavior symptoms in adolescence. *Journal of Research in Personality, 44,* 273–284.

Klimstra, T. A., Crocetti, E., Hale III, W. W., Fermani, A. y Meeus, W. H. J. (2011). Big Five personality dimensions in Italian and Dutch adolescents: A cross-cultural comparison of mean-levels, sex differences, and associations with internalizing symptoms. *Journal of Research in Personality, 45,* 285–296.

Krueger, R. F. y Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 2,* 111–33.

Lahey, B. B., Rathouz, P. J., Van Hulle, C., Urbano, R. C., Krueger, R. F., Applegate, B., Garriock, H.A., Chapman, D.A. y Waldman, I. D. (2008). Testing structural models of DSM-IV symptoms of common forms of child and adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36,* 187–206.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 60-67

Lahey, B. B., Waldman, I. D., Hankin, B. L., Applegate, B., Loft, J. D. y Rick, J. (2004). The structure of child and adolescent psychopathology: Generating new hypotheses. *Journal of Abnormal Psychology, 113,* 358–385.

Lemos, S., Vallejo, G. y Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema, 14,* 816–822.

Lyons, M. D., Huebner, E. S., Hills, K. J. y Horn, M. L. Van. (2013). Mechanisms of change in adolescent life satisfaction: A longitudinal analysis. *Journal of School Psychology, 51,* 587–598.

Muris, P., Meesters, C. y Diederen, R. (2005). Psychometric properties of the Big Five Questionnaire for Children (BFQ-C) in a Dutch sample of young adolescents. *Personality and Individual Differences, 38,* 1757–1769.

Newcomb, M., Huba, G. y Bentler, P. (1981). A multidimensional assessment of stressful life events among adolescents: derivation and correlates. *Journal of Health and Social Behavior, 22,* 400–415.

Ortet, G., Ibanez, M. I., Moya, J., Villa, H., Viruela, A. y Mezquita, L. (2012). Assessing the Five Factors of Personality in Adolescents: The Junior Version of the Spanish NEO-PI-R. *Assessment, 19,* 114-130.

Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D. A., Iosif, A., Williamson, D. E., Gill, M. K., Goldstein, B.I, Strober, M.A., Hunt, J., Goldstein, T.R., Iyengar, S. Y Ryan, N.D (2009). Negative Life Events in Children and Adolescents with Bipolar Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 70,* 1452–1460.

Viruela, A. M., Camacho, L., Mezquita, L. y Moya, J. (2010). Personalidad y sucesos vitales negativos en la adolescencia. *Fòrum de Recerca, 15,* 261–272.

Williamson, D. E., Birmaher, B., Anderson, B. P., Al-Shabbout, M. y Ryan, N. D. (1995). Stressful life events in depressed adolescents: the role of dependent events during the depressive episode. *Journal of the Amercian Academy for Child and Adolescence Psychiatry, 34,* 591–598.

Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology
(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)
ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 68-74

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

RUPTURA DE LOS PROGENITORES: ENFRENTAMIENTO DE LOS PADRES Y NECESIDAD DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA DE LOS HIJOS

Francisca Fariña[1]*, Dolores Seijo, Mercedes Novo** y Bárbara G. Amado****

** Departamento AIPSE, Universidad de Vigo*
*** Departamento Psicología Organizacional, Jurídica forense y Metodología de las Ciencias del comportamiento, Universidad de Santiago de Compostela*

RESUMEN. Antecedentes: El divorcio de los padres afecta, en todos los casos, a la vida de los hijos. Los cambios funcionales y estructurales que estas situaciones llevan consigo constituyen uno de los eventos vitales que mayor estrés provoca en los niños. Con independencia de la edad de los hijos, la decisión que toman los progenitores tiende a producir estrés en ellos. Además, cuando este proceso va acompañado de inestabilidad psicoemocional en los progenitores, enfrentamiento y escasa cooperación parental, este estrés puede resultar tóxico, pudiendo llegar a producir un alto impacto en el estado de salud física y psicoemocional. En este trabajo nos centraremos en analizar el papel del nivel de conflicto tras la ruptura de los progenitores y cómo éste puede afectar al estado psicoemocional de los hijos. **Método:** Un total de 386 menores formó parte de este estudio, de los que en 256 (66,3%) casos sus progenitores se habían separado y 130 (33,7%) vivían en una familia intacta. **Resultados:** Los resultados indican que los niños cuyos progenitores se han separado y mantienen un alto nivel de conflicto presentan mayor necesidad de atención psicológica. **Conclusiones:** La ruptura conflictiva de los progenitores representa un estresor tóxico para los hijos e hijas. Éstos presentan más demanda de ayuda psicológica especializada. Este hallazgo es indicativo de la necesidad de que los progenitores minimicen el nivel de conflicto existente entre ellos y aumenten sus comportamientos de coparentalidad para atender, de forma responsable, las necesidades de sus hijos e hijas. Con este objetivo se viene desarrollando en Galicia, desde el año 2002, el programa *Ruptura de Pareja, no de Familia (RPNF)* (Fariña, Seijo, Arce y Novo, 2002).

Palabras clave: Ruptura parental; nivel de conflicto; salud psicológica; asistencia psicológica.

ABSTRACT. Background: Parent's divorce affects, in all cases, to the lives of children. Functional and structural changes that carry these situations are one of the most stressful life events that causes in children. Regardless of the age of the children, the decision made by parents tend to produce stress on them. Moreover, when this process is accompanied by psycho-instability in the parents, conflict and poor parental cooperation, this stress can be toxic, being able to produce a high impact on the physical and psycho-emotional health. In this paper we focus on analyzing the role of the level of conflict following the breakdown of parents and how it can affect the psycho-emotional state of the children. **Method:** A total

[1]Correspondencia: Francisca Fariña. Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte. Campus A Xunqueira, 36005 – Pontevedra. E-mail: francisca@uvigo.es

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 68-74

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

of 386 children took part in this study, of which 256 (66.3%) cases their parents had separated and 130 (33.7%) lived in an intact family. **Results:** Results indicate that children whose parents have separated and maintain a high level of conflict present greater need for psychological care. **Conclusions:** The breakdown of parental conflict represents a toxic stressor for children. They have more demand for specialized counseling. This finding is indicative of the need for parents minimize the level of conflict between them and increase their co-parenting behaviors to address, responsibly, the needs of their children. With this objective is being developed in Galicia, since 2002, the program *Ruptura de Pareja, no de Familia (RPNF)* (Fariña, Seijo, Arce and Novo, 2002).

Keywords: Parent's divorce; conflict; psychologycal health; psychologycal assistance.

Introducción

El divorcio de los progenitores afecta, de alguna manera, a las personas que lo experimentan, siendo una situación que impacta en toda la familia. Incluso cuando sucede siendo los hijos adultos, la reestructuración familiar que puede derivar, en numerosos casos, en situaciones problemáticas. Esta afirmación no significa que la ruptura siempre sea nociva. Hemos de partir que se trata de una alternativa útil cuando entre la pareja han desaparecido las motivaciones que la sustentaban y el continuar con la convivencia se convierte en una situación de infelicidad para las personas. Claro está, que en estos casos, la ruptura puede representar una forma de generar hogares más felices. No obstante, la investigación se ha mostrado contundente en relación a cómo determinados factores pueden influir en el impacto que los cambios funcionales y estructurales que este evento puede tener en la familia y especialmente en los hijos. Con independencia de la edad de los hijos, la decisión que toman los progenitores tiende a producir estrés en ellos. Además, cuando este proceso va acompañado de inestabilidad psicoemocional y sobre todo, enfrentamiento y escasa cooperación parental, este estrés puede derivar en alteraciones en el estado de salud tanto físico (ver Figura 1) como psicoemocional (ver Figura 2).

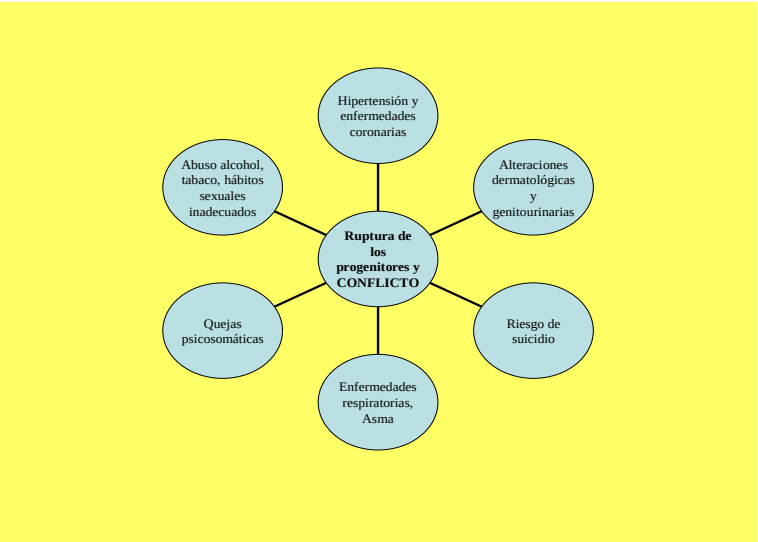


Figura 1. Impacto de la ruptura conflictiva de los progenitores en la salud física de los hijos e hijas.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 68-74

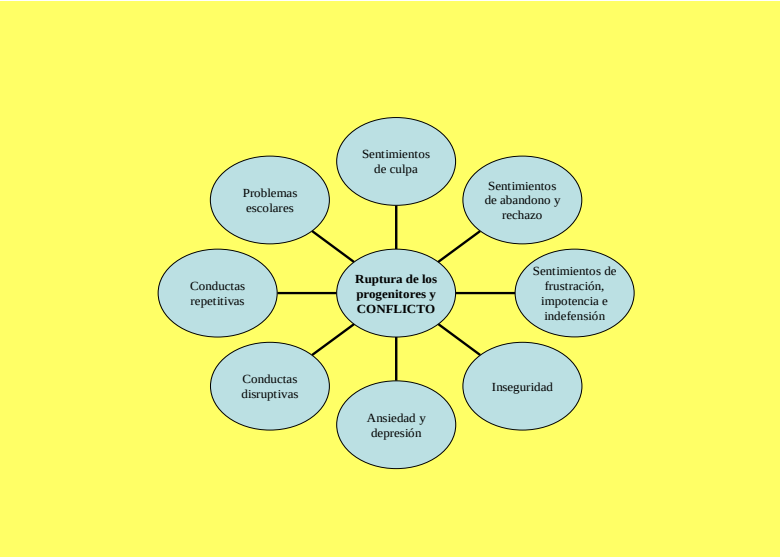


Figura 2. Impacto de la ruptura conflictiva de los progenitores en la salud psicoemocional de los hijos e hijas.

La literatura señala que aquellos niños y niñas que se encuentran inmersos en procesos de ruptura gestionados por sus padres y madres inadecuadamente (con escasa coparentalidad y alta conflictividad entre ellos) tienden a presentar repercusiones en el estado de salud física tales como: hipertensión, asma y enfermedades de tipo coronario (Guzmán et al., 2008; Krantz y Manuck, 1984); mayor incidencia de enfermedades de tipo respiratorio, de la piel y del aparato genitourinario (Seijo, Novo, Carracedo y Fariña, 2010; Seijo, Souto y Arce, 2009); alteraciones psicosomáticas, tales como dolores de cabeza y estómago (Orgilés, Amorós, Espada y Méndez, 2008); disminución de la esperanza de vida y mayor riesgo de mortalidad (Brown et al., 2010; Ge, Natsuaki y Conger, 2006; Martin, Friedman, Clark y Tucker, 2005; Ringbäck, Hjern, Haglund y Rosén, 2003); mayor tasa de suicidio (Brezo et al., 2006; D'Onofrio et al., 2006; Fuller-Thompson y Dalton, 2011; Lizardi, Thompson, Keyes y Hasin, 2009).

Por otra parte, las principales alteraciones en el orden psicoemocional, descritas por la literatura científica, que suelen presentar los hijos tras la gestión inadecuada de la ruptura por parte de sus progenitores, se concretan, entre otras, en las siguientes (Amato, 2010; Fariña, Arce, Novo y Seijo, 2012; Hetherington y Kelly, 2005; Landsford et al., 2006; Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles, 2003):

- Sentimientos de culpa. Con frecuencia los hijos y las hijas se sienten responsables de la ruptura de sus progenitores, fundamentalmente cuando no se les ofrece una explicación ajustada a su nivel de desarrollo cognitivo, garantizando que sean capaces de entenderla.
- Sentimentos de abandono y rechazo. Los hijos e hijas, especialmente los más pequeños no son capaces de entender que un progenitor tiene que irse de casa. Suelen interpretarlo como un abandono y rechazo hacia ellos. Por esto, de nuevo destacar la necesidad de que los hijos e hijas obtengan de sus progenitores las explicaciones que le sean útiles para entender la situación y que contribuyan a eliminar en ellos cogniciones desajustadas a la realidad.
- Sentimientos de frustración. Los hijos e hijas pueden ver frustradas sus expectativas de una familia unida. En estos casos los progenitores deben

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 68-74

controlarse para no alimnetar la "ilusión de reconciliación" que pueden presentar.

- Sentimentos de impotencia, indefensión e inseguridad. Como consecuencia del sentimento que frecuentemente tienen los hijos e hijas de no poder haber participado en la decisión tomada por los progenitores así como porque no son capaces de conseguir su reconciliación.
- Ansiedad y depresión. Cuando no reciben el apoyo de sus progenitores es habitual que los niños y niñas manifiesten ansiedad y depresión. La ansiedad y el estrés que pueden llegar a presentar puede venir acompañado de somatización y alteraciones físicas.
- Conductas regresivas. Retroceso en el desarrollo volviendo a presentar comportamientos propios de etapas evolutivas anteriores o ya superadas: enuresis nocturna, chuparse el dedo, alteraciones en el sueño, rechazo a la escuela, etc.
- Comportamentos disruptivos. Patrones de conducta agresiva, violenta e, incluso, antisocial.
- Conductas repetitivas. Algunos menores presentan comportamentos verbales y motrices reiterativos (tics, manierismos).
- Problemas escolares. El interés por las actividades cotidianas (entre las que se incluyen las escolares) puede verse menguado. Del mismo modo, su capacidad de atención y concentración pode resultar afectada.

En este trabajo nos centraremos en analizar el papel del nivel de conflicto tras la ruptura de los progenitores y cómo éste puede afectar al estado psicoemocional de los hijos.

Método

Participantes

Se ha contado con un total de 386 participantes, de los que en 256 (66,3%) sus progenitores se habían separado y 130 (33,7%) vivían en una familia intacta. Por género, 196 (50,8%) eran niños y 190 (49,2%) niñas. Las edades de los participantes estaban comprendidas entre 0 y 18 años (M = 8,03; DE = 4,24).

Procedimiento

Las familias participantes en este estudio provienen del proyecto IRPES, en el cual se cuenta con la colaboración de pediatras que operan en el Sistema Gallego de Salud (SERGAS) quienes invitan a las familias (con ruptura e intactas) a participar en la investigación. Concretamente informan al progenitor que acompaña a los menores a la consulta sobre el proyecto de investigación. Una vez que dan su consentimiento, el pediatra contacta con los investigadores dando inicio a la fase de recogida de datos

Instrumentos

Se ha llevado a cabo una entrevista semiestructurada con los progenitores a través de la que se recaba información respecto a la estructura familiar de los participantes, nivel de conflictividad y otras variables de interés. Concretamente para este trabajo se preguntó si el niño había recibido tratamiento psicológico en alguna ocasión. Para los casos de ruptura también se ha tenido en cuenta el nivel de conflicto existente entre los progenitores.

Diseño

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 68-74

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Se trata de un estudio en el que se tiene en cuenta el tipo de familia (ruptura vs intacta) así como el nivel de conflictividad existente entre las familias con ruptura (contenciosa vs mutuo acuerdo). En cuanto los análisis de datos, se ha aplicado metodología descriptiva (frecuencias) con Chi cuadrado para la variable necesidad de atención psicológica en función del tipo de familia y en el caso de las familias con ruptura en función de la conflictividad.

Resultados

Los resultados indican que los niños cuyos progenitores se han separado han tenido más necesidad de atención psicológica que los niños que viven en familias intactas, χ^2 (1, N = 386) = 21,122, p <0,000. Además, atendiendo al nivel de conflicto existente entre los progenitores, observamos que a mayor conflictividad, mayor necesidad de atención psicológica, χ^2 (2, N = 251) = 5,699, p <0,000.

Discusión/Conclusiones

La ruptura de los progenitores, tal y como hemos señalado, puede representar un estresor tóxico para los hijos e hijas, que puede desencadenar alteraciones importantes en su estado de salud físico y psicosocial. Según la American Academy Pediatrics (2003, 2012) no es únicamente la adversidad lo que predice desajustes y patrones de salud negativos en estos niños, sino la ausencia de adecuadas relaciones que ofrezcan protección y apoyo y que permitan a los niños adaptarse y combatir eficazmente el estrés. A modo de conclusión, podemos señalar que la ruptura de los progenitores puede representar una situación de riesgo de desajuste en los hijos, que puede desencadenar alteraciones importantes en su estado de salud físico y psicoemocional. No obstante, es altamente probable que los niños superen, en poco tiempo, esta circunstancia familiar de forma adecuada. Sin embargo, cuando el nivel de enfrentamiento entre los progenitores es alto, los hijos precisan más intervenciones especializadas por parte de profesionales de la salud (psicólogos, psiquiatras). En este estudio hemos constatado la mayor demanda de los servicios de psicología. Este hallazgo es indicativo de la necesidad de trabajar, de manera especializada, con los progenitores, con el objetivo de que minimicen el nivel de conflicto existente entre ellos y que aumenten sus comportamientos de coparentalidad para atender de forma responsable, las necesidades de sus hijos e hijas. En Estados Unidos y Canadá, se encuentra generalizada la existencia de programas psicoeducativos dirigidos a las familias que afrontan situaciones de divorcio. En nuestro país, sin embargo, son puntuales estas experiencias. En este sentido, podemos destacar como buena práctica de los servicios sociales especializados del ayuntamiento de Santiago de Compostela, que ofrezcan entre sus servicios, y desde el año 2002 el programa *Ruptura de Pareja, no de Familia (RPNF)* (Fariña y Arce, 2006; Fariña, Seijo, Arce y Novo, 2002) cuyos objetivos generales, en la intervención con los adultos de la familia, son: paliar el déficit cognitivo de los adultos de la familia, fortalecer la comunicación y la colaboración parental, reforzar la comunicación padres-hijos y mejorar los métodos de apoyo y de disciplina. Por otra parte, se ha de hacer una llamada a los profesionales que, durante este proceso, se relacionen con la familia. Así, el trabajo realizado por éstos y los diferentes mecanismos de apoyo que se establezcan (por ejemplo, programas de intervención psicoeducativa dirigidos a estas familias, programas de coordinación parental, mediación familiar, evaluación pericial forense, etc….), tal y como afirman Fariña, Arce, Novo y Seijo (2014), deberían tener una orientación de Justicia Terapéutica (TJ).

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 68-74

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado en el marco del proyecto IRPES (La ruptura parental como factor de estrés tóxico en la infancia. Evaluación del impacto en el estado de salud física y mental de los niños). Financiado por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria del Plan Nacional 2012 en la Acción Estratégica en Salud (2012-PN208) (Ref.PI12/00604).

Referencias

Amato, P. (2010). Research on Divorce: Continuing Trends and New Developments. *Journal of Marriage and Family, 72,* 650–666.

American Academy of Pediatrics (2003). Family Pediatrics: Report of the Task Force on the Family. *Pediatrics, 111*, 1541-1571.

American Academy of Pediatrics (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics, 129*, 232-246.

Brezo, J., París, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Zocolillo, M. y Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychological Medicine, 36*, 191-202.

Brown, D., Anda, R., Felitti, V., Edwars, V., Malarcher, A., Croft, J. y Giles, W. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cáncer: a prospective cohort study. *BMC Public Health, 10*(20), 311.

D' Onofrio, B.M., Turkheimer, E., Emery, R. E., Slutske, W.S., Heath, A.C., Madden, P.A. y Martin, N.G. (2006). A genetically informed study of the processes underlyng the association between parental marital instability and offspring adjustment. *Development Psychology, 42,* 486-499.

Fariña, F., Arce, R., Novo, M. y Seijo, D. (2012). De las necesidades de los menores a la intervención: un programa con menores en riesgo de desestructuración familiar. En M. Isorna y D. Saavedra (Coords.). *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas* (pp. 305-318). Madrid: Pirámide.

Fariña, F., Arce, R., Novo, M. y Seijo, D. (2014). La justicia terapéutica en procesos de ruptura de pareja: el papel del psicólogo. En E. C. Chan, C. estrada y F. J. Rodríguez, *Aportaciones a la Picología Jurídica y Forense desde Iberoamérica* (pp. 113-134). Mexico DF: Manual Moderno.

Fariña, F., Seijo D., Arce, R. y Novo, M. (2002). *Psicología Jurídica de la Familia: Intervención en casos de separación y divorcio*. Barcelona: Cedecs.

Fariña, F., y Arce, R. (2006). El papel del psicólogo en casos de separación y divorcio. En J.C. Sierra, E. M. Jiménez, y G. Buela-Casal (Comps.), *Manual de psicología forense,* pp. 246-271. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fuller-Thompson, E. y Dalton, A.D. (2011). Suicidal ideation among individuals whose parents have divorced: Findings from a representative Canadian community survey, *Psychiatry Research, 187,* 150-155.

Ge, X., Natsuaki, M. y Conger, R. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Development an Psychopatology, 18*, 253-273.

Guzmán, J. E, Barajas, R., Luce, E. Valadez, F. M. Gutiérrez, E. y Robles, M. (2008). Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma. *Atención Primaria, 40*, 543-548.

ISBN: 978-84-606-6428-4
2015, pp. 68-74

Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology

Hetherington, M., y Kelly, J. (2005). *En lo bueno y en lo malo: la experiencia del divorcio.* Barcelona: Paidós.

Krantz, D.S. y Manuck, S.D. (1984). Acute psychophysiologic reactivity and risk of cardiovascular disease. A review and methodologic critique. *Psychological Bulletin, 96,* 435-464.

Landsford, J., Malone, P., Castellino, D., Dodge, K., Pettit, G, y Bates, J. (2006). Trajectories of internalizing, externalizing and grades for children who have and have not experienced their parent's divorce or separation. *Journal of Family Psychology, 20*, 292-301

Lizardi, D., Thompson, R.G., Keyes, K. y Hasin, D. (2009). Parental divorce, parental depression, and gender differences in adult offspring suicide attempt. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*, 899-904.

Martin, L.R., Friedman, H.S., Clark, K.M. y Tucker, J.S. (2005). Longevity following the experience of parental divorce. *Social Science and Medicine, 61*, 2177-2189.

Méndez, X., Inglés, C., Hidalgo, M., García-Fernández, y Quiles, M. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 6*(13), 4-16.

Orgilés, M., Amorós, J. P., Espada, J. P. y Méndez, J. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema, 20*(3), 383-388.

Ringbäck, G., Hjern, A., Haglund, B., y Rosén, M. (2003). Mortality, severe morbility and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *The Lancet, 361*, 289-295.

Seijo, D., Novo, M., Carracedo, S. y Fariña, F. (2010). Efectos de la ruptura de los progenitores en la salud física y psicoemocional de los hijos. *Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana, 19,* 16-21.

Seijo, D., Souto, A. y Arce R. (2009, septiembre). *Separación y divorcio y su repercusión en la salud física y mental de los hijos.* Comunicación presentada al XI Congreso Galego- Portugués de Psicopedagogía, celebrado en Braga del 9 al 11 de septiembre.