

AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2016



**Asociación Española
de Psicología Conductual**



Editora:

Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

Santander (España), 2016



AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2016

**Libro de Capítulos del IX Congreso Internacional y
XIV Nacional de Psicología Clínica**



**Asociación Española
de Psicología Conductual**

Editora:

Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

Santander-España, 17, 18, 19 y 20 de noviembre de 2016



AVANCES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2016
© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

IX CONGRESO INTERNACIONAL Y XIV NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Santander-España, 17, 18, 19 y 20 de noviembre de 2016

Idiomas: español, inglés y portugués.

Autor: IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica. Santander-España, 17, 18, 19 y 20 de noviembre de 2016

Edita: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
CIF: G-23220056
Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18011, Granada (España).
Tel: +34 958 273460.
Fax: +34 958 296053.
E-mail: info@aepc.es.
Web: <http://www.aepc.es>
Printed in Granada, Spain.

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los trabajos publicados en el libro de capítulos del “IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica”, denominado *Avances en Psicología Clínica. 2016*, son de responsabilidad exclusiva de los autores; asimismo, estos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.





ÍNDICE

PSICOTERAPIA DE GRUPO COMO PARTE DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA LA ENFERMEDAD CORONARIA

Joel Gómez-Huerta, M^a Pilar Arnal-Val, Belén Gago-Velasco y Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro.....22

LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON PAREJAS COMO HERRAMIENTA ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Belén Gago-Velasco, Patricia Escrivá-Martínez, Joel Gómez-Huerta y M^a Pilar Arnal-Val.....31

LA TERAPIA GRUPAL COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

M^a Pilar Arnal-Val, Belén Gago-Velasco, Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro y Joel Gómez-Huerta.....40

INTERVENCIÓN GRUPAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS DESDE UN ENFOQUE CONTEXTUAL

Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro, Joel Gómez-Huerta, M^a Pilar Arnal-Val y Belén Gago-Velasco.....49

GRUPOS DE ADOLESCENTES CON CONSUMO DE CANNABIS Y DE SUS FAMILIARES

Ramón Muncharaz y Belén Rodríguez-Borlado..... 59

PROGRAMA PARALELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL PARA NIÑOS/ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE TDAH Y SUS PADRES

Belén Rodríguez-Borlado, Ramón Muncharaz, Cristina Banzo, Victoria Alonso y Francisco Javier Quintero.....69

A INFÂNCIA EM RISCO: DESAFIOS DO ACOLHIMENTO À CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO

Celia Vectore y Thaís Vectore Pavanin.....80

O USO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM DIFERENTES CONTEXTOS: DA CLÍNICA AO HOSPITAL

Camilla Volpato Broering, Juliana Vieira Almeida Silva y Vera Baumgarten de Ulysséa Baião.....90



TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA A PACIENTES
CARDIOPATAS

Vera Baumgarten de Ulysséa Baião, CamillaVolpatoBroering y Juliana Vieira Almeida Silva..... 101

EFFECTOS DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PERSONAS AFECTADAS
DE PSICOSIS: ESTUDIO DE CASOS

Rafael Romero-Gamero, Silvia Poves-Oñate y Nicolás Vucinovich 110

PSICOPROFILAXIA NO CUIDADO MATERNO

Cynthia Boscovich..... 119

LA COMIDA COMO ELEMENTO RELACIONAL

Cristina Banzo-Arguis, Victoria Alonso-Martín, BelenRodriguez-Borlado, Miriam Félix-Alcántara, María Martín-Martínez, Lorena Morago-Fernández y Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo 128

LA INVESTIGACIÓN EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD
MENTAL VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

Carlos Cuevas-Yust, Ángel G. López Pérez-Díaz, Marta León-Gómez y Patricia Delgado-Ríos..... 138

VOLUMEN DEL PENSAMIENTO Y PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES CON
PSICOSIS

López-Pérez-Díaz, A. G. y Cuevas-Yust, C. 147

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y
RECUPERACIÓN”

Marta León-Gómez, Patricia Delgado-Ríos, Ángel G. López Pérez-Díaz y Carlos Cuevas-Yust..... 158

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO
GRUPAL VERSUS INDIVIDUAL PARA SINTOMATOLOGIA ANSIOSA, EN
POBLACIÓN ATENDIDA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Rut Villaescusa, Adriana Acevedo, Cristina García-Pedrajas, Núria Grases, Olga Pérez-Ibáñez, Carme Salto, Mónica Tronchoni, Susana Ochoa, Cristina Ventura, Romina Torres, Laia Martin, Amaia Zabaleta, Esperança Marsó y Elizabeth Hernández-Fernández 169



GRUPO DE REFLEXION ASISTENCIAL DIRIGIDO A PROFESIONALES DE ASISTENCIA PRIMARIA

Elisabet Hernández - Fernández, Cristina Ventura y Pilar Farreras178

PSYCHOTHERAPY AND CULTURE: CULTURE IN THE EYE OF JUNGIAN ANALYTICAL PSYCHOTHERAPY

Sanja Vasiljević.....187

FACTORES TERAPÉUTICOS Y DESAFÍOS EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

María Pilar Delgado-Miguel, Isabel María García-Cuenca, José Manuel Sanz-Cruces, María Isabel Cano-Navarro, Miguel Ángel Cuquerella-Adell y Eva Carbajo-Álvarez.....197

TERAPIA GRUPAL EN DISTIMIA: UN ENFOQUE DE GÉNERO

Isabel María García-Cuenca, José Manuel Sanz-Cruces, Miguel Ángel Cuquerella-Adell, María Pilar Delgado-Miguel, María Isabel Cano-Navarro y Eva Carbajo-Álvarez.....207

TRATAMIENTO DEL DUELO: UNA EXPERIENCIA GRUPAL

José Manuel Sanz-Cruces, María Pilar Delgado-Miguel, María Isabel-Cano Navarro, Miguel Ángel Cuquerella-Adell, Isabel María García-Cuenca y Eva Carbajo-Álvarez.....217

INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL EN INSOMNIO COMÓRBIDO A OTRO TRASTORNO MENTAL

Miguel Ángel Cuquerella-Adell, María Isabel Cano-Navarro, Isabel María García-Cuenca, José Manuel Sanz-Cruces, María Pilar Delgado-Miguel y Eva Carbajo-Álvarez228

LA PSICOTERAPIA EN EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD: PROPUESTAS DESDE EL SISTEMA DE SALUD PUBLICO ANDALUZ

Pedro Vega-Vega, María Muñoz-Morente y Olivia Vega-Vega.....241

EFFECTOS DEL PSICOBALLET EN LA EVOLUCIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE ENFERMOS BIPOLARES

Amador Cernuda-Lago251

EXPERIENCIA DE LA APLICACIÓN DE LA DANZA CON ENFERMOS PSICÓTICOS EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DE RUSIA

Polina Smirnova-Avsiuk.....260



APLICACIONES CLÍNICAS DE LA DANZA EN LOS SÍNDROMES PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LAS DEMENCIAS

Ana Luz de Andrés-Terán270

ESTRÉS LABORAL EN EL DESEMPEÑO DEL TRABAJO SOCIAL

María Dolores Vallellano-Pérez, M. Inmaculada López-Núñez, Eva Díaz-Ramiro y Susana Rubio-Valdehita278

APOYO ORGANIZACIONAL PERCIBIDO E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EQUIPOS DE TRABAJO – RELACION CON DIFERENTES VARIABLES

Carmen Hurtado de Mendoza-Sánchez y Inmaculada López-Núñez.....288

DEMANDAS Y RECURSOS DE TRABAJO COMO PREDICTORES DE LA SALUD PERCIBIDA EN POLICÍAS LOCALES

M^a Inmaculada López-Núñez, Susana Rubio-Valdehita, M^a Dolores Vallellano-Pérez y Eva M^a Díaz-Ramiro.....298

DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD EN UN CASO CON DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS

Patricia Delgado-Ríos, Luisa M. Serret-Romano y Carlos Cuevas-Yust308

MENORES TRANSEXUALES, ASPECTOS PRÁCTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Pascual-Sánchez, Águeda Binué-Morales, María Concepción Escolar-Gutiérrez, Nuria Asenjo-Araque y Rocío Portero-García320

BULLYING Y RIESGO DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES TRANSEXUALES

María Concepción Escolar-Gutiérrez, Laura Portabales-Barreiro, Ana Pascual-Sánchez y Nuria Asenjo-Araque329

EL PROCESO DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO EN PERSONAS TRANSEXUALES A LO LARGO DEL CICLO VITAL

Nuria Asenjo-Araque, María Concepción Escolar-Gutiérrez, Laura Portabales-Barreiro, Ana Pascual-Sánchez y Jose Miguel Rodríguez-Molina.....337

TALLER DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE IMAGEN Y COMUNICACIÓN PARA ADOLESCENTES TRANSEXUALES

Irene Marivela-Palacios y José Miguel Rodríguez-Molina.....347



VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL TRATAMIENTO TRANSEXUALIZADOR EN MENORES

Laura Portabales-Barreiro, María Concepción Escolar-Gutiérrez, Águeda Binué-Morales, Belén López-Moya y Nuria Asenjo-Araque.....359

DEFINIENDO LOS LÍMITES ENTRE EL AUTISMO Y LA PSICOSIS INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Belén Gago-Velasco, Sussy Carolina Luperdi-Castro, Montserrat Civera-Arjona y Clara Bertó-García368

¿SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES O PSICOSIS? A PROPÓSITO DE UN CASO

Clara Bertó-García, Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro, Sussy Carolina Luperdi-Castro y Montserrat Civera-Arjona377

DETECCIÓN PRECOZ EN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y CONTROVERSIAS

Sussy Carolina Luperdi Castro, Montserrat Civera Arjona y Clara Bertó García387

INESTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN EL TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Montserrat Civera-Arjona, Clara Bertó-García, Belén Gago-Velasco y Sussy Carolina Luperdi Castro397

INFLUENCIA DE LAS HABILIDADES MINDFULNESS DEL TERAPEUTA, EN LA MEJORA DE LA ALIANZA TERAPEUTICA CON ADOLESCENTES

Paula San Juan-Gutiérrez, Carla M^a Cabrejas-Sánchez, Xacobe Fernández García, Carlos Mirapeix, Héctor Vergára González y Ángel Estalayo.....407

EL PAPEL DE LA FUNCIÓN REFLEXIVA COMO FACTOR DE PROTECCION EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES

Carla M^a Cabrejas-Sánchez, Paula San Juan-Gutiérrez, Xacobe Fernández García, Carlos Mirapeix, Hector Vergára González y Ángel Estalayo.....417

NECESIDAD DE UN ENTORNO AMIGABLE PARA LA INTERVENCIÓN CON GENTE JOVEN: FILOSOFÍA YOUTH FRIENDLY

Xacobe Fernández-García, Carla M^a Cabrejas-Sánchez y Paula San Juan-Gutiérrez.....426

CONCEPTO Y MODELOS TEÓRICOS DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

Javier García-Castro, Daniel García-Piñera, Marta Martínez-Vicente y Carlos Valiente-Barroso436

FUNCIONALIDAD EJECUTIVA ASOCIADA A LA METACOGNICIÓN Y SU INCIDENCIA EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO

Marta Martínez-Vicente, Javier García-Castro, Daniel García-Piñera y Carlos Valiente-Barroso446

SINDROME DISEJECUTIVO EN EL PADECIMIENTO DIABÉTICO, PROBLEMAS EMOCIONALES Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS PROTECTORES

Daniel García-Piñera y Carlos Valiente-Barroso.....456

A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NAS PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE: RELATO DE UM CASO DE FOBIA ESPECÍFICA

Paula Saraiva-Carvalho, Sónia Alves y Cristina Brito466

REFLEXIONES ACERCA DEL PROCESO DE DUELO

Rocío Portero-García y Belén López-Moya477

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE FOBIA ESPECÍFICA

Verónica Cabañas-Rojas, Irene Casanova-Menal, Josefa Morales-Mañas y Nuria de Andrés-González.....486

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN TRASTORNO BIPOLAR DURANTE INGRESO EN UNIDAD DE AGUDOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Isabel María García-Cuenca, Jose Manuel Sanz-Cruces, Isabel Cano-Navarro, Miguel Ángel Cuquerella-Adell, María Ferrandis-Cortés y Eva Carbajo-Álvarez.....496

TRATAMIENTO DE UN CASO DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL NO DELIRANTE MEDIANTE EXPOSICIÓN EN VIVO

María Elena Castillo-Peña y Sonia Estrella-Barajas.....507

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO

M^a Ascensión Albacete-Belmonte, Jesús O. Valera-Bernal, José J. García Arenas, Antonia Sánchez-López y Jose M^a Gabari Ledesma517



CASO CLÍNICO: DESDE EL DESCARTE DE SIMULACIÓN HASTA LA INTERVENCIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL EN UN TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS (TRASTORNO POR DOLOR)

Casado-Morales, María Isabel y Laguna-Bonilla, Sara562

LA PÉRDIDA DE UN MIEMBRO POR AMPUTACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ainoa Búa-Fernández, Ana María Rico-de la Cruz y Patricia Tena-García538

PACIENTE CON TRASTORNO DELRANTE CRONICO Y DIAGNÓSTICO DE ENCEFALITIS HERPÉTICA: PERFIL NEUROPSICOLÓGICO

María Burillo-Gonzalvo, María José García- Rubio, María Pilar Delgado-Miguel, Isabel Laporta-Herrero y Ricardo Robles-Martínez546

PSICOSIS Y LUDOPATÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sara García-Marín, Isabel Mª De Haro-García y Nereida Martínez-Pedrosa...556

ORIENTAR AL CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL

Simara de Sousa Elias, Ednéia Albino Nunes Cerchiari y João Baptista de Almeida Junior565

MEJORÍA CLÍNICA EN UN GRUPO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ENFOCADO AL AUTOCONTROL

Inés Bello-Pombo, Ángela Lorente-Murcia y Silvia Bravo-Gómez574

ANÁLISIS DE LA PARENTALIDAD EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE, QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Ana M. Rico-de la Cruz, Almudena Blanco González, Gloria Bellido-Zanín y Antonio Vázquez-Morejón.....583

PROPUESTA DE GRUPO TERAPÉUTICO PARA TRABAJO CON LA PARENTALIDAD EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. IMPORTANCIA PARA LAS MADRES Y PADRES. PREVENCIÓN PARA LOS HIJOS E HIJAS

Almudena Blanco-González, Ana M. Rico-de la Cruz, Gloria Bellido-Zanín y Antonio Vázquez-Morejón.....591



NEW INTERACTIONS IN FATHER-MOTHER-BABY TRIAD: CHALLENGES TO CONTEMPORARY CLINICS

Carine Valéria Mendes Dos Santos and Isabel Cristina Gomes600

RELACIÓN ENTRE EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y ESTADO EMOCIONAL EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER

Sonia González-Fernández, Concepción Fernández-Rodríguez, Marino Pérez-Álvarez, Celina Padierna-Sánchez y José Luis Besteiro-González.....608

ARCHIE COCHRANE, PSICOTERAPIA Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA; UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Jon Iñaki Etxeandia-Pradera y Juan José García-Orozco.....619

TERAPIAS BIOLÓGICAS EN SALUD MENTAL. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

*Juan José García-Orozco, Jon Iñaki Etxeandia Pradera y Sara Diego Castaño*627

LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL Y COMUNITARIA BASADA EN LA RECUPERACIÓN: EL MODELO DE LA RED DE SALUD MENTAL DE CONNECTICUT

Leticia León-Quismondo, Manuel Paris, Michelle Silva, Héctor G. Lizcano, Esperanza Díaz y Luis M. Anez.....638

EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL MARCO DE LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA

María Isabel Cano Navarro, José Manuel Sanz Cruces y

María Ferrandis Cortés646

RELACIÓN ENTRE DECLIVE FUNCIONAL Y CLÍNICA PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Alfredo Zamora-Mur, Aranzazu Zamora-Catevilla y María Nabal Vicuña657

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA PERSONAS CON UN TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Teresa Pérez-Poo, Patricia Cordero-Andrés, Olga Umaran-Alfageme, Fernando Hoyuela-Zatón, Rosa Isabel Marañón-González y Sara González-González.....668

PROGRAMA STEPPS PARA TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD:
RESULTADOS EN EL SEGUIMIENTO AL AÑO

*Olga Umaran-Alfageme, Patricia Cordero-Andrés, Teresa Pérez Poo, Sonia Echebarría-Alegría, Fernando Hoyuela-Zatón, Rosa Isabel Marañón-González y Sara González-González.....*677

REVISIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DEL
ESPECTRO DEL AUTISMO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON
DIFICULTADES RELEVANTES EN COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN SOCIAL

*Begoña Antúnez-María, María Dolores Díaz-Piñeiro, Rocío Gordo-Seco y Yolanda Álvarez-Fernández.....*691

LAS VICISITUDES DE LA PERSONALIDAD HISTRIÓNICA: UN ESTUDIO DE
CASO

Patrícia Menezes Pereira, Francisco de Assis Medeiros Maia y Ieda Franken 703
LA IMPORTANCIA DEL CONTEXTO Y LA IDENTIDAD EN UN CASO DE
ALUCINACIONES AUDITIVAS DURANTE LA ADOLESCENCIA

Sara Diego, Mara Segura-Serralta y Beatriz García-Parreño713
INTERVENCIÓN EN UN CASO DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN EL
CENTRO DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE (CAD) DE LORCA

*Jesús O. Valera Bernal, M^a. Ascensión Albacete Belmonte, José Joaquín García Arenas y Antonia Sánchez López.....*723

EL P.A.I. (INVENTARIO DE PERSONALIDAD) COMO PREDICTOR DE
RECAÍDAS Y DESCOMPENSACIÓN PSICOPATOLÓGICA

*Isabel M^a De Haro- García, Sara García- Marín.....*733
COGNITIVE STIMULATION IN A PATIENT WITH WERNICKE- KORSAKOFF
SYNDROME: MAINTAINING THE FUNCTIONALITY

*Anna Massó, M^o Isabel Martínez, Carlos Cedrón, Elena Belmonte, Lucía Pérez y Mireia Romero.....*744

CASO CLÍNICO: MANEJANDO LA PÉRDIDA Y EL TRAUMA

Sonia Estrella-Barajas, Elena Castillo-Peña y Juana María Trinidad-Montero 756
CASO ÚNICO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) TRATADO
CON EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA (EPR) Y TERAPIA DE
ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

*Alejandro Álvarez-Pérez y Teresa Cubero-González.....*764



TRAUMA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Belén López Moya y Rocío Portero García 775

TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL: EXTERNALIZANDO EL PROBLEMA

Cristina Tormo-Martín, Beatriz García-Parreño y Rosalía Díaz-Bóveda 784

ESQUEMA DE TRATAMIENTO SECUENCIAL PARA EL CONTROL DE LOS IMPULSOS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Placencia Morán, Sara Diego Castaño y Juan José García Orozco 793

NECESITO QUE ME MIRE: EPISODIO DEPRESIVO MODERADO. FORMULACIÓN DE CASOS DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA

Ángela Lorente Murcia, Inés Bello Pombo y Silvia Bravo Gómez 802

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRADORA EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON SINTOMATOLOGÍA COMÓRBIDA

Mara Segura Serralta, Rosalía Díaz Bóveda y Paula Placencia Morán 813

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA “MI NOMBRE TIENE ESTRELLAS”: A PROPOSITO DE UNA NIÑA QUE SE LLAMABA SERGIO

Yolanda Álvarez-Fernández, J. Antonio García-Casal, M. Begoña Antúnez-María, Rocío Gordo-Seco y Xose R. García-Soto 822

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DOLOR CRÓNICO

Irene Casanova Menal, Verónica Cabañas Rojas, Nuria de Andrés González y Josefa Morales Mañas 831

EL RIESGO DE SUICIDIO EN VÍCTIMAS DE ABUSOS SEXUALES: ESTUDIO DE CASO

Nuria de Andrés González, Josefa Morales Mañas y Verónica Cabañas Rojas .846

EL FENÓMENO PSICOLÓGICO SPILLOVER Y SU RELACIÓN COM LOS TRASTORNOS MENTALES MENORES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Ronnyel dos Santos Pereira, Ednéia Albino Nunes Cerchiari, Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, Tânia Christina Marchesi de Freitas y Luzinátia Ramos Soares 856



PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

María Pilar Delgado-Miguel, Isabel Laporta-Herrero y María Burillo-Gonzalvo 865

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: INTERVENCIÓN CON GRUPOS DE CUIDADORES

Alicia Ruiz-Toca , J. Gabriel Calcedo-Giraldo , Andrés Gómez-Del Barrio, Pilar Benito- González , M^a Dolores Muñoz-Torres y Nuria Pérez-Aller875

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

Calcedo-Giraldo J. Gabriel, Ruiz-Toca Alicia, Benito-González Pilar, Gómez del Barrio Andrés , Muñoz Torres M^a Dolores y Pérez Aller Nuria883

PARÂMETROS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS AO REGANHO OU MANUTENÇÃO DE PESO APÓS REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Lis Marina Lopes-Lazzarini, Ana Laura Schliemann e Maria Helena Senger ...893

CONTRIBUTIONS OF SCHOOL PSYCHOLOGY AND WINNICOTTIAN PSYCHOANALYSIS ON PLAYING AND CHILD EDUCATION IN BRAZIL

Thaís Vectore Pavanin903

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL COGNITIVE AVOIDANCE QUESTIONNAIRE (CAQ)

M. Antònia Font-Payeras, M^a de la Merced Novo-Vázquez, Carmen Abellán-Maeso, Anabel Yanina Lemus-Veleda, Ana M^a Hermosilla-Pasamar, Laura Ros-Segura y José Miguel Latorre-Postigo.....912

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE FATIGA Y VARIABLES CLÍNICAS Y DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. UN ESTUDIO PRELIMINAR

Batz-Colvé, Carmen, Tena-García, Patricia, Romero-González, Miguel y Luque-Budía, Asunción.....921

EL RECHAZO A LA PSICOLOGÍA POR PARTE DE LAS PERSONAS TRANSEXUALES

Denis Gil-Vega y José Miguel Rodríguez-Molina931

EXPERIENCIA PILOTO: PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL DEL INSOMNIO PRIMARIO

Beatriz Garcia-Parreño, Paula Placencia-Morán y Cristina Tormo-Martin943



INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD ESTADO EN LA TOMA DE DECISIONES ECONÓMICAS

Carolina Pérez-Dueñas, Francisco García-Torres, Eliana M. Moreno, Francisco J. Alós y Araceli Sánchez-Raya952

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN HOMBRES. UNA REVISIÓN

M. Belén Vázquez y M. Carmen Míguez961

LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LAS SUPERVIVIENTES A LARGO PLAZO DEL CÁNCER DE MAMA

Francisco García-Torres, Carolina Pérez-Dueñas, Eliana M. Moreno y Francisco J. Alós974

EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN LOS TRASTORNOS EMOCIONALES: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Gloria Bellido-Zanin, Ana Rico-de-la-Cruz, Almudena González-Blanco y Antonio José Vázquez-Morejón983

¿SE BENEFICIAN LOS MAYORES DE 65 AÑOS DEPRIMIDOS DE LOS GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS?

Alba Larrión-Labiano, Germán Jusué-Erro, Adriana Goñi-Sarriés y Margarita Zabala-Baquedano991

PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES AFECTADOS DE ICTUS. CAMBIOS EN EL ESTADO DE ÁNIMO E INTERVENCIÓN EN LA DEPRESIÓN POST-ICTUS

Lourdes Forn, Mònica Crusat y Berta Massaguer1000

DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Rosalía Díaz-Bóveda, Cristina Tormo-Martín y Mara Segura-Serralta1009

TRATAMIENTO GRUPAL BASADO EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA EL DOLOR CRÓNICO

Verónica Castrillo Sarmiento, Mónica Santos Rivas, Andrea Taboada López, Cristina Caballo Escribano y Manuel Ángel Franco Martín1017

FUNCIONAMIENTO SEXUAL EN MUJERES MALTRATADAS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

María de la Merced Novo-Vázquez, Carmen Abellán-Maeso, Anabel Yanina Lemus-Veleta, Ana María Hermosilla-Pasamar, María Antonia Font-Payeras, Pedro Javier Amor y Dolores Cervera-Vázquez..... 1026

DOES EMOTIONAL VALENCE AFFECT FALSE MEMORIES? EVIDENCE IN YOUNG AND OLDER ADULTS

Carmen Moret-Tatay, Sonia Lloris-Borras, María Eugenia Gutiérrez-Marco, Nuria Senent-Capuz y María José Beneyto-Arrojo..... 1035

EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Francisco José Costa-Moreno y Francisco Javier Corbalán-Berná..... 1045

A TIME TO PLAY: MATERNAL RELATIONSHIP WITH PRETERMBABIES

Rosely Aparecida Prandi Perrone y Vera Barros de Oliveira 1054

RESILIENCIA Y ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

M^a Soledad Temprano-Peñín, Guadalupe Sánchez-Crespo y Fernando Jiménez-Gómez 1063

AN IMMERSIVE VIRTUAL SERVICE APPLIED TO THE DETECTION OF BRAIN FINGERPRINTS

María Eugenia Gutiérrez-Marco, Hilda Maria Rodrigues-Moleda-Constant, María José Beneyto-Arrojo, Begoña Sáiz-Mauleón y Carmen Moret-Tatay..... 1072

PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE: DISCUTINDO NOVAS ÁREAS DE SERVIÇO

Ana Laura Schliemann..... 1081

DUELO INFANTIL. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES Y PAUTAS DE ACTUACIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Josefa Morales, Nuria de Andres, Verónica Cabañas e Irene Casanova..... 1091

EL “FUNCIONAMIENTO FAMILIAR” COMO INDICADOR DE CAMBIO EN LA TERAPIA FAMILIAR

Patricia Tena García, Carmen Batz Colvée y Ainoa Bua Fernández 1099

HÁBITOS DE CRIANZA Y RETRAIMIENTO SOCIAL EN UNA MUESTRA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL

Isabel Laporta-Herrero, M^a Pilar Delgado-Miguel, Sandra del Olmo-Conte, Miguel Mamajón-Mateos y María Burillo-Gonzalvo..... 1109



TRABAJO POR PROGRAMAS EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: LA EXPERIENCIA DEL TDAH (TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD)

Rocío Gordo, Ana Isabel Ledo y Dolores Díaz 1118

REVISIÓN TEÓRICA: MULTIDIMENSIONALIDAD DE FUNCIONES Y CONTROL EJECUTIVO EN POBLACIÓN ADULTA

Patricia Cordero-Andrés, Javier Tirapu-Ustárroz, Pilar Luna-Lario y Pilar Hernández-Goñi 1126

IMPACTO DE UN GRUPO PSICOEDUCATIVO EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Mireia Romero, M^a Isabel Martínez, M^a Teresa Abellán, Laura Molina, Lucía Pérez, Carlos Cedrón, Eva González, Sonia González y M^a Dolores López 1136

APLICACIÓN DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA E INTELIGENCIA EMOCIONAL (PETCI) EN UNA MUESTRA DE MUJERES MAYORES

M^a del Carmen Pérez-Fuentes y M^a del Mar Molero 1146

ESTRÉS MINORITARIO, ESTIGMA, TRANSFOBIA INTERIORIZADA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

José Miguel Rodríguez-Molina, Nuria Asenjo-Araque, Antonio Becerra-Fernández y María Jesús Lucio-Pérez 1156

LA ATENCIÓN A PERSONAS TRANSEXUALES DESDE LA RED DE SALUD MENTAL

Cristina García-Gibert, Julia Méndez Zapardiel y Rocío García Portero 1166

INTRODUCCIÓN DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS HACIA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL COMÓRBIDO A DISFORIA DE GÉNERO

Rocío Portero-García, José Miguel Rodríguez-Molina, Paula Rodríguez-Estrada y Nuria Asenjo-Araque 1175

EVOLUCIÓN DEL ESTADO PSICOLÓGICO A LO LARGO DEL TRATAMIENTO TRANSEXUALIZADOR

Belén López-Moya, Laura Portabales-Barreiro, Rocío Portero-García, Águeda Binué-Morales y José Miguel Rodríguez-Molina 1184

DIFICULTADES SEXUALES Y DE PAREJA EN PERSONAS EN PROCESO DE CAMBIO TRANSEXUALIZADOR

Águeda Binué-Morales, Ana Pascual-Sánchez, Laura Portabales-Barreiro, Belén López-Moya y Rocío Portero-García.....1193



PSICOTERAPIA DE GRUPO COMO PARTE DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA LA ENFERMEDAD CORONARIA

Joel Gómez-Huerta, M^a Pilar Arnal-Val, Belén Gago-Velasco y Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro

Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia)

Resumen

Antecedentes: Desde el surgimiento de la psicología de la salud ha habido un interés creciente en cómo los aspectos psicológicos influyen en las enfermedades físicas. En el caso de las enfermedades cardiovasculares y más concretamente en la enfermedad coronaria (angina de pecho e infarto agudo de miocardio principalmente) hace ya años que han sido identificados diversos factores de riesgo de tipo psicológico que influyen tanto en su curso como en su desarrollo. Es el caso del patrón de personalidad Tipo A, la ansiedad, la hostilidad o la depresión entre otros. No obstante y a pesar de la evidencia, no es fácil encontrar en la literatura programas de rehabilitación y prevención de los que formen parte intervenciones psicoterapéuticas diseñadas específicamente para tratar estos aspectos. El objetivo del presente trabajo es exponer la intervención psicológica realizada en la Unidad de Prevención y Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia donde, desde un marco multidisciplinar, se trabaja integralmente tanto los factores de riesgo físicos como psicológicos implicados en la enfermedad coronaria en pacientes que han sufrido una cardiopatía. **Método:** La intervención psicológica consistió en una psicoterapia grupal de corte cognitivo-conductual de 8 sesiones con una periodicidad semanal. Asimismo se llevaban a cabo entrevistas iniciales y de seguimiento con los pacientes que participaban en el programa. **Resultados:** Se analizan los contenidos trabajados en cada una de las sesiones así como otros aspectos de interés clínico relacionados con las particularidades de estos pacientes. **Conclusiones:** Es necesario atender a los factores psicológicos implicados en el desarrollo o la evolución de la enfermedad cardiovascular y hacer un esfuerzo por lograr estudios sistemáticos que avalen la eficacia de las intervenciones psicológicas dirigidas a este objetivo.

Palabras clave: Psicoterapia de grupo, cardiopatía, rehabilitación cardíaca, enfermedad coronaria, terapia de grupo.

GROUP PSYCHOTHERAPY AS A PART OF AN COMPREHENSIVE REHABILITATION PROGRAM FOR CORONARY HEART DISEASE

Abstract

Background: Since the emergence of health psychology there has been a growing interest in how psychological aspects affect medical conditions. This has been specially patent in cardiovascular disease (or more concretely coronary heart disease) where several psychological factors have been identified as affecting both its onset and course. It is the case of anxiety, Type A personality, hostility or depression among others. However, and in spite of the evidence, it is not easy to find in the literature rehabilitation programs in which psychological interventions specifically designed to treat this aspects are present. The main objective of this chapter is to review the psychological intervention performed at a specific Cardiovascular Rehabilitation Unit in Hospital La Fe in Valencia where, from a multidisciplinary perspective, both physical and psychological factors of cardiovascular disease are taken into consideration. **Method:** The psychological intervention consisted of an 8-session cognitive-behavioural group psychotherapy with a periodicity of one session per week. Initial and follow up interviews were also carried out with all the patients participating in the program. **Results:** Contents of each session and other aspects of clinical interest related to cardiac patients are discussed. **Conclusions:** It is necessary to attend the psychological factors affecting onset and course of cardiovascular disease and make an effort to achieve systematic studies that support the effectiveness of psychological interventions aimed at this goal.

Keywords: Group psychotherapy, coronary heart disease, cardiovascular disease, cardiac rehabilitation, group therapy.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son actualmente una de las patologías que presentan tasas de mortalidad más elevadas, tanto que en los países desarrollados se



considera que representan una de las principales causas de muerte (Mackay, Mensah, Mendis y Greenlund, 2004)

Desde el surgimiento de la psicología de la salud ha habido un interés creciente en cómo los aspectos psicológicos afectan a las diferentes condiciones médicas. En el caso concreto de las enfermedades cardiovasculares existe actualmente un amplio respaldo científico hacia la idea de que estas tienen un origen multicausal, en el que influyen aspectos tanto físicos, como ambientales y psicológicos (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999).

Son varios los factores de tipo psicológicos que han sido asociados en la literatura a estas patologías. Así por ejemplo, la ansiedad o la hostilidad son dos factores que se han relacionado consistentemente con el inicio de la enfermedad coronaria, mientras que otros como la depresión o el patrón de personalidad tipo D han sido más relacionados con su evolución. También se han señalado el Patrón de personalidad tipo A o el estrés como factores emocionales de riesgo con una contribución tanto al desarrollo como al curso de estas enfermedades (Amigo, Fernández y Vázquez, 2009). Por estas razones, no es de extrañar que la mayoría de hospitales cuente con las denominadas Unidades de Rehabilitación Cardíaca (URC) en las que distintos profesionales intentan trabajar con los pacientes estos factores de riesgo de cara a evitar futuras recidivas.

Cabe destacar que ya en 1964 la Organización Mundial de la Salud describía la labor de las URC como “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiopatas una condición física, *social* y *mental* óptima que les permita ocupar, por sus propios medios, un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad.” (WHO, 1964). En definiciones más recientes también se sigue haciendo referencia a la importancia de intervenir en estas unidades sobre los factores de riesgo no físicos. Por ejemplo, Romero et al. (2013) señalan que la Rehabilitación Cardíaca es “el proceso por el cuál las personas con enfermedad cardiovascular recuperan y mantienen su óptimo estatus fisiológico, *psicológico*, *emocional* y *laboral*”. Probablemente debido a ello, gran parte de las URC cuentan con una intervención psicológica dedicada a trabajar los aspectos emocionales implicados en la enfermedad cardiovascular (Linden, Phillips y Leclerk, 2007).

De acuerdo a la literatura, estas intervenciones se centran principalmente en dos aspectos (Rees, Bennett, West, Davey-Smith y Ebrahim, 2005). En primer lugar,



reducir el nivel de distrés generado por el evento cardíaco. Sufrir un infarto es una experiencia desagradable que conlleva una repercusión emocional que puede variar en función del individuo y de determinados aspectos relacionados con el contexto en el que se dio. Una parte fundamental de la intervención psicológica en las URC estaría enfocada a trabajar la experiencia traumática y los síntomas asociados a esta ayudando a procesarla e integrarla en la narrativa del individuo. El segundo foco de la intervención se asemejaría a lo que se considera un *componente psicoeducativo*, es decir, tratar de enseñar a los pacientes cuáles son los factores de riesgo asociados a la enfermedad coronaria y cómo prevenirla en un futuro. Así, este segundo tipo de intervención tendría como objetivo principal fomentar un estilo de vida cardiosaludable (Linden et al., 2007).

Sin embargo, no hay acuerdo sobre cuál es el tipo de intervención más adecuada ya que los estudios varían tanto en su formato (individual o grupal) como en su contenido (foco de la intervención), aunque sí suele haber un predominio claro de intervenciones dentro del marco cognitivo-conductual (Brown, Mumford y Mumford, 1993; Romero et al., 2013).

En este sentido, la cuestión de si estas intervenciones psicológicas son efectivas está todavía en debate. Parece haber un acuerdo en la idea de que estas intervenciones son eficaces en reducir de forma significativa el malestar asociado al evento cardíaco. No obstante, existen resultados contradictorios acerca de si estas intervenciones son capaces de ayudar a reducir otros factores relacionados (Linden et al., 2007; Rees et al., 2005). En un meta-análisis reciente llevado a cabo por Biondi-Zoccai et al. (2016) en el que revisaban la eficacia de las intervenciones psicológicas focalizadas en la rehabilitación cardíaca concluyeron que estas intervenciones sí se mostraban eficaces para reducir los niveles de ansiedad y depresión presentes en los cardiópatas pero que, no obstante, no había datos que avalaran que fueran capaces de reducir la tasa de rehospitalización o la tasa de mortalidad. Las razones que aportan los autores para explicar las discrepancias en los resultados hacen referencia a la baja calidad metodológica de los estudios publicados (p.e: falta de un grupo control, dificultad en medidas de seguimiento etc.)

El objetivo de este trabajo es exponer la intervención psicológica realizada en el marco del programa de rehabilitación cardíaca que se lleva a cabo en la Unidad de Prevención y Rehabilitación Cardíaca (UPRC) del Hospital Universitari i Politènic La

Fe de Valencia.

Método

Participantes

Los pacientes atendidos en la unidad son personas que han sufrido un infarto agudo de miocardio o una angina de pecho. Las derivaciones pueden ser únicamente realizadas por su cardiólogo.

Materiales

La UPRC del H.U.P La Fe consta de un equipo multidisciplinar compuesto por personal de enfermería, fisioterapia y psicología clínica. El programa tiene una duración de dos meses en la que los pacientes llevan a cabo tanto una rehabilitación física (llevada a cabo por enfermería y fisioterapia) como psicológica (por parte de los psicólogos clínicos).

Procedimiento

Los psicólogos clínicos realizamos principalmente tres funciones: una entrevista inicial, una psicoterapia de grupo y una entrevista de seguimiento a los 3 meses, a lo largo de las ocho semanas que conforman el programa.

Diseño

Mientras que las entrevistas iniciales o de seguimiento se realizan a nivel individual, la psicoterapia se realiza en grupo. Este tiene un formato abierto, con 8 sesiones de aproximadamente 2 horas de duración, siendo estas independientes entre sí. Esto permite a los pacientes incorporarse en cualquier momento del programa. El tamaño del grupo es variable (4 -12 participantes) en función del número de derivaciones realizadas y es llevada a cabo por dos psicólogos clínicos que se dividen las funciones de terapeuta y coterapeuta.

Resultados

A continuación se expone de forma detallada el contenido de los tres focos de la intervención psicológica realizada en la unidad:



- Entrevista inicial. En ella damos la bienvenida al paciente al programa e informamos de la labor que desempeñamos los psicólogos clínicos en la unidad. En esta primera entrevista también realizamos una exploración con el objetivo de detectar clínica psicopatológica que pueda ser subsidiaria de tratamiento a nivel individual (principalmente fobias, episodios depresivos y trastorno de estrés postraumático) así como rasgos disfuncionales o trastornos de personalidad que pudieran suponer una dificultad para el funcionamiento del grupo.

- Psicoterapia de grupo. Las ocho sesiones pueden dividirse en tres componentes que se trabajan a lo largo del programa.

1) *Psicoeducación* (Sesión 1 y Sesión 2). Dedicamos una sesión (Sesión 1) a debatir con los pacientes sobre los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular y acerca de cuáles de estos consideran que puede ser modificables en algún grado. Posteriormente centramos la sesión en los factores emocionales implicados en la enfermedad coronaria haciendo especial énfasis en el estrés y en cómo este afecta directa (a nivel fisiológico) e indirectamente (a través de nuestro estilo de vida) a nuestro corazón. La segunda sesión en la que se trabaja el componente psicoeducativo está dedicada a fomentar un estilo de vida cardiosaludable (Sesión 2). Para ello realizamos un abordaje motivacional a través del Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) en el que trabajamos aquél hábito que cada uno de los pacientes está teniendo más dificultad para incorporar o mantener en su estilo de vida proveyendo de estrategias que faciliten una motivación más intrínseca.

2) *Estrategias para el manejo del estrés y el malestar* (Sesiones 3, 4, 5 y 6). En la Sesión 3 comentamos un repertorio de estrategias básicas de corte cognitivo-conductual que los pacientes pueden entrenar y aplicar en situaciones de estrés. Entre ellas se encuentran técnicas cognitivas como las autoinstrucciones y el autorrefuerzo, la hora de pensar o la distracción; técnicas conductuales como el manejo del tiempo o la activación conductual, y técnicas fisiológicas como la respiración diafragmática. En la Sesión 4 trabajamos específicamente otro factor que se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, este es, el referente a la ira/hostilidad. Para ello diseñamos una sesión basada en el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) adaptada a la duración del programa y haciendo énfasis en el estilo de comunicación agresivo a través de ejemplos y role-playing. La quinta sesión está dedicada en exclusiva a la reestructuración cognitiva basada en los principios de la Terapia Racional

Emotiva (TREC) de Ellis (Lega, Caballo y Ellis, 1997) con una adaptación mediante ejemplos al caso particular de las personas que han sufrido una cardiopatía. El objetivo de esta sesión es principalmente identificar y “corregir” posibles cogniciones depresógenas que puedan haberse originado a raíz del infarto o la angina de pecho. Finalmente en la última sesión dedicada al manejo del estrés y el malestar explicamos y realizamos la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (Sesión 6). Al finalizar la sesión proveemos al paciente que lo solicite de audios con esta técnica de relajación para la posterior práctica regular en casa.

3) *Componentes específicos*. En las últimas dos sesiones trabajamos dos componentes que hemos denominado “específicos” ya que apenas hay estudios en la literatura que hagan referencia a estos aspectos concretos. En la Sesión 7 nos centramos en la elevada *sensibilización a las sensaciones físicas* (interoceptivas) que desarrollan muy habitualmente las personas que han sufrido un infarto o una angina de pecho. Esta sesión la incluimos recientemente en el programa debido a que a muchos de los pacientes describían una elevada hipervigilancia hacia las sensaciones corporales relacionadas con el accidente cardiovascular y llevaban a cabo conductas de seguridad y de evitación excesivas (p.e: vigilar el pulsómetro, no irse a algún lugar alejado de un hospital etc.). Asimismo, algunos de ellos acudían en múltiples ocasiones al servicio de urgencias bajo la idea de estar sufriendo un nuevo infarto cuando estaban teniendo síntomas de ansiedad. Por ello, en esta sesión explicamos, a través de un modelo de hipocondría, cómo esta hipervigilancia y estas conductas de seguridad pueden ejercer un efecto paradójico sobre la percepción de sensaciones físicas amenazantes. Cabe señalar que siempre resaltamos durante la sesión la idea de que a pesar de estas indicaciones (pautas para diferenciar la ansiedad de síntomas de infarto), nuestro objetivo no es en ningún caso evitar que acudan a urgencias: insistimos en que son pacientes cardiopatas, y por ello consideramos necesario que en caso de duda acudan a su centro sanitario más cercano. Finalmente la última sesión la dedicamos a que, de forma no estructurada, los pacientes *narren y compartan su experiencia particular del infarto* (Sesión 8) de una forma diferente. Para ello les pedimos que además de narrar los hechos, hagan énfasis en el aspecto emocional, esto es, en cómo se iban sintiendo en cada una de las partes del relato. El objetivo de la sesión es trabajar desde un marco narrativo la integración de una experiencia dolorosa en la historia vital del sujeto. Al final de la sesión recopilamos las emociones identificadas por los pacientes e intentamos relacionar los relatos, si es

pertinente, con las fases de aceptación de la enfermedad de Kubler-Ross (1969).

- Entrevista de seguimiento. A los tres meses tras la finalización del grupo realizamos una nueva entrevista individual con el/la paciente con el objetivo de comprobar que la evolución ha sido positiva. En caso de una evolución negativa o aparición de una recidiva valoramos remitir a Salud Mental con el objetivo de que el paciente pueda recibir un tratamiento a nivel individual.

Discusión/Conclusiones

Es necesario atender los factores psicológicos implicados en el desarrollo y la evolución de la enfermedad coronaria y para ello es preciso que en las URC se incluyan intervenciones psicológicas capaces de incidir en estos aspectos. Sin embargo, sería conveniente hacer un esfuerzo por lograr estudios sistemáticos que avalen la eficacia de las intervenciones psicológicas que realizamos dirigidas a este objetivo.

Estudios futuros con posibilidad de grupos control permitirían observar, no solo si estas intervenciones influyen en el nivel de bienestar o malestar de estos pacientes sino también, qué componentes de las mismas podrían explicar estos cambios.

Referencias

- Amigo, I., Fernández, C. y Vázquez, M. (2009). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Biondi-Zoccai, G., Mazza, M., Roeber, L., van Dixhoorn, J., Frati, G. y Abbate, A. (2016). Evidence-based psychotherapy in ischemic heart disease: umbrella review and updated meta-analysis. En A. Roncella y C. Pristipino (Eds.), *Psychotherapy for Ischemic Heart Disease* (pp. 131-158). Springer International Publishing.
- Brown, M. A., Munford, A. M. y Munford, P. R. (1993). Behavior Therapy of psychological distress in patients after myocardial infarction or coronary bypass. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 13(3), 201-210.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: McMillan.
- Lega, L. I., Caballo, V. E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Linden, W., Phillips, M. J. y Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European Heart Journal*, 28(24), 2972-2984.

- Mackay, J., Mensah, G. A., Mendis, S. y Greenlund, K. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva: World Health Organization.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102.
- Rees, K., Bennett, P., West, R., Davey, G. y Ebrahim, S. (2004). *Psychological interventions for coronary heart disease*. The Cochrane Library.
- Romero, C. B., Saborido, A. A., Arenas, M. N., Expósito, L. C., López, A. Q. y Doblado, S. R. (2013). Fundamentos teóricos de la intervención psiquiátrica y psicológica de enlace en unidades de rehabilitación cardíaca (II). *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatria de Enlace*, 105(4), 20-30.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A. y Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99(16), 2192-2217.
- WHO. (1964). *Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases* (Technical Reports, N 270). Ginebra.

LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON PAREJAS COMO HERRAMIENTA ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Belén Gago-Velasco*, **Patricia Escrivá-Martínez****, **Joel Gómez-Huerta*** y **M^a Pilar Arnal-Val*****

**Psicólogo Interno Residente, Hospital Universitario Politécnico La Fe, Valencia;*

***Psicóloga Clínica, Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, Trinitat, Valencia;*

****Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Politécnico La Fe, Valencia*

Resumen

Antecedentes. Los conflictos maritales han sido asociados a depresión, ansiedad o abuso de alcohol en adultos, y problemas emocionales, conductuales y académicos en niños. La intervención temprana en los problemas de pareja supone un reto fundamental en la prevención de la salud mental, dado el amplio apoyo empírico hacia una interacción bidireccional entre el distrés de pareja y los problemas psicopatológicos. El objetivo del presente capítulo es la presentación de una intervención grupal con parejas en una Unidad de Salud Sexual y Reproductiva (USSyR), y la discusión de su utilidad como herramienta terapéutica en estos recursos. *Método.* La terapia grupal fue aplicada en ensayo piloto a un grupo de 6 parejas que se encontraban en tratamiento de pareja individual cuando iniciaron la terapia de grupo. El programa consistió en seis sesiones (cinco en formato de intervención, y una última dirigida a la consolidación de objetivos). El contenido de la terapia estuvo centrado en la terapia PACT (Aproximación Psicobiológica a la Terapia de pareja). Se administró una evaluación previa y posterior a la aplicación del programa para valorar los resultados. *Resultados.* La tasa de abandono fue del 16,67%. El principal factor asociado al abandono fue la derivación directa a grupo sin previo inicio de la terapia individual. Los resultados muestran un aumento en los niveles de satisfacción marital y sexual tras la participación en el programa. *Conclusiones.* La implementación de intervenciones grupales permite una mayor extensión e intensificación de las terapias psicológicas en el área de pareja, que revierte en la prevención primaria y secundaria en salud sexual, y en el tratamiento de los problemas clínicos relacionados con ella. Un programa de terapia grupal respecto al individual permite una intervención más temprana, menos incisiva y más global en parejas con demandas heterogéneas.

Palabras clave: terapia de pareja, intervención comunitaria, terapia de grupo, distrés marital

GROUP THERAPY IN COUPLES AS A RESOURCE IN A SEXUAL HEALTH CENTERS

Abstract

Background. Marital conflict has been associated to psychiatric symptoms such as depression, anxiety or substance abuse in adults, and emotional, behavioral and scholar problems in children. Early intervention in marital problems supposes a relevant challenge in the prevention of mental health, due to the large empirical support to the bidirectional interaction between marital distress and psychopathological problems. The present chapter aim is to present a group therapy in couples in a Sexual Health Unit, and to discuss its utility as a therapeutic resource in community centers. *Method.* The group therapy was implemented as a pilot trial in a Sexual Health Unit. The group was composed of 6 couples and two therapists. The program was based on Psychobiological Approach to Couple Therapy by Lock, and consisted of six sessions (the first five centered on intervention, and the last one directed to the consolidation of therapeutic objectives). Pretest and posttest assessment was applied to evaluate the program effects. *Results.* The abandonment rate was 16.67%. The main factor associated was the direct referral to group therapy without previous individual therapy. Results showed an improvement in the marital and sexual satisfaction levels of participants after the treatment. *Discussion.* The implementation of group interventions permits a larger extension and intensification of psychological therapies in couples, which improve primary and secondary prevention in sexual health, and in the treatment of clinical problems related to it. Group therapy compared to individual therapy supposes earlier and more global treatment in couples with heterogeneous demands in a sexual health public center.

Keywords: couple therapy, community intervention, group therapy, marital distress.

Introducción

Las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva (USSyR) son dispositivos



sanitarios de Atención Primaria dedicados a la promoción y prevención de la salud sexual, y a la planificación familiar de la población comunitaria. La figura del psicólogo clínico en estos recursos supone un elemento fundamental de cara a: 1) la educación sexual como prevención primaria; 2) la intervención temprana en los aspectos emocionales relacionados con la sexualidad, la pareja y la familia; 3) el tratamiento de diagnósticos primarios de disfunciones sexuales, disforia de género y/o trastornos parafilicos.

La terapia de pareja como intervención para el ajuste marital constituye uno de los focos de intervención psicológica más importantes en las USSyR. El abordaje clínico de las relaciones de pareja en estas unidades tiene justificación de cara a la prevención en la salud mental de los adultos que conforman la pareja y de los niños que integran la familia, atenuando problemas iniciales que pueden llegar a convertirse en subsidiarios de los recursos de salud mental.

La evidencia empírica señala que los conflictos maritales se asocian a un amplio rango de problemas de adaptación en adultos (depresión, ansiedad, abuso de alcohol), y problemas emocionales, conductuales y académicos en niños (Cummings, Faircloth, Mitchell, Cummings y Schermerhorn, 2008). Los estudios han indicado la importancia del manejo de los conflictos de pareja para minimizar el deterioro conyugal y familiar, y reducir su impacto en la salud mental de los hijos (Goeke-Morey, Cummings y Papp, 2007). El estrés marital influye en la probabilidad de buscar servicios de atención a la salud mental en varios aspectos (Schonbrun y Whisman, 2010): 1) las personas inmersas en relaciones de pareja estresantes buscan recursos de salud mental que les ayuden en su relación; 2) las personas con trastorno mental que viven en parejas estresantes buscan más recursos de salud mental que otros pacientes con trastorno mental, debido a un efecto aditivo del problema psiquiátrico y el estrés marital; 3) el estrés marital podría asociarse con un elevado riesgo de psicopatología, y con un importante papel en la etiología, curso y tratamiento de los trastornos psicológicos (Whisman, Snyder y Beach, 2009). Los hallazgos empíricos indican que la insatisfacción en la pareja y la salud mental muestran una interacción mutua; por tanto, la detección de problemas de pareja se erige en un aspecto fundamental en la práctica clínica.

Las aproximaciones preventivas al estrés marital se han centrado en el entrenamiento de parejas para un mejor manejo de sus conflictos, a través de programas

psicoeducativos y de entrenamiento en habilidades de comunicación en población comunitaria (Rogge, Cobb, Lawrence, Johnson y Bradbury, 2013). Estos programas han resultado ser eficaces y eficientes en el manejo emocional de conflictos maritales, a la vez que generan mayor satisfacción y mejor ajuste conyugal y de los hijos (Cummings et al., 2008; Rogge et al., 2013). Las terapias grupales para parejas han resultado ser menos incisivas y más atractivas y eficientes que las terapias de pareja individuales.

La Aproximación Psicobiológica a la Terapia de Pareja (PACT) es un enfoque de intervención en terapia de pareja basada en tres aspectos fundamentales: la neurociencia del desarrollo, la teoría del apego y la regulación del arousal.

Primeramente, la neurociencia del desarrollo se centra en los patrones de desarrollo y maduración neurobiológicos de los individuos, ahondando el funcionamiento de las partes del cerebro implicadas en el área socio-emocional.

En segundo lugar, la teoría del apego de Bowlby señala la existencia de un sistema conductual de apego que motiva a los individuos a buscar la proximidad hacia figuras de apego significativas. La respuesta de apoyo y cuidado de la figura de apego hacia las necesidades de la persona confiere el desarrollo de un apego seguro, eficaz en la construcción de estrategias de afrontamiento a las amenazas y a la regulación de emociones. Las personas que han desarrollado vínculos de apego seguro regulan eficazmente sus emociones y disfrutan de una alta satisfacción relacional, con altos niveles de cercanía e intimidad. Al contrario, los cuidadores incapaces de responder a las necesidades de la persona, generan un vínculo de apego inseguro que se enmarca en dos dimensiones (Ben-naim, Hirschberger y Ein-dor, 2013):

-Apego evitativo: consiste en la dificultad para confiar en la relación, y en el consiguiente mantenimiento de un comportamiento independiente y emocionalmente distante, basado en el desarrollo de estrategias de desactivación del arousal. Las personas con este tipo de apego utilizan estrategias de distanciamiento ante el estrés, tienden a la negación y supresión de emociones y reaccionan a las situaciones de estrés con un sentido exagerado de la autoconfianza, siendo resistentes a la búsqueda de ayuda. En la relación de pareja, se mantienen distantes incluso en momentos en que su pareja necesita cercanía y apoyo, y son menos propensos a buscar apoyo, expresar su estrés y compartir sus experiencias negativas.

-Apego ansioso: se refiere a la preocupación de la persona acerca de que su cuidador no estará disponible en el momento en que lo necesite, y conlleva el desarrollo

de estrategias de apego hiperactivo como un medio para conseguir la regulación emocional. Las personas con estilo de apego ansioso tienen dificultades para suprimir el afecto negativo y muestran demandas de acercamiento excesivas ante el estrés. En el ámbito de pareja, son propensos a demandar de forma hostil respuestas de regulación emocional, y a mostrarse rabiosos ante el acercamiento o el alejamiento de la pareja.

Por último, la regulación emocional se ha erigido como uno de los aspectos fundamentales de intervención en terapia de pareja. La interacción entre la satisfacción en la pareja y la regulación emocional se ha descrito en los siguientes términos (Ben-naim et al., 2013; Herrington et al., 2008): 1) aquellas parejas con mayor unión en su arousal fisiológico se muestran menos satisfechas en su relación de pareja (es decir, las emociones negativas de un miembro de la pareja se asociarían a emociones negativas en el otro miembro, generándose un ciclo de insatisfacción en la pareja); 2) las parejas más insatisfechas experimentan mayor reciprocidad afectiva negativa (la interacción negativa de un miembro de la pareja es respondida con otra expresión negativa del otro miembro); 3) las parejas satisfechas expresan una tasa significativamente más alta de afecto positivo que negativo durante sus interacciones, sugiriendo un uso eficaz de las estrategias de regulación propia y de la pareja; y 4) las interacciones emocionales en la pareja tienen una naturaleza bidireccional basada en la regulación emocional propia y de la pareja por medio de mecanismos explícitos e implícitos, y donde estos últimos tienen un impacto más importante.

El programa de terapia grupal para parejas implantado en nuestra unidad tiene como objetivo general la ampliación y mejora de la atención asistencial a parejas que actualmente se encuentran realizando una terapia de pareja individual, y la promoción de recursos de primer nivel en parejas en lista de espera. La descripción del programa y los resultados de su implementación se describen en los próximos epígrafes.

Método

Participantes

La terapia grupal fue aplicada en ensayo piloto a un grupo de 6 parejas que se encontraban en tratamiento de pareja individual cuando iniciaron la terapia de grupo. Dos psicólogas clínicas ejercían como terapeutas.

Instrumentos

Se administró una evaluación previa y posterior a la aplicación del programa consistente en las siguientes escalas:

-*Escala de Ajuste Marital* (Lock y Wallace, 1959): evalúa satisfacción marital en una escala de 15 ítems con diferentes escalas de respuesta. La puntuación media para las parejas bajo estrés es de 72 y para las parejas sin estrés es de 136.

-*Escala del Apego Adulto* (Alonso-Arbiol, Balluerk y Shaver, 2007): evalúa el apego del adulto a su pareja. Consta de 34 ítems en dos sub-escalas: apego evitativo y apego ansioso. Las opciones de respuesta son de 7 puntos (1 = “totalmente en desacuerdo” a 7 = “totalmente de acuerdo”). Una mayor puntuación refleja un apego inseguro. La consistencia interna de los 36 ítems fue alta ($\alpha = 0.87$), al igual que la de sus dos factores 0.83 evitativo y 0.87 ansioso.

-*Escala de Satisfacción Sexual* (Moral, 2009): mide la insatisfacción sexual en una lista de 25 ítems tipo Likert con un rango de puntuación de 1 a 7. Cuanta más alta es la puntuación, la escala refleja menor disfrute o satisfacción con la sexualidad en la pareja. Una puntuación mayor a 53 sugiere insatisfacción sexual. La escala resultó consistente ($\alpha=.92$).

Procedimiento

Los pacientes derivados al grupo eran parejas en tratamiento en la unidad a las que se les ofreció la posibilidad de participar en el grupo como intensificación a la terapia de pareja. Una de las parejas seleccionadas había realizado una sola sesión de terapia individual. El grupo constó de cinco sesiones semanales, más una sesión de repaso de contenidos y evaluación de resultados. Esta última sesión se programó después de dos meses desde el final del primer bloque de tratamiento. Durante la aplicación del programa grupal, se interrumpieron las terapias de pareja individuales. El contenido de la terapia estuvo centrado en la terapia PACT distribuido de la siguiente manera:

- Sesión 1: Burbuja de pareja. La pareja como equipo. Automatización vs. Estar atento. Manual de instrucciones
- Sesión 2: Regulación emocional
- Sesión 3: Comunicación. Comunicación no verbal. Manejo de terceros.
- Sesión 4: Apego

–Sesión 5: Sexualidad

–Sesión 6: La pareja como proceso

Las técnicas utilizadas en la terapia se basaron en tres aspectos fundamentales: dinámicas por parejas o individuales, tareas para casa que se revisaban al inicio de cada sesión y elementos psicoeducativos.

Diseño

El programa fue diseñado con el objetivo de implementar la terapia de pareja como recurso de asistencia temprana y breve en la USSyR. Para ello se diseñó su aplicación en una triple vertiente: 1) la prevención de dificultades relacionales en parejas que acuden a la unidad en etapas críticas de su ciclo vital (por ejemplo, inicio de la parentalidad, crianza, climaterio, etc.); 2) la intervención temprana en pacientes en lista de espera, a fin de clarificar su demanda y proporcionar recursos para la edificación de logros terapéuticos posteriores, y 3) la intensificación del tratamiento en parejas que ya se encuentran en terapia de pareja en formato individual, con miras a la planificación del alta y la formación de grupos de apoyo mutuo. Nótese que esta última opción ha sido la elegida para la implementación del programa de forma preliminar en esta experiencia piloto.

Resultados

La edad media de los participantes fue de 49,70 años (DT = 12,37). La tasa de abandono fue del 16,67%. El principal factor asociado al abandono fue la derivación directa a grupo sin previo inicio de la terapia individual, lo que podría explicarse por un beneficio de la alianza terapéutica previa para la adherencia al grupo.

La evaluación de los estilos de apego en las parejas señaló una puntuación media de 121,11 (DT = 19,21), lo que se interpreta como niveles moderados-altos de apego inseguro en la muestra. El apego ansioso predomina en todos los participantes, con una media de 4,64 (DT = 0,92). En la evaluación pretest, la puntuación media en ajuste marital fue de 87,6 (DT = 21,54) y en satisfacción sexual fue de 94,11 (DT = 18,13). En la evaluación posttest, la media en ajuste marital ascendió a 97,00 (DT = 13,21), y en ajuste sexual disminuyó a 80,17 (DT = 25,93; nótese que niveles más bajos en esta escala implican mayor nivel de satisfacción).

Discusión

La Terapia Grupal para parejas en el contexto de USSyR supone un recurso terapéutico relevante en la prevención e intervención de los problemas de pareja. Los resultados estadísticos del programa descrito muestran un aumento en los niveles de satisfacción marital y sexual de las parejas tras la participación en el programa. La intervención terapéutica desde el enfoque de la teoría del apego es conveniente en estos tratamientos, dados los altos niveles de apego inseguro que presentan los pacientes.

El formato de terapia de pareja grupal respecto al individual supone las siguientes ventajas: 1) aborda aspectos psicoeducativos relativos al funcionamiento de pareja que contextualizan desde otra perspectiva las dificultades relacionales de los pacientes; 2) genera un clima de cohesión entre parejas acostumbradas a verse como únicas en su fracaso relacional; 3) fortalece el cambio y motiva a él a través del modelado de otras parejas; 4) permite a la pareja pensar sobre sí misma en un contexto más dinámico y menos incisivo que la terapia individual; y 5) distiende resistencias y estancamientos terapéuticos en formato individual.

La implementación de programas de intervención grupales que permitan una mayor extensión e intensificación de las intervenciones psicológicas en esta área, revierte en la prevención primaria y secundaria en salud sexual, y en el tratamiento de los problemas clínicos relacionados con ella.

Referencias

- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., y Shaver, P. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships, 14*, 45-63.
- Ben-naim, S., Hirschberger, G. y Ein-dor, T. (2013). An Experimental Study of Emotion Regulation During Relationship Conflict Interactions: The Moderating Role of Attachment Orientations. *Emotion, 13*(3), 506–519. <http://doi.org/10.1037/a0031473>
- Cummings, E. M., Faircloth, W. B., Mitchell, P. M., Cummings, J. S. y Schermerhorn, A. C. (2008). Evaluating a Brief Prevention Program for Improving Marital Conflict in Community Families. *Journal of Family Psychology, 22*(2), 193–202. Recuperado de <http://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.193>
- Goeke-Morey, M. C., Cummings, E. M. y Papp, L. M. (2007). Children and Marital

- Conflict Resolution: Implications for Emotional Security and Adjustment. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 744–753. Recuperado de <http://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.744>
- Herrington, R. L., Mitchell, A. E., Castellani, A. M., Joseph, J. I., Snyder, D. K. y Gleaves, D. H. (2008). Assessing Disharmony and Disaffection in Intimate Relationships : Revision of the Marital Satisfaction Inventory Factor Scales. *Psychological Assessment*, 20(4), 341–350. <http://doi.org/10.1037/a0013759>
- Locke, H.J. y Wallace, K.M. (1959). Short Multi-Adjustment and Prediction Tests: Their Reliability and Validity. *Marriage and Family Living*, 21, 329-343.
- Moral, J. (2009). Medida de la satisfacción sexual en parejas casadas: un estudio de validación. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 15(1), 51-70.
- Rogge, R. D., Cobb, R. J., Lawrence, E., Johnson, M. D. y Bradbury, T. N. (2013). Is Skills Training Necessary for the Primary Prevention of Marital Distress and Dissolution? A 3-Year Experimental Study of Three Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 949–961. <http://doi.org/10.1037/a0034209>
- Schonbrun, Y. C. y Whisman, M. A. (2010). Marital Distress and Mental Health Care Service Utilization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 732–736. Recuperado de <http://doi.org/10.1037/a0019711>
- Whisman, M. A., Snyder, D. K. y Beach, S. R. H. (2009). Screening for Marital and Relationship Discord. *Journal of Family Psychology*, 23(2), 247–254. <http://doi.org/10.1037/a0014476>

LA TERAPIA GRUPAL COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

**M^a Pilar Arnal-Val, Belén Gago-Velasco, Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro y Joel
Gómez-Huerta**

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

Resumen

Antecedentes: El número de consultas en Atención Primaria por problemas de índole psicológico cada vez es más elevado. Esto hace más presente la necesidad de la figura del psicólogo en atención primaria. Esta figura permitiría ejercer como puente entre los niveles asistenciales y aportaría mayor accesibilidad a los tratamientos psicológicos para la población. El trastorno adaptativo es uno de los más prevalentes, habiéndose visto incrementado por la actual situación de crisis económica. Las Guías de Actuación Clínica en Atención Primaria establecen como tratamiento de elección para estos trastornos la psicoterapia breve focalizada en el afrontamiento efectivo de los estresores.

Método: El objetivo de la presente comunicación es la presentación de una terapia grupal para trastornos adaptativos implementada en un Centro de Salud del Departamento del Hospital La Fe de Valencia. Con ella se pretende ofrecer tratamiento para los trastornos mentales leves, dotando a los pacientes de estrategias y habilidades de afrontamiento. La intervención está basada en la Terapia Cognitivo-Conductual y las Terapias de Tercera Generación, especialmente el Mindfulness. **Resultados:** Se reciben numerosas derivaciones de pacientes desde los profesionales de atención primaria. La mayoría de los participantes se encuentran en una situación de incapacidad laboral temporal o de desempleo y están en tratamiento con algún psicofármaco. Los principales estresores que encontramos son los relacionados con el ámbito laboral y económico, las enfermedades crónicas y los problemas relacionales. **Conclusiones:** Los participantes realizan una valoración positiva de la utilidad del grupo. Describen y se observa clínicamente disminución de la ansiedad-estado y aumento del nivel de actividad diario. Es necesario realizar un estudio más riguroso y análisis de datos



psicométricos para comprobar la eficacia de estos grupos, así como superar algunas limitaciones.

Palabras clave: atención primaria, terapia de grupo, trastornos adaptativos, terapia cognitivo-conductual.

GROUP THERAPY AS A STRATEGY FOR PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN PRIMARY CARE: ADDRESSING ADAPTIVE DISORDERS

Abstract

Background: The number of consultations in primary care due to psychological problems is increasing. This makes more present the need of the figure of psychologist in primary care. It would allow to act as a bridge between the levels of care and would provide greater accessibility to psychological treatments for the population. Adaptive disorder is one of the most prevalent, having been increased by the current economic crisis. The Clinical Practice Guidelines in Primary Care establish as a treatment of choice for these disorders brief psychotherapy focused on the effective coping of stressors. **Method:** The aim of the present communication is the presentation of a group therapy for adaptive disorders in a Health Center of the Department of the Hospital La Fe in Valencia. It aims to offer treatment for mild mental disorders, providing patients with strategies and coping skills. The intervention is based on Cognitive-Behavioral Therapy and Third Generation Therapies, especially Mindfulness. **Results:** Numerous patient referrals are received from primary care professionals. Most of the participants are in a situation of temporary incapacity for work or unemployment and are under treatment with a psychoactive drug. The main stressors we find are related to labor and economic environment, chronic diseases and relational problems. **Conclusions:** In the valuation interview after the ending of the group, the participants make a positive assessment of group's usefulness. They describe and it's observed a decrease in anxiety-state and a increase of daily activity. It is necessary to perform a more rigorous study and a analysis of psychometric data to verify the effectiveness of these groups, as well as overcome some limitations.

Key words: primary care, group therapy, adaptive disorders, cognitive-behavioral therapy.

Introducción

El trastorno adaptativo es uno de los más prevalentes en atención primaria. Es una de las principales causas de incapacidad laboral temporal y puede tener repercusiones significativas en los distintos ámbitos de la vida de la persona si no se trata de forma adecuada.

El DSM 5 (APA, 2013) lo sitúa en el epígrafe de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Se define por la presencia de síntomas emocionales y/o comportamentales que aparecen en respuesta a un factor estresante identificable en los 3 meses siguientes del inicio del factor de estrés. Los síntomas provocan un malestar significativo así como un deterioro en las áreas importantes de funcionamiento. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han concluido, no se prolonga más de 6 meses.

Entre los factores de estrés más frecuentes se describen los relacionados con el ámbito laboral y económico (pérdida de empleo, situación de desempleo mantenido, acoso laboral, sobrecarga, dificultades económicas), los problemas relacionales (conyugales, familiares, compañeros de trabajo..) y las enfermedades crónicas propias o de un familiar.

Como síntomas de presencia más habitual se destacan el estado de ánimo deprimido y ansioso, la apatía, el abandono de actividades habituales, el insomnio y los pensamientos rumiativos negativos.

En las investigaciones encontramos una falta de atención a estos trastornos. Entre los motivos que pueden justificar este hecho se encuentran los siguientes: los límites difusos que los separan de los trastornos emocionales, la dificultad para diferenciarlos de las respuestas emocionales normativas, los errores en los diagnósticos y tratamientos, la sobreprescripción de psicofármacos en estos casos y la falta de estudios de calidad sobre la eficacia de las terapias breves (Casey y Doherty, 2012).

A pesar de que las guías de actuación clínica en atención primaria establecen como tratamiento de elección la psicoterapia breve centrada en el afrontamiento efectivo de los estresores, en la práctica se encuentran serias limitaciones de acceso a estas intervenciones.



La terapia cognitivo-conductual se presenta como la primera opción de tratamiento para los trastornos ansioso-depresivos, con numerosos estudios que avalan su eficacia. Se muestran reducciones significativas en síntomas de ansiedad y depresión, mantenidas tras tres meses de seguimiento (Thimm y Anthonsen, 2014).

Así mismo, la terapia cognitivo-conductual basada en el modelo transdiagnóstico también ha mostrado su alta efectividad en los estudios (De Ornelas, Egidio y Cardoso, 2015).

Por último, la terapia basada en Mindfulness, de igual modo, ha revelado su eficacia para la reducción de síntomas de ansiedad, depresión y estrés (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010).

Con la realización de la terapia grupal para trastornos adaptativos en atención primaria nos planteamos los siguientes objetivos generales: disminuir la presión asistencial en atención primaria y salud mental, optimizar los recursos existentes, facilitar la comunicación entre los dispositivos de primaria y atención especializada, contribuir a la desmedicalización de la psicopatología menor y evitar la cronificación de la patología leve.

Entre los objetivos específicos que nos proponemos se encuentran los siguientes: dotar a los pacientes de estrategias y habilidades de afrontamiento a las situaciones estresantes presentes y futuras, mejora en su calidad de vida y prevención de recaídas.

Método

Participantes

Las sesiones son conducidas por dos psicólogos clínicos (PIRes de cuarto y primer año de residencia), como terapeuta y coterapeuta.

Los pacientes son derivados al grupo por parte de los médicos de atención primaria. Todos pertenecen al mismo centro de salud perteneciente al departamento del Hospital La Fe de Valencia.

Entre los criterios de inclusión se solicita cumplir los criterios diagnósticos DSM 5 para el trastorno adaptativo. Como criterios de exclusión se establecen los siguientes: presentar un trastorno mental grave, trastorno de personalidad, presencia de riesgo auto o heterolesivo o ideación suicida en la actualidad, comorbilidad con trastorno mental grave, duelo y discapacidad intelectual. También se considera criterio de exclusión estar

en un proceso de terapia psicológica individual, para no duplicar intervenciones ante la escasez de recursos psicoterapéuticos en el ámbito público.

Se seleccionan entre 12-15 participantes para cada grupo.

Instrumentos

Se lleva a cabo una evaluación pre-post mediante las siguientes pruebas psicométricas: Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y Steer, 1987), Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982), Escala de Autoestima de Rosenberg (1989) y Escala de Adaptación Social (SASS).

Procedimiento

En la primera sesión se realiza el encuadre del grupo y se plantea un contenido basado en la psicoeducación sobre los trastornos adaptativos y la respuesta de estrés. Cada participante se marca un objetivo de activación conductual para ir trabajando a lo largo de las sesiones, estableciendo un compromiso con el resto del grupo. Se lleva a cabo así mismo una introducción a las bases teóricas de la práctica de mindfulness comenzando la toma de contacto con un ejercicio breve de atención centrada en la respiración.

En la segunda sesión se trabaja el entrenamiento en habilidades sociales. Se establecen las diferencias entre el estilo pasivo, asertivo y agresivo y se lleva a cabo un entrenamiento en asertividad sobre cómo hacer y rechazar peticiones y pedir cambios de conducta. Al final de la sesión se realiza una práctica de mindfulness centrada en los sonidos.

La tercera y la cuarta sesión tienen como objetivo trabajar el plano cognitivo mediante el modelo de la terapia racional emotiva de Ellis (2003). Tras la explicación de los conceptos principales, se practica el registro de pensamientos irracionales, la discusión cognitiva y la generación de pensamientos alternativos más adaptativos con los ejemplos aportados por los participantes. Se llevan a cabo ejercicios de mindfulness centrados en los pensamientos.

En la quinta sesión, siguiendo el modelo transdiagnóstico, se realiza psicoeducación basada en la regulación emocional, trabajando y reflexionando sobre conceptos como la autoconciencia de las emociones, la evitación emocional o la naturaleza funcional y adaptativa de las diferentes emociones. Se finaliza la sesión con

una práctica de atención plena centrada en las emociones.

En la sesión número seis se explican diferentes técnicas conductuales y cognitivas de manejo del estrés: autoinstrucciones, autorrefuerzo, técnicas de distracción y hora de pensar. Se entrena a los participantes en la práctica de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (1976) y en la respiración abdominal. También se revisan pautas de higiene del sueño. Para finalizar se lleva a cabo el ejercicio conocido como “práctica de la pasa”.

Las habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones se abordan en la séptima sesión haciendo uso del modelo de D'Zurilla y Goldfried (1971). Se ejemplifica la técnica con situaciones reales de los participantes. Se lleva a cabo el ejercicio de mindfulness llamado “la montaña”.

En la última sesión se realiza el trabajo de la autoestima mediante ejercicios individuales y grupales. También se hace hincapié en la prevención de recaídas y se finaliza con un ejercicio de atención plena basado en la autocompasión.

Diseño

La intervención se ha implementado en un centro de salud perteneciente al Departamento del Hospital La Fe de Valencia, como parte del programa de atención continuada y el rotatorio de atención primaria recogido en el programa formativo PIR (Psicólogo Interno Residente).

Se comenzó a llevar a cabo en enero de 2012.

En la terapia grupal se sigue un protocolo cognitivo-conductual con inclusión de aspectos del modelo transdiagnóstico y de la terapia basada en mindfulness.

Consta de ocho sesiones de una hora y media de duración con una periodicidad semanal.

Con anterioridad al inicio del grupo se realiza una entrevista individual con cada uno de los participantes a modo de screening. En la misma se lleva a cabo una evaluación de la adecuación de la derivación y un reajuste de las expectativas en los casos en que es necesario.

Tras la finalización del grupo, se vuelve a realizar una entrevista para valorar el estado de los pacientes y la necesidad de continuar o no con el tratamiento.

Resultados

Encontramos un elevado número de derivaciones desde atención primaria, que correlaciona a su vez con una reducción de las derivaciones a salud mental.

Entre las características principales de los participantes destacamos las siguientes: presentan una edad media de 46 años, la mayoría se encuentran en situación de desempleo o incapacidad laboral temporal y están siguiendo tratamiento con algún psicofármaco (especialmente ansiolíticos). Los factores estresantes identificados se relacionan en la mayor parte de los casos con aspectos económicos y laborales, seguidos de los asociados a enfermedad y problemas relacionales.

Otras observaciones que creemos significativas tienen que ver con los altos niveles de sintomatología ansioso-depresiva que encontramos en las evaluaciones pre-test, así como la alta frecuencia de rasgos disfuncionales de personalidad.

Existe una tasa de abandonos de la terapia grupal en torno al 30%.

Los asistentes realizan una valoración positiva de la utilidad del grupo, viéndola reflejada especialmente en la sensación subjetiva de disminución del estado de ansiedad y aumento del nivel de actividad a través de reemprender actividades abandonadas o inicio de otras nuevas. Estos resultados se confirman mediante la observación clínica.

En cuanto a las sesiones que más valoran son la última, con el trabajo de la autoestima, la resolución de problemas y el objetivo conductual planteado en la sesión inicial.

Las sugerencias que plantean para la mejora del grupo van orientadas al aumento de su duración, la homogeneización del mismo en cuanto al tipo de estresor que ha originado el problema emocional y la posibilidad de dedicar más tiempo al abordaje del problema personal.

Conclusiones

Las terapias grupales en atención primaria pueden ser una estrategia de intervención válida para tratar la psicopatología menor y evitar su cronificación y sobremedicación.

En nuestra experiencia tanto los profesionales de salud mental como los de atención primaria han valorado positivamente los resultados, así como la existencia de la figura de un psicólogo que pueda hacer de puente entre ambos dispositivos.



Entre las limitaciones que encontramos en nuestro trabajo es el no ajuste de los participantes a los criterios de derivación en algunos casos, lo que tratamos de subsanar mejorando la comunicación con los profesionales de atención primaria, así como nuestra evaluación previa.

Por otro lado, en ocasiones se produce una excesiva demora entre el momento de la derivación y el inicio de la terapia grupal. Esto es debido a la escasez de recursos personales que no son suficientes para las numerosas derivaciones que se reciben.

Hasta el momento nuestros resultados están basados en impresiones subjetivas de los pacientes y observaciones clínicas. Es imprescindible llevar a cabo un análisis psicométrico de los datos recogidos a lo largo de estos años mediante un contraste de hipótesis con grupo control para comprobar la eficacia de esta intervención y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1987). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Casey, P. y Doherty, A. (2012). Adjustment disorders: implications for ICD-11 and DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, 201, 90-92.
- De Ornelas, A. C., Egidio, A. y Cardoso, A. (2015). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 172, 179-183.
- D'Zurilla, T.J., y Goldfried, M.R. (1971). Problem-solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ellis, A. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Desclee.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.
- Jacobson, E. (1976). *You must relax*. London: Souvenir Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image. Edición revisada*. Middeltown, CT: Wesleyan University Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de*

Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Madrid, España: TEA Ediciones.

Thimm, J., y Antonsen, L. (2014). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC Psychiatry*, 14, 292.

INTERVENCIÓN GRUPAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS DESDE UN ENFOQUE CONTEXTUAL

Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro, Joel Gómez-Huerta, M^a Pilar Arnal-Val y Belén Gago-Velasco

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

Resumen

Antecedentes: En las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (UHP) se mantiene la tendencia a una atención clínica basada en el modelo médico de la psiquiatría, que promueve la idea de que la subjetividad del paciente queda anulada por la agudización de su sintomatología. Sin embargo, la hospitalización puede ser un momento adecuado para un tratamiento psicoterapéutico intensivo, como puerta de entrada y adherencia a la red asistencial comunitaria tras el ingreso breve. La traslación de la terapia de grupo al contexto de una UHP implica importantes consideraciones y adaptaciones. Teniendo en cuenta estas características, los objetivos terapéuticos serán limitados, procurando que el grupo suponga un factor de protección para disminuir la ansiedad de los pacientes y las proyecciones paranoides, así como facilitar que logren recuperar el funcionamiento previo al ingreso. El objetivo de este trabajo es exponer el diseño e implementación de un programa de terapia grupal en una UHP, basado en los principios de las Terapias Contextuales: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF) y Mindfulness. **Método:** El marco teórico que ofrecen las Terapias Contextuales justifica un trabajo en los dos contextos accesibles desde el trabajo en una unidad de hospitalización; la relación terapéutica (contexto clínico) y la propia persona (contexto socio-verbal). Se presenta el encuadre, estructura y contenido de las sesiones grupales. **Resultados:** Los datos preliminares sugieren una adecuada aceptación por parte de los pacientes y una utilidad percibida respecto al contenido y el trabajo de las sesiones grupales. **Conclusiones:** La Terapia de grupo es una herramienta útil para facilitar y promover la recuperación del paciente y su adherencia a los tratamientos psicoterapéuticos comunitarios. El enfoque contextual, supone una aproximación teórica sólida sobre la cual sustentar el funcionamiento del grupo y las intervenciones del terapeuta.

Palabras Clave: Psicoterapia de grupo, unidad de agudos, terapia conductual de tercera generación, terapia de aceptación y compromiso (ACT), psicoterapia analítico-funcional (PAF).

GROUP INTERVENTION IN AN ACUTE PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION UNIT FROM A CONTEXTUAL APPROACH.

Abstract

Background: Psychiatric acute-care units usually offer clinical attention based on the medical model of psychiatry, which facilitates the idea that patients' subjectivity is annulled by the exacerbation of symptomatology. However, hospitalization may be an appropriate moment for an intensive psychotherapeutic treatment, as a way to introduce patients to the community care services, and improve the adherence to them after brief hospitalization. Group psychotherapy in acute-care units involves important considerations and adaptations. By considering these characteristics, the therapeutic objectives will be limited, ensuring that the group is a protective factor to reduce patients' anxiety and paranoid projections, as well as facilitating their recovery from pre-admission. The objective of this work is to expose the design and implementation of a group therapy program in a psychiatric acute-care unit, based on the principles of Contextual Therapies: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Functional-Analytic Psychotherapy (PAF) and Mindfulness. **Method:** The theoretical framework offered by Contextual Therapies justifies a work in the two accessible contexts within psychotherapy with inpatients; the therapeutic relationship (clinical context) and the patient's internal events (socio-verbal context). Framing, structure and content of group sessions are presented. **Results:** Preliminary results suggest an adequate acceptance by the patients and a perceived utility of the group psychotherapy sessions. **Conclusions:** Group psychotherapy in psychiatric acute-care unit is a useful way to improve patients' recovery from acute states, and to promote the adherence to community psychotherapeutic treatments. Framework offered by Contextual Therapies implies a solid theoretical approach to support the functioning of the group and therapists' interventions.

Key words: inpatient group psychotherapy, acute-care unit, third-generation behavior



therapies, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Functional-Analytic Psychotherapy (FAP).

Introducción

En las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (UHP) se mantiene la tendencia a una atención clínica basada en el modelo médico de la psiquiatría, que promueve la idea de que la subjetividad del paciente queda anulada por la agudización de su sintomatología. Sin embargo, la hospitalización puede ser un momento adecuado para un tratamiento psicoterapéutico intensivo, como puerta de entrada y adherencia a la red asistencial comunitaria.

La inclusión de sesiones grupales dentro de las UHP es frecuente y su importancia está siendo reconocida de manera creciente. No obstante, la traslación de la terapia de grupo al contexto de una UHP implica importantes consideraciones y adaptaciones y la literatura científica existente es escasa, sobretodo en relación a grupos heterogéneos.

Poner en marcha una psicoterapia de grupo en una UHP implica tener en cuenta algunas particularidades que caracterizan el trabajo en este contexto (Aroian y Prater, 1988; Leszcz, 1986; Martín-Cabrero y Martínez-Rodríguez, 2009; Yalom, 2000, Yalom y Leszcz, 2005):

- (a) Se producen dos momentos de crisis en torno a un ingreso. Por un lado la propia agudización de síntomas, y por otro la experiencia de ser ingresado.
- (b) Es un entorno desconocido que puede ser percibido como hostil.
- (c) Hay una considerable rotación de pacientes y una gran heterogeneidad en cuanto a psicopatología.
- (d) Muchos pacientes tratan de suprimir sus problemas sin llegar a comprenderlos, impulsados además por la presión asistencial de la unidad.
- (e) Existen muchas dificultades para preparar o seleccionar a los pacientes que formarán el grupo.
- (f) Dificultades para generar sensación de cohesión grupal.
- (g) Hay claras limitaciones de carácter temporal, por la duración del ingreso.
- (h) Los miembros del grupo interactúan entre ellos fuera de las sesiones grupales.

Teniendo en cuenta estas características, los objetivos terapéuticos serán limitados. Galletero et al. (2002) señalan que el principal objetivo es que el grupo suponga un factor de protección para disminuir la ansiedad de los pacientes y las

proyecciones paranoides, así como facilitar que logren recuperar el funcionamiento previo al ingreso.

Belloso, Díaz y López (2015) y Martín-Cabrero y Martínez-Rodríguez (2009) señalan otros objetivos terapéuticos:

- (a) Ofrecer un espacio de contención, estructura, acogida y acompañamiento.
- (b) Aliviar la vivencia angustiante de singularidad.
- (c) Incrementar la conciencia de enfermedad.
- (d) Fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico.
- (e) Aprendizaje de estrategias de afrontamiento más adaptativas.
- (f) Fomentar la parte sana y los recursos personales de cada paciente.
- (g) Abordaje de dificultades en las relaciones entre pacientes y entre pacientes y personal.
- (h) Ayudar a los pacientes a entender su situación actual.
- (i) Preparar para el alta, manteniendo la adherencia al tratamiento y la continuidad entre los dispositivos.
- (j) Trabajar la prevención de recaídas, a través de la identificación de los factores que precipitaron la crisis.
- (k) Facilitar el esclarecimiento diagnóstico.

El objetivo de este trabajo es exponer el diseño e implementación de un programa de terapia grupal heterogéneo y abierto en una UHP, basado en los principios de las Terapias Contextuales: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF) y Mindfulness.

Método

Desarrollos recientes en terapia de conducta y terapia cognitivo-conductual han dado lugar a un grupo de terapias que se han consolidado bajo el nombre de «*Terapias de Tercera Generación*» (Hayes, 2004) o más recientemente «*Terapias Contextuales*» (Hayes, Villatte, Levin y Hildebrandt, 2011). En lugar de tratar de modificar el contenido o frecuencia de las cogniciones o experiencias desagradables, se centran en procesos de aceptación y alteración del contexto en el que dichas experiencias tienen lugar, fomentando la flexibilidad psicológica y comportamental.

El marco teórico que ofrecen las Terapias Contextuales justifica un trabajo en los dos contextos accesibles desde el trabajo en una unidad de hospitalización; la relación

terapéutica (contexto clínico) y la propia persona (contexto socio-verbal).

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): El yo como contexto.

ACT es una terapia de conducta que incorpora la aceptación y el mindfulness para fomentar en el paciente el desenmarañamiento de sus pensamientos y sentimientos negativos para facilitar el compromiso con patrones de conducta guiados por sus valores personales. Parte de la asunción de que los procesos psicológicos normales, especialmente aquellos implicados en el lenguaje, contribuyen al desarrollo de los problemas psicológicos. Sustentada en la Teoría de los Marcos Relacionales («Relational Frame Theory»; RFT) (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

De forma general, ACT se centra en cambiar la relación del individuo con sus experiencias internas en lugar de alterar la forma o frecuencia de las mismas. Se trata de una aproximación transdiagnóstica que utiliza el mismo modelo teórico para formular y dirigir la intervención a los procesos comunes que subyacen a un amplio rango de alteraciones psicopatológicas.

Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF): La relación terapéutica como contexto.

PAF (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman y Plummer, 2012) entiende la relación terapéutica como un contexto social en miniatura en el que se evoca el problema psicológico que se da en el contexto social del paciente. El problema se transfiere a la relación terapéutica en tanto que también es un contexto social. La PAF diferencia tres tipos de conductas clínicamente relevantes (CCRs) a detectar y trabajar en sesión y también establece cinco reglas o estrategias terapéuticas que guiarán la conducta del terapeuta en sesión: (1) Observar y ser consciente de las CCRs; (2) crear un contexto que evoque CCRs; (3) reforzar positivamente y de un modo natural las CCR2; (4) Observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta; (5) Proporcionar interpretaciones relevantes que describan relaciones funcionales sobre la conducta del paciente.

La PAF (Hoekstra y Tsai, 2010) ofrece un interesante marco conceptual para el desarrollo de psicoterapias de grupo, por su interés en las interacciones y equivalentes funcionales de los problemas de los pacientes que se producen durante la sesión.

Hoekstra y Tsai (2010) señalan algunas de las CCRs a tener en cuenta en terapias grupales por su interferencia en el logro de relaciones significativas: aspectos verbales y no verbales del lenguaje, habilidades para dar y recibir feedback, interpretaciones

erróneas de estados emocionales, etc. Además, Dykstra, Shontz, Indovina y Moran (2010) señalan otras CCRs a tener en cuenta en el trabajo con pacientes graves.

Encuadre

El tratamiento habitual en la UHP consiste en entrevistas con psiquiatra responsable de caso que pauta el tratamiento farmacológico, actividades recreativas y de socialización en formato grupal realizadas por el personal de enfermería y trabajo social. A este tratamiento durante el ingreso, incorporamos sesiones de psicoterapia grupal guiadas por un psicólogo clínico con las siguientes características:

- *Heterogéneo, abierto y voluntario.*

- *Criterios laxos de inclusión y exclusión:*

- *Inclusión:* (1) pacientes ingresados en la UHP del Hospital Universitario La Fe y (2) acceden de forma voluntaria a la sesión grupal.

- *Exclusión:* (1) pacientes muy agitados, (2) pacientes cuyo estado psicopatológico interfiere totalmente con el funcionamiento del grupo, (3) conductas marcadamente antisociales o de manipulación, (4) retraso mental grave o (5) barreras lingüísticas o de comunicación.

- *Frecuencia y duración:* dos sesiones semanales de una hora.

- *Coterapia:* El psicólogo que conduce la terapia suele estar acompañado de un número variable de profesionales que actúan como personal de apoyo y observadores participantes.

Estructura

(1) *Introducción:* Se explica el encuadre, la estructura de las sesiones, la importancia del plan de tratamiento, las normas básicas y se presenta al personal del equipo y los pacientes que asisten a la sesión.

(2) *Desarrollo:* El contenido trabajado en cada sesión varía en función del estado clínico en el que se encuentren la mayoría de pacientes que conforman el grupo. De tal manera que se establecen siete tópicos básicos a trabajar en las sesiones:

- a. *La experiencia del ingreso (crisis).*
- b. *Modelo contextual (transdiagnóstico).*
- c. *Flexibilidad cognitiva.*
- d. *Regulación emocional.*
- e. *Estrategias y técnicas de afrontamiento adaptativas.*

- f. *Señales tempranas de alarma.*
- g. *Valores personales. Objetivos tras el alta.*

Éstos y otros temas que surgen son trabajado desde el modelo teórico de la ACT acudiendo al uso de ejercicios experienciales, metáforas y otras herramientas propias de las terapias contextuales, con unas actuaciones por parte del terapeuta guiadas por los principios de la PAF, fomentando la participación e interacción de los integrantes del grupo, la experimentación del afecto ante dichas interacciones y su examen cognitivo, con independencia del contenido.

(3) *Desenlace*: Se realiza una reflexión final por parte del terapeuta resumiendo y proporcionando *feedback* a los participante, se despide a aquellos pacientes que se van de alta. Todas las sesiones se cierran con un breve ejercicio de *mindfulness*.

Resultados

La experiencia que se está llevando a cabo en la UHP del Hospital La Fe de Valencia sugiere que este tipo de intervenciones son percibidas como útiles por los pacientes, fomentando un ambiente más terapéutico y un ingreso más humanizado. La aceptabilidad por parte de los pacientes es elevada, siendo la asistencia media del 53% (16-76%) de los pacientes ingresados cada día en la unidad.

Discusión

Son pocos los trabajos que se centran en el desarrollo y valoración de intervenciones grupales en UHP heterogéneos y abiertos y, por tanto, más ecológicos (Arroyo y del Palacio, 2011; Belloso et al., 2015; Galletero et al., 2002; Lynch, Berry y Sirey, 2011; Martín-Cabrero y Martínez-Rodríguez, 2009; Raune y Daddi, 2011; Veltro et al., 2006; Veltro et al., 2008) centrándose la mayoría de ellos en intervenciones desde la Terapia Interpersonal, Psicodinámica o Terapia Cognitivo-Conductual.

Son numerosas las dificultades inherentes a este tipo de grupos a la hora de realizar investigaciones más rigurosas. No obstante, los estudios realizados muestran resultados satisfactorios en cuanto a tasas de rehospitalización y en variables asociadas con la calidad de atención y el ambiente en la unidad. Además, este tipo de intervenciones pueden suponer una rentabilización del tiempo si se entienden las sesiones grupales como parte del seguimiento de los pacientes. El impacto económico a

corto plazo de este tipo de intervenciones es reducido. Sin embargo, a medio/largo plazo la potencial reducción de la duración de los ingresos, así como la reducción de la tasa de rehospitalización y la mayor adherencia a la red asistencial comunitaria, podrían repercutir en un balance coste-beneficios positivo.

Conclusión

La Terapia de grupo en una UHP es una herramienta útil para facilitar y promover la recuperación del paciente y su adherencia a los tratamientos psicoterapéuticos comunitarios. El enfoque contextual, supone una aproximación teórica sólida sobre la cual sustentar el funcionamiento del grupo y las intervenciones del terapeuta, orientadas al trabajo sobre los dos contextos accesibles durante el ingreso: el contexto socio-verbal (yo como contexto) y la relación terapéutica.

Teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas propias de estas investigaciones, son necesarios estudios futuros con análisis más precisos, exhaustivos, que cuenten con una muestra amplia, que permitan confirmar los hallazgos y tendencias observadas hasta la fecha y someter a estudio hipótesis más complejas.

Referencias

- Aroian, K. y Prater, M. (1988). Transition Entry Groups: Easing New Patients' Adjustment to Psychiatric Hospitalization. *Hospital Community Psychiatry*, 39(3), 312-313.
- Arroyo, R. y del Palacio, S. (2011). Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 15. Recuperado de <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-15-una%C3%B1o.RArroyo-SPalacio.pdf>
- Belloso, J. J., Díaz, M. y López, T. (2015) Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 759-774.
- Dykstra, T. A., Shontz, K. A., Indovina, C. V. y Moran, D. J. (2010) The application of FAP to Persons with Serious Mental Illness. En J. W. Kanter, M. Tsai y R. J. Kohlenberg (Eds.), *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp.205-224). Springer: New York.
- Galletero, J. M., Gonzalo, A., Mendívil, J. L., Puente, Y., Segura, A. y Artaso, L. (2002). La psicoterapia de grupo en unidades de hospitalización psiquiátrica de

- agudos. *Avances en Salud Mental Relacional (Revista Internacional On-line)*, 1(2). Recuperado de http://www.fundacionomie.org/fileadmin/omie/contenidos/documentos_pdf/Salud_Mental_Relacional/966.pdf
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 12, 639-665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A PostSkinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. y Hildebrandt, M. (2011). Open, aware and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Hoekstra, R. y Tsai, M. (2010) FAP for Interpersonal Process Groups. En J. W. Kanter, M. Tsai e R. J. Kohlenberg (Eds.), *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 247-260). Springer: New York.
- Leszcz, M. (1986). Inpatient Groups, *Annual Review of Psychiatry*, 5, 729.
- Lynch, K., Berry, C. y Sirey, J. (2011). A group-oriented inpatient CBT programme: a pilot study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 4, 38-51.
- Martín-Cabrero, B. y Martínez-Rodríguez, J. M. (2009). Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(13), 79-96.
- Raune, D. y Daddi, I. (2011) Pilot Study of Group Cognitive Behaviour Therapy for Heterogeneous Acute Psychiatric Inpatients: Treatment in a Sole-Standalone Session Allowing Patients to Choose the Therapeutic Target. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 359-365.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I. y Plummer, M. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy: Distinctive Features*. New York: Routledge.
- Veltro, F., Fallon, I., Vendittelli, N., Oricchio, I., Scinta, A., Gigantesco, A. y Morosini, P. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2, 16-21.
- Veltro, F., Vendittelli, N., Oricchio, I., Addona, F., Avino, C., Figliolia, G. y Morosini, P. (2008). Effectiveness and efficiency of cognitive-behavioural therapy for

inpatients: a 4-year follow up study. *Journal of Psychiatric Practice*, 14, 281-288.

Yalom, I. (2000). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.

Yalom, I. y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th Ed.). New York: Basic Books.

GRUPOS DE ADOLESCENTES CON CONSUMO DE CANNABIS Y DE SUS FAMILIARES

Ramón Muncharaz* y Belén Rodríguez-Borlado**

**Centro de Atención Integral a las Drogodependencias de Alcalá de Henares;*

***Hospital Infanta Leonor, Madrid*

Resumen

Antecedentes: en el último año se ha detectado un aumento de la demanda de atención a adolescentes con consumo de cannabis. La problemática que presenta esta población es bastante homogénea y relacionada con el manejo emocional e interpersonal. La indicación del abordaje grupal se plantea desde esta homogeneidad, por la gran influencia del grupo de iguales, así como por la efectividad y eficacia del trabajo grupal para el tratamiento de las dificultades interpersonales. Así mismo en drogadicción muchas veces es necesaria la evaluación y el tratamiento de problemas psico-sociales y familiares asociados. De hecho, los familiares demandan esa ayuda y presentan un nivel alto de angustia, siendo su adherencia a los tratamientos muy alta. Por ser una de las mayores influencias en el mantenimiento o en el cambio de conducta problemática de los adolescentes se considera su inclusión en el tratamiento integral como imprescindible. Método: la atención a los familiares en ocasiones es complicado realizarla en la misma sesión con el adolescente debido a la alta conflictividad interpersonal, con escaladas simétricas y emoción expresada, por lo que se proponen grupos por separado. Son grupos abiertos, con frecuencia semanal, de una hora y media de duración. Se realizan seguimientos individuales cuando se requiere. Con ambos grupos se pretende mejorar el manejo emocional y las relaciones, así como lograr avances en los objetivos personalizados. Resultados: en ambos grupos se han observado factores terapéuticos que favorecen la cohesión grupal (participación, autorrevelación emocional, universalidad, altruismo, modelado). La cohesión grupal es el principal factor predictor del éxito del tratamiento grupal, equivalente a la alianza terapéutica en el trabajo individual. Los objetivos personalizados están en fase de operativización. Conclusiones: Se necesita seguir evaluando por el momento.

Palabras clave: Grupo, cannabis, adolescentes, familia



GROUPS OF ADOLESCENTS WITH CANNABIS USE AND THEIR FAMILIES

Abstract

Background: in the last year has been detected an increase in the demand for care for adolescents with cannabis use. The problems presented by this population are fairly homogenous and related to emotional and interpersonal management. The indication of the group approach arises from this homogeneity, by the great influence of the peer group, as well as by the effectiveness of the group work for the treatment of interpersonal difficulties. Likewise, in drug addiction it is often necessary to evaluate and treat associated psycho-social and family problems. In fact, the relatives demand this help and present high level of anxiety, being their adherence to treatments very good. As one of the major influences in the maintenance or change of problematic behavior of adolescents, their inclusion in integral treatment is considered essential.

Method: attention to relatives is sometimes difficult to perform in the same session with the adolescent due to high interpersonal conflict, with symmetrical escalations and expressed emotion, which is why separate groups is proposed. They are open groups of an hour and a half duration, every week. Individual follow-ups are performed when required. Both groups aim to improve emotional management and relationships, as well as achieve progress in personalized goals.

Results: therapeutic factors favoring group cohesion (participation, emotional self-revelation, universality, altruism, modeling) have been observed in both groups. Group cohesion is the main predictor of the success of group treatment, equivalent to the therapeutic alliance in individual work. The personalized objectives are in the phase of operationalization.

Conclusions: Further evaluation is needed for the moment.

Key words: Group, cannabis, adolescents, family

Introducción

En el último año se ha detectado en el Centro de Atención Integral a las Drogodependencias de Alcalá de Henares un aumento de la demanda de atención a adolescentes por consumo de cannabis. Se observa que los adolescentes que acuden al



CAID tienen dificultades bastante homogéneas. A continuación se propone un análisis ecológico-sistémico de dichas dificultades (Bronfenbrenner, 1987):

Individual

Conductas disociales

Agresividad

Tendencia a la evitación y negación de emociones

Búsqueda de sensaciones

Impulsividad

Trastornos mentales comórbidos

Grupo de iguales

Ocio restringido

Amistades con actitudes favorables hacia las conductas problema

Presión social negativa

Dificultades de expresión de emociones, bajo nivel de intimidad en la relación, discurso superficial

Asertividad baja por sumisión o por agresividad

Núcleo familiar

Antecedentes familiares de consumo problemático

Antecedentes familiares de trastorno mental

Historia trigeracional de dificultades de apego

Historia familiar de sobreprotección, maltrato, negligencia o abandono emocional

Comunicación centrada en el síntoma con crítica y hostilidad (alta emoción expresada)

Límites y consecuencias conductuales aplicadas de forma excesiva, defectual, inconsistente y no planificada ni consensuada

Falta de recursos socio-económicos

Escuela

Historia de acoso escolar

Masificación en el aula

Fracaso escolar, abandono académico, expulsiones por mal comportamiento



Comunidad y sociedad en general

Alta disponibilidad de la sustancia

Actitudes tolerantes y permisivas hacia el consumo moderado

Desempleo o empleo precario

Falta de inversión pública en recursos sociales y comunitarios

Discriminación y estigma social

Importancia, facilitadores e indicación de las intervenciones grupales

La intervención en grupo con los adolescentes se propone desde la homogeneidad de la problemática, la gran influencia de los iguales en estas edades y por el consenso sobre la clara eficacia de las intervenciones en grupo para el tratamiento de las dificultades interpersonales. Por añadidura, los problemas de adherencia que tradicionalmente hacen complicada la intervención en grupo en trastornos adictivos se ven mitigados en parte con la población menor de edad, debido a la presión parental hacia el tratamiento.

El grupo de familiares de adolescentes se ve claramente indicado debido a la gran angustia y necesidad de apoyo que tiene esta población, con su consiguiente buena adherencia al tratamiento y sinergias positivas en el clima e influencia positiva de la familia cuando se logra que disminuya el nivel de ansiedad. Por último, y no menos importante, por economía asistencial.

Dificultades para la cohesión grupal

En las sesiones unifamiliares de los pacientes con la familia a menudo aparece una alta *conflictividad*, en ocasiones con descalificaciones y agresiones verbales (alta emoción expresada familiar). A este respecto, si los familiares se enfrentan en terapia no se está logrando un contexto seguro donde poder hablar de temas angustiantes, ni tampoco se está logrando la conexión emocional entre ellos, ni con el terapeuta, necesaria para generar alianzas. Por estos motivos, la intervención grupal que se propone en el CAID es por separado.

En el grupo de adolescentes, una de las dificultades a la que nos enfrentamos es el salto generacional que se produce por las diferencias de edad; el rango de edad de los menores es amplio (de 12 a 18 años). Este asunto lo tratamos de dirigir en entrevistas

individuales para aprovechar las diferencias de forma positiva, como por ejemplo tratando de promover el altruismo. Otra diferencia importante que afecta a la cohesión es que unos tienen mayor gravedad que otros en cuanto a su problemática. En estos casos se necesita más la coordinación profesional y la intervención unifamiliar.

Objetivos

Los trabajos que han estudiado las intervenciones grupales con adolescentes y familiares, en general evalúan cambios en síntomas de ansiedad y depresión, así como en conflicto, cohesión y clima familiar.

Desde el enfoque en entrevista motivacional se entiende que se han de trabajar de forma prioritaria los objetivos individualizados que plantea cada paciente. No obstante, los que se plantean los adolescentes son objetivos compartidos por sus compañeros de grupo y coinciden con los evaluados en las investigaciones: mejorar las relaciones familiares y el manejo de emociones como la rabia y la tristeza. Los familiares inicialmente desean como objetivo primordial disminuir el consumo de cannabis de sus hijos. Los objetivos que se plantean al grupo de familiares por nuestra parte son, de forma similar a los del grupo de adolescentes, el manejo emocional y la mejora de las relaciones. Estos objetivos son dialogados, consensuados y acordados puesto que se entiende que favorecen la influencia positiva de los familiares en cuanto al objetivo primario.

Método

Materiales, diseño y procedimiento

La intervención consiste en un grupo de adolescentes y otro de padres. Ambos grupos se realizan con frecuencia semanal. La duración de cada grupo es de una hora y media. La atención se complementa con seguimiento individual y unifamiliar con frecuencias variables según criterio clínico. Se realizan análisis post-grupo con el equipo que participa y de seguimiento grupal con una psicóloga clínica especializada en infanto-juvenil.

Las sesiones se realizan en un despacho con cojines, papel y lápices. Inicialmente se plantean ejercicios y debates que favorezcan la cohesión grupal por medio del fomento de las autorrevelaciones e identificaciones. Se trata de alcanzar poco a poco las

demandas y objetivos personales de los adolescentes y de los familiares (Miller y Rollnick, 2013) y de mejorar la estructura y comunicación del sistema familiar (Minuchin, 1997; Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999). Son grupos abiertos, en los que se van incluyendo miembros conforme se va decidiendo su derivación. El alta terapéutica se propone tras la consolidación de los avances varios meses, para poder beneficiar al grupo con los factores terapéuticos de generar esperanza y desarrollar el altruismo.

Participantes

El grupo de adolescentes con consumos de cannabis lo conforman 12 pacientes derivados, de los cuales acuden regularmente 6 de ellos. Son todos varones. El rango de edad es de 12 a 18 años. También participa el enfermero especialista en salud mental y una residente de psicología clínica. Previamente a la derivación al grupo asistieron a un taller de cannabis realizado por la terapeuta ocupacional que favoreció que existiera algo de cohesión previa (fueron 6 sesiones con frecuencia semanal, de una hora y media de duración con un formato participativo). Antes de ese taller asistían a terapia individual con el psicólogo con frecuencia quincenal.

Al grupo de familiares acuden una media de 14 personas (de los 24 que están derivados). Algunos de los miembros cumplen criterios diagnósticos de trastornos de ansiedad reactiva y presentan rasgos de personalidad desadaptativos. Acuden 5 varones de forma regular.

Viñetas de situaciones grupales

Día 1 padres:

Charla sobre indicación y objetivos del grupo. Presentación de los familiares uno a uno. Charla sobre normas grupales. Inicio de autorrevelaciones y debate. Fomento de identificaciones. Freno de actitudes de aconsejar y afirmaciones tajantes. Modelado de respuesta desde uno mismo. Inicio de charla sobre objetivos individualizados. Fomento de la participación de todos los asistentes. Freno la sobreexposición inicial (que no traten de contarle todo el primer día). Despedida con frase final “gracias”, “apoyo”, “proyecto”, “curiosidad”. Análisis post-grupo: discurso de mantenimiento “le trato así porque me enfada, no le entiendo” “¿qué hago, me callo y se lo permito?” (el discurso

de cambio sería el que mostrase deseos de relacionarse de otra forma a pesar de la sintomatología). Narrativas de sufrimiento en las relaciones “estoy desbordada”, “la procesión va por dentro”. Demanda grupal “el tema es el cómo” (motivo de consulta inicial referido a la autoridad y la lucha de poder y al foco en conseguir que deje de consumir). Plan: fomentar autorrevelaciones emocionales y preguntas circulares para descentrar la atención del síntoma y enfocar las relaciones.

Día 1 adolescentes:

Presentaciones dos a dos (salen fuera para hablar entre ellos y al volver luego uno presenta al otro). Charla sobre la indicación, el funcionamiento y las normas del grupo. Objetivos individualizados: agresividad y discusiones familiares Identificaciones. Algunos hablan en pasado, ya no les pasa tanto ser agresivos, las relaciones familiares han mejorado (fomenta la esperanza). Última palabra de resumen “cómodo”, “novedad”, “curioso”. Post-grupo: sensación de alta participación y autorrevelación (efecto de la participación conjunta en el taller previo sobre cannabis). Interacciones en abanico dirigidas hacia el profesional. Plan tras supervisión: fomentar intervenciones en estrella, modelado de decir opiniones controvertidas, dinámicas de grupo que fomenten la cohesión y colaboración.

Día 2 padres:

Autorrevelaciones emocionales de angustia por situaciones con sus hijos. En general se habla de alteraciones de conducta de los adolescentes, desafío de normas y dificultades para el diálogo en diferentes grados. Se convierte en objetivo grupal el lograr avances en la capacidad de permanecer tranquilo. Se comienza a hablar no solo de síntomas y conducta sino también de emociones y situaciones vitales antecedentes y consecuentes (análisis funcional). En este contexto algunos familiares hablan de antecedentes de alcoholismo en sus propios padres y otros del consumo de porros propio en el pasado (otros callan todavía sus propias dificultades con el consumo de alcohol, con la agresividad, con la ansiedad o con la evitación de emociones). También hablan de la influencia positiva que tienen algunas personas o algunos contextos. Se llega a la conclusión de que con el enfrentamiento no se consigue nada o se empeora la situación y que un objetivo personal sería permanecer tranquilo pero firme y tratar de reparar la relación “me he pasado con eso”. Post-grupo: mayores autorrevelaciones que

el día anterior puesto que no se les ha frenado. Buena evolución de la cohesión grupal. Ya no hay consejos ni afirmaciones tajantes. Plan: fomentar mayores autorrevelaciones sobre la propia historia personal que dificulta el manejo emocional y relacional. Explorar los cambios que han ido haciendo que mejoran la autorregulación en los momentos de mayor tensión (la respuesta al “cómo”).

Día 2 adolescentes:

Dinámica grupal: nos ponemos en pie en círculo agarrados por los hombros y uno desde fuera trata de soltar a alguien de ese círculo. El que es soltado debe participar en ir soltando al resto y así sucesivamente. Los que se van soltando se quedan parados y no colaboran. Se usan dos minutos para escribir las sensaciones que les produce la dinámica. Se repite de nuevo la dinámica. En esta ocasión los que son soltados también participan en arrancar a la gente, van debatiendo a quién soltar el siguiente, lo hacen de forma más coordinada y el grupo del círculo también se coordina, se gira, para evitar los “ataques” al miembro elegido. De nuevo dos minutos para escribir las sensaciones. Las devoluciones que dan son “no he encontrado significado al juego”, “es graciosa la situación”, “en la segunda de arrancar gente ha habido más soltura, porque ya sabíamos de qué iba”, “es difícil sacar a alguien al principio”. Otra dinámica: en círculo de pie y una persona en medio dejándose caer hacia atrás con los ojos cerrados (el más joven no se deja caer). Las devoluciones son “cuando estás en el centro es raro, te sientes como tonto”, “no lo he hecho porque no me apetecía y no tengo confianza con ellos”, “ha sido un poco incómodo, no había mucho espacio para dejarse caer”, “¿y si desconfías de alguien?”. Dinámica de pasarse un cojín unos a otros: el que lo recibe resume lo que ha dicho el compañero de sí mismo y cuenta cosas de él para que los otros le vayan conociendo. Post-grupo: aumento de la comunicación entre ellos que favorece mejores resultados en la repetición de la primera dinámica. Ha funcionado la dinámica del cojín que genera intervenciones en estrella. Plan y supervisión: lograr que todos realicen la dinámica de apoyarse y generar debate sobre confianza.

Día 3 padres:

Comentan conclusiones y objetivos a los que están llegando: “hablar más tranquilo, sin llorar”, “hablar sin gritar”, “comunicarnos mejor”, “mejorar la confianza”. Un miembro habla de que para él no es tan grave el consumo de porros y que cree que

el verlo así le facilita el poder hablar con su hijo de una forma menos agresiva que otros padres. Una madre se siente señalada con este comentario y reacciona con comentarios a la defensiva. Interrumpo y valido emociones. Pregunto sobre si estas escaladas ocurren en casa también al expresar opiniones. Identificaciones. Debate sobre escucha activa “escuchar no es dar la razón”. Devoluciones: “veo que no es tan grave y que no estoy solo”, “me siento entendida”, “esto me puede servir para mi forma de relacionarme”, “yo sigo con mi lucha”. Post-grupo: objetivos de cambio personal, con menos comunicación de angustia. Plan: hablar de los puntos flacos de cada uno para tratar de comprender por qué les resulta difícil cumplir sus propios objetivos.

Adolescentes día 3

Retomamos debate sobre vivencias tras la tercera dinámica, la de apoyarse. Qué favorece la confianza: “que pases tiempo con la persona”, “los juegos físicos, en mi grupo cogí confianza con ellos jugando a juegos de darnos collejas”, “si te aseguran de que te van a coger”, “poner de tu parte, arriesgarte”. Repetimos la dinámica de apoyarse. Antes de que se apoye el que no se apoyó la sesión anterior todo el grupo decimos “te vamos a sujetar, confía en nosotros” y lo logra hacer. El resto se apoya con más confianza que la otra vez. Compartimos experiencias: “miedo a caer”, “vergüenza, pero menos que el otro día”, “confianza”, “miedo a no saber sujetar bien”. Conversación espontánea acerca de cómo se han dado cuenta de cosas que hacían mal y están cambiando. Uno refiere que la agresividad física de su padre le ayudó a darse cuenta de que debía cambiar cosas que hacía mal, otro del grupo responde que a él la agresividad de su padre le hacía perder la confianza en él y en otras personas (encerrarse en su mundo). Post-grupo: más autorrevelaciones espontáneas tras trabajar específicamente mejorar la confianza, el apoyo y el arriesgarse. Plan: el emergente grupal es la agresividad, centrar y profundizar el tema.

Resultados

De los 6 adolescentes que fueron atendidos en el grupo, 4 fueron dados de alta a lo largo de los 6 meses siguientes. Los padres de los 4 adolescentes dados de alta acudían regularmente a las sesiones familiares, no así los de los otros 2.

Conclusiones



Aparentemente, la disminución de la patología de consumo y de alteraciones conductuales correlaciona con la adherencia al tratamiento grupal y familiar en este dispositivo. Serán necesarios más estudios para aclarar si esta mera observación clínica se ve respaldada por datos objetivos.

Referencias

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Cirillo, S. Berrini, R., Cambiaso, G., y Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.

Miller, W. R., y Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: Guilford Press.

Minuchin, S. (1997). *Familia y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

**PROGRAMA PARALELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL
PARA NIÑOS/ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE TDAH Y SUS
PADRES**

Belén Rodríguez-Borlado*, Ramón Muncharaz, Cristina Banzo***, Victoria
Alonso*** y Francisco Javier Quintero*****

**Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Virgen de la Torre; **Centro de
Atención Integral al Drogodependiente de Alcalá de Henares; ***Hospital
Universitario Infanta Leonor*

Resumen

Antecedentes. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se inicia en la infancia y se caracteriza por presentar dificultades de atención, impulsividad e hiperactividad. La intervención familiar se hace necesaria tanto por la importancia del contexto en el que está inmerso el niño con TDAH, por su influencia en el desarrollo del trastorno y en su pronóstico, como por el deterioro en la dinámica familiar que puede llegar a darse en las familias con hijos con TDAH. Se ha descrito que en las familias con un niño con TDAH hay más conflictos, más tensión y unas estrategias de disciplina más emocionales. Partimos de que la conducta característica de los individuos diagnosticados de TDAH estaría relacionada con una carencia de oportunidades de discriminación y reforzamiento apropiado para establecer un adecuado control de estímulos y la potenciación de conductas de autocontrol. **Método.** En el presente trabajo exponemos el programa grupal que estamos llevando a cabo. El programa está realizado siguiendo un encuadre ecléctico en el que usamos sobre todo técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso, así como de la Terapia Sistémica. **Resultados:** todavía no tenemos resultados psicométricos, aportamos nuestra valoración cualitativa, así como la de los pacientes y otros profesionales. **Conclusiones.** Creemos necesario realizar una intervención psicoterapéutica con los padres para ayudar a la identificación de sus emociones y al manejo de sus eventos privados para disminuir el reforzamiento indirecto de comportamiento inadecuados de sus hijos. Por otra parte, es conveniente trabajar con los niños la potenciación de conductas de autocontrol.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Terapia grupal, Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Sistémica.

A PROGRAM PARALLEL TO PSYCHOLOGICAL GROUP INTERVENTION FOR CHILDREN/ADOLESCENTS DIAGNOSES WITH ADHD AND THEIR PARENTS

Abstract

Background. The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) starts in childhood. The disorder is distinguished by attention difficulties, impulsiveness and hyperactivity. Family intervention is essential not only due to the importance of the ADHD child's environment or the influence in the evolution of the disorder and its prognosis, but also because the relationships of families with ADHD children could deteriorate. It is known that conflicts, tensions and emotional disciplinary strategies are more usual in families with a child with ADHD. We state that the behavior of individuals diagnosed with ADHD is related to a lack of discrimination opportunities and reinforcement to establish an adequate control of stimulus and the promotion of self-control behavior. **Method.** This research is based on an ongoing group program. This program is carried out by following an eclectic approach with techniques from both the Acceptance and Commitment therapy and the Systemic therapy. **Results.** Psychometric results have not yet been proven. However, we provide a qualitative assessment and evaluations from both patients from other professionals. **Conclusions.** It is necessary to follow a psychotherapeutic intervention with parents in order to identify their emotions and to manage private events aimed at reducing the indirect reinforcement associated with inappropriate behavior of their children. Moreover, it is advisable to work with children to promote self-control behavior.

Keywords: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, group therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Systemic Therapy.

Introducción

El TDAH se inicia en la infancia y se caracteriza por presentar dificultades persistentes de atención (bajos niveles de concentración y organización, olvidos



frecuentes), impulsividad (dificultad para controlar reacciones inmediatas o esperar su turno e irrupciones constantes a los demás) e hiperactividad (actividad motora excesiva). (American Psychiatric Association, 2014; Anta, Alonso, Octavio y Quintero, 2015; Barkley, 1998)

Las guías de práctica clínica recomiendan el tratamiento combinado psicológico y psicofarmacológico en los casos de gravedad de síntomas moderada/grave y una afectación a nivel funcional (National Institute for Health and Care Excellence, 2008; Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010; Valls-Llagostera et al., 2015)

Desde un encuadre analítico funcional la conducta característica de los individuos diagnosticados de TDAH estaría relacionada con una carencia de oportunidades de discriminación y reforzamiento apropiado para establecer un adecuado control de estímulos y la potenciación de conductas de autocontrol. Así, a través de contingencias de reforzamiento positivo y negativo se moldearían y mantendrían repertorios disruptivos, impulsivos e inatentos que formarían una clase de regulación contraria al desarrollo de habilidades de autocontrol (Ayllon y Millan, 1996; Hart y Todd, 1995; Luciano y Gómez, 1998; Paniagua, 1987; Ross, 1987; Willis y Lovaas, 1977).

Por otra parte, la intervención familiar se hace necesaria tanto por la importancia del contexto en el que está inmerso el niño con TDAH, por su influencia en el desarrollo del trastorno y en su pronóstico, como por el deterioro en la dinámica familiar que puede llegar a darse en la familias con hijos con TDAH (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

Bastante literatura ha documentado las dificultades de relación entre los niños que reciben este diagnóstico y sus padres (Johnston y Mash, 2001). Hay estudios que hablan de un uso por parte de las madres de niños con TDAH DE estrategias de disciplina más emocionales, mostrándose más autoritarias y reaccionando con mayor irritabilidad y frustración

que las madres del grupo de control. (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Marco-Taberner y Roselló, 2007)

Las investigaciones actuales sugieren que el contexto familiar es el principal contexto de aplicación de contingencias reforzantes a conductas inadecuadas. Los padres que aceptan menos su propia experiencia son más tendientes a experimentar estrés como padres (Blackledge y Haye, 2006) y al contrario (Oppenheim, Goldsmith y

Koren-Karie, 2004). Los padres que regulan su comportamiento de crianza de forma preferente siguiendo un patrón de evitación experiencial (tratar de evitar o suprimir emociones y pensamientos no deseados) como una estrategia son más tendientes a percibir la crianza como estresante a usar más castigos y estrategias de crianza inconsistentes (Coyne y Murrell, 2009). Se ha descrito que en las familias con un niño con TDAH hay más conflictos, más tensión y se genera un estilo educativo más autoritario y punitivo (Quintero et al., 2009; Pressman et al., 2006).

Entendemos el contexto familiar como principal contexto de aplicación de contingencias reforzantes a conductas inadecuadas

No hemos encontrado estudios sobre intervenciones psicológicas grupales en paralelo para el tratamiento de personas con TDAH y el de sus familias.

Dentro del Proceso de Atención a personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) del Área de Vallecas que se desarrolla en el Hospital Infanta Leonor estamos realizando un programa de Intervención Psicológica Grupal dirigido tanto a los niños/adolescentes diagnosticados de TDAH como a sus padres y/o cuidadores. Hemos desarrollado un programa paralelo para ambos.

Método

Participantes

Criterios de inclusión:

- Pacientes con edades comprendidas entre los 7-18 años y sus cuidadores principales.
- Diagnóstico de TDAH, como diagnóstico principal.
- Aquellos cuyos padres se comprometan con el programa (al menos uno de ellos), asistiendo al grupo de intervención para padres, y garanticen la asistencia del menor al grupo.

Criterios de no inclusión

- Aquellos con dificultades intelectuales (diagnóstico de retraso mental o sospecha fundada).
- Aquellos pacientes cuyos padres no puedan comprometerse con la asistencia a todas las sesiones.

- Aquellos pacientes con una clínica psicótica descompensada en el momento del grupo

Materiales/instrumentos utilizados

Hemos utilizado pruebas psicométricas, pero dado que hemos realizado notables cambios en el programa todavía no tenemos datos psicométricos sobre el presente programa que presentamos.

Contamos con una escala de satisfacción (valoración numérica de 0-10), y cualitativa; y con la valoración de los profesionales.

Procedimiento

Los posibles candidatos a los grupos son derivados para tal intervención. Se valorarán en entrevista familiar, así como en entrevista individual del niño/adolescente diagnosticado de TDAH y entrevista con los padres, los criterios de inclusión y no inclusión, así como las expectativas previas y se les explicará los objetivos del grupo y la forma de trabajo

Posteriormente se implementarán los programas de intervención grupal.

El formato de los grupos sería semanal, de 16 sesiones de duración, cuatro meses de trabajo. Tras la intervención grupal volveremos a tener una sesión con cada familia de cierre (ver Figura 1).

El programa está realizado siguiendo un encuadre ecléctico en el que usamos sobre todo técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso, así como de la Terapia Sistémica.



Figura 1. Estructura del programa.

Los objetivos que nos proponemos son los siguientes

Grupo de padres:

Mejora de las competencias parentales:

- Mejora en autorregulación emocional (ser más consciente de sus propios estados emocionales y cómo responden ante ellos)

- Intervención sobre el manejo conductual y emocional de sus hijos

- Mejora de las competencias parentales

Grupo de niños:

Mejora en autorregulación emocional

- Mejora en autorregulación emocional

- Identificación de disparadores de comportamientos impulsivos y disruptivos

- Generar conductas alternativas más adaptativas

- Por tanto mejora en el autocontrol

Diseño

A continuación se exponen las sesiones de las intervenciones grupales (ver Cuadro 1).

Cuadro 1

Sesiones

Grupo de padres	Grupo de niños
1.- Dónde estoy Presentación Ajuste de expectativas Objetivos	1.- Dónde estoy Presentación Clima grupal
2.- Por qué estoy aquí Función de mi respuesta ante las alteraciones conductuales de mi hijo. Objetivo común	2.- Por qué estoy aquí Análisis funcional
3.- Por qué estoy aquí Introducción al análisis funcional	3.- Por qué estoy aquí Análisis funcional Metáfora del tigre Desesperanza
4.- Pensamientos/emociones La evitación experiencial en la parentalidad	4.- Pensamientos/emociones Identificación sensaciones corporales y pensamientos
5.- Pensamientos/emociones Análisis funcional de estrategias ante problemas conductuales	5.- Pensamientos/emociones Identificación sensaciones corporales y pensamientos
6.- Pensamientos/emociones Autorregulación emocional: estrategias conductuales y mindfulness	6.- Dentro de mi cabeza Mente generadora de pensamientos/sensaciones constantemente
7.- Competencias parentales Como comprender el comportamiento. Necesidad de atención, respeto, afecto y reconocimiento	7.- Trabajo en valores ¿Qué problemas me trae?
8.- Competencias parentales Manejo conductual. Fomentar la autorregulación del comportamiento en los hijos	8.- Trabajo en valores ¿Qué problemas me trae?
9.- Competencias parentales La importancia de los límites	9.- Ejercicios defusion/mindfulness
10.- Haciendo lo que funciona a largo plazo Análisis funcional de dificultades	10.- Ejercicios defusion/mindfulness

Cuadro 1 (continuación)

11.- Haciendo lo que funciona a largo plazo Análisis funcional de dificultades Tarea con el niño	11.- Ejercicios defusion/mindfulness
12.- Como nos relacionamos Tendencias de patrones relacionales. Familia de origen Tarea con el niño	12.- Ejercicios defusion/mindfulness
13.- Como nos relacionamos Tendencias de patrones relacionales. Familia de origen Tarea con el niño	13.- Apertura a la aceptación Sí...entonces
14.- Resolución de problemas Trabajamos dificultades que planteen. Tarea con el niño	14.- Apertura a la aceptación Sí...entonces
15.- Resolución de problemas Trabajamos dificultades que planteen. Tarea con el niño	15.- Revisión
16.- Revisión y cierre Revisión. Despedida y cierre.	16.- Revisión y cierre Revisión. Despedida y cierre.

Resultados

Valoración personal de los profesionales a cargo

En el grupo se han conseguido ciertos avances; en los padres mayor insight de las propias emociones, dificultades y respuesta ante sus propios estados emocional, y por tanto una mejora en estrategias personales, emocionales y educativas.

En el grupo de niños hemos observado mejoría en la gestión emocional y mejora de habilidades de autocontrol

Escala de satisfacción

Satisfacción media con el grupo: 8/10

Los padres han valorado positivamente encontrar un espacio para compartir sus dificultades y situaciones conflictivas

Demandan un tiempo de trabajo grupal más largo (proponen 90 min)

Conclusiones

Hasta ahora se venía realizando educación para los padres, en este proyecto, avanzamos en la dirección de que no es solo necesaria ésta, sino también realizar una intervención con los padres en dirección, en primer término, a la identificación de sus emociones en relación a diferentes situaciones en la relación con sus hijos, así como a aumentar sus competencias parentales. Pretendemos que los padres adquieran estrategias personales, emocionales y educativas que les permitan implicarse de forma eficaz en la construcción de una dinámica de convivencia familiar positiva y en el desarrollo de modelos parentales adecuados para los niños y adolescentes. Con ello se espera que las familias puedan prevenir y afrontar de forma constructiva problemas y conflictos familiares que podrían llegar a producir efectos negativos en el desarrollo personal de sus miembros, tanto en los niños como en los adultos, pero en concreto en el desarrollo del niño diagnosticado de TDAH.

Creemos necesario realizar una intervención psicoterapéutica con los padres para ayudar a la identificación de sus emociones y al manejo de sus eventos privados (pensamiento y emociones) para disminuir el reforzamiento indirecto de comportamientos inadecuados de sus hijos. Por otra parte, es conveniente trabajar con los niños la potenciación de conductas de autocontrol.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anta, L., Alonso, V., Octavio, I., y Quintero, J. (2015). Trastornos mentales y del comportamiento en la niñez y adolescencia. *Medicine*, 86, 5127-5136.
- Ayllon, T., y Millan, M.A. (1996). Desorden de déficit de atención e hiperactividad. En C. Luciano (Dir.), *Manual de psicología clínica, infancia y adolescencia* (pp. 589-608). Valencia: Promolibro.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd Ed.). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Blackledge, J., y Hayes, S.C. (2006). Using acceptance and commitment therapy in support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*, 28, 1-18.

- Coyne, L.W., y Murrell, A.R. (2009). *The joy of parenting. An acceptance and commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Hart, B., y Todd, R. (1995). *Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children*. Baltimore, MD: Paul Brooks.
- Johnston, C., y Mash, E.J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183 – 206.
- Luciano, M.C., y Gómez, I. (1998). Comportamientos hiperactivos y/o atencionales desadaptativos. En M.A. Vallejo (Coord.), *Manual de Terapia de Conducta* (vol. 2) (pp. 603-666). Madrid: Dykinson.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R., y Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44 (Supl 2), 23-25.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. NICE clinical guideline 72*. London: NICE.
- Oppenheim, D., Goldsmith, D., y Koren-Karie, N. (2004). Maternal insight-fulness and preschoolers' emotion and behaviour problems: Reciprocal influences in a therapeutic preschool program. *Infant Mental Health Journal*, 2, 352-67.
- Paniagua, F.A. (1987). Management of hyperactive children through correspondence training procedures: a preliminary study. *Behavioral Residential Treatment*, 2, 1-23.
- Pressman, L., Loo, S., Carpenter, E., Asarnow, J., Lynn, D., Mccracken, J., et al. (2006). Relationship of family environment and parental diagnosis to impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 346-54.
- Quintero, F.J., Correas, J., y Quintero, F. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (3ª Ed.). Barcelona: Elveiser Masson.
- Ross, D.M. (1987). *Terapia de la conducta infantil*. México: Limusa.

- Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Valls-Llagostera, C., Vidal, R., Abad, A., Corrales, M., Richarte, V., Casas, M., et al. (2015). Intervenciones de orientación cognitivo-conductual en adolescentes con trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología*, 60 (Supl 1), 115-20.
- Willis, T. J., y Lovaas, I. (1977). *Learning disabilities and related disorders*. Chicago: Yearbook Medical Publications.

A INFÂNCIA EM RISCO: DESAFIOS DO ACOLHIMENTO À CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO

Celia Vectore y Thaís Vectore Pavanin

Instituto de Psicologia- Universidade Federal de Uberlândia

Resumo

Maus tratos físicos e psicológicos, abandono, pobreza são fatores frequentemente elencados para justificar a institucionalização de crianças em abrigos e afins. Essa comunicação resulta de vários trabalhos realizados junto ao programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, que tentam desvelar o drama das crianças e de suas famílias e, simultaneamente, propor alternativas para o enfrentamento das adversidades dentro desses contextos. Nesse sentido, o presente texto resulta de dois estudos que procuraram lançar luzes sobre a questão do acolhimento a partir da ótica das famílias biológicas que, em determinado momento de suas trajetórias, entregaram seus filhos para o acolhimento institucional e depois, ao reverterem a situação de desamparo, em especial, econômico a que estavam expostas, conseguiram recuperar a guarda de seus filhos. O outro estudo aborda, por meio do olhar da própria criança, o ambiente institucional como local de vivências potencialmente estressantes, tendo sido possível a identificação dos principais estressores presentes no contexto de acolhimento. Em acréscimo, tem-se a importância dos aspectos subjetivos que são pouco considerados nas rotinas institucionais. Assim, o grande desafio refere-se à promoção da subjetividade entre os acolhidos, de modo a possibilitar a reflexão e o debate urgente sobre esse amplo contingente de crianças que ao serem institucionalizados tem a ruptura de vínculos importantes para a sua constituição. Discutir-se-á ainda, as possibilidades de atendimento psicológico para um acolhimento que fomente saúde mental.

Palavras-chave: acolhimento; crianças; famílias; estressores; subjetividade infantil

CHILDHOOD AT RISK: CHALLENGES TO THE CONSTITUTION OF THE PERSON

Abstract

Physical and psychological abuse, neglect, and poverty are factors frequently listed to justify the institutionalization of children in shelters and others. This communication results from several studies carried out with the Psychology postgraduate program at the Federal University of Uberlandia, which attempt to unravel the drama of children and their families and simultaneously propose alternatives for coping with adversities within these contexts. Thus, the present text results from two studies that sought to shed light on the issue of institutional sheltering from the point of view of biological families who, at a given moment in their trajectories, delivered their children to the institutional sheltering and then, by reversing the situation of helplessness, particularly the economic situation they were exposed to, managed to regain custody of their children. The other study addresses, through the child's own eyes, the institutional environment as a place of potentially stressful experiences, and it was possible to identify the main stressors to which children are exposed in the institutional context. In addition, we have the importance of subjective aspects that, as a rule, are little considered in institutional routines. Thus, the great challenge is the promotion of subjectivity among the children in the sheltering context, so as to enable reflection and urgent debate on this large contingent of children who, when institutionalized, have a rupture of important ties to their constitution. It will also discuss the possibilities of psychological care for a sheltering that improves mental health.

Keywords: institutional sheltering; children; families; stressors; child subjectivity

INFANCIA EN RIESGO: DESAFÍOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD

Resumen

Los malos tratos físico y psicológico, el abandono, la pobreza son factores que a menudo justifican la institucionalización de los niños en los albergues y similares. Esa comunicación resulta de los varios estudios realizados junto al programa de pos-



graduación en Psicología en la Universidad Federal de Uberlândia, que intentan revelar el drama de los niños y de sus familias y al mismo tiempo proponer alternativas para hacer frente a las adversidades dentro de estos contextos. En este sentido, este texto resulta de dos estudios que pretendían arrojar luz sobre la cuestión de la recepción de los niños en los albergues a partir del punto de vista de las familias biológicas que en algún momento de sus trayectorias, entregan sus hijos a un albergue y después, al revertir la situación de abandono, especialmente económico, lograron recuperar la custodia de sus hijos. El otro estudio aborda, a través de la mirada del niño, el entorno institucional como un lugar de experiencias potencialmente estresantes. Fue posible identificar los principales factores de estrés que están sujetos los niños en el contexto de albergue. Además, existe la importancia de los aspectos subjetivos que, generalmente, son poco considerados en las rutinas institucionales. Así, lo gran desafío que se plantea se refiere a la promoción de la subjetividad entre los niños que entran en los albergues, de manera a permitir la reflexión y el debate urgente sobre ese gran contingente de niños, que con la institucionalización, rompen vínculos importantes para su constitución. Se discutirá también las oportunidades de atención psicológica para una recepción en los albergues que promueva la salud mental de los niños que necesitan ir a un albergue.

Palabras-clave: recepción, niños, familias, factores de estrés, subjetividad infantil

Estudo 1: Institucionalização de crianças: da história ao intrincado papel das famílias biológicas no acolhimento (Azôr y Vectore, 2008)

Introdução

Em contexto brasileiro, a história da infância e juventude brasileiras é estudada por vários autores (Marcílio, 1998; Rizzini, 1997; Pilotti y Rizzini, 1995; Venâncio, 1999), que nos mostram que o fenômeno do abandono de crianças foi trazido pelos portugueses, visto que os índios não eram adeptos a essa prática e que este se perpetuou ao longo dos séculos, a despeito de várias legislações voltadas para a proteção infantil.

Dentre as legislações mais impactantes, apenas no final do século XX, a Lei nº 8069 (1990) que trata do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA representou um

avanço jurídico ímpar na história brasileira. Tendo sido alterado em alguns dispositivos, pela Lei nº 12.010 (2009), conhecida como Lei da Adoção.

Contudo, os avanços das leis não garantiram que um contingente expressivo de crianças encontre-se em situação de risco, cuja alternativa é o acolhimento e o afastamento idealmente temporário de suas famílias, mas que na prática se estende por longos anos. O presente estudo objetivou conhecer o processo de institucionalização-desinstitucionalização de adolescentes, pela ótica das famílias.

Método

O desenho da pesquisa é de natureza qualitativa.

Participantes: cinco famílias, cujos filhos ficaram abrigados por um período superior a 12 meses em uma instituição do interior mineiro, mas retornaram à família biológica.

Materiais e Procedimentos: foram realizadas entrevistas semiestruturadas com: genitores; gestor da instituição e análise dos prontuários institucionais.

Resultados e Discussão

A partir das entrevistas levantou-se a história dos sujeitos e do processo do acolhimento. A discussão dos dados se fundamentou nos pressupostos teóricos de Winnicott (1999), Sawaia (2002), Rizzini (1997) e Marin (1999), de modo a se lançar alguma luz no intrincado e complexo processo de institucionalização-desinstitucionalização da infância e juventude.

Como ocorre no processo de institucionalização da criança? Compreendeu-se que tal processo constitui-se a partir da articulação de vários aspectos desencadeantes do acolhimento, entretanto, o fator socioeconômico apresenta-se predominante, corroborando com outros estudos, entre eles os de Weber e Kossobdudzki (1996) e Alves (2000).

Os sentimentos mencionados pelos genitores diante do acolhimento dos filhos foram de dificuldade e dor, revolta, indignação, tristeza, rejeição e medo, principalmente, pela possibilidade de adoção e contradizem o discurso das instituições sobre a família que abriga, que as desqualifica conforme apontam Arantes (1995) e Altoé (1993).

Considerações finais

A partir das entrevistas realizadas constatou-se a importância de repensar o acolhimento-desabrigoamento, pela perspectiva das famílias. Todavia, não deve ser feito uma “apologia ao acolhimento”, mas considerar que o processo deva ser cuidadoso e articulado com projetos públicos e privados.

Outro aspecto refere-se a aparente “acomodação” dos genitores diante do acolhimento dos filhos, o que não significa desistência dos filhos, mas desconhecimento dos mesmos. Adorno (1993) aponta a pertinência de se (re)pensar as práticas com a infância e juventude, partindo da perspectiva das crianças e adolescentes. Desse modo, nos parece também adequado o (re)pensar de práticas com famílias, a partir de suas perspectivas.

Estudo 2: Institucionalização de crianças: estressores e subjetivação infantil (Inêz, 2014)

Acontecimentos como constantes mudanças na rotina, rupturas de vínculos seguros atrelados às idiossincrasias do próprio processo de desenvolvimento tem exigido uma contínua e rápida adaptação dos indivíduos na contemporaneidade, o que pode desencadear sofrimento psíquico, como a ansiedade, passível de se apresentar podendo em todas as etapas do desenvolvimento humano.

Horta (2007), Zumstein (2009) e Mian, Wainwright, Briggs-Gowan, e Carter (2011) mostraram que comportamentos ansiosos estão presentes em crianças pequenas, sendo importante a sua identificação precoce e prevenção, devido aos efeitos deletérios para o desenvolvimento físico e mental das mesmas. A ansiedade é um estado afetivo suscitado como uma reação de alarme, indicando que o indivíduo está perante uma situação percebida como perigosa. Contudo, certo grau de ansiedade permite proteção aos perigos externos ou internos, possibilitando a sobrevivência da espécie; em demasia, passa a ser considerado um transtorno (Bueno, 2011; Inêz, 2014; Mian et al., 2011).

O presente estudo objetivou a elaboração de um procedimento lúdico com possibilidades para a identificação e intervenção em quadros de ansiedade em crianças de quatro a seis anos acolhidas em instituições, devido ao potencial ansiogênico de tais espaços.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo realizado em três instituições de acolhimento infantil de duas cidades do interior de Minas Gerais, Brasil.

Participantes

Participaram 13 crianças, sendo nove meninos e quatro meninas, com idades variando de três a seis anos. O tempo de acolhimento foi de no mínimo um dia e no máximo, cinco anos e meio.

Materiais e Procedimentos

Foram realizadas cinco oficinas com cada grupo de crianças, para a aplicação do instrumento “*Avaliação e intervenção em ansiedade infantil*”, delineado para o estudo, cujo objetivo é além de explorar a existência de possíveis estressores, favorecer a intervenção junto às crianças. Tal instrumento é composto por 70 cartas, sendo 40 cartas-problema e 30 cartas-solução. As cartas-problema retratam sintomas físicos, psicológicos, eventos externos e manifestações emitidas pelas crianças, que podem gerar ansiedade, de acordo com a revisão de literatura realizada (DSM-5, 2014; APA, 2014; Birmaher et al., 2011; Bueno, 2011; Mian et al., 2011; Pahl et al., 2012; Zumstein, 2009).

As 30 cartas-solução representam possíveis alternativas de enfrentamento, tendo uma carta em branco, que permite uma nova solução elaborada pela criança.

Alguns Resultados e Discussão

Durante as oficinas, as crianças demonstraram envolvimento nas atividades propostas, pelas falas e produções observa-se a existência de conteúdos psicológicos, como: sentimentos de solidão, pesadelos, vergonha, medos diversos- do escuro, de dormir sozinho, de animais, de figuras fictícias, de ficar doente, fazer xixi na cama, perda de alguém da família, dores no corpo, não querer comer, comer demais, ciúmes de irmãos etc. Todas as crianças apresentaram no mínimo um e no máximo nove indicadores.

As crianças parecem ser suscetíveis aos elementos geradores de ansiedade, quer pela separação abrupta da família, quer pelas particularidades do próprio ambiente institucional- tratamentos padronizados, aspectos inerentes à subjetividade infantil e a

formação de vínculos seguros (Bowlby, 2002; Conselho Nacional do Ministério Público, 2013; Corrêa, 2011; Rosa, Santos, Melo y Souza, 2010).

Winnicott (1984/1987) entende que “quanto menor for a criança, maior será o perigo de separá-la de sua mãe” (p.15). Contudo, o autor observou que as consideradas difíceis eram oriundas de lares insatisfatórios ou mesmo em perigo de dissolução. Nesse sentido, pode se compreender o acolhimento como uma possibilidade favorável para a criança que não teve experiências satisfatórias no convívio familiar. O desafio dos programas de acolhimento é ser um ambiente facilitador para o desenvolvimento dessas crianças, na ausência da família (Nakagawa, Careta y Motta, 2014).

Considerando o grande número de crianças brasileiras que vivem em instituições de acolhimento torna-se fundamental compreender a construção da subjetividade da criança acolhida, de modo a lançar luz sobre o fenômeno de crescer e se desenvolver em contextos coletivos, apartados de suas famílias de origem.

Em relação ao instrumento desenvolvido, os dados indicam sua pertinência para trabalhar com crianças, pois permitiu pela escuta, conhecer fragmentos da história de vida dos participantes. Foi identificado um total de 68 indicadores ansiedade, sendo o sentimento de solidão e a falta do cuidado ou de alguém da família os mais frequentes.

Considerações finais

O instrumento elaborado permitiu uma melhor comunicação e compreensão das crianças. Durante sua aplicação, foi possível expressarem seus sentimentos e incômodos, o que parece ter gerado certo alívio em casos de medo, abandono, rejeição, entre outros.

As intervenções também permitiram aos pequenos, refletir sobre novas formas de reagir e enfrentar situações desconfortáveis. Entretanto, novos estudos são necessários para lançar luz sobre o fenômeno da ansiedade, que tem atingido crianças em idades cada vez mais tenras, cuja consequência ainda não é possível dimensionar.

Uma palavra final pode ser dada, ao vislumbrar o abrigo com potencial para auxiliar adequadamente as crianças e suas famílias, desenvolvendo um papel de promoção social. Todavia, avalia-se a necessidade parcerias com universidades, instituições públicas ou privadas e organizações não governamentais, visando intervenções sistemáticas, oriundas de pesquisa com respaldo teórico consistente ancoradas na interdisciplinaridade.



Agradecimentos

Apoio: FAPEMIG

As autoras agradecem o apoio contínuo da FAPEMIG para a realização dos estudos aqui relatados, que em última análise, caracterizam o investimento da instituição em pesquisas em prol da infância, em especial, da infância desfavorecida. Nosso muito obrigado!

Referências

- Adorno, S. (1993). Criança: a lei e a cidadania. Em I. Rizzini (Org.), *A criança no Brasil hoje - desafio para o terceiro Milênio* (pp. 101-111). Rio de Janeiro: Universitária Santa Úrsula.
- Altoé, S. (1993). *De menor a presidiário: a trajetória inevitável*. Rio de Janeiro: Universitária Santa Úrsula.
- Alves, E. S. (2000). *Abrigamento de crianças e realidade familiar. A desmistificação do abandono*. UFSC.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed.
- Arantes, E. M. M. (1995). Rostos de crianças no Brasil. Em F. Pilotti y I. Rizzini (Orgs.), *A arte de governar crianças* (pp. 172-220). Rio de Janeiro: Universitária Santa Úrsula.
- Azôr, A. M. G. C. V., e Vectore, C. (2008). Abrigar/desabrigar: conhecendo o papel da família nesse processo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(1), 77-89.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Cully, M., Brent, D., y McKenzie, S. (2011). *Screen for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). Screening and Assessment Tools for Child Welfare*. Recuperado em 28 de janeiro 2013, de <http://www.cebc4cw.org/assessment-tool/screen-for-childhood-anxiety-related-emotional-disorders-scared/>
- Bowlby, J. (2002). *Apego e perda: apego* (v. 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Bueno, L. O. (2011). *A Ansiedade em situações escolares* (Monografia de Especialização em Psicologia Escolar). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Conselho Nacional do Ministério Público. (2013). *Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 71/2011: Um olhar mais atento aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no País*. Brasília: DF.
- Corrêa, L. da S. (2011). *Concepções de desenvolvimento e práticas de cuidado à criança em ambiente de abrigo na perspectiva do nicho desenvolvimental* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Pará, Belém.
- Horta, L. R. (2007). *Estresse infantil: Um estudo exploratório em pré-escolares* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Inêz, D. P. (2014). *Identificando a ansiedade infantil em crianças acolhidas por meio da aprendizagem mediada: uma proposta de procedimento* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Lei nº 12010 de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1.º de maio de 1943; e dá outras providências. Brasília. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-12010-3-agosto-2009-590057-norma-pl.html>
- Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
- Marcílio, M. L. (1998). *A história social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec.
- Marin, I. S. K. (1999). *Febem, família e identidade: o lugar do Outro*. São Paulo: Escuta.
- Mian, N. D., Wainwright, L., Briggs-Gowan, M. J., y Carter, A. S. (2011). An ecological risk model for early childhood anxiety: the importance of early child symptoms and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 501–512.
- Nakagawa, R. T. B., Careta, D. S., y Motta, I. F. (2014). Função paterna em instituições de acolhimento de crianças e adolescentes: contribuições de D. W. Winnicott [Resumo]. Em Sedes Sapientiae (Org.), *Anais do III Colóquio de Psicanálise com Crianças* (p.190-194). São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae.
- Pahl, K. M., Barrett, P. M., y Gullo, M. J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 311–320. Recuperado em 01 de abril de 2015, de <http://www.pathwaysshr.com.au/wp-content/uploads/2011/01/Journal-of-Anxiety-Disorders2.pdf>

- Pilotti, F., e Rizzini, I. (1995). *A arte de governar crianças*. Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula.
- Rizzini, I. (1997). Crianças e menores - do pátrio poder ao pátrio dever. Um histórico da legislação para a Infância no Brasil (1830-1990). Em F. Pilotti, y I. Rizzini (Eds.), *A arte de governar crianças* (pp. 102-168). Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula.
- Rosa, E. M., Santos, A. P. dos, Melo, C. R. da S., y Souza, M. R. (2010). Contextos ecológicos em uma instituição de acolhimento para crianças. *Estudos de Psicologia*, 15(3), 233-241. Recuperado 13 de junho de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v15n3/a02v15n3>
- Sawaia, B. (2002). O sofrimento ético- político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. Em B. Sawaia, (Org.), *As artimanhas da exclusão – Análise psicossocial e ética da desigualdade social* (4ª Ed.) (pp. 97-118). Petrópolis: Vozes.
- Venâncio, R. P. (1999). *Famílias abandonadas*. Campinas: Papirus.
- Weber, L. N., e Kossobdudzki, L. H. (1996). *Filhos da solidão*. Curitiba: Governo do Estado do Paraná.
- Winnicott, D. W. (1987). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Original published in 1984).
- Winnicott, D. W. (1999). *Tudo começa em casa* (3ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Zumstein, L. S. (2009). *Recursos Mediacionais: possibilidades de utilização na identificação de estressores em pré-escolares* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

O USO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM DIFERENTES CONTEXTOS: DA CLÍNICA AO HOSPITAL

**Camilla Volpato Broering*, Juliana Vieira Almeida Silva* y Vera Baumgarten de
Ulysséa Baião****

**Professoras da Universidade do Vale do Itajaí- Brasil; **Professora do Centro
Universitário Estácio de Sá*

Resumo

Intervenções cognitivo-comportamentais com o uso de alguns recursos junto a diferentes populações e os resultados obtidos são o foco deste capítulo. Vários estudos apontam a eficácia da abordagem Cognitivo-Comportamental em diversos contextos e situações. Observa-se que como resultados das intervenções, os pacientes modificam comportamentos não adaptados ao ambiente em que estão inseridos, ajustando-os e restabelecendo-os de acordo com a realidade. A atuação com crianças autistas e as intervenções em contexto hospitalar com a população cirúrgica são o principal objetivo deste capítulo. Várias técnicas foram utilizadas no estudo de caso com a criança com o Transtorno do espectro Autista. Observou-se que o tratamento realizado, resultou em modificação de crenças e comportamentos da criança, bem como um manejo melhor dos pais e da escola frente a ela. Já no contexto hospitalar, também foram utilizadas várias técnicas e constatou-se que a preparação reduz o estresse e comportamentos negativos e inadequados no pós-cirúrgico, o que leva a concluir que a preparação, independente da forma como é feita é eficaz.

Palavras-chave: técnicas cognitivo-comportamentais, hospitalização, preparação pré-cirúrgica.

TERAPIA DE USAR EL COMPORTAMIENTO COGNITIVO EN ENTORNOS DIFERENTES: CLÍNICA PARA EL HOSPITAL

Resumen

Las intervenciones cognitivas y de comportamiento con el uso de algunos fondos de distintas poblaciones y los resultados son el foco de este capítulo. Varios estudios



demuestran la eficacia del enfoque cognitivo-conductual en diferentes contextos y situaciones. Se observa que, como resultado de las intervenciones, los pacientes a modificar comportamientos no adaptados al entorno en el que viven, ajustándolos y restaurarlos de acuerdo con la realidad. El trabajo con niños autistas e intervenciones en el ámbito hospitalario, con la población quirúrgica son el objetivo principal de este capítulo. Diversas técnicas se utilizaron en el estudio de caso con los niños con trastorno del espectro autista. Se observó que el tratamiento llevado a cabo, lo que resulta nun cambio de creencias y comportamientos del niño, así como una mejor gestión de los padres y la escuela que llegue. En el contexto hospitalario, también se utilizaron diversas técnicas. Por otra parte, parece que la preparación reduce el estrés y el comportamiento negativo e inadecuada después de la cirugía, lo que conduce a la conclusión de que la preparación, independientemente de cómo se hace es eficaz.

Palabras clave: las técnicas cognitivo-conductuales, la hospitalización, la preparación pre-quirúrgica.

THE USE OF BEHAVIORAL COGNITIVE THERAPY IN DIFFERENT CONTEXTS: FROM THE CLINIC TO THE HOSPITAL

Abstract

Cognitive-behavioral interventions with the use of some resources with different populations and the results obtained are the focus of this chapter. Several studies point to the effectiveness of the Cognitive-Behavioral approach in diverse contexts and situations. It is observed that as a result of the interventions, patients modify behaviors that are not adapted to the environment in which they are inserted, adjusting them and reestablishing them according to reality. The main objective of this chapter is to work with autistic children and interventions in a hospital context with the surgical population. Several techniques were used in the case study with the child with Autism Spectrum Disorder. It was observed that the treatment, resulted in a modification of the child's beliefs and behaviors, as well as a better management of the parents and the school in front of it. Already, in the hospital context, several techniques were used. In addition, it is found that the preparation reduces stress and negative and inadequate

behaviors in the post-surgery, which leads to the conclusion that the preparation, regardless of how it is made is effective.

Keywords: cognitive-behavioral techniques, hospitalization, pre-surgical preparation.

Introdução

O fazer do psicólogo permeia vários contextos, transitando da área clínica propriamente dita a área hospitalar. Esse capítulo objetiva trazer experiências da área clínica e da hospitalar, mostrando a importância do psicólogo inserido em dois ambientes diferentes, com resultados positivos. As experiências trazidas ocorrem dentro da abordagem cognitivo-comportamental, a qual mostra-se relevante para os assuntos em questão, de acordo com a quantidade de pesquisas e artigos na área. A primeira experiência relatada mostra o processo avaliativo e psicoterápico realizado com uma criança autista, a segunda experiência mostra como o psicólogo atua no contexto hospitalar, abordando a hospitalização e o preparo pré-cirúrgico de crianças e adultos.

ATENDIMENTO CLÍNICO DE UMA CRIANÇA AUTISTA

Identificação do paciente

Bernardo (nome fictício), com 4 anos, se encontra no Ensino Infantil, se consulta pela primeira vez pois, apresentava comportamentos disfuncionais. Atualmente, está com 11 anos, no 6º ano do Ensino Fundamental e faz duas sessões por semana. A família é de classe média alta, casados e possuem Ensino Superior.

Análise do motivo de consulta

Apresentava tiques desde os 2 anos de idade, ansiedade, chorava para não ir a escola, ficava com a boca aberta e babava, dificuldade na linguagem e restrição na alimentação.

História do problema

Desenvolvimento normal até dois anos, nenhum comportamento que chamasse atenção dos pais. Dormia e se alimentava bem, tendo um desenvolvimento adequado a

sua idade cronológica. A cuidadora principal era sua mãe, porém uma tia paterna era sua babá.

Análise e descrição das condutas problemáticas

Apresentava como já descrito anteriormente, tiques motores, chamando atenção de outras pessoas e os pais ficavam irritados, brigando com o mesmo; isolamento, não mantinha interação com ninguém; não conseguia manter foco na professora; possuía crenças como: “Não sou capaz”; “Sou diferente”; e também havia a não aceitação dos pais sobre o diagnóstico.

Estabelecimento das metas do tratamento

A meta principal centrou-se na avaliação psicológica da criança e orientação com os pais a partir da Terapia Cognitiva-Comportamental. Foi coletada informações com os pais, por meio de uma anamnese; entrevista com a babá, observação da criança nas sessões e escola; atividades lúdicas; Escala de Maturidade Mental Colúmbia.

Após três meses de interrupção, os pais retomaram a avaliação e buscou-se: entrevistar os pais; observar a criança nas sessões; desenvolver atividades lúdicas, aplicação da Escala de Maturidade Mental Colúmbia, Escala de Traços de Personalidade para Crianças e PEP-R Perfil da Escala de Desenvolvimento e WISC III. Simultaneamente, ele fazia uma avaliação neuropsicológica em um hospital de referência em São Paulo. Após essa avaliação foi percebido que tanto seu desenvolvimento cognitivo como social estavam acima da sua idade cronológica, sendo diagnosticado segundo DSM-IV (Associação Psiquiátrica Americana, 2002) com o Transtorno do Desenvolvimento Psicológico não especificado (F89) associado a um quadro de Tiques (F.89). Porém, o diagnóstico da psicóloga e da psiquiatra (que os pais procuraram após o primeiro diagnóstico no hospital conforme citado) foi de Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação (299.80), segundo o DSM-IV (2002). Atualmente, denominado pelo DSM-5 (Associação Psiquiátrica Americana, 2014), Transtorno do Espectro Autista, gravidade Nível 1 em padrões de comportamento restritivos e repetitivos (299.0).

Como tratamento sugeriu-se duas sessões semanais, sendo a intervenção associada a controle de seus sentimentos, estimular sua percepção, como consequência influenciar nos seus estudos e relacionamentos interpessoais; manter atenção nas atividades;

estimular coordenação óculo-manual; aumentar seu vocabulário e construção de frases; e outras demandas que surgiram nesse tempo.

Objetivos terapêuticos

Os objetivos foram: controle da ansiedade e raiva, para assim diminuir as estereotipias; aumentar a expressão da comunicação oral; manter a atenção, bem como orientação com as pessoas envolvidas.

Seleção do tratamento adequado

Além das técnicas e instrumentos utilizados na avaliação também se selecionou as seguintes para o melhor desenvolvimento da criança: treino de respiração e relaxamento; resolução de problemas; treino em habilidades sociais; registro diário de pensamentos (via Whatsapp); controle da raiva; reestruturação cognitiva e atividades lúdicas.

Avaliação da eficácia do tratamento

Observou-se que Bernardo consegue controlar seus sentimentos de medo e raiva; controlar estereotipias com relaxamento e respiração; modificou crenças distorcidas, pois hoje se percebe como capaz em “quase tudo” e que “todo mundo é diferente”; mantém-se com olhar fixo por mais tempo numa conversa; amigos querem ir para casa dele para fazer trabalho; é convidado para as festas dos colegas de sua escola com o um todo, como também convidado; compreende os conteúdos explicados em sala de aula e piadas; mantém-se por mais tempo concentrado durante a aula e nas atividades da psicoterapia; e existe uma aceitação dos pais sobre o diagnóstico.

Seguimento

Apresenta a necessidade de continuar na psicoterapia, terapia fonoaudiológica, aulas particulares e monitoria, como também seus pais e a escola serem orientados. Tem-se como objetivo também, preparar os pais para conversar com o menor sobre o Transtorno lidar com os desafios da adolescência.

Outra forma de atuação na abordagem cognitivo-comportamental é no contexto hospitalar conforme segue abaixo.

O uso de estratégias cognitivo comportamentais no preparo cirúrgico

Existem diferentes maneiras de preparo psicológico pré-cirúrgico, tanto no que diz respeito a seus efeitos no estresse e na ansiedade de crianças submetidas a cirurgias eletivas, como, no alívio do estresse de adultos. Em relação às crianças, tem-se que os procedimentos cirúrgicos produzem elevados níveis de ansiedade e estresse, e podem provocar distúrbios psicológicos. A preparação pode reduzir a ansiedade, comportamentos negativos e inadequados no pós-cirúrgico, e ser eficaz para reduzir a ansiedade dos pais. Algumas técnicas são utilizadas para a preparação, tais como: modelação, na qual, a criança é exposta a uma situação na qual passivamente observa outra pessoa agir; outra técnica diz respeito à dessensibilização sistemática, que é uma intervenção terapêutica desenvolvida para eliminar o comportamento de medo e síndromes de evitação, nas quais uma resposta de ansiedade ante um estímulo provocador de medo pode ser eliminada ou debilitada, gerando uma resposta contrária à ansiedade. Nesta técnica, utiliza-se material do hospital, como máscaras, seringas, e bonecos anatômicos. Neste jogo, a criança manuseia o boneco a ser operado, e assim, ela é orientada sobre os procedimentos que serão realizados e desmistifica as ideias errôneas que porventura, possa ter. Por outro lado, os adultos beneficiam-se das informações fornecidas a respeito de seu procedimento.

Hospitalização

A realidade hospitalar é vista como negativa e aversiva, posto que, por se estar internado, algo não está bem, sendo assim, conforme Leitão (1993) toda a hospitalização marca a história de vida da pessoa e é definida conforme o momento em que acontece. Nesta perspectiva, o enfoque dos estudos iniciais neste contexto tendeu a enfatizar os aspectos negativos da situação de hospitalização e os efeitos potencialmente maléficos desta sobre o comportamento, a vida e o desenvolvimento humano. Numa perspectiva atual, enfatiza-se a dimensão educativa e potencializadora do desenvolvimento humano nas situações de crise. (Oliveira, Gabarra, Marcon, Silva e Macchiaverni, 2009).

Em se tratando de crianças tem-se que a infância é uma etapa do desenvolvimento humano, marcada pelas atividades físicas intensas, sendo que estas são necessárias para que a criança possa ir aos poucos conhecendo o ambiente a sua volta e assim, conseqüentemente, crescer saudavelmente e aprimorar seu conhecimento sobre o

mundo. Porém, no decorrer de seu desenvolvimento, as crianças passam também por períodos de doenças, o que muitas vezes pode ser acompanhado de hospitalização. O adoecimento e a hospitalização na infância são eventos não esperados para esta fase do ciclo vital, assim, são considerados como momentos de crise para a família (Oliveira et al., 2009).

Além dos sentimentos de insegurança, medo da morte e desconfiança, surgem problemas familiares. A situação de adoecimento e hospitalização também é referida como momento de crise para as famílias, devido a uma desintegração temporária, e conseqüentemente, podem surgir ou agravar-se problemas conjugais e adoecimento orgânico e/ou psicológico de outros membros da família (Crepaldi, Rabuske e Gabarra, 2006; Doca e Costa Jr, 2007).

Vale salientar, que as conseqüências da hospitalização, em maior ou menor proporção, dependem de diversos fatores, tais como: idade, personalidade da criança, tipo de relação pais-filho, reação dos pais para com a doença, tempo de hospitalização, reincidência de internação, as informações que a criança possui sobre seu estado, diagnóstico médico, representações sociais da doença, estratégias de enfrentamento da situação utilizadas pela criança e pela família.

Procedimento cirúrgico

Os procedimentos cirúrgicos, embora existam com a finalidade de promover a cura ou melhorar a qualidade de vida, remetem os pacientes a um estado conflituoso, adquirem caráter ameaçador, agressivo e invasivo. Desta forma, resistem a tudo que por eles é feito, recusam-se a fazer tudo que lhes dizem e insistem em fazer o que pensam ser melhor.

Conforme Sebastiani (1995), o paciente submetido a procedimento cirúrgico apresenta aspectos psicológicos importantes, principalmente com relação ao medo. Segundo Pinotti e Piori (1975), o paciente é afetado de várias maneiras, porém, embora sempre a realidade seja enriquecida pela imaginação, o medo da cirurgia nunca é totalmente imaginário.

“O ingresso ao hospital para intervenção cirúrgica pode constituir uma experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes. O ambiente hospitalar, a separação dos pais, a dor dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e indução forçada de anestesia são fatores contribuintes” (Mondolfi e Salmen, 1993, p.

55). Esses autores avaliam que as crianças, conforme a idade, reagem à separação dos pais, à hospitalização e à cirurgia, expressando diferentes conteúdos emocionais. Sugerem que se faça uma preparação das crianças para que possam conhecer os procedimentos médicos empregados. Recomendam o emprego de jogos, visitas à área de hospitalização e da cirurgia. As informações às crianças sobre o que irá acontecer devem ser dadas em linguagem simples.

Em se tratando de população pediátrica, Fukuchi et al. (2005) afirmam ser a adenoidectomia (AD) e a amigdalectomia (A) os procedimentos cirúrgicos mais realizados na especialidade otorrinolaringológica, tendo incidência principal nas crianças. A maioria delas terá sua primeira intervenção cirúrgica dentro desta área. Amitay et al. (2006) mencionam que embora sejam cirurgias planejadas, a criança pode experimentar uma ameaça a sua integridade física e até mesmo ocorre o medo da morte durante a cirurgia. Fukuchi et al. (2005) ressaltam que com um programa pré-operatório adequado, estar-se-á diminuindo o nível de ansiedade, a resposta ao stress cirúrgico e possíveis sequelas pós-operatórias.

Preparação psicológica para a cirurgia

Hoje há um consenso em várias áreas das ciências humanas, que têm contato com crianças em via de serem submetidas à intervenção cirúrgica, de que algum tipo de intervenção psicológica se faz necessária (Crepaldi e Hackbarth, 2002; Fincher, Shaw e Ramelet, 2011; Magalhães, Gusman e Grecca, 2010; Paladino, Carvalho e Almeida, 2014; Salmon, 2006; Trinca, 2003; Uman, Chambers, McGrath e Kisely, 2008). Eckenhoff (1959) documentou há mais de 50 anos que traumas psicológicos infantis podem ser decorrentes da cirurgia e da anestesia.

Segundo Borges (1999), técnicas cognitivas como distração, imaginação, paradas de pensamento, hipnose, auto-afirmação positiva, instrução, informação preparatória, ou técnicas comportamentais, como exercícios, reforçamento por contingência, relaxamento, biofeedback, modelação, dessensibilização sistemática, ensaio comportamental e terapia de arte e de jogo, são eficazes para este propósito. Resultados semelhantes são relatados por Tesser e Prebianchi (2013), os quais realizaram um levantamento bibliográfico específico sobre preparação psicológica pré-cirúrgica. Este levantamento identificou 150 artigos, os quais foram organizados e os resultados

evidenciaram que as técnicas e instrumentos utilizados na preparação psicológica dos pacientes são derivadas do método clínico aliado com recursos lúdicos.

Considerações Finais

Destaca-se a necessidade de uma preparação psicológica eficaz, detalhada e em linguagem simples, de acordo com o grau de compreensão e as particularidades de cada pessoa. Os resultados mostram que há significativa redução do nível de estresse e da ansiedade, além do que a preparação reduz o estresse e comportamentos negativos e inadequados no pós-cirúrgico.

É inegável que o trabalho em hospitais é cercado por limitações, visto que o ambiente está sujeito a constantes mudanças, que nem sempre estão sob controle dos profissionais, os quais têm que lidar com imprevistos e situações nem sempre programadas.

Observa-se que a TCC baseia-se na premissa de que a inter-relação entre cognição, emoção e comportamento está implicada no funcionamento do ser humano. Este modelo pode auxiliar as pessoas que vivem com alguma condição de sofrimento ou que se encontram hospitalizadas a reconhecerem os pensamentos e os estados de humor associados a doença, e o como a interpretação desses interferem nas suas ações e desencadeamento de crises.

Referências

- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*- Texto Revisado: DSM-IV-R. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-5. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Amitay, G. B., Kosov, I., Reiss, A., Toren, P., Yoran-Hegesh, R., Kotler, M. y Mozes, T. (2006). Is elective surgery traumatic for children and their parents? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42, 618-624.
- Borges, L. M. (1999). Manejo da dor pediátrica. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Dor: um sentido multidisciplinar* (pp. 265-297). São Paulo: Summus.
- Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M. y Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. Em M.A. Crepaldi, B.M. Linhares y G.B. Perosa (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Crepaldi, M. A. y Hackbarth, I. D. (2002). Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas em Psicologia da SBP*, 10(2), 99-112.
- Doca, F. N. P y Costa Jr, A. L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia*, 17(37), 167-179.
- Eckenhoff, J. E. (1959). Relationship of anesthetic to postoperative personality changes in children. *AJDC*, 86, 587-591.
- Fincher, W., Shaw, J. y Ramelet, A. S. (2011). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 946-955.
- Fukuchi, I., Morato, M. M. M., Rodrigues, R. E. C., Moretti, G., Júnior, M. F. S., Rapoport, P. B. y Fukuchi, M. (2005). Perfil psicológico de crianças submetidas a adenoidectomia e/ou amigdalectomia no pré e pós operatório. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(4), 521-525.
- Leitão, M. S. (1993). *O Psicólogo e o Hospital*. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto.
- Magalhães, F. M., Gusmam, D. P. P. y Grecca, K. R. R. (2010). Preparo psicológico em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca pediátrica. *Revista Brasileira Terapia Cognitiva*, 6(2), 144-166.
- Mondolfi, A. y Salmen, T. (1993). Evaluación preoperatoria del paciente pediátrico. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 56(1), 52-56.
- Oliveira, L. D. B., Gabarra, L. M., Marcon, C., Silva, J. L. C. Y Macchiaverni, J. (2009). A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19(2), 306-312.
- Paladino, C. M., Carvalho, R., Almeida, F. A. (2014). Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 3(48), 423-429.
- Pinotti, H. W. y Priori, J. (1975). Reações Psicológicas do Paciente na Cirurgia do Aparelho Digestivo. Em H.W. Pinotti (Ed.), *Atualização Cirúrgica* (pp. 187-195). São Paulo: Livraria Manole.
- Salmon, K. (2006). Preparing Young Children for Medical Procedures: taking account of memory. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8), 859-861.

- Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J. y Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated Cochrane Review. *Journal of pediatric psychology*, Advance Access published on April 2, 1-13.
- Sebastiani, R. W. (1995). Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. Em V.A.A. Camon (Ed.), *Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática* (2ª ed.) (pp. 29-71). São Paulo: Editora Pioneira.
- Tesser, N. L. y Prebianchi, H. B. (2013, setembro). *Preparação Psicológica de Pacientes Adultos e Infantis para cirurgia: uma Revisão*. Trabalho apresentado em Anais do XVIII Encontro de Iniciação Científica. Campinas. SP, Brasil.
- Trinca, A. M. T. (2003). *A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil: o procedimento de desenhos-estórias como instrumento de intermediação terapêutica*. São Paulo: Vetor.
- Weschler, D. (2002). *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual/ David Wechsler* (3ª Ed.). Adaptação e Padronização de uma amostra brasileira (1ª Ed.). Vera Lúcia Marques de Figueiredo – São Paulo: Casa do Psicólogo.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA A PACIENTES CARDIOPATAS

Vera Baumgarten de Ulysséa Baião*, Camilla Volpato Broering** y Juliana Vieira
Almeida Silva**

**Professora do Centro Universitário Estácio de Sá; **Professoras da Universidade do
Vale do Itajaí- Brasil*

Resumo

Em nossa sociedade, o coração é um órgão mitificado, binário, no qual se atribui a vida ou a morte. Uma estrutura que durante milênios é considerada sede de emoções, fonte de amor, e até centro do intelecto. A partir desse olhar, diante de toda carga atribuída, torna-se difícil o paciente e seus familiares não serem alvos de ansiedade, com grande dificuldade de superar as frustrações do processo de adoecimento, muitas vezes gerando uma hospitalização dificultosa. Aparecem as fantasias, insegurança, medo, sensação de impotência e mudanças no auto-conceito do sujeito. Em grande número de vezes, a sensação de ter adoecido causa uma sensação nada agradável de dependência de familiares e da equipe técnica. A aderência ao tratamento pode ser menos dificultosa quando é possível obter informações objetivas, a psicoeducação, o apoio por parte da família e equipe que lhe oferece atendimento hospitalar. Outras técnicas psicoterápicas que a Terapia Cognitivo-Comportamental pode oferecer a este grupo são reestruturação cognitiva, exame de evidências, construção de explicações alternativas, colocação da situação em perspectiva, descatastrofização, categorização das distorções cognitivas, além das técnicas de solução de problemas, análise de custo e benefício e treino em assertividade.

Palavras-chave: cardiopatia, emoções, terapia cognitivo-comportamental.

LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL APLICARSE A LOS CARDIÓPATAS PACIENTES

Resumen

En nuestra sociedad, el corazón es un órgano par mitificada, que se atribuye a la vida o la muerte. Una estructura de milenios es considerado como el asiento de las emociones,



fuerza de amor, e incluso el centro del intelecto. Desde esa mirada, antes de que toda la carga asignada, se hace difícil para los pacientes y sus familias no son objetivos de la ansiedad, con gran dificultad para superar las frustraciones del proceso de la enfermedad, a menudo generando una hospitalización problemática. Aparecer fantasías, la inseguridad, el miedo, la impotencia y cambios en la auto-concepto del sujeto. En un número de veces, la sensación de haber caído enfermo porque no es una agradable sensación de dependencia de los miembros de la familia y el personal técnico. La adherencia al tratamiento puede ser menos problemático cuando es posible obtener una información objetiva, psicoeducación, el apoyo de la familia y el personal que ofrece atención hospitalaria. Otras técnicas psicoterapéuticas que la terapia cognitivo-conductual puede ofrecer este grupo son la reestructuración cognitiva, práctica de pruebas, la construcción de explicaciones alternativas, poner la situación en perspectiva, descatastrofización, la categorización de las distorsiones cognitivas, además de técnicas de resolución de problemas, el análisis coste-beneficio y la formación en asertividad.

Palabras clave: enfermedad del corazón, las emociones, la terapia cognitivo-conductual.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY APPLIED TO CARDIOPATHIC PATIENTS

Abstract

In our society, the heart is a mythical, binary organ in which life or death is attributed. A structure that for millennia is considered thirst for emotions, source of love, and even the center of the intellect. From this perspective, in the face of all attributed burden, it becomes difficult for the patient and his / her relatives not to be targets of anxiety, with great difficulty to overcome the frustrations of the process of illness, often leading to a difficult hospitalization. Appear fantasies, insecurity, fear, feelings of impotence and changes in the subject's self-concept. In many times, the feeling of having fallen ill causes an unpleasant sensation of dependence of relatives and the technical team. Adherence to treatment may be less difficult when it is possible to obtain objective information, psychoeducation, support from the family and staff that provides hospital care. Other psychotherapeutic techniques that Cognitive-Behavioral Therapy can offer to this group are cognitive restructuring, examination of evidence, construction of



alternative explanations, placement of the situation in perspective, uncatastrophes, categorization of cognitive distortions, besides problem solving techniques, analysis of cost and benefit and assertiveness training.

Key words: cardiopathy, emotions, cognitive-behavioral therapy.

Introdução

O papel do coração como “centro das emoções” é conhecido desde o início da medicina. Hipócrates (460 a 337 a.C.) já dizia que o coração não podia ficar doente, porque seria incompatível com a vida (Lamosa, 1990).

O adoecimento do coração traz consigo uma série de questões simbólicas, pois é um órgão mitificado na nossa cultura. É estrutura única, associada indissolavelmente com a vida, tanto física – considerado o órgão motor do corpo e sede da vida – quanto psíquica – considerado sede das emoções e do caráter do indivíduo. Menciona-se o coração em diversas esferas: nas obras literárias “o coração encerra razões que a própria razão desconhece”, em imagens religiosas “Sagrado Coração de Jesus”, situações de perda e sofrimento “coração partido”, intenção genuína e sincera “de coração”. Enfim, é um tema que perpassa a nossa linguagem a todo momento, sempre com a conotação de ser algo vital para a nossa permanência em vida (Oliveira e Luz, 1992; Ragozini et al, 2005).

De acordo com Romano (2002), as afecções cardíacas exercem um forte impacto sobre os sentimentos e comportamentos humanos. E embora as novas tecnologias tenham apresentado grandes avanços nos problemas cardíacos, as fantasias e pressupostos a respeito do órgão não se perdem.

Método

A proposta do presente capítulo é uma análise crítica da literatura acerca do tema apresentado. Para tanto, utilizou-se o método da pesquisa bibliográfica, que tem como finalidade colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu e registrou a respeito do tema de pesquisa. Permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquelas em que se poderia pesquisar de forma direta. Esta vantagem é particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos (Lakatos e Marconi, 2003).



Resultados e Discussão

RELAÇÃO ENTRE EMOÇÕES E CORAÇÃO

Toda emoção tem quatro componentes – afetivos, cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Assim, sabe-se que toda emoção implica em alguma modificação fisiológica, em maior ou menor grau, sendo ou não percebida pela pessoa que está a experienciando. Elas integram o sistema neuro-anátomo-fisiológico, que regula o comportamento diante das mudanças situacionais (Gallo e Matthees, 2003).

Há duas dimensões estudadas: a intensidade (força) e a frequência – a porcentagem de tempo em que a emoção avaliada predomina sobre as demais. Há grande variabilidade de expressão de emoção nas pessoas (Kubzansky e Kawachi, 2000). Especialmente as emoções negativas são alvo de atenção, entre elas, as que se destacam em cardiopatia são a ansiedade, raiva e angústia (Quintana e Kalil, 2012). Tanto a expressão exagerada quanto à inibição têm consequências para a saúde. A inibição, em especial, demanda esforço psicológico, que com o tempo, acarreta estresse cumulativo.

No aspecto fisiológico, as emoções negativas acarretam uma ativação excessiva do sistema nervoso autônomo simpático, que especificamente no coração, afeta a estabilidade elétrica deste, que com o tempo pode desencadear arritmias. Segundo Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999), estas têm a seguinte causa: 1) instabilidade elétrica miocárdica, devido a uma doença cardíaca prévia; 2) evento desencadeador agudo, relacionado com estresse emocional e 3) estresse crônico intenso. E se sabe também que a ativação fisiológica relaciona-se com o surgimento da hipertensão (Kubzansky e Kawachi, 2000).

Além do mais, emoções negativas também contribuem para problemas cardíacos de maneira indireta: as pessoas tendem a ser mais sedentárias, fumam, bebem e não têm tanto suporte social.

SENTIMENTOS COMUNS DE UM PACIENTE CARDIOPATA

Quando um órgão tão cheio de simbolismos, que associamos tão diretamente às emoções adoece, o paciente se vê diante de uma grande ameaça à vida, à integridade do corpo, à saúde e qualidade de vida (Ebaid e Andreis, 1990).

Existe um impacto no conceito que fazem deles mesmos, a sua onipotência em relação ao mundo fica discutida. Sua auto-estima e integridade ficam alterados. O momento é diferenciado em suas vidas, em que aparece uma constante tentativa de equilíbrio entre a potência e a impotência, com desestabilização emocional (Romano, 2002). Pelo menos em um momento, ela se vê ente a vida e a morte, e essa é uma experiência única, qualitativamente diferente de qualquer outra doença descoberta. O paciente se sente passivo, deixando de ser um “sujeito de Intenções” para ser um “sujeito de atenções” (Botega, 2006).

No começo, quando se descobre um problema no coração, há uma mágica tentativa de cura inicial, com uma esperança grande de que tudo irá se reverter. É comum se procurar por mais profissionais e clínicas, como uma tentativa de negação da cronicidade ou existência do problema físico. Ele ainda não se vê espelhado na atual realidade. Fica sem saber como atuar, pois as estratégias que contava já não se adaptam mais às novas circunstâncias.

Depois, de tanto ouvir os profissionais, inicia o processo de aceitação. É algo doloroso, em que se confronta com a própria fragilidade e vulnerabilidade frente à vida. Nesse momento é que ele assimila a doença como fazendo parte da sua identidade. A família do paciente também passa pelo mesmo processo, e em alguns casos, aparecem os ganhos secundários.

Por último, é feita uma revisão biográfica, sustentando a arte de viver, apesar de sua patologia (Ongaro, 2002).

TÉCNICAS PSICOTERÁPICAS POSSÍVEIS

De acordo com Beck (2013), a terapia cognitivo-comportamental parte do pressuposto de que as emoções e os comportamentos vêm a partir do que se entende sobre a realidade em que se vive. Esse entendimento, não reflexivo nem organizado, chama-se processamento cognitivo. Nele, temos a crença central, normalmente desconhecida para o paciente, são ideias gerais, globais, rígidas e generalizadas para as situações que a pessoa vivencia no dia-a-dia. Existe também a crença intermediária, que se baseia na crença central e originam regras, pressupostos e suposições sobre os eventos corriqueiros. Esses dois processos dão espaço para o surgimento dos pensamentos automáticos, que são fluxos de pensamentos que brotam em nossas mentes

sem que haja nenhuma reflexão ou deliberação, acerca das pequenas experiências do cotidiano.

De uma forma geral, o terapeuta tem o papel de fazer com que o paciente consiga evocar estes pensamentos, para que consiga checar a veracidade deles. O terapeuta busca ensinar o paciente a fazer a reestruturação cognitiva para que ele mesmo seja capaz de produzir conclusões mais precisas e equilibradas do que as formas habituais que até então fazia uso (Caminha et al., 2003).

O exame de evidências tem o objetivo de pesar os fatos disponíveis pró e contra o seu pensamento, e buscar interpretações alternativas, mais adequadas à realidade. Parte-se do pressuposto que o paciente está minimizando ou superdimensionando dados disponíveis a respeito do que é um problema cardíaco. Comumente o olhar é bem mais catastrófico do que realmente é ter um problema a ser tratado no coração. Percebe-se que o sujeito fica seletivamente buscando informações que confirmem sua conclusão de que sua situação de saúde é mais perigosa do que a realidade confirma, e isso precisa ser readaptado (Knapp, 2004).

Segundo Barlow (2009), adescatastrofização é uma técnica muito comumente utilizada com esse público, pois eles reagem como se o problema cardíaco fosse ter um impacto devastador sobre suas vidas. O perigo é muito mais dimensionado do que seria necessário e o terapeuta deve levar o paciente a reavaliar as distorções exageradas e trágicas.

É necessário paciência e perseverança do terapeuta para levar o paciente a questionar se há explicações alternativas para a situação que está sendo examinada, se há outras hipóteses para o fato.

A categorização das distorções cognitivas implica em o paciente se perceber encaixado em um modo de funcionamento não coerente à realidade. De acordo com Leahy (2006), existem vários tipos de distorções cognitivas e se sabe que, ao se identificar numa delas, com o nome que ela tem, produz um impacto de enfraquecer essas distorções. Ele fica mais atento ao se auto-observar e faz isso no seu cotidiano (podendo usar ou não a planilha de automonitoramento).

É interessante colocar a situação em que ele está vivendo em perspectiva, ou seja, se estivesse acontecendo com outra pessoa, o entendimento seria o mesmo? Pode-se, inclusive, usar de alguns modelos sociais que passaram por situações semelhantes para que ele possa tentar enxergar sua condição de uma forma mais realista (Knapp, 2004).

A psicoeducação é bastante útil e consiste em informações ao paciente que abrangem etiologia, funcionamento, tratamento e prognóstico da doença, oferecendo dados da literatura sobre o que está acontecendo com seu corpo. O uso de imagens do coração é indicado para uma melhor compreensão do funcionamento da órgão, bem como de como se dá a doença. É uma técnica também indicada aos familiares. Com ela, o paciente adere melhor ao tratamento sem catastrofizar. Auxilia no tratamento porque se sente ativo no processo de melhora (Barlow, 2009).

Outras técnicas possíveis são a Solução de Problemas, em que se tornam disponíveis uma variedade de respostas efetivas para lidar com uma situação problemática, com ajuda para a efetivação. Neste caso, busca-se identificar, gerar soluções possíveis, avaliar as consequências, escolher e colocar em prática ações que diminuiriam situações provocadoras de estresse (Caballo, 2003).

A assertividade também é sugerida, pois muitas das emoções negativas vêm do fato de o indivíduo não ter uma boa habilidade social. Aqui são debatidas e discutidas questões sobre como lidar com seus direitos humanos básicos, assim como o direito dos outros (Caballo, 2003). Também como fazer afirmações e solicitações legítimas, para que o desempenho social seja mais preditor de reforços que levam à satisfação do que de punições que levam ao estresse.

Em última análise, já é conhecida a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental para diversos problemas psicológicos, como depressão e ansiedade, por exemplo. Seguramente, algumas técnicas são muito bem vindas e apropriadas para o paciente cardiopata, que se depara com sentimentos tão intensos e desestabilizantes.

Referências

- Barlow, D. H. (2009). *Manual clínico dos transtornos psicológicos – tratamento passo a passo*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J. (2006). Reação à doença e à hospitalização. Em N. J. Botega (Ed.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 49-66). Porto Alegre: Artmed.
- Caballo, V. (2003). *Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais*. São Paulo: Editora Santos.



- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M. y Picolloto, N. (2003). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ebaid, C., e Andreis, M. (1990). A intervenção dos psicólogos junto à pacientes cardiopatas. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 55(2), 133-135.
- Gallo, L. C., e Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10–51.
- Knapp, P. (Org.). (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kubzansky, L. D., e Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 323-337
- Lakatos, E.M. & Marconi, N.A. *Fundamentos da metodologia científica*. 5.Ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- Lamosa, W. (1990). *Psicologia aplicada à cardiologia*. São Paulo: Fundo Editorial Byk.
- Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. Porto Alegre: ArtMed.
- Oliveira, M. F. P. y Luz, P. L. (1992). O impacto da cirúrgica cardíaca. Em J. Mello (Ed.), *Psicossomática hoje* (pp. 253-257). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Ongaro, S. (2002). O doente coronariano e seus dinamismos psíquicos. Em E. W. B. Romano (Org.), *A prática da psicologia nos hospitais* (pp. 55-66). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Quintana, J. F., Kalil, R. A. K. (2012). Cirurgia Cardíaca: Manifestações Psicológicas do Paciente no Pré e Pós-Operatório. *Revista Psicologia Hospitalar*, 10(2), 16-32.
- Ragozini, C. A. et al. (2005). A atuação da psicologia clínica hospitalar em cardiologia. Em S. M. C. Ismael (Org.), *A prática psicológica e sua interface com as doenças* (pp. 124). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Romano, B. W. (2002). Por que considerar os aspectos psicológicos na cirurgia de revascularização do miocárdio. Em E. W. B. Romano (Org.), *A prática da psicologia nos hospitais* (pp. 55-66). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Rozanski, A, Blumenthal, J. A., Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192–2217.

EFFECTOS DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PERSONAS AFECTADAS DE PSICOSIS: ESTUDIO DE CASOS

Rafael Romero-Gamero*, **Silvia Poves-Oñate**** y **Nicolás Vucinovich*****

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla; **Hospital Virgen de la Merced de Osuna (Sevilla); *Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla*

Resumen

Antecedentes: La Activación Conductual (AC) ha mostrado eficacia en el tratamiento de la depresión y en otros trastornos (ansiedad, pacientes oncológicos, etc.) pero su uso en los trastornos psicóticos es aún escaso. Método: En el presente artículo se expone la aplicación de la AC en dos personas con un diagnóstico de trastorno psicótico y que cumplían criterios de episodio depresivo. Resultados: En ambos casos se ha producido una mejoría significativa en las diversas variables evaluadas, dejando de cumplir criterios de episodio depresivo y un descenso destacado en la sintomatología psicótica así como en la sintomatología general. En uno de los casos se produjo un aumento destacado de los niveles del reforzamiento positivo percibido. En el segundo caso se observó una disminución marcada en la discapacidad percibida, además se detecta un incremento del apoyo social y un descenso significativo en el nivel de estrés percibido. En ambos casos los resultados se mantienen en el seguimiento. Conclusiones: El enfoque de AC se muestra como opción válida en pacientes con trastornos mentales graves. Estudios futuros deberían confirmar estos datos.

Palabras clave: activación conductual; depresión; psicosis; discapacidad.

EFFECTS OF THE BEHAVIORAL ACTIVATION IN PSYCHOTIC DISORDERS: A STUDY OF CASES

Abstract

Introduction: Behavioral activation (BA) has shown effectiveness on depression treatment and other disorders (anxiety, cancer patients, etc.) but it is little used in psychotic disorders until now. Method: The present report sets out the application of BA in two cases of psychotic disorder and met criteria for depressive episode. Results: In



both cases there has been a significant improvement in the various variables evaluated, failing to meet criteria for depressive episode and a marked decrease in the psychotic symptomatology as well as in general symptomatology. In one case there was a marked increase of positive reinforcement. In the second case, there was a marked decrease on perceived disability and also it was detected an increase of social support and a significant decrease in the level of perceived stress. In both cases the results are maintained at follow-up. Conclusions: The AC approach is shown as a valid option in patients with severe mental disorders. Future studies should confirm this data.

Keywords: Behavioral activation; depression; psychosis; disability.

Introducción

Los resultados de los estudios sobre los componentes eficaces de la Terapia Cognitivo-Conductual indican que el componente conductual es equivalente al tratamiento completo (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996). Estudios posteriores indican una eficacia semejante entre el componente conductual y el tratamiento farmacológico en depresión grave y superior a la Terapia Cognitiva (TC). En el seguimiento se observan resultados equivalentes entre el componente conductual y TC en recaídas. (Dobson et al., 2008). Esto ha revitalizado el enfoque conductual desarrollándose la Terapia de Activación Conductual (AC) (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001; Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010). Este nuevo enfoque se caracteriza (Pérez, 2006) por:

- Destacar el papel del contexto.
- Priorizar el contacto con actividades que puedan ser reforzadas en su contexto.
- En modificar el ambiente.
- Centrarse en reducir la evitación conductual.
- Destacar el ámbito contextual e idiográfico.
- Enfatizar las contingencias naturales de reforzamiento.

Existe una fructífera investigación sobre su eficacia. Por ejemplo, ha mostrado gran efectividad en la depresión mayor (Coffman, Martell, Dimidjian, Gallop y Hollon, 2007; Hunnicutt-Ferguson, Hoxha y Gollan, 2012) y distimia (Barraca, 2014), respecto a intervenciones farmacológicas (Dobson et al., 2008) como psicológicas (Mazzucchelli, Kane y Rees, 2009), en trastorno de personalidad límite (Hopko,



Sánchez, Hopko, Dvir y Lejuez, 2003), o en pacientes oncológicos (Fernández et al., 2011; Fernández-Rodríguez, Villoria-Fernández, Fernández-García y González-Fernández, 2014). Sin embargo sigue siendo escasa su aplicación en la psicosis (Fernández, Fombellida y Montero, 2014; Mairs, Lovell, Keeley y Campbell, 2011; Romero, Poves y Vucinovich, 2011; Romero, Poves y Vucinovich, 2015).

Debemos de resaltar que padecer psicosis conlleva cambios difíciles: Un tratamiento estricto y continuado, limitaciones funcionales significativas con abandono de la actividad laboral, en su vida familiar y social. La psicopatología predispone a la evitación y abandono de actividades. Esto puede desencadenar un estado depresivo de diversa intensidad con elevado riesgo de suicidio. Un abordaje, como AC, que disminuya la evitación y facilite el contacto con fuentes valiosas puede suponer una herramienta enriquecedora para abordar la psicosis. A continuación exponemos su aplicación en dos casos.

CASO I

Método

Hombre, 45 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde 1995. Derivado a la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) para tratar sus afectaciones funcionales. Actualmente sin sintomatología delirante-alucinatoria. Sin embargo, presenta un cuadro depresivo de un año de duración. El desencadenante se relacionaba con el empeoramiento físico de la madre. El paciente intentaba pasar más tiempo con ella y paulatinamente fue abandonando actividades gratificantes. Al iniciar el tratamiento cumple criterios según DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) de Episodio Depresivo moderado.

Instrumentos:

- Para la sintomatología depresiva: La Escala de Depresión de Calgary (Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS) Addington, Addington y Schissel, 1990).
- Para la sintomatología psicótica, PANSS: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (The Positive and Negative Síndrome Scale (Kay, Fiszbein y Opler, 1987).
- Para el reforzamiento del contexto: EROS (Environmental Reward Observation Scale de Armento y Hopko, 2007)



Intervención:

Consistió en 10 semanas con un total de 20 sesiones. Las dos primeras semanas se dedicó al establecimiento de la alianza terapéutica, estudio psicométrico inicial, presentación del enfoque y a consensuar los objetivos y selección de actividades. Las ocho semanas restantes consistieron en el moldeamiento de las actividades. En la selección de actividades se primó las que eran reforzantes y había dejado de ejecutar y se añaden actividades ofrecidas por la URSM y que consideraba valiosas para superar la depresión. El seguimiento fue a las diez semanas. El paciente no recibió cambios en su medicación durante la terapia.

Resultados

En CDSS al inicio presentaba 13 puntos. Tras la intervención puntúa con 4 puntos, inferior a 5 puntos establecido para indicar síndrome depresivo. En el seguimiento sigue asintomático (3 puntos). En la PANSS al concluir el tratamiento se observa una disminución de 20 puntos en el resultado global (de 70 a 50 puntos). Con una significativa disminución de la psicopatología general (un total 13 puntos). En los síntomas psicóticos se detectan mejoría en los de tipo positivo (2 puntos) y negativo (4 puntos). En el seguimiento se detecta un descenso en la puntuación global de 7 puntos (de 50 a 43 puntos), con disminuciones de 2 puntos en la sintomatología negativa (de 17 a 15 puntos), y de 1 punto en sintomatología positiva. En psicopatología general disminuye en 4 puntos (de 24 a 20 puntos). En la EROS la valoración inicial fue de 17 puntos, produciéndose al final de la intervención (25 puntos) un incremento significativo del carácter reforzante del ambiente para el paciente y manteniéndose posteriormente (24 puntos).

CASO II**Método**

Mujer de 36 años. Sindicalista que al cambiar la directiva de la empresa comienza a referir desplantes y reacciones vejatorias por los superiores. Inicia retraimiento social e irritabilidad que incrementa los problemas de pareja previos que concluye en separación. Se le diagnostica de trastorno adaptativo y recibe medicación antidepresiva con mejoría parcial. Pero a los pocos meses comienza con un cuadro de ánimo

expansivo, actividad incrementada, pensamiento acelerado, gran suspicacia, ideación delirante de perjuicio y persecutoria intercalados con periodos depresivos. Tras tratamiento farmacológico y psicoterapia mejoran los síntomas psicóticos pero mantiene sintomatología depresiva grave. Es diagnosticada de Episodio depresivo mayor y Trastorno psicótico no especificado según DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002). Se plantea psicoterapia para tratar la sintomatología y sus limitaciones funcionales.

Instrumentos:

- Para la sintomatología depresiva: Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961).
- Para la sintomatología psicótica; PANSS: Escala de Síndrome Positivo y Negativo (The Positive and Negative Síndrome Scale (Kay, Fiszbein y Opler, 1987).
- Para la discapacidad percibida: Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI: Sheehan Disability Inventory) (Sheehan, Hamett-Sheehan y Raj, 1996).

Intervención:

14 sesiones semanales de una hora de duración. Las 2 primeras sesiones se centraron en la valoración del caso, estudio psicométrico inicial, análisis funcional, establecimiento de objetivos y presentación del tratamiento. Las 12 sesiones restantes consistieron en la ejecución del tratamiento. Junto a la programación de actividades se utilizó el trabajo sobre la funcionalidad de la rumia cognitiva así como sobre las conductas de evitación como postergar la toma de decisiones o pasar mucho tiempo en la cama. Se le entrenó en técnicas de mindfulness (Segal, Williams y Teasdale, 2002) y pautas para mayor asertividad. Finalmente se realiza un seguimiento a las 16 semanas, con citas quincenales. No recibió cambios de medicación durante el tratamiento psicológico.

Resultados

La puntuación inicial de 36 puntos indicaba una depresiva grave. Tras la intervención pasó a un nivel de depresión leve, 12 puntos. Tras el seguimiento, la puntuación de 8 indicaba ausencia de depresión. En la PANSS se observa descensos en todas las esferas manteniéndose en el seguimiento. En puntuación total existe un claro

descenso en la sintomatología total con una disminución al final de la terapia en 26 puntos (de 61 a 35 puntos). Es de destacar el descenso tanto en sintomatología negativa (de 16 a 9 puntos) como en la general (36 a 19 puntos). Se observa un descenso significativo de discapacidad percibida pasando de una puntuación de una marcada afectación tanto en el área social (8 puntos) como familiar (8 puntos) a niveles leves (3 y 2 puntos respectivamente). En el área laboral, se ha pasado de una extrema afectación (9 puntos) a un nivel moderado (5 puntos). En estrés percibido un descenso muy destacado, desde niveles marcados (8 puntos) a un nivel leve (3 puntos). En el seguimiento se observa una ausencia completa de discapacidad en el área familiar. En la esfera social los resultados indican que se mantienen los niveles obtenidos al concluir el tratamiento. La afectación laboral ha disminuido a un nivel leve (3 puntos). Los datos obtenidos respecto al estrés percibido muestran que se incrementa la mejora alcanzada (de 3 a 2 puntos). Finalmente en el nivel de apoyo social se ha pasado de un 20% a un 60%, es decir, de un apoyo escaso a uno moderado. En el seguimiento la puntuación del 70% demuestra un de apoyo social considerable.

Conclusiones

En ambos casos han presentado un elevado nivel de motivación. El carácter colaborador y de resolución activa por parte de AC ha sido valorado muy positivamente. Destacan el rol activo y de control sobre el tratamiento en comparación a experiencias previas donde vivían el tratamiento impuesto y como receptores pasivos de las intervenciones.

Los resultados han indicado que tras la intervención: no cumplen criterios de depresión, mejoría en sintomatología de tipo psicótica y general, disminución de la afectación funcional, mayor carácter reforzante del contexto, gran apoyo social subjetivo y gran descenso en estrés percibido.

Estos datos refuerzan un cambio desde una visión biomédica a otra de tipo contextual. Supone cuestionar las clasificaciones psiquiátricas, basadas en la descripción de síntomas sin atender a su funcionalidad, que defienden un modelo centrado en un supuesto déficit en la persona. La alternativa estaría en un modelo contextual (Pérez-Álvarez, 2007) que ayuda a la persona a comprender su problema en relación a sus circunstancias vitales así como a sus actos ante ellas convirtiéndole en un

agente activo de cambio (Barraca y Pérez-Álvarez, 2015; González y Pérez-Álvarez, 2007) e interesado en resaltar las capacidades personales.

La mejoría en síntomas psicóticos nos indica que los mismos procesos pueden estar implicados en el origen y en el mantenimiento tanto de la depresión como de la psicosis, concretamente, la pérdida de refuerzo positivo y el evitar ciertas experiencias. Queda por definir el papel de la terapia de Activación Conductual como abordaje psicosocial de los trastornos mentales graves, así como su eficacia comparada con otras terapias psicológicas. Esperamos que futuros estudios nos ayuden a resolver estas cuestiones.

Referencias

- Addington, D. Addington, J., y Schissel B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3, 247-251.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Armento, M. E. A., y Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, 38, 107-119.
- Barraca, J. (2014, Mayo). *Aplicación de la Activación Conductual (AC) en un paciente con Distimia*. Comunicación presentada en el Simposio Invitado "Casos clínicos abordados con terapias de tercera generación" en el X Congreso Nacional de Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos. Granada.
- Barraca, J. y Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación Conductual: Para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Editorial Síntesis.
- 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.
- Coffman, S. J., Martell, C. R., Dimidjian, S., Gallop, R., y Hollon, S. D. (2007). Extreme nonresponse in cognitive therapy: Can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 531-541.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmeling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of Behavioral Activation, Cognitive

- Therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Dobson, K., Hollon, S., Dimidjian, S., Schmalzing, K., Kohlenberg, R., Gallop, R., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477.
- Fernández, L. C., Fombellida, C., y Montero, C. (2014). Terapia de activación conductual para síntomas negativos de la esquizofrenia: a propósito de un caso. *Norte de Salud Mental*, 12(49), 76-81.
- Fernández-Rodríguez, C., Villoria-Fernández, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J. M., Fernández, R., et al. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 27(2), 278-291.
- Fernández-Rodríguez, C., Villoria-Fernández, E., Fernández-García, P., y González-Fernández, S. (2014). Efectos de la activación conductual en la calidad de vida y estado emocional de los pacientes con cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 11(2-3), 199-215.
- González, H. y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Hopko, D., Sanchez, L., Hopko, S., Dvir, S., y Lejuez, C. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17, 460-478.
- Hunnicuttt-Ferguson, K., Hoxha, D., y Gollan, J. (2012). Exploring sudden gains in behavioral activation therapy for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 223-230.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., y Hopko, S. D. (2001). A brief Behavioral Activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 225-286.

- Mairs, H., Lovell, K., Keeley, P. y Campbell, M. (2011). Development and Pilot Investigation of Behavioral Activation for Negative Symptoms. *Behavior Modification*, 35(5), 486-506.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. New York: Guilford.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., y Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 387-411.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5, 159-172.
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110.
- Romero, R., Poves, S., y Vucinovich, N. (2011). Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37, 65-75.
- Romero, R., Poves, S., y Vucinovich, N. (2015). Efectos de la activación conductual sobre la sintomatología depresiva, la sintomatología psicótica y el nivel de discapacidad percibida: a propósito de un caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41(163-164), 59-73.
- Sheehan, D. V., Hamett-Sheehan, K., y Raj, B. A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(3), 89-95.
- Segal, V. Z., Williams, M. G., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. A new approach to preventive relapse*. New York: Guilford Press.

PSICOPROFILAXIA NO CUIDADO MATERNO**Cynthia Boscovich***Psicóloga clínica/psicanalista,**Sociedade brasileira de psicanálise winnicottiana (São Paulo)***Resumo**

O presente trabalho, mostra a importância do suporte emocional à mãe durante a gestação, para que ela possa prestar com serenidade e de maneira espontânea os cuidados com o seu bebê e com isso favorecer a saúde psíquica dele. Sabe-se que a pessoa mais capacitada para prestar os cuidados que o bebê necessita é a mãe (ou quem a substitua), porém a mesma necessita de equilíbrio emocional e tranquilidade para desempenhar a função materna. Por meio da descrição clínica, embasada nos pressupostos de D. W. Winnicott, denota-se que a orientação durante a gestação, em relação aos cuidados, incluindo orientações sobre o manejo com o bebê, considerando os aspectos individuais da mãe e o que ela conhece intuitivamente sobre tais cuidados, além do acolhimento da mesma pelo psicólogo, são capazes de promover um ambiente facilitador, onde a mãe, através da identificação com o lactente é capaz de reconhecer e atender na medida às necessidades dele, facilitando assim um processo de amadurecimento inato, que pertence ao bebê. O bebê para se desenvolver psiquicamente saudável, necessita de um ambiente suficientemente bom, que atenda às suas necessidades. Todo indivíduo humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento, e sua ênfase está nos estágios iniciais de vida, onde estão sendo constituídas as bases da personalidade e da saúde psíquica. O modelo de atendimento, promove também na gestante, a diminuição da ansiedade, benéfica inclusive para o momento do parto.

Palavras chaves: Relação mãe-bebê, pré-natal psicológico, maternidade, psicoprofilaxia.

PSYCHOPROPHYLAXIS IN MATERNAL CARE

Abstract

The present work shows the importance of emotional support to the mother during pregnancy, so that she can serenely and spontaneously provide care for her newborn baby and thereby favor his psychic health. It is known that the person most capable of providing the care that the baby needs is the mother (or whoever replaces her), but she needs emotional balance, tranquility and support to perform the maternal function. Through the clinical description, based on the assumptions of D.W. Winnicott, it is pointed out that gyration guidance in relation to care, including guidance on the management with the baby, considering the individual aspects of the mother and what she knows intuitively about such care, as well as the psychologist's acceptance of it, are capable of promoting a facilitating environment in which the mother, through identification with the infant, is capable of recognizing and attending to the needs of the infant, thus facilitating the process of innate maturation, which belongs To the baby. The baby to develop physically and psychically healthy, needs a good environment that meets their needs. The human individual is born with an innate tendency towards maturation, and the emphasis of this work is focused on early stages of life, where the foundations of personality and psychic health are being formed. The care model also promotes the reduction of anxiety in pregnant women, which is beneficial even at the time of delivery.

Keyboards: Mother-baby relationship, psychological prenatal, maternity, psychoprophylaxis.

PSICOPROFILAXIA EN LA ATENCIÓN MATERNAL

Resumen

El presente trabajo, tiene como objetivo mostrar la importancia del soporte emocional a la madre durante la gestacion. Para que ella pueda prestar con serenidad y de manera espontánea, los cuidados a su bebé recién nacido y con esto favorecer la salud psiquica del mismo. Se conoce que la persona mas capacitada para prestar los cuidados que un



bebé necesita es la madre (o quien la sustituya) en este caso, esta persona también necesita equilibrio emocional, tranquilidad y soporte para desempeñar esa función materna. Por medio de la descripción clínica, basado en los supuestos de D.W. Winnicott, se denota que la orientación durante la gestación, en relación a los cuidados, incluyendo orientaciones sobre el manejo del bebé considerando los aspectos individuales de la madre, y lo que ella conoce intuitivamente sobre esos cuidados, aparte del acogimiento de la misma por el psicólogo, son capaces de promover un ambiente facilitador, donde la madre, a través de la identificación con el lactante, es capaz de reconocer y atender en la medida las necesidades del mismo, facilitando de esta manera el proceso de madurez innato, que pertenece al bebé. El bebé, para desenvolverse saludablemente física y psíquicamente, necesita de un ambiente lo suficientemente bueno, que atienda sus necesidades. El individuo humano nace con una tendencia innata a la madurez, y el énfasis de ese trabajo está enfocado en las etapas iniciales de la vida, donde se están constituyendo las bases de la personalidad y salud psíquica. El modelo de atendimento, promueve en la gestante, la disminución de la ansiedad, beneficiando inclusive al momento del parto.

Palabras clave: Relación madre-bebé, pre-natalpsicológico, maternidad, psicoprofilaxia.

Introdução

Segundo Donald Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, o ser humano nasce com uma tendência inata ao amadurecimento. Começa a amadurecer desde antes de seu nascimento e só finaliza com a sua morte.

A mãe (se for suficientemente boa) vivenciará uma adaptação absoluta com o seu bebê recém-nascido, que depende absolutamente dela para sobreviver. Com o tempo, essa adaptação vai se tornando relativa às necessidades dele, que rumo à independência no seu processo de amadurecimento pessoal, conforme explica Dias (2003).

Winnicott (1968) diz que é nesses primeiros estágios de comunicação entre o bebê e a mãe, que esta última está assentando as bases da futura saúde mental do bebê.

De acordo com a teoria de Winnicott, para que o bebê se desenvolva física e psíquicamente saudável, é necessário um ambiente facilitador, onde a mãe através dos cuidados que desempenhará a ele, que inicialmente são físicos, facilitará um processo

que pertence ao bebê. Segundo ele, o ambiente facilitador no início é a mãe suficientemente boa:

Este termo é utilizado na descrição da dependência que pertence à primeiríssima infância. A implicação é que a saúde mental tem de se fundar, em todos os casos, na mãe, que, na saúde atende às necessidades que o seu bebê tem de minuto a minuto. O que o bebê precisa, e necessita de modo absoluto, não é algum tipo de perfeição de maternagem, mas uma adaptação suficientemente boa, aquela que faz parte de uma relação em que a mãe temporariamente se identifica com o seu bebê. (Winnicott, 1994)

A gestante, ao longo dos nove meses de gestação, vive uma realidade especial onde o seu centro é o bebê que está em seu ventre, e se prepara para recebê-lo. Se houver saúde, após o parto, ela é capaz de regredir naturalmente para se adaptar às necessidades do bebê, que se encontra no estágio de dependência absoluta ao nascer.

No que se refere à adaptação da mãe às necessidades do bebê, Winnicott (1968) nos diz: “Trata-se de um assunto extremamente complexo e difícil de colocar em palavras, e de fato a adaptação às necessidades do bebê só pode ser bemfeita, ou suficientemente bem feita, pela mãe que, temporariamente, se dedica por completo aos cuidados para com o seu bebê”.

Todo os cuidados iniciais prestados ao bebê giram em torno do segurar. E sobre a maneira de segurar os bebês, Winnicott nos fala:

Os cuidados com as crianças giram em torno do termo “segurar”. [...] no início, é o ato físico de segurar a estrutura física do bebê que vai resultar em circunstâncias satisfatórias ou desfavoráveis em termos psicológicos. Segurar e manipular bem uma criança facilita os processos de maturação, e segurá-la mal significa uma incessante interrupção desses processos, devido às reações do bebê às quebras de adaptação. [...] A maioria dos bebês tem a sorte de serem bem segurados na maior parte do tempo. A partir daí eles adquirem confiança em um ambiente amigável, mas o que é ainda mais importante: por terem sido segurados suficientemente bem, tornam-se capazes de atravessar bem todas as fases de seu desenvolvimento emocional muito rápido. A base da personalidade estará sendo bem assentada se o bebê for segurado de uma forma satisfatória. Os bebês não se recordam de que as pessoas os seguravam bem – no entanto, lembram-se da experiência traumatizante de não terem sido segurados de maneira adequada. (Winnicott, 1988)

Béziers e Hunsinger, fisioterapeutas francesas, nos falam a respeito da importância do movimento e do quanto os pais necessitam se informar a respeito da coordenação motora do bebê, para que possam também favorecer o seu desenvolvimento físico e psíquico:

O bebê possui toda a base daquilo que chamamos coordenação motora [...] Os cuidados físicos, fornecidos pela mãe e o conhecimento do desenvolvimento da coordenação motora, podem favorecer a saúde física da criança, se a mesma souber a respeito

Descobrir a coordenação motora trará uma outra dimensão ao conhecimento da criança, fazendo com que os pais participem desse aspecto de seu desenvolvimento, que, é claro, não é exclusivamente motor. Tudo acontece simultaneamente na criança. Queremos dizer com isso que, através dos movimentos, ela percebe as diferentes sensações: motoras, orgânicas, sensoriais, afetivas, etc. Desse modo, quando tiver percebido o movimento como um todo, e quando for capaz de reproduzi-lo voluntariamente, a criança reviverá as sensações que experimentou e que percebeu anteriormente. (1994)

Considerando os pressupostos teóricos de Winnicott e o desenvolvimento da coordenação motora proposto por Bézier e Hunsinger, desenvolvi um modelo de atendimento, onde o objetivo é fortalecer emocionalmente a gestante através do acolhimento de suas angústias e dúvidas e também o fornecimento de informações e orientações sobre o manejo e formas de segurar o bebê, para que ela possa proporcionar uma maternagem suficientemente boa a ele, favorecendo assim a sua saúde física e psíquica.

O trabalho de orientação é realizado com gestantes, por volta do sétimo mês de gestação, podendo contar ou não com a presença do pai. Contudo, as condições emocionais da mãe devem ser avaliadas anteriormente para que essas orientações possam atender aos objetivos propostos.

Winnicott (1988) esclarece que a mãe imatura ou doente precisa de ajuda, apoio e encorajamento, mas em condições normais de saúde a mãe precisa somente de orientação. Se a gestante estiver segura e emocionalmente saudável, o trabalho poderá ser realizado em um atendimento único, com duas horas de duração, com a participação optativa do pai da criança (ou quem o substitua nessa função). Após o nascimento da criança, caso haja necessidade, poderá também contar com suporte emocional em

relação ao manejo com o bebê, que se encontra no estágio de dependência e se houver indicação, poderá ser encaminhada posteriormente para o atendimento clínico psicoterapêutico. Se a mesma estiver muito insegura ou emocionalmente doente, é recomendado um acompanhamento psicológico anterior. Após isso, haverá uma nova avaliação da mesma e caso ela esteja em condições, pode-se recomendar receber as orientações para a chegada do bebê, com a presença ou não do pai da criança, e posteriormente também poderá contar com suporte no período pós-parto e a continuidade da psicoterapia, caso seja necessário. Ao longo de minha vida profissional, atendendo mães e gestantes, pude constatar nelas uma certa angústia, sobre como filtrar o excesso de informações obtidas nas mais diversas fontes, como por exemplos revistas, internet e até o contato com outras mães, familiares ou pessoas que lidam com bebês. Percebo que elas, muitas vezes sentem-se confusas e inseguras sobre como saber discernir qual a melhor maneira de prestar os cuidados ao bebê, impedindo-as muitas vezes de exercer essa função intuitivamente e com naturalidade. Devido a isso, a proposta do trabalho, visa também desmistificar certas informações e colaborar com a segurança da gestante, para que consiga utilizar o que conhece ou que lhe é passado com tranquilidade.

As orientações em relação aos cuidados com o bebê incluem:

- Orientações sobre aleitamento materno;
- Orientações sobre a forma de segurar, dar banho, amamentar e outros cuidados, de acordo com o desenvolvimento da coordenação motora do bebê;
- Reasseguramento da segurança dos pais, principalmente da mãe, sobre o manejo com bebê no estágio de dependência absoluta, partindo do que ela já sabe e o que saberá intuitivamente convivendo com ele;
- Acolhimento das dúvidas dos pais, em relação ao parto e os aspectos emocionais da parturiente no pós-parto, abordando também sobre como ela poderá se sentir após o nascimento da criança e como reconhecer se deverá procurar ajuda. Importante neste caso considerar os aspectos individuais da mãe e incluir o acolhimento da mesma pelo psicólogo, com o intuito de promover um ambiente facilitador ao bebê, onde a mãe, através da identificação com o lactente é capaz de reconhecer e atender na medida às necessidades dele, facilitando assim o processo de amadurecimento.
- Papel do pai nos cuidados com o bebê e também como suporte à mãe;
- Presença de terceiros, volta ao trabalho, etc;

Caso clínico

Angelina (nome fictício). 40 anos.

Angelina me fora encaminhada com 30 semanas de gestação pelo médico obstetra para receber as orientações para a chegada do bebê.

Ela relatou no primeiro contato estar muito insegura, referindo muita ansiedade para o parto, além do medo de ter depressão pós-parto.

Antes de fazer o trabalho de orientação, pela qual fui procurada, propus fazermos algumas sessões, onde ela pudesse falar a respeito de si mesma. Em poucos encontros, falou sobre seus medos, principalmente em relação aos primeiros meses de vida do bebê, e o quanto ela temia despersonalizar-se, no período de dependência absoluta do bebê, enquanto estaria de licença maternidade.

Percebi que ela não se sentia ainda segura na sua nova casa, ainda achando tudo muito novo, pois estava casada apenas a um mês. Angelina foi aos poucos se tranquilizando e se apropriando de sua nova vida.

Realizamos o trabalho de orientação pouco tempo antes do parto, com a presença do marido, que se mostrou bastante interessado na participação dos cuidados com o bebê. Após o parto, solicitou uma sessão domiciliar de suporte, pois ela e o marido relataram estarem um pouco confusos sobre a forma como ela estava lidando com o bebê, considerando o tanto de informações que receberam na maternidade, mas que não achavam necessário para o bebê, como por exemplo, tempo de intervalo das mamadas e a forma como ele pegava o seio, que a estava deixando com muitas dores.

No atendimento em sua residência, pude constar a segurança de Angelina no cuidado com o bebê, entretanto, o que necessitava apenas era de encorajamento e o reassuramento do que ela já sabia e o quanto poderia confiar nisso. Fizemos alguns ajustes em relação à “pega” correta do seio pelo bebê, pois o mesmo estava mamando de uma maneira em que o seio de Angelina machucava até sangrar.

Esse atendimento deixou Angelina mais tranquila e retorno que eu recebi dela posteriormente, é que estava conseguindo exercer a função materna com tranquilidade e confiante em relação a si mesma. Não apresentou depressão pós-parto e os medos que anteriormente a angustiavam, não apareceram.

Discussões

No trabalho com gestantes, constato que esse modelo atendimento, promove nelas, a diminuição da ansiedade, benéfica inclusive para o momento do parto. As informações e orientações fornecidas antes da chegada do bebê as tranquilizam e proporcionam segurança para que se sintam confiantes em reconhecer e atender às necessidades de seu filho sem precisar recorrer a manuais ou orientações posteriores, valorizando também ao que elas já sabiam anteriormente a respeito do manejo com bebês. Muitas delas relatam após a chegada da criança, maior capacidade e confiança em desempenhar a função materna, referindo serenidade e maior condição emocional para enfrentar problemas.

Contudo, é importante ter claro que cada caso é um caso e que a segurança das parturientes não depende apenas da sua saúde psíquica e recursos emocionais no momento atual para cuidar do lactente, mas também da sua própria experiência de ter sido bebê um dia e a maneira pela qual também foi cuidada, além das condições do ambiente, no qual também está inserida, tem em protegê-la, para que possa exercer a função materna no estágio de dependência absoluta do bebê, sem precisar ocupar-se com coisas do mundo externo e assim dedicar-se inteiramente ao seu bebê com tranquilidade. Sendo assim, a presença do pai (ou alguém que o substitua na função paterna) no trabalho, se torna muito importante também para que tenha consciência a respeito do seu papel, e assim também poder contribuir para a saúde do bebê, através dos cuidados com ele e com a mãe.

Neste trabalho com gestantes, mães e bebês e famílias, cada vez mais constato que não é possível pensarmos no bebê sozinho. Ele faz parte de um ambiente que deve estar integrado, para que se desenvolva com saúde. Acolhimento e orientação dos pais e tratamento caminham juntos, sendo cada membro beneficiado individualmente.

Referências

- Béziers, M.-M. e Hunzinger, Y. (1994). *O bebê e a coordenação motora*. São Paulo: Summus Editorial.
- Dias, E. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1986). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.



Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1994). *Ideias e definições, Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

LA COMIDA COMO ELEMENTO RELACIONAL

Cristina Banzo-Arguis*, **Victoria Alonso-Martín****, **Belen Rodriguez-Borlado****,
Miriam Félix-Alcántara**, **María Martín-Martínez****, **Lorena Morago-**
Fernández** y **Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo***

**Psiquiatra Hospital Infanta Leonor; **Psicóloga Clínica Hospital Infanta Leonor*

Resumen

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la Obesidad son patologías con una alta prevalencia e impacto en la calidad de vida de los pacientes y también son un factor de riesgo para desarrollar otros problemas de salud. La causa del mantenimiento de estos trastornos, está relacionado con aspectos emocionales y psicológicos, así como ciertas características en las dinámicas relacionales de sus familias. Tener en cuenta estos factores en un tratamiento multidisciplinar podría mejorar la eficacia de las intervenciones. **Método y procedimiento:** En el Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor de Madrid (Vallecas), se está realizando un programa de atención a los pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria y Obesidad. El objetivo principal del capítulo sería organizar una propuesta de tratamiento multidisciplinar para estos pacientes. **Conclusiones:** El tratamiento multidisciplinar especializado (abordaje farmacológico, consejo nutricional y terapia grupal o psicoeducación). La terapia familiar podría optimizar los resultados del tratamiento en estos pacientes.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, Obesidad, Tratamiento multidisciplinar.

THE ROLE OF THE FOOD IN RELATIONS WITH OTHERS

Abstract

Introduction: Eating disorders and obesity are high prevalent diseases with great impact in life quality and can become a risk factor to development of other health problems. The causal and maintenance factors of these disorders, are related with the role of psychological and emotional distress and characteristic familiar relationships.



Including these factors in a multidisciplinary treatment could improve interventions effectiveness. **Methods:** Obesity Unit of Psychiatry Department was created to offer first-class medical treatment to patients with Eating Disorders and Obesity in a district of Madrid (Vallecas). The main objective in this chapter is to propose an adequate multidisciplinary treatment model for these patients. **Conclusions:** A specific multidisciplinary treatment (pharmacological treatment, nutritional advice and psychoeducational and a psychotherapy group) is recommended in these patients. Family Therapy could improve treatment results in these patients.

Keywords: Eating Disorders, Obesity, Multidisciplinar Treatment.

Introducción

Al igual que sucede con los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), el sobrepeso y la obesidad está instalándose como una problemática de salud muy importante y reduciendo la esperanza de vida de forma significativa de las personas que las padecen. Solamente teniendo en cuenta los datos relacionados con la problemática de la obesidad, ésta ha llegado a reemplazar al tabaco como primera causa de muerte prevenible en adultos (Smith y Robbins, 2013).

Con anterioridad estos trastornos, se abordaban desde una perspectiva médico-biológica, teniendo fundamentalmente en cuenta el estado nutricional del paciente para documentar la gravedad del cuadro, organizándose a través del Índice de Masa corporal o Índice de Quetelet ($IMC = Kgr/m^2$). De tal forma, que la clasificación orientaba a una mayor gravedad en los índices de desnutrición ($IMC < 18$) y mayor riesgo de aparición longitudinal de enfermedades médicas conforme aumentaba por encima de los criterios de obesidad ($IMC > 30$) (Salas-Salvadó, Rubio, Barbany, Moreno, 2007).

Ampliando la visión del paciente en sus diferentes ámbitos, resulta fácil intuir que existen otros factores que influyen o modulan de alguna forma la aparición de esta problemática, más allá de una simplificación de entradas y salidas energéticas. Tanto es así, que proponemos una visión de estas patologías (incluida la obesidad) desde el *modelo bio-psico-social*. Este modelo incluye determinadas influencias ambientales actuales, como el dominio del ideal de delgadez y la tendencia actual a favorecer

aptitudes obsogénicas (ingestas de alimentos calóricos o dulces poco elaborados, proliferación de franquicias “fast food”, etc).

De la misma forma, existen factores individuales que se han relacionado con esta problemática. Por un lado, presentar malestar con la imagen corporal a una edad temprana, el género femenino, aspectos genéticos heredables como la tendencia al sobrepeso y haber decidido iniciar una dieta “insana” (muy restrictiva con determinados alimentos o cantidades calóricas insuficientes), suelen ser eventos que aparecen en esta problemática. Asimismo, es importante el momento evolutivo en el que se encuentra la persona, (etapas de vulnerabilidad como la adolescencia o los embarazos), presentar determinados rasgos de personalidad, como la tendencia a padecer ansiedad o a anticipar consecuencias negativas de las cosas; así como la dificultad para construir determinados aspectos de su “identidad” como persona. También contribuye al establecimiento de la problemática alimentaria, un estilo de afrontamiento disfuncional de las dificultades y una limitada capacidad de regular sus emociones, que se constatan en numerosas ocasiones en las personas que la padecen.

Desde el punto de vista clínico, existe evidencia de que los pacientes con TCA y obesidad resistente al tratamiento convencional, pueden compartir un núcleo psicopatológico común. Este núcleo psicopatológico compartido, consistiría en la insatisfacción de la imagen corporal, en la vivencia de un sentimiento de inadecuación personal, la alteración del patrón alimentario (en un espectro desde la restricción franca a las sobreingestas) (Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg y Loth, 2011) y las dificultades en la regulación emocional que presentan estos pacientes (en una dimensión que oscila entre la inactivación/alexitimia o la hiperactivación emocional) (Brockmeyer et al., 2014). De hecho, todo ello contribuye de forma activa a que exista una merma en la calidad de vida de estas personas, documentándose mayores interferencias en los pacientes situados en los extremos del IMC (IMC <18 e IMC >30), y afectando en mayor grado a los subgrupos con atracones asociados (Hay, 2003; Hay et al., 2010).

Igualmente, debemos tener en cuenta que cualquier sintomatología alimentaria (restricciones, purgas o descontroles) tienen una vertiente que refleja la dinámica intrapsíquica del sujeto y otra vertiente dirigida como mensaje al contexto familiar, generando respuestas circulares entre ellos (Minuchin, 2001). Es decir, que entendiendo el síntoma alimentario como un “elemento” de comunicación en la relación familiar,

podemos que algunas “pautas” o “modelos relacionales” podrían estar influyendo en el desarrollo o mantenimiento del cuadro sintomático.

Desde la perspectiva de la Terapia Familiar, se han documentado algunos factores familiares que pudieran estar relacionados. Entre ellos, estaría una importancia excesiva de la imagen corporal dada por los progenitores, produciéndose un “refuerzo” o “castigo” hacia sus hijos en relación a su aspecto físico (felicitando o criticando la pérdida ponderal) y también al “acto de comer” (limitando determinadas ingestas, haciendo comentarios negativos sobre el engorde de determinados alimentos, etc). Esto influye de forma negativa en la construcción de la imagen sobre sí mismos que realizarán los menores y puede favorecer a nivel intra-psíquico, un aumento de los pensamientos obsesivos relacionados con la comida (número de calorías o tipos de alimentos) o con su peso (buscando el “ideal” en función de las modas o las preferencias de los progenitores) y también auto-reproches frecuentes en relación a las expectativas difícilmente alcanzables.

Todo ello traduce, en muchas ocasiones, una “invasión” de la temática alimentaria en las interacciones entre los miembros de la familia y contribuye a generar unos patrones de interacción “rígidos”. Estos patrones serían desde una tendencia a restringir y/o controlar las ingestas de los hijos, al monopolio de las conversaciones y conductas dirigidas alrededor de los síntomas alimentarios, al distanciamiento de las relaciones progenitores y sus hijos como consecuencia a las discusiones generadas alrededor de la enfermedad, etc. Esta “invasión” de la temática alimentaria, se suele acompañar a la vez de una “constricción” de las emociones expresadas entre los miembros. Por un lado, la expresión de emociones positivas se vive como un auténtico “descontrol” emocional y es penalizada en el ámbito intra-familiar y por otro, las emociones negativas son sentidas como una “desautorización” a los progenitores (Calvo, 2002; Minuchin, 2001). Con lo cual, se suceden situaciones en las que la patología alimentaria favorece la negación de las diferencias de opinión entre los miembros, ya que deja en un segundo plano cualquier otra temática distinta a la patología alimentaria.

De la misma forma, hay padres que viven con mucha “exigencia” su papel de progenitores e intentan identificar, mitigar y resolver con mucha prontitud las necesidades físicas (hambre, frío o sueño) o emocionales (llanto), solucionando cualquier situación antes de que el menor tenga ningún tipo de malestar, restando en su aprendizaje y autonomía. Véase el ejemplo de aquéllos niños que siendo capaces

evolutivamente de dormirse solos, no lo logran debido a la sobreprotección de los padres, ya que han sido siempre cogidos en brazos. O al caso en el que los padres entienden el cuidado a través de “dar de comer”, no teniendo en cuenta la saciedad de sus hijos y terminan sobre-alimentando a los mismos y poniéndolos en riesgo.

Igualmente, existen familias que participan sobre los pensamientos, decisiones y sentimientos de los otros, resultando la norma y no la excepción. Esta intrusión o control sobre las vivencias o la toma de decisiones que guían las acciones del menor, genera esquemas poco flexibles de actuación a posteriori, ya que éstas se basan en el supuesto deseo de los progenitores. En este sentido, esto generaría en los afectados, una mayor necesidad de reaseguración en sus planteamientos, dificultad para adaptarse a los cambios y mayor búsqueda externa de aprobación. Todo ello supone una merma en el proyecto de autonomía de las personas con trastornos de alimentación.

Así pues, sería un objetivo de este capítulo, apoyar “ampliar” la mirada en la valoración de los casos, teniendo en cuenta además de los aspectos individuales (biológicos, psicológicos o psiquiátricos), el contexto relacional del paciente (red social o pareja /familia nuclear y sus dinámicas relacionales) y el momento socio-económico en el que se encuentra; ya que puede resultar positivo para el esclarecimiento de los casos.

Método

Participantes

Los pacientes son atendidos en el “Programa de Atención Integral al paciente con Obesidad del Hospital Infanta Leonor” (Vallecas), derivados desde los Centros de Atención Primaria del área.

Procedimientos

La atención integral del paciente, resulta de la organización de un abordaje coordinado entre el servicio de Endocrino y servicio de Psiquiatría. Por una parte, el Endocrino responsable evaluará los factores orgánicos que pudieran estar influyendo en la problemática (alteraciones tiroideas, disregulación corticoidea, etc); así como facilitará consejo nutricional (apoyado por el equipo de Nutrición) durante el seguimiento (cada 3-6 meses).



En el caso del equipo de Psiquiatría, se realizarán una batería de pruebas psicométricas; así como una entrevista clínica psiquiátrica basada en criterios DSM-IV para intentar diagnosticar la psicopatología subyacente. Posteriormente, se organizará el plan terapéutico individualizado, que puede incluir atención psicológica/psiquiátrica individual, con/ sin tratamiento psicofarmacológico y el abordaje grupal, tanto en formato psicoeducativo o terapéutico.

Resultados

-“Perfiles clínicos” de la muestra:

Por un lado encontraríamos el **“comedor emocional”** que correspondería a una persona que podría describirse con cierta inseguridad, rasgos dependientes o con tendencia al neuroticismo. Serían personas con vulnerabilidad a presentar estados emocionales negativos, como la ansiedad o la tristeza, que tienden a anticipar consecuencias negativas de los sucesos o a sentirse poco capaces de llevar a cabo sus proyectos. Así pues, el acto de comer supondría para ellos una fuente de regulación emocional, donde la ingesta sería la respuesta a determinados **estados internos** (Elfhag y Morey, 2008). Estos pacientes suelen presentar baja asertividad y tendencia a “seleccionar” sus emociones en función del contexto relacional, recordando a otros pacientes alexitímicos y pudiendo conceptualizar la problemática desde el modelo psicosomático.

Estos pacientes a nivel psicopatológico, son proclives a presentar trastornos de ansiedad y clínica depresiva, que mejora al introducir tratamiento farmacológico. No obstante, su evolución en ocasiones, depende de contextos externos, sobre todo de tipo relacional.

En cambio, habría un grupo de pacientes con **“perfil impulsivo”** que presentaría pobre autocontrol, baja autodisciplina y mucha impulsividad. En este segundo grupo, las personas obesas con “perfil impulsivo” comerían como respuesta a determinados **estímulos externos** (Elfhag y Morey, 2008). Estos estímulos corresponderían a determinadas características cualitativas de los alimentos, es decir, su aspecto, su color, su olor, su textura o su sabor; funcionando como auténticos “detonantes” para la ingesta de comidas con alto contenido en azúcar, muy calóricas o grasas.

En la atención clínica, se visibilizan las implicaciones que presentan los cambios a nivel de la presentación de algunos alimentos prefabricados, las modificaciones que

existen en la “palatabilidad” o sabores de algunos grupos de productos, haciéndolos más apetecibles y generando “el efecto llamada” y por ende las sobreingestas en los pacientes. Incluso algunos autores defienden que dentro de los pacientes con obesidad severa, hay un subgrupo que presentan rasgos de personalidad “adictivos”, comparables a las personalidades de otras personas que tienen dependencia hacia sustancias como la cocaína o el alcohol (Curtis y Davis, 2014).

Aunque los atracones podrían darse en cualquiera de los “perfiles” y no forman compartimentos estancos entre ellos, suelen precipitarse en relación a emociones negativas como la rabia o la soledad.

Debemos tener en cuenta, que en los pacientes que presenten sintomatología alimentaria y que estén bloqueados en su proyecto vital, sería necesario explorar factores familiares e intentar conceptualizar su sintomatología desde el modelo sistémico, pudiendo resultar enriquecedor a nivel clínico. Este abordaje resultaría útil, ya que en nuestra labor asistencial, encontramos situaciones de sobrecarga emocional en la primera infancia (parentalización temprana o triangulación en el conflicto conyugal de los progenitores), negligencia parental en los cuidados infantiles, situaciones de abuso sexual, etc. Se han documentado situaciones similares desde el modelo sistémico en pacientes con anorexia nerviosa (Palazzoli, 1999).

-Plan de tratamiento propuesto:

Como hemos desarrollado con anterioridad, proponemos un abordaje que comprenda varias disciplinas (Consejo nutricional, abordaje Endocrinológico y también abordaje Psicológico-Psiquiátrico), es decir, un manejo integral de la problemática. Este abordaje ha superado ampliamente al clásico centrado en la actividad física regular y la organización de una dieta sana, que obtenía regulares resultados a medio plazo.

Uno de los objetivos prioritarios dentro del plan de tratamiento, sería “normalizar” el patrón alimentario buscando minimizar el impacto de los picoteos y los atracones en la salud y también evitar las restricciones alimentarias; así como dotar al paciente con estrategias para manejar mejor sus emociones y que hagan los síntomas alimentarios innecesarios a largo plazo. De la misma forma, resulta oportuna la orientación en el manejo de las relaciones interpersonales, tanto con iguales como en el ámbito intra-familiar.

Asimismo, es necesario el tratamiento psicofarmacológico de la patología psiquiátrica que concurre en estos cuadros, ya que mejora los resultados del abordaje global. Habría que prestar especial atención a la sintomatología de ansiedad, la clínica depresiva (Mason y Lewis, 2014) y la sintomatología compatible con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) del adulto que se ha visto estrechamente relacionado con los atracones (Cortese, Bernardina y Mouren, 2007).

A nivel farmacológico, se utilizan algunos antiepilépticos (Zonisamida o Topiramato) (Gadde et al., 2012) usados como anti-impulsivos y buscando efectos secundarios “positivos” como la pérdida de peso que asocian. También pueden resultar eficaces otros fármacos específicos para tratamiento del TDAH en el adulto (Cortese y Castellanos, 2014), como el Metilfenidato, la Atomoxetina o la Lisdexanfetamina (indicada para el Trastorno por Atracón por la Food and Drug Administration) (McElroy, Guerdjikova, Mori y Keck Jr, 2015).

Discusión/Conclusiones

La atención de los pacientes con TCA o que presentan obesidad resistente, debe encuadrarse en un esquema más amplio que la orientación nutricional y la revisión endocrinológica periódica, incluyendo el abordaje de aspectos emocionales. El modelo de trabajo propuesto con anterioridad, esta basado en una perspectiva bio-psico-social y tiene un planteamiento de abordaje multidisciplinar.

Referencias

- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., y Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565-571.
- Calvo, R. (2002). Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas. *Barcelona: Planeta*.
- Cortese, S., Bernardina, B. D., y Mouren, M. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and binge eating. *Nutrition Reviews-Washington-*, 65(9), 404-411.
- Cortese, S., y Castellanos, F. X. (2014). The relationship between ADHD and obesity: implications for therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(5), 473-479.

- Curtis, C., y Davis, C. (2014). A qualitative study of binge eating and obesity from an addiction perspective. *Eating Disorders*, 22(1), 19-32.
- Elfhag, K., y Morey, L. C. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9(3), 285-293.
- Gadde, K. M., Kopping, M. F., Wagner, H. R., Yonish, G. M., Allison, D. B., y Bray, G. A. (2012). Zonisamide for weight reduction in obese adults: a 1-year randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine Journal*, 172(20), 1557-1564.
- Hay, P. (2003). Quality of life and bulimic eating disorder behaviors: Findings from a community-based sample. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 434-442.
- Hay, P., Buttner, P., Mond, J., Paxton, S. J., Rodgers, B., Quirk, F., y Darby, A. (2010). Quality of life, course and predictors of outcomes in community women with EDNOS and common eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(4), 281-295.
- Mason, T. B., y Lewis, R. J. (2014). Profiles of binge eating: the interaction of depressive symptoms, eating styles, and body mass index. *Eat Disord*, 22(5), 450-460.
- McElroy, S. L., Guerdjikova, A. I., Mori, N., y Keck Jr, P. E. (2015). Psychopharmacologic Treatment of Eating Disorders: Emerging Findings. *Current Psychiatry Reports*, 17(5), 1-7.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*: Editorial Gedisa.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., y Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1004-1011.
- Palazzoli, M. S. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas* (Vol. 76). Grupo Planeta (GBS).
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M. y Moreno, B. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 128(5), 184-196.

Smith, D. G., y Robbins, T. W. (2013). The neurobiological underpinnings of obesity and binge eating: a rationale for adopting the food addiction model. *Biol Psychiatry*, 73(9), 804-810.

LA INVESTIGACIÓN EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

Carlos Cuevas-Yust*, Ángel G. López Pérez-Díaz**, Marta León-Gómez* y
Patricia Delgado-Ríos***

*UGC Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla; ** Unidad
Salud Mental Comunitaria Camas del Hospital Universitario Virgen Macarena de
Sevilla; ***Psicóloga Clínica, Consulta Privada. Sevilla

Resumen

Introducción: La investigación aporta conocimientos y facilita la toma de decisiones clínicas. La investigación mejora la calidad de los tratamientos psicológicos y las competencias de los profesionales. *Objetivo:* Nuestro objetivo es promover la reflexión entre los y las profesionales de la salud implicados en la asistencia sanitaria que están interesados en la investigación. *Método:* Llevamos a cabo un análisis cualitativo y una reflexión en torno a la investigación en el sistema sanitario público. *Discusión:* La investigación es un instrumento útil y relevante para mejorar la atención a la salud mental de la población. Los servicios públicos de salud tienen funciones asistenciales, funciones docentes y funciones de investigación; no obstante, el tiempo laboral fundamentalmente lo consume las tareas de tipo asistencial. Se exponen las líneas del Plan Estratégico I+D+i de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR). Presentamos las líneas de investigación sobre trastornos mentales graves (Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del HUVR de Sevilla, España). Se comentan las dificultades para investigar en contextos asistenciales. *Conclusiones:* En el sistema sanitario público es fundamental: a) la práctica clínica basada en la evidencia., b) investigar y evaluar la efectividad de las intervenciones biológicas, psicológicas y sociales., c) presentar nuevas respuestas a los problemas de salud mental de la población., d) ofrecer una formación de calidad a los profesionales de salud., e) programar la distribución del horario de actividad laboral: asistencia clínica, docencia e investigación.

Palabras clave: Investigación, Salud Mental, Psicología Clínica, Sistema Sanitario Público



THE INVESTIGATION IN THE MENTAL HEALTH REHABILITATION UNIT OF VIRGEN ROCÍO (SEVILLE)

Abstract

Background: Research provides knowledge and facilitates clinical decision making. Research improves the quality of psychological treatments and professional skills. *Aim:* Our aim is to promote reflection among health care professionals involved in health care who are interested in research. *Method:* We carry out an qualitative analysis and we reflect on research in the public health system. *Discussion:* Research is a useful tool for improving mental health care. Health services have clinical, teaching and research functions. Nevertheless, time is fundamentally consumed by the clinical task. The research plan of the Clinical Management Unit of Mental Health (Virgen del Rocío University Hospital -VRUH-) are presented. Researches about severe mental illness are presented (Mental Health Rehabilitation Unit -VRUH- Seville: Spain). The difficulties to investigate in health care settings are discussed. *Conclusions:* In the Public Health System it is important: a) An evidence-based clinical practice., b) Investigate and evaluate the effectiveness of biological, psychological and social interventions., c) Provide new responses to mental health problems in the population., d) Provide quality training to health professionals., e) Distribute the schedule of work activity: clinical assistance, training and research.

Keywords: Research, Mental Health, Clinical Psychology, Public Health System.

Introducción

En el día a día los y las profesionales de salud mental afrontamos la toma de decisiones clínicas ante pacientes concretos, pudiendo surgir dudas respecto a la elección de la mejor alternativa disponible para su problema. En un pasado no lejano, el empleo de intervenciones no siempre ha ido acompañado de evidencias sobre su presunta efectividad. Hoy no solo los profesionales e instituciones, también los usuarios exigen estar informados del estado de los tratamientos en cada momento, a fin de poder tomar decisiones informadas. A ello hay que responder con una información válida y fiable, procedente de estudios científicos (Grupo de evaluación y seguimiento de la



estrategia del II PISMA sobre Gestión del conocimiento en salud mental. Servicio Andaluz de Salud, 2012).

Método

A continuación realizamos un análisis cualitativo y reflexivo a partir de literatura sobre la investigación en el sistema sanitario público y los documentos relativos al Plan de Salud Andaluz, Plan Integral de Salud Mental de Andalucía y al Plan Estratégico I+D+i de la IGC de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Discusión

Dentro de las acciones y estrategias para mejorar la atención a la salud mental, la investigación es un instrumento útil y relevante. Generar conocimiento sobre los elementos asociados a la vulnerabilidad y protección, sobre los procesos y mecanismos relacionados con las manifestaciones psicopatológicas y con los síntomas, incluso más allá de las etiquetas diagnósticas, puede facilitar la toma de decisiones clínicas, el diseño de intervenciones más eficaces y eficientes, mejorar la formación de los profesionales y mejorar la calidad asistencial en la atención a los problemas de salud mental (Tortella-Feliu et al., 2016).

Los servicios de salud tienen funciones asistenciales, docentes e investigadoras. No obstante, en el contexto diario el tiempo fundamentalmente lo consume la tarea asistencial. Por su parte, la actividad docente también cuenta con espacios para su desarrollo, con tiempos para la realización de acciones formativas incluidas en los programas de Formación Continuada y para el desempeño de la docencia y tutorías de los especialistas internos residentes de psicología clínica, psiquiatría y enfermería en salud mental. En contraposición, la jornada laboral no contempla espacios programados para la realización de actividades investigadoras, siendo habitual que los profesionales interesados en este ámbito deban recurrir a franjas horarias extra-laborales, opción evidentemente de carácter voluntario. Es ésta una situación bastante generalizada en los Servicios Sanitarios Públicos.

¿Cuál es la situación de nuestro Grupo de Investigación "Psicosis y otros Trastornos Mentales Graves" de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental Virgen del Rocío? El grupo desempeña su actividad en el ámbito de la Unidad de Gestión

Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (UGC-SM).

Esta UGC-SM, según censo padrón de 2011 engloba una población de 779.259 habitantes, que se distribuye en una zona urbana (543.832 habitantes, 69,78%) y una zona mayoritariamente metropolitana (235.427 habitantes, 30,21%). Y la componen 6 centros comunitarios de salud mental, 2 unidades de salud mental de hospitalización, 1 unidad infanto-juvenil, 2 comunidades terapéuticas, 1 hospital de día y 1 Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM).

El objetivo asistencial de la URSM Virgen del Rocío es la recuperación funcional de personas afectadas por trastornos mentales graves. Para ello desarrolla tratamientos psicoterapéuticos y de rehabilitación. Mantenemos activos cinco programas: 1) trastornos psicóticos, 2) trastornos de la personalidad, 3) trastornos afectivos, 4) trastornos obsesivo-compulsivos, 5) trastornos de la conducta alimentaria.

Desde el III Plan de Salud Andaluz, 2003-2008, la investigación y el conocimiento de una asistencia sanitaria basada en la evidencia deben ocupar una parte importante en la formación de los profesionales. Es una cuestión básica para avanzar en la calidad de la asistencia en la atención a la población en salud mental. De acuerdo con el Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y la puesta en marcha del Sistema de Gestión Profesional por Competencias, los profesionales de salud mental deberían poseer los siguientes conocimientos y habilidades: metodología de investigación a nivel básico (fase conceptual, metodológica y empírica); elaboración de protocolos de investigación; realización de búsquedas bibliográficas y de lectura crítica; escritura científica y manejo de normas de publicación. Y por supuesto los aspectos éticos implicados en la investigación.

Con la intención de generar una cultura de investigación y de promover y apoyar las iniciativas y acciones investigadoras de los profesionales, en el año 2007 se creó la Comisión de Investigación de la UGC-SM Virgen del Rocío. Tres años después, en 2010, dicha Comisión desarrolló un Plan Estratégico I+D+i, del que destacamos los siguientes objetivos específicos de mejora en el área de la investigación: la realización de actividades formativas acreditadas (mediante cursos de metodología de la investigación en salud mental, de asistencia sanitaria basada en la evidencia y de gestión del conocimiento); la definición de objetivos de investigación en los planes formativos individuales de los residentes de la Unidad Docente Multiprofesional (concretamente la

inclusión en calidad de colaboradores en grupos de la Unidad de Gestión Clínica con investigaciones abiertas o en curso, y el desarrollo del diseño de proyectos de investigación sobre temas de interés clínico y potencialmente viables); promover el desarrollo de investigaciones y la difusión de sus resultados en eventos de carácter científico (congresos internacionales y nacionales, publicaciones en revistas con factor de impacto) ; e incluir objetivos de investigación en los instrumentos de gestión de la UGC, por ejemplo en los acuerdos de gestión clínica, en el contrato programa (Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen del Rocío [UGC-SM], 2016).

Este es nuestro contexto, el contexto en que llevamos a cabo nuestra actividad investigadora. Pero siendo la investigación una práctica cuya necesidad nadie cuestiona, en el día a día surgen dificultades para su realización. Investigar en contextos asistenciales como en nuestras unidades de salud mental, o en otros como por ejemplo en atención primaria, es decir, hacerlo en el "mundo real", fuera de un ámbito experimental con mayor poder de control sobre las variables y posiblemente rigor metodológico, requiere la superación de muchos obstáculos.

En general, la fase conceptual del proceso de investigación no supone enfrentarse a dificultades significativas. Con relativa facilidad podemos plantear preguntas de investigación, llevar a cabo una revisión bibliográfica, describir un marco de referencia teórico y establecer los objetivos e hipótesis de un estudio. Los estudios transversales son una práctica frecuente. Los estudios longitudinales resultan ya más complicados. Y si pensamos, en nuestras circunstancias laborales, llevar a cabo estudios experimentales como por ejemplo un ensayo clínico aleatorizado para estudiar la supuesta efectividad de un componente psicoterapéutico, las barreras son notables (viabilidad de la aleatorización, obtención de grupos equivalentes que reciban la misma atención salvo la variable independiente, el enmascaramiento simple o doble, la inclusión de los participantes y el seguimiento de los que abandonan el estudio, etcétera).

Distintos autores han recabado información sobre la opinión de los profesionales respecto a los obstáculos más prevalentes a la hora de plantearse investigar, destacando los siguientes: la falta de tiempo secundaria a la presión asistencial, el exceso de actividades y de tareas a realizar; los déficits formativos, fundamentalmente con relación a los aspectos metodológicos; la escasa tradición investigadora; la falta de motivación y/o la falta de incentivos en los profesionales; el déficit de estructuras de apoyo y también de bases de datos o registros potencialmente explotables; además de

las dificultades de financiación; los problemas metodológicos; y las dificultades para la coordinación y colaboración de iniciativas investigadoras entre distintas unidades. Estas son dificultades generales y son compartidas en mayor o menor medida por los profesionales en diferentes contextos asistenciales (Cevallos-García, Garrido-Elustondo, López-Oribe, Cervera-Barba y Estirado-Gómez, 2004; Pita-Fernández y Pértega-Díaz, 2005).

En un ámbito más local, el trabajo de nuestro grupo se enmarca dentro de las Líneas Estratégicas de Investigación de la UGC-SM del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Las Líneas de investigación son las siguientes:

La epidemiología y el análisis comparativo de perfiles clínicos; el análisis de patrones asistenciales; el trastorno mental grave; la salud mental infanto-juvenil; el proceso asistencia integrado de ansiedad, depresión y somatización; el proceso de los trastornos de la conducta alimentaria; la salud mental de enlace en relación con otros servicios hospitalarios; el género y la salud mental; los y las usuarios y usuarias de los servicios de salud mental; y los servicios de salud mental de la UGC-SM.

Concretamente nuestra actividad se centra en el estudio de los trastornos mentales graves. Las líneas de interés del Grupo de Investigación "Psicosis y otros trastornos mentales graves" focalizan en las alucinaciones auditivas verbales, los delirios, los trastornos obsesivos y la conciencia de enfermedad y recuperación en la psicosis. Actualmente tenemos en curso los siguientes estudios:

–Conciencia de enfermedad y recuperación en psicosis. Estudio longitudinal a un año, llevado a cabo en personas con diagnóstico de psicosis (F20-F29, CIE-10), por la Unidad de Rehabilitación Virgen del Rocío y la Comunidad Terapéutica Bermejales, ambos dispositivos pertenecientes a la UGC-SM del HUVR. El objetivo del estudio es responder a la pregunta: ¿Predice la conciencia de enfermedad la auto-percepción de recuperación en personas con diagnóstico de psicosis?

–Adaptación y validación española del *The Questionnaire about the Process of Recovery -QPR-* (Neil et al., 2009). Es un cuestionario que evalúa aspectos de la recuperación de la persona con psicosis que son significativos para ella. Consta de 22 ítems que se valoran mediante una escala tipo Likert, desde 0 puntos (muy en desacuerdo) a 4 puntos (muy de acuerdo). Cuenta con dos subescalas: "procesos intrapersonales implicados en la recuperación" y "procesos interpersonales que la facilitan"

– Relación de los pacientes con sus síntomas: es un estudio desde un punto de vista metacognitivo y fenomenológico, en el ámbito de la psicosis y del trastorno obsesivo compulsivo, atendiendo respectivamente a los síntomas de las alucinaciones auditivas verbales y de las obsesiones autógenas y reactivas. Tomando como referencia la teoría de la jerarquía del rango social (Gilbert et al., 2001), planteamos la pregunta: ¿Cuál es la posición de la persona ante el síntoma en términos de subordinación y de dominancia?

– Percepción del pensamiento y de las alucinaciones auditivas verbales. Estudio que centrado en los reportes en primera persona, trata de dilucidar variables intrapersonales implicadas en la diferenciación entre la percepción de eventos privados, como pensamiento propio o como alucinación auditiva (Cuevas-Yust, 2014).

– Percepción del pensamiento y de las obsesiones. Estudio sobre diferencias entre ambos eventos privados desde la experiencia en primera persona.

– Percepción de la efectividad de los programas de tratamiento de nuestra Unidad, en los y las pacientes y en sus familiares.

Conclusiones

Contextualmente la investigación se considera una actividad fundamental. En este sentido la línea estratégica nº 5 del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2016-2020 se refiere a la Gestión del Conocimiento, Investigación y Evaluación; y en su objetivo general nº 9 establece la mejora de la calidad de la atención a la salud mental en el Sistema Sanitario Público de Andalucía mediante la excelencia profesional, la práctica clínica basada en la evidencia, la investigación orientada a la evaluación de intervenciones y la búsqueda de innovaciones para dar respuesta a los problemas de salud mental de la población.

Entre las barreras que dificultan la consideración de la investigación como fuente de posibles evidencias científicas, posteriormente útiles a la hora de tomar decisiones clínicas, con frecuencia se encuentran las actitudes y creencias de los profesionales de la salud. En este sentido es importante y necesaria la implicación de las instituciones sanitarias en facilitar *cultura de investigación* a las nuevas generaciones de profesionales que se integran en el sistema sanitario público, a través de la formación en las especialidades de salud mental, cuidando los aspectos formativos en el campo de

la investigación y con una perspectiva de su aplicación a la realidad de los problemas de salud.

De la conjunción de este tipo de marcos, del interés de profesionales y de la calidad en su formación, y de la consideración a nivel organizacional de la importancia para los tiempos dedicados a lo asistencial, docencia e investigación deberíamos esperar un salto cualitativo y cuantitativo en la calidad de los métodos de evaluación y de los tratamientos que ofrecemos a los ciudadanos.

Referencias

- Cevallos-García, C., Garrido-Elustondo, S., López-Oribe, M. A., Cervera-Barba, E. y Estirado-Gómez, A. (2004). Investigación en atención primaria: actitudes y dificultades percibidas por nuestros médicos. *Atención Primaria*, 34(10), 520-527.
- Cuevas-Yust, C. (2014). Do thoughts have sound? Differences between Thoughts and Auditory Hallucinations in Schizophrenia. *Spanish Journal of Psychology*, 17(e27), 1-9.
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., ...Miles, J. N. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, 31, 1117-1127.
- Grupo de evaluación y seguimiento de la estrategia del II PISMA sobre Gestión del conocimiento en salud mental. Servicio Andaluz de Salud. (2012). *Manual básico para una atención en salud mental basada en la evidencia*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W. y Morrison, A. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): a measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, 1(2), 145-155.
- Pita-Fernández, S. y Pértega-Díaz, S. (2005). *Dificultades de la investigación en atención primaria*. Recuperado de <http://www.terra.com>
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., ...Vázquez, C. (2016). Retos en el desarrollo de

intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*, 27, 65-71.

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen del Rocío, UGC-SM. (2016). *Plan Estratégico I+D+i*. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

VOLUMEN DEL PENSAMIENTO Y PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES CON PSICOSIS

López-Pérez-Díaz, A. G.*, Delgado-Ríos, P.***, León-Gómez, M.* y Cuevas-Yust,
C.*

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; **Práctica privada, Sevilla

Resumen

Antecedentes. El estudio de la relación entre el pensamiento y las alucinaciones auditivas (voces) en las psicosis parte de las primeras teorías cognitivas según las cuales las alucinaciones auditivas son producto de un error en la discriminación entre la información proveniente del mundo externo y la información internamente generada, es decir, el pensamiento (Bentall, 1990). Desde un punto de vista metacognitivo y fenomenológico se ha tratado de investigar además qué aspectos de la experiencia alucinatoria se relacionan de forma más directa con el malestar, habiéndose descrito una importante asociación entre el poder atribuido a las voces y el grado de malestar consecuente. En esta investigación se ha estudiado el análisis de la relación entre el volumen del pensamiento, el grado de poder que el paciente atribuye a las voces y el malestar clínico observado. *Método.* Se ha realizado un estudio correlacional con 36 pacientes con diagnóstico de psicosis que oyen voces. *Resultados.* Existe una relación directa significativa entre el volumen del pensamiento y el volumen de las voces, aunque ninguna de estas dos variables se asocia significativamente con el malestar clínico en nuestra muestra; a su vez, el volumen de las voces se relaciona con el grado de poder que se les atribuye, siendo ésta la variable que mejor correlaciona con las medidas clínicas obtenidas. *Conclusiones.* Según este estudio, no son tanto las características topográficas del síntoma como la interpretación cognitiva en términos de dominancia-sumisión lo que a priori mejor podría explicar el sufrimiento de los pacientes con psicosis.

Palabras clave: Alucinaciones auditivas, pensamiento, poder de las voces, psicosis.

VOLUME OF THOUGHT AND PSYCHOPATOLOGY IN PATIENTS DIAGNOSED WITH PSYCHOSIS

Abstract

Background. The study of the relationship between thought and auditory hallucinations in psychosis is based on the first cognitive theories according to which auditory hallucinations are the product of an error in the discrimination between stimuli coming from the external world and the internally generated information. Taking into account a phenomenological point of view, it has been pointed out that an important relationship exists between power attributed to voices and consequent distress. *Method.* A correlational study has been performed with 36 patients diagnosed with psychosis who are hearing voices at the moment. *Results.* There is a direct significant relationship between the volume of thought and the volume of voices, although neither of them are significantly associated with psychopathology in this sample; In turn, the volume of voices is correlated with the degree of power attributed to them, which is the variable that best correlates with the clinical measures analyzed. *Conclusions.* According to our study, topographical characteristics of the symptom are not as important as cognitive interpretation in terms of dominance-submission to explain suffering of patients with psychosis.

Keywords: Auditory hallucination, power of voices, psychosis, thought.

Introducción

Entendemos por alucinación una alteración en la que se produce una experiencia perceptiva en ausencia de un estímulo externo desencadenante y que se produce con la misma fuerza e impacto que el que generaría la percepción real, y ello sin asociarse a control voluntario o directo por la persona que lo experimenta (Slade y Bentall, 1988). Como alteración psicopatológica, las alucinaciones y más concretamente las alucinaciones auditivas verbales (voces) aparecen en distintos trastornos psiquiátricos (Faccio et al., 2013). En el caso de pacientes con diagnóstico de psicosis aproximadamente entre el 60-80% sufren como consecuencia de tales experiencias (Lim, Hoek, Deen y Blom, 2016; Waters et al., 2014).

En la década de los años ochenta empiezan a publicarse trabajos que tratan de explicar la etiología (desde el punto de vista psicológico) de las alucinaciones auditivas verbales (AAV en adelante), independientemente de la patología mental de que se trate. Atendiendo a la definición de alucinación, los primeros trabajos sobre su naturaleza plantearon que las AAV ocurren cuando la persona confunde su pensamiento internamente generado (habla interna), al considerar que proviene de una fuente de externa (Frith, 1995; Morrison, Haddock y Tarrier, 1995; Slade y Bentall, 1988). Es sugerente la existencia de relación entre pensamiento y AAV cuando se ha demostrado experimentalmente que mediante procedimientos de contraestimulación se consigue inhibir la experiencia alucinatoria (Gallagher, Dinan y Baker, 1994; Perona-Garcelán, 2006).

Considerando la relación entre pensamiento y AAV, Moritz y Laroi (2008) estudiaron posibles características topográficas diferenciadoras de AAV y pensamiento, y encontraron que cerca del 40% de pacientes con esquizofrenia percibía el pensamiento con sonido. A este respecto, Cuevas-Yust (2014) llevó a cabo un estudio con pacientes con esquizofrenia con el objetivo de dilucidar qué puede ayudar a distinguir entre AAV y el propio pensamiento. En contraposición a los pacientes que no presentaban AAV y a los participantes de la condición control, los pacientes con AAV escuchaban su pensamiento con el mismo volumen que escuchaban las AAV y frases reales; esto no ocurría en las condiciones de control donde el pensamiento se oía con un volumen menor al de las frases reales. El estudio sugiere que el volumen del pensamiento, elevado, puede contribuir a la confusión en la discriminación de la fuente en las AAV.

Desde el modelo cognitivo, pensamiento y AAV estarían mediados por el grado de precisión en la monitorización de la fuente. Un volumen similar facilitaría la confusión. Las AAV se asocian a sufrimiento emocional. ¿Hasta qué punto el volumen de una experiencia metacognitiva es relevante para explicar el malestar en pacientes que escuchan voces? En el presente estudio nos proponemos investigar la relación existente entre el volumen del pensamiento y el malestar clínico referido, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y AAV.

Método

Sujetos

Han participado 36 pacientes, 23 hombres y 13 mujeres. Era criterio de inclusión la presencia de AAV (tres puntos o más puntos en el ítem “alucinaciones” de la PANSS, Peralta y Cuesta, 1994) y diagnóstico de psicosis (F20-F29, CIE-10). El 64% tenía diagnóstico de esquizofrenia paranoide. La edad media de la muestra era 42,44 años (desviación típica, 9,20 y rango de edad 18-54). Ningún participante se encontraba hospitalizado en el momento de la investigación.

Instrumentos

Cuestionario de Evaluación de Alucinaciones Auditivas, CEAA (Cuevas-Yust et al., 2006). Es un cuestionario que se administra de forma semi-estructurada. Consta de dos partes: una primera que valora el volumen del sonido con que una persona percibe una frase real emitida por el evaluador (“*esta tarde voy al cine*”), el recuerdo esa frase recién emitida, el recuerdo de una frase pasada emitida por un familiar o amistad, el volumen del propio pensamiento y finalmente el volumen de las voces alucinatorias. Son ítems independientes y se valora cada uno mediante una escala tipo Likert de 0-10 puntos, donde cero es igual a silencio y 10 es igual a volumen máximo. Y una segunda parte en que explora cómo experimenta la persona el fenómeno alucinatorio (localización interna vs externa, forma gramatical de las voces escuchadas, creencias sobre identidad y propósito de las voces, grado de semejanza con frases reales, con el pensamiento propio o con recuerdos y reconocimiento de los aspectos que permiten diferenciar las voces del pensamiento propio (volumen, contenido, forma gramatical en que se escuchan –segunda o tercera persona-, ausencia/presencia de sensación de intencionalidad o de propiedad). Para el propósito del presente trabajo se utilizó solo la primera parte del cuestionario, la valoración sobre el volumen del sonido de la frase emitida por el evaluador, el volumen del pensamiento propio y el volumen de las voces alucinatorias, para lo cual los autores han descrito datos de fiabilidad tras aplicación de procedimiento de test-retest con correlaciones positivas de 0,79, 0,82 y 0,88 respectivamente ($p < 0,01$).

The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Peralta y Cuesta, 1994). Entrevista semiestructurada para medir la presencia y severidad de síntomas psicóticos.

Escala diferencial de poder de las voces, VPD (Birchwood y Meaden, 2000). Escala semi-estructurada que valora mediante una escala tipo Likert la relación que el paciente establece con las voces en términos de poder, confianza, respeto, capacidad de las voces para provocar daño, superioridad y grado de conocimiento sobre el propio paciente. Consistencia interna con un alpha de Cronbach de 0,88 y fiabilidad test-retest: 0,80.

Escala diferencial del poder social, SPD (Birchwood et al., 2000). Valora los mismos ítems que la escala anterior pero en este caso en relación a otras personas significativas.

Escala de despersonalización de Cambridge, CDS (Sierra y Berrios, 2000; versión española de Molina-Castillo et al., 2006). Escala auto-aplicada que evalúa mediante una escala tipo Likert la frecuencia y duración de diversas experiencias de despersonalización. Adecuada fiabilidad (alpha de Cronbach = 0,947 para la puntuación total; 0,937 para subescala "frecuencia"; y 0,943 para subescala "duración").

Escala de Absorción de Tellegen, TAS (Tellegen y Atkinson, 1974). Cuestionario autoaplicado de 34 ítems que evalúa la tendencia a mantener una atención excesiva y focalizada en distintas experiencias y con una respuesta emocional intensa ante las mismas. Presenta consistencia interna, con un alpha de Cronbach de 0,93 (Perona-Garcelán et al., 2012).

Inventario de depresión de Beck, BDI (Beck, Steer y Brown, 1996; adaptación al castellano por Sanz, Navarro y Vázquez, 2004). Escala auto-aplicada que evalúa síntomas y cogniciones relacionadas con la depresión. Presenta una adecuada consistencia interna en población clínica, con un alpha de Cronbach de 0,89 (Sanz, Navarro y Vázquez, 2004) y fiabilidad test-retest de 0,80 (Beck, Steer y Brown, 1996).

Inventario de ansiedad de Beck, BAI (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Escala auto-aplicada para valorar la intensidad de la ansiedad. En población española presenta una adecuada consistencia interna, con alpha de Cronbach de 0,90 (Sanz, García-Vera y Fortún, 2012).

Escala de autoestima de Rosenberg, EAR (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004). Consta de 10 ítems tipo Likert para evaluar la autoestima. Adaptada al español, posee adecuadas propiedades psicométricas (alpha de Cronbach, 0,87 y fiabilidad test-retest de 0,72).

Diseño y procedimiento

Éste es un estudio transversal en el que se ha realizado un análisis exploratorio de la relación entre diversas variables clínicas. La muestra fue evaluada con la batería de pruebas psicológicas descritas en el apartado anterior, y una vez obtenidos los datos se realizaron pruebas de diferencia de medias entre hombres y mujeres en las distintas variables de estudio así como un análisis de correlaciones de Pearson para el estudio de la asociación entre variables.

Resultados

Antes de pasar al análisis de los resultados propiamente dicho, conviene conocer otros datos preliminares. En primer lugar, no había diferencias significativas en cuanto al sexo de los participantes en el estudio ($\chi^2 = 2,77$, $p = 0,096$). Sí hubo diferencias entre hombres y mujeres respecto al momento en que se llevó a cabo la evaluación, siendo en general las mujeres más jóvenes en comparación con los hombres (media 36,23, dt. 10,70 y media 45,96, dt 6,056 respectivamente ($t = 3,015$, $p = 0,008$). Por su parte, no hubo diferencias en años transcurridos desde el diagnóstico clínico ($t = 0,577$, $p = 0,568$), nivel educativo de los pacientes ($U = 100$, $p = 0,178$) ni en número de ingresos en Unidad de hospitalización ($U = 112,500$, $p = 0,898$).

En relación a las variables clínicas, sí aparecieron diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al poder atribuido a las voces (media 23,53, dt. 6,55; media 28,92, dt. 3,40 $t = -3,54$, $p = 0,003$), no existiendo tales diferencias entre grupos en el resto de variables clínicas, en todos los casos con $p > 0,05$.

A continuación se muestran las correlaciones entre variables sometidas a análisis (tabla 1). En relación a las principales variables de interés, existe una correlación positiva y significativa entre el volumen del pensamiento y el volumen de las voces ($r = 0,725$, $p = 0,000$). Asimismo, existe también una correlación positiva entre el grado de poder que los pacientes atribuyen a los otros significativos y el grado de poder que atribuyen a las voces ($r = 0,449$, $p = 0,009$).

Tabla 1

Correlaciones de Pearson de las variables “volumen del pensamiento”, “volumen de las voces” y “poder de las voces” con el resto de variables clínicas

	Volumen pensamiento	Volumen voces	Poder voces (VPD)	Poder social (SPD)	CDS	TAS	BDI	BAI	EAR
Volumen pensamiento	1	0,725**	0,084	0,168	0,160	0,442*	-0,019	0,034	0,088
Volumen voces	0,725**	1	0,369*	0,358*	0,321	0,614**	0,153	0,207	-0,17
Poder voces (VPD)	0,084	0,369*	1	0,449**	0,547**	0,331	0,145*	0,443**	-0,108

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Discusión

La sonoridad del pensamiento (es decir, la experiencia en primera persona de que el pensamiento “suena” o tiene volumen) es una experiencia frecuente en la población general (Langdon et al., 2009), y como tal no es constitutiva de psicopatología. Sin embargo, la sonoridad del pensamiento si bien no se asocia a la existencia de un diagnóstico psiquiátrico, cuando esta experiencia es más intensa sí aparece directamente asociada a la sonoridad de las AAV de personas con diagnóstico de psicosis (Cuevas-Yust, 2014).

Como hipótesis de partida cabría esperar que si el volumen del pensamiento es prominente en pacientes alucinadores entonces debiera asociarse significativamente con la presencia de malestar en psicosis. Contrariamente a lo esperado, en este estudio el volumen del pensamiento solo correlacionó con experiencias de despersonalización, no sucediendo lo mismo con el resto de variables clínicas (ansiedad, depresión...). Por el contrario, el poder atribuido a las voces sí se asoció tanto al grado de dominancia o sumisión en las relaciones interpersonales como sobre todo con los síntomas de despersonalización, ansiedad y depresión. En este sentido, Hoffman et al. (2007) ya describieron como el “sentido de control sobre las voces” es relevante por cuanto a la diferenciación de las alucinaciones con respecto a otros eventos internos (pensamientos). Estos resultados son consistentes con lo descrito en la literatura previa, ya que más de dos tercios de las personas que escuchan voces se encuentran al menos moderadamente deprimidos y tiene dificultades para gestionar el estrés ocasionado por las voces (Birchwood et al., 2004).

Desde un punto de vista clínico este estudio nos sigue alentando hacia el trabajo no tanto enfocado a la remisión o eliminación del síntoma como a la mejora de la capacidad de afrontamiento frente al mismo, teniendo como objetivo prioritario la mejora de la capacidad funcional.

Referencias

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897.

- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., ...Miles, J. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant “voice” in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychological Medicine*, 34(8), 1571-1580.
- Cuevas-Yust, C. (2014). Do thoughts have sound? Differences between thoughts and auditory hallucinations in schizophrenia. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, 1-9.
- Cuevas-Yust, C., Rodríguez-Martín, B., Ductor-Recuerda, M.J., Salas-Azcona, R. y León Gómez, M. (2006). Is volume a relevant factor for distinguishing thoughts from auditory hallucinations? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 431(114), 39-40.
- Faccio, E., Romaioli, D., Dagani, J. and Cipolletta, S. (2013), Auditory hallucinations as a personal experience: analysis of non-psychiatric voice hearers’ narrations. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 20, 761–767.
- Frith, C.D. (1995). *La esquizofrenia. Un enfoque neuropsicológico*. Barcelona: Ariel.
- Hoffman, R. E., Varanko, M., Gilmore, J., y Mishara, A. L. (2008). Experiential features used by patients with schizophrenia to differentiate ‘voices’ from ordinary verbal thought. *Psychological Medicine*, 38(08), 1167-1176.
- Langdon, R., Jones, S. R., Connaughton, E. y Fernyhough, C. (2009). The phenomenology of inner speech: comparison of schizophrenic patients with auditory 25 verbal hallucinations and healthy controls. *Psychological Medicine*, 39(9), 655-663.
- Lim, A., Hoek, W. H., Deen, M. J. y Blom, J. D. (2016). Prevalence and classification of hallucinations in multiple sensory modalities in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 176(2), 493-499.
- Molina-Castillo, J. J., Martínez Iglesia, J., Albert-Colomer, C., Berrios, G., Sierra, M. y Luque-Luque, R. (2006). Adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge [Cross-cultural adaptation and validation of the Cambridge Depersonalization Scale]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(3), 185-192.

- Moritz, S. y Laroi, F. (2008). Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice-hearing, intrusions and thoughts. *Schizophrenia Research*, 102, 96-107.
- Morrison, A. P., Haddock, G., y Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(03), 265-280.
- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS). *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22(4), 171-177.
- Perona-Garcelán, S. (2006). Estado actual de la investigación psicológica en las alucinaciones auditivas. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 83-110.
- Perona-Garcelán, S., García-Montes, J. M., Ductor-Recuerda, M. J., Vallina-Fernández, O., Cuevas-Yust, C., Pérez-Álvarez, M. y Gómez-Gómez, M. T. (2012). Relationship of metacognition, absorption, and depersonalization in patients with auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 100-118.
- Sanz, J., García-Vera, M. P. y Fortún, M. (2012). El “Inventario de ansiedad Beck” (BAI): propiedades psicométricas de versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563-583.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2004). Adaptación española del Inventario de depresión de Beck-II: propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30(124), 239-238.
- Sierra, M. y Berrios, G. E. (2000). The Cambridge Depersonalization Scale: A new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Research*, 93, 153-164.
- Slade, P. D. y Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Londres: Croom Helm.
- Tellegen, A. y Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences (absorption), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.

- Vázquez, A., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Waters, F., Collerton, D., Ffytche, D. H., Jardri, R., Pins, D., Dudley, R., ...Laroi, F. (2014). Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 233-245.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y RECUPERACIÓN”

Marta León-Gómez*, **Patricia Delgado-Ríos****, **Ángel G. López Pérez-Díaz***** y **Carlos Cuevas-Yust***

** H.U. Virgen del Rocío; ** Psicóloga Clínica. Consulta privada. Sevilla; *** H.U. Virgen Macarena*

Resumen

Antecedentes: Se presenta un proyecto de investigación a desarrollar en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío, acerca de la relación entre conciencia de enfermedad y recuperación en personas con diagnóstico de psicosis que son atendidos en dispositivos de rehabilitación del mismo hospital. Tal investigación se sustenta en los principios del enfoque de recuperación, y la necesidad de llevar a cabo intervenciones rehabilitadoras eficientes y efectivas que maximicen el potencial de recuperación de las personas atendidas en el sistema sanitario público. Nuestro objetivo es llevar a cabo una aproximación a la relación predictiva entre conciencia de enfermedad y recuperación, como variables ambas a tener en cuenta desde el trabajo clínico centrado en la recuperación de la persona con diagnóstico de psicosis. Los objetivos específicos que se persiguen con este estudio son: 1) comprobar la estabilidad a lo largo de un año de dicha relación, así como de las dos medidas por separado; 2) determinar los factores que pudieran estar relacionados con las mismas. **Método:** Se utilizará para ello un diseño longitudinal predictivo. La población de estudio la conformarán personas con diagnóstico principal de Psicosis (F20-F29, CIE-10), en tratamiento en cualquiera de los dispositivos participantes y tras aceptación voluntaria de su participación.

Palabras clave: Psicosis, conciencia de enfermedad, recuperación.

RESEARCH PROJECT “ILLNESS AWARENESS AND RECOVERY”**Abstract**

Background. We present a research project to be developed in the Clinical Management Unit of Mental Health of the University Hospital Virgen del Rocío, about the relationship between illness awareness and recovery in people diagnosed with psychosis who are treated in rehabilitation units at the same hospital. Such research is based on the principles of the recovery approach and the need to carry out efficient and effective rehabilitative interventions that maximize the recovery potential of the people assisted in the public health system. The final objective we intend to achieve is to carry out an approximation to the predictive relationship between illness awareness and recovery, as both variables to take into account from the clinical work focused on the recovery of the person diagnosed with psychosis. The specific objectives pursued by this study are: 1) to verify the stability over a year of this relationship, as well as the two measures separately; 2) to determine the factors that could be related to them. Method: A predictive longitudinal design will be used for this purpose. The study population will be made up of people with a main diagnosis of Psicosis (F20-F29, CIE-10), under treatment in any of the participating units and after voluntary acceptance of their participation.

Keywords: Psychosis, illness awareness, recovery.

Introducción

Los trastornos psicóticos se consideran problemas de salud mental crónicos e incapacitantes, asociándose a un notable impacto personal, social y económico (De Vicente y Berdullas, 2014). Desde distintos contextos se apunta hacia una asistencia sanitaria de calidad y eficiente que minimice este impacto, cuya filosofía y principios podrían sustentarse en el enfoque de recuperación. Éste, aspira a unos servicios de salud mental cuya organización y metas incluyan la recuperación clínica, la inclusión social y la mejora del bienestar y calidad de vida de las personas diagnosticadas de trastorno mental grave así como su mayor participación y autodeterminación en las relaciones con dichos sistemas, lo cual redundaría en un menor coste económico, social y personal.

Según William A. Anthony (1993), la recuperación se entiende como *“un proceso único, hondamente personal de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental”*.

Los instrumentos de evaluación en este tema enfatizan la valoración personal del proceso de adaptación y desarrollo a través de la superación de las consecuencias negativas (sociales y personales) que la persona con diagnóstico de trastorno mental grave debe enfrentar (Cavelti, Kvrjic, Beack, Kossowsky y Vauth, 2012).

Existen numerosas revisiones y meta-análisis que exploran la relación de la recuperación en psicosis y esquizofrenia con toda una serie de variables, tanto sociodemográficas, como clínicas (Jääskeläinen et al., 2013). Asimismo, se está prestando atención a las distintas visiones acerca del proceso de recuperación que pudieran mantener tanto las personas con diagnóstico de psicosis, como sus familiares o los profesionales relacionados con ellas (Klapheck, 2014; Noiseaux, 2010; Noiseaux y Ricard, 2008), entendiendo que tal inclusión posibilitaría un entendimiento más profundo de la recuperación.

En este sentido, la investigación ha identificado una serie de facilitadores y barreras que pueden influir en dicho proceso (Law y Morrison, 2014; Soundy et al., 2015). Entre los facilitadores encontramos estrategias de afrontamiento y re-evaluación, tipo de respuesta a la enfermedad y apoyo social; y entre las barreras, se han identificado interacciones negativas y aislamiento, barreras internas, incertidumbre y la desesperanza. Otros autores han explicado la reticencia a implicarse en su propio proceso de recuperación a partir de la gravedad de los síntomas o la falta de reconocimiento de la necesidad de ayuda, lo cual podría asociarse a otro concepto relevante como es el de conciencia de enfermedad.

Respecto a este último concepto, se ha investigado el valor del insight o conciencia de enfermedad de la persona como predictor del grado de recuperación personal, sin embargo, los resultados parecen lejos de clarificar el sentido y el grado de esta relación, pudiera ser en parte debido a la complejidad teórica y conceptual del propio concepto de conciencia de enfermedad (Giusti et al., 2015).

La falta de conciencia de enfermedad, o insight, es una característica prevalente que afecta aproximadamente al 50-80% de pacientes con esquizofrenia. Es, por tanto, un objetivo principal de los tratamientos psicológicos y farmacológicos. La comprensión de la relación entre conciencia de enfermedad, psicopatología y resultados clínicos tiene importantes implicaciones a la hora de desarrollar estrategias eficaces y eficientes de tratamiento (Amador, Strauss y Yale, 1991). La ausencia de insight se asocia con una mala evolución clínica (Raffard, Bayard, Capdeville, García y Boulenger, 2008), discapacidad funcional y social, pobre rendimiento y peor calidad de vida (David, 2004)

Históricamente, el término insight proviene de la clínica psicoanalítica, y se ha asociado definitivamente con la conciencia de que un paciente podría tener su estado de salud. Los modelos científicos actuales en la psicopatología cognitiva abogan por un continuo entre lo normal y lo patológico en los trastornos mentales (Bentall, 2006). En ese contexto, diferentes trabajos experimentales han permitido la elaboración de modelos multidimensionales de la conciencia de enfermedad, permitiendo superar una visión dicotómica más reduccionista (Bottlender y Hloulcal, 2010).

El modelo de Amador (Amador et al., 1991; Amador y Kronengold, 2004) es considerado actualmente como el modelo de referencia en clínica y en investigación para comprender la noción de conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y en los trastornos psicóticos en general.

Este modelo propone una escala ampliamente utilizada en las investigaciones a nivel internacional: la Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) (Amador et al., 1991), el instrumento más utilizado para medir la conciencia de enfermedad. Las principales dimensiones del insight son la *falta de conciencia de los síntomas* y el *proceso de atribución de los síntomas a una enfermedad mental*. La falta de conciencia de enfermedad incluye además cuatro componentes: *conciencia de tener una enfermedad mental*, *conciencia de los efectos del tratamiento*, *conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad mental*, *conciencia de los síntomas específicos*.

Estudios más recientes analizan la etiología multifactorial del insight, y el desarrollo longitudinal (Gerretsen, Plitman, Raifi y Graft-Guerrero, 2014; Nordick y van Heugten, 2014), así como su relación con otras variables mediadoras:

neurocognitivas (Mingrone, Rocca y Castagno, 2013; Pegoraro, Dantas, Bauzato y Fuentes, 2013), clínicas (Belvederi et al., 2015; Zhang et al., 2014), y de naturaleza subjetiva, que incluyen la narrativa de la propia persona. (Kako et al., 2014; Ng, Fish y Granholm, 2014)

Todo esto nos lleva a plantearnos el estudio de la relación entre estas dos variables, la conciencia de enfermedad y la percepción del propio proceso de recuperación y de los factores que la facilitan o la obstaculizan, como dos conceptos relevantes para la implicación de los y las pacientes en el tratamiento rehabilitador ofrecido en distintos dispositivos de Salud Mental de nuestra Unidad de Gestión Clínica.

Sin embargo, no parece que existan resultados empíricos que clarifiquen la relación entre ambas variables, y los que existen no ofrecen datos suficientemente contundentes acerca del valor predictivo de ninguna sobre la otra.

Por ello, desde nuestros dispositivos de rehabilitación surge el interés por la incorporación del enfoque de la “recuperación” en el trabajo de nuestros pacientes, como un modo de introducir aspectos positivos en relación a la evolución de la enfermedad, aumentar la percepción del locus de control interno sobre su propia vida y la relación con su enfermedad, y por tanto mejorar la implicación activa en los programas terapéuticos rehabilitadores. En relación con este concepto encontramos fundamental el abordaje multidimensional de la conciencia de enfermedad, entendiendo que su medida y mejora facilitará una mayor implicación de la persona en su proceso de recuperación en general y en su tratamiento rehabilitador, con mayor adherencia a los programas y una participación más activa. Y de igual forma, entendemos como imprescindible contar con la información directa de los propios participantes de dicho proceso de recuperación, a través de una medida autoinformada y que integre factores tanto inter como intrapersonales a los que poder dirigir toda una serie de intervenciones desde nuestro sistema de salud.

Y en este sentido, los objetivos de este proyecto de investigación serán:

- 1) Determinar si el nivel de conciencia de enfermedad puede ser un buen predictor del grado de recuperación percibido por la persona, a lo largo de un período de un año.
- 2) Comprobar la estabilidad a lo largo de un año de dicha relación, así como de las dos medidas por separado.

3) Determinar los factores que pudieran estar relacionados con dichas variables.

Método

Participantes

La población de estudio se encuentra representada por pacientes con diagnóstico de psicosis (diagnósticos F20-F29, Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992), que en el momento de la investigación estén recibiendo o hayan recibido tratamiento en la Comunidad Terapéutica II y Unidad de Rehabilitación de Salud Mental, ambos servicios del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

De todos ellos, siguiendo un procedimiento de muestreo por conveniencia, se seleccionarán aquellos que una vez informados, acepten voluntariamente participar en dicha investigación; excluyéndose pacientes en fase aguda del trastorno (ingreso en UHSM en los últimos 3 meses), con consumo de alcohol o drogas activos o que presenten limitaciones intelectuales severas.

Teniendo en cuenta la limitación en cuanto a población en tratamiento de ambos dispositivos, y la evolución habitual en cuanto a derivaciones, estimamos una muestra de aproximadamente 80-100 participantes.

Materiales/instrumentos utilizados

- Escala para Evaluar la No Conciencia de Trastorno Mental (SUMD) (Ruíz, Pousa, Duñó, Crosas, Cuppa y García, 2008). Adaptación española de Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders (SUMD) (Amador et al., 1991).

- Cuestionario sobre el Proceso de Recuperación (CPR) (Cuevas, Delgado, Harvey y Neil, 2014). Adaptación española de The questionnaire about the process of recovery (QPR) (Neil et al., 2009).

- Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) (Peralta y Cuesta, 1994). Adaptación al castellano de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay, Opler y Lindenmayer, 1988).

- Hoja de datos sociodemográficos y funcionales. Recoge información acerca de las siguientes variables: edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, tipo de

convivencia, dispositivo donde se recibe tratamiento, consumo de tóxicos, nivel de adherencia/cumplimiento terapéutico, nivel de recuperación percibido por los profesionales y familiares.

- Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (LSP) (Bulbena, Fernández y Domínguez, 1992). Adaptación al castellano de la escala Life Skills Profile (LSP) (Rosen, Hadzi-Pavlovic y Parker, 1989).

Procedimiento

Tras acceder a participar en el estudio, los miembros del equipo de investigación concertarán entrevistas individuales con cada paciente (2-3 entrevistas de entre 50-60 minutos de duración), durante las cuales se administrarán los instrumentos autoinformados citados.

Por otro lado, de forma coordinada por una persona en cada dispositivo, el equipo de tratamiento de cada paciente valorará la percepción de los profesionales acerca del grado de recuperación (clínico, funcional, social y personal) de cada paciente.

Igualmente, una persona del equipo de investigación en cada dispositivo realizará una revisión de las historias clínicas para recabar los datos requeridos en la hoja de datos sociodemográficos y contactará telefónicamente con el familiar de referencia aportado por cada paciente con el fin de obtener su valoración acerca del grado de recuperación del paciente.

Diseño

Se trata de un estudio de medidas repetidas, con el que se pretende explorar la relación entre conciencia de enfermedad y percepción de recuperación. Para ellos se realizarán tres mediciones: al inicio, a los seis meses y al año.

Discusión/Conclusiones.

El nivel de conciencia de enfermedad se ha considerado un predictor de la adherencia al tratamiento, la evolución clínica y la recuperación de la persona (síntomas, ingresos y funcionamiento social), por lo que, nuestras intervenciones psicológicas tienen como objetivo mejorar esta conciencia para favorecer a su vez la evolución clínica y la recuperación personal. Con este estudio pretendemos determinar

si el nivel de conciencia de enfermedad predice el grado de recuperación desde esta nueva perspectiva, tal y como la percibe la persona. Entendiendo, además, que la percepción de la propia persona sobre su recuperación podría ser una medida de la calidad de nuestras intervenciones y como tal debería ser tomada en cuenta en la planificación de los tratamientos.

Referencias

- Amador, X. F., Strauss, D. H. y Yale, S. A. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 113-32.
- Amador, X. F. y Kronengold, H. (2004). Understanding and assessing insight. En X. F. Amador y A. S. David (Eds.), *Insight and psychosis* (pp 61-84). New York: Oxford University Press.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Belvederi, M., Respino, M., Innamorati, M., Cervetti, A., Calcagno, P., Pompili, M., ...Amore, M. (2015). Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 162(1-3), 234-247.
- Bentall, R. (2006). Madness explained: why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a “complaint-orientated” approach to understanding mental illness. *Medical Hypotheses*, 66(2), 220-233.
- Bottlender, R. y Hloulcal, T. (2010). Insight into illness: an overview of the concept focusing on schizophrenia. *Psychiatrische Praxis*, 37(2), 59-67.
- Bulbena, A., Fernández, P. y Domínguez, A. (1992). Spanish adaptation of the Life Skills Profile. Profile of activities of daily living. Structure and factorial composition. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 20(2), 51-60.
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beack, E. M., Kossowsky, J. y Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatry*, 27, 19-32.

- Cuevas, C., Delgado, P., Harvey, D. y Neil, S. (2014). *Cuestionario sobre el Proceso de Recuperación (CPR). Spanish adaptation of the Questionnaire about the process of recovery (QPR)*. Material no publicado.
- David, A. S. (2004). *The clinical importance of insight: an overview*. New York: Oxford University Press.
- Gerretsen, P., Plitman, E., Rajji, T. K. y Graft-Guerrero, A. (2014). The effects of aging on insight into illness in schizophrenia: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(11), 1145-1161.
- Giusti, L., Ussorio, D., Tosone, A., Venanzio, C., Bianchini, V., Necozone, S., ...Roncone, R. (2015). Is personal recovery in schizophrenia predicted by low cognitive insight? *Community Mental Health Journal, 51*, 30-37.
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., ...Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 39*(6), 1296-1306.
- Kako, Y., Ito, K., Hashimoto, N., Toyoshima, K., Shimizu, Y., Mitsui, N., ...Kusumi, I. (2014). The relationship between insight and subjective experience in schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment, 29*(10), 1415-1422.
- Kay, S. R., Opler, L. A., & Lindenmayer, J. (1988). Reability and validity of positive-negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research, 23*, 99-110.
- Klapheck, K. (2014). Meaning of psychoses as perceived by patients, their relatives and clinicians. *Psychiatry Research, 215*, 760-765.
- Law, H. y Morrison, A.P. (2014). Recovery in Psychosis: A Delphi Study With Experts by Experience. *Schizophrenia Bulletin, 40*(6), 1347-1355.
- Mingrone, C., Rocca, P. y Castagna, F. (2013). Insight in stable schizophrenia: relations with pscopathology and cognition. *Comprehensive Psychiatry, 54*(5), 484-492.
- Neil, S., Pitt, L., Kilbride, M., Welford, M., Nothard, S., Sellwood, W. y Morrison, T. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): a measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis, 1*(2), 145-155.
- Ng, R., Fish, S. y Granholm, E. (2014). Insight and theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research, 225*(1-2), 169-74.

- Noiseaux, S. (2010). The process of recovery of people with mental illness: The perspective of patients, family members and care providers: Part 1. *BMC Health Services Research*, 10, 161.
- Noiseaux, S. y Ricard, N. (2008). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1148-1162.
- Nordick, W. G. y van Heugten, K. (2014). Insight development in schizophrenia: the construction of dangerousness in relapse. *Qualitative Health Research*, 24(5), 591-602.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Pegoraro, L. F., Dantas, C. R., Banzato, C. E., y Fuentes, D. (2013). Correlation between insight dimensions and cognitive functions in patients with deficit and nondeficit schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 147(1), 91-94.
- Raffard, S., Bayard, D., Capdeville, F., García, J. P. y Boulenger, M. C. (2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *L'Encéphale*, 34(6), 597-605.
- Rosen, A., Hazdi-Pavlovic, D. y Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337.
- Ruiz, A., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J., Cuppa, S. y Garcia, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 111-119.
- Soundy, A., Stubbs, B., Roskell, C., Williams, S. E., Fox, A. y Vancampfort, D. (2015). Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis. *Journal of Mental Health*, 24(2), 103-110.
- Vicente, A. y Berdullas, S. (2014). El coste económico de los trastornos mentales en España superó al gasto público en sanidad. *Infocop, Consejo General de la Psicología de España*, 69, 9.

Zhang, J., Rosenbeck, R., Mohamed, S., Zhou, Y., Chang, Q., Nina, Y. y He, H. (2014). Association of symptom severity, insight and increased pharmacologic side effects in acutely hospitalized patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1914-1919.

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO GRUPAL VERSUS INDIVIDUAL PARA SINTOMATOLOGIA
ANSIOSA, EN POBLACIÓN ATENDIDA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

**Rut Villaescusa, Adriana Acevedo, Cristina García-Pedrajas, Núria Grases, Olga
Pérez-Ibáñez, Carme Salto, Mónica Tronchoni, Susana Ochoa, Cristina Ventura,
Romina Torres, Laia Martin, Amaia Zabaleta, Esperança Marsó y Elizabeth
Hernández-Fernández**

*Centro de Salud Mental (CSMA). Grupo AP-PSI Barcelona. Parc Sanitari Sant Joan de
Déu (PSSJD)*

Resumen

Los estudios sobre la eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria de la salud permiten considerar este formato como una alternativa terapéutica eficaz para la mayoría de diagnósticos, incluidos los trastornos de ansiedad. El presente trabajo se trata de un ensayo clínico aleatorizado sobre la eficacia comparativa entre dos tratamientos psicológicos, grupal e individual, específicos sobre los trastornos de ansiedad, para pacientes atendidos desde el programa de soporte a la primaria (PSP). Los pacientes son derivados por el Médico de Atención Primaria, y serán aleatorizados en los dos grupos de tratamiento. El grupo experimental estará compuesto por los sujetos que realizarán el tratamiento grupal, y los pacientes asignados al grupo control recibirán el tratamiento psicológico habitual (individual). La evaluación consistirá en detallar los datos médicos y psicopatológicos, así como los datos sociodemográficos, además se realizará evaluación clínica a través de escalas sobre sintomatología de ansiedad (STAI), depresiva (BDI), autoestima (Rosenberg) y motivación para el cambio (URICA), así como el grado de adherencia terapéutica. Se compararán los resultados en cuanto a las variables respuesta entre los dos grupos mediante comparación de las diferencias basal, post tratamiento y seguimiento a los 6 meses. Se realizará un modelo de regresión para medidas repetidas donde se controlará el efecto del grupo. Se espera que el tratamiento psicológico ofrecido en formato grupal ofrezca resultados como mínimo similares a la atención psicológica individual ofrecida en el marco del PSP, y

que se pueda implementar como herramienta terapéutica eficaz, y especialmente eficiente, en el tratamiento de la sintomatología ansiosa.

Palabras clave: Psicoterapia, psicoterapia grupal, trastornos de ansiedad, atención primaria

**RESEARCH PROJECT ON ANXIETY SYMPTOMS IN POPULATION
ATTENDED IN PRIMARY CARE SERVICES: COMPARISON BETWEEN
GROUP VERSUS INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL TREATMENT**

Abstract

Studies on the efficacy of group psychological intervention in primary care allow us to consider this format as an effective therapeutic alternative for most diagnoses, including anxiety disorders. The present work is a randomized clinical trial on the comparative efficacy between two psychological treatments, group and individual, specific on anxiety disorders, for patients attended from the support's primary program (PSP). Patients, who will be referred by the Primary Care Physician, and will be randomized into the two treatment groups. The experimental group will consist on the subjects who will perform the group treatment, and the patients assigned to the control group will receive the usual (individual) psychological treatment. The evaluation will consist on detailed medical and psychopathological data, as well as sociodemographic data. In addition, a clinical evaluation will be carried out through the anxiety symptoms (STAI), depressive (BDI), self-esteem (Rosenberg) and motivation for change (URICA), as well as the degree of therapeutic adherence. We will compare the results regarding the response variables between the two groups by comparing baseline, post-treatment and follow-up differences at 6 months. A regression model will be performed for repeated measures where the effect of the group will be controlled. It is expected that the psychological treatment offered in group format will offer results at least similar to the individual psychological care offered, and that it can be implemented as an effective and especially efficient therapeutic tool in the treatment of anxious symptomatology.

Keywords: Psychotherapy, Group psychotherapy, Anxiety disorders, Primary care.

Introducción

Los problemas de salud mental en la población general tienen una prevalencia que se acerca al 30%. La cifra detectada en Atención Primaria (AP) alcanza un 10%, siendo los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes realizados los trastornos depresivos, seguidos de los trastornos de ansiedad (Garrido, 2008). Según señalan la Anxiety Disorders Association of America y la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, el éxito de prevenir y tratar la ansiedad está en la combinación de varias estrategias, siendo de utilidad diversas intervenciones no exclusivamente farmacológicas (Burgos, Ortiz, Muñoz, Vega y Bordallo, 2006). Los ensayos clínicos revisados, que comparan la eficacia de la intervención psicológica en función del formato individual o grupal, sostienen que tanto las intervenciones grupales como las individuales son más eficaces respecto a un grupo control formado por la lista de espera (Segarra, Farriols y Palma, 2011). Los estudios sobre la eficacia de la intervención psicológica grupal, en AP, permiten considerar este formato como una alternativa terapéutica eficaz para la mayoría de diagnósticos, incluidos los trastornos de ansiedad (Segarra, Farriols, Palma, Segura y Castell, 2011). En el estudio de Segarra, Farriols, Palma, Segura et al. (2011) se evalúa un tratamiento psicológico cognitivo-conductual, en formato grupal, para los trastornos de ansiedad, avalándose la influencia significativa de la psicoterapia grupal en relación a la sintomatología clínica general, la autoestima, la gestión emocional y la calidad de vida percibida. La apuesta futura de la investigación pretende incidir en el avance del conocimiento del efecto de las terapias no farmacológicas en los trastornos psicológicos en AP, midiendo los efectos a largo plazo, e incluyendo grupo control (Burgos et al., 2006).

Desde este marco general de la situación investigadora actual, y sirviéndonos del contexto facilitador del PSP (Barcons et al., 2014; García-Pedrajas et al., 2014; Pérez-Ibáñez et al., 2015; Ventura et al., 2014), donde el especialista se desplaza para hacer apoyo y asistencia directa desde la propia Área Básica de Salud, es desde donde nos planteamos avanzar en el conocimiento de la herramienta grupal para el abanico de trastornos de ansiedad. Pretendemos comparar el efecto producido por el tratamiento psicológico grupal versus habitual (que se realiza en formato individual), con medidas pre y post tratamiento, y un seguimiento a los 6 meses, que nos permita conocer la

consolidación de los resultados alcanzados. Pensamos que potenciar la intervención grupal en el marco de la Atención Primaria podrá redundar, además, en ofrecer mejor respuesta a las necesidades actuales, donde las estrategias grupales para el tratamiento de los trastornos de ansiedad podrían representar una herramienta eficaz y especialmente eficiente, reduciendo buena parte del tiempo asistencial de los profesionales y otros gastos asociados (Segarra, Farriols, Palma, Segura et al., 2011).

Lo que pretendemos a lo largo de esta investigación es comprobar la eficacia del tratamiento psicológico, en atención primaria, para los trastornos de ansiedad en relación a la disminución de síntomas. Además, pretendemos valorar la eficacia diferencial del tratamiento psicológico grupal en comparación con el tratamiento psicológico habitual (individual), en AP, para los trastornos de ansiedad. Además, nos interesa específicamente valorar si el tratamiento psicológico grupal constituye una herramienta eficiente para el tratamiento de la sintomatología ansiosa, en el contexto de la atención primaria, y analizaremos también si los resultados que obtenemos se mantendrán a los 6 meses de tratamiento.

Método

Participantes

La selección de los sujetos se realiza a través de la hoja de derivación emitida por el médico de AP, en la que consta la presencia de un trastorno de ansiedad como diagnóstico principal. Participan 17 Áreas Básicas de Salud de la provincia de Barcelona: CAP Martí i Julià (Cornellà de Llobregat), CAP Jaume Soler (Cornellà de Llobregat), CAP Can Bou y CAP El Castell (Castelldefels), CAP Ramona Via, CAP Disset de Setembre y CAP Pujol i Capçades (El Prat de Llobregat), CAP Viladecans 1 y CAP Viladecans 2, CAP Gavà 1 y CAP Gavà 2, CAP Ribes (Sant Pere de Ribes), CAP Roquetes (Vilanova), CAP Sitges, CAP Canaletes (Cerdanyola del Vallès), CAP Les Planes y CAP Verdaguer (Sant Joan Despí). Una vez entrevistados por el psicólogo/a clínico/a, en el marco del PSP, se decide si la persona es candidata a realizar una psicoterapia grupal. En caso negativo, es excluida del estudio, recibiendo el tratamiento habitual (que puede incluir psicoterapia individual si se considera oportuno). En el caso de ser candidato/a, se le explica el proyecto de investigación y se solicita su

participación. Si acepta participar, una vez entregada la hoja informativa y firmado el consentimiento informado, es derivado a tratamiento psicológico grupal o bien a tratamiento psicológico habitual, de forma aleatorizada. Si no acepta participar, recibirá el tratamiento habitual que consiste en el tratamiento individualizado.

Se incluye a pacientes con un diagnóstico principal, según criterios CIE-10, dentro de las siguientes categorías: Trastornos fóbicos de ansiedad (Agorafobia, Fobias sociales, Fobias específicas), otros Trastornos de ansiedad (Trastorno de pánico, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno mixto de ansiedad y depresión, Trastorno de ansiedad no especificado), y Trastornos adaptativos. Pacientes que se puedan beneficiar de un abordaje grupal. El rango de edad abarca de 18 a 65 años.

Se excluyen del estudio las personas que no acepten participar en el estudio, o que por sus características no se beneficiarían de un tratamiento grupal. Pacientes con patología dual, riesgo autolítico, discapacidad intelectual o trastorno grave de la personalidad.

Esperamos contar con una muestra de unos 100 participantes aproximadamente (50 en el grupo experimental y 50 en el control).

Materiales

Para la recogida de datos se han utilizado los siguientes instrumentos de evaluación: a). *Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI)*. Este cuestionario muestra una consistencia interna de 0.90-0.93 (subescala Estado) y de 0.84-0.87 (subescala Rasgo), y una fiabilidad test-retest: 0.73-0.86 (subescala Rasgo). En cuanto a la validez muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (0.73-0.85) (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982); b). *Inventario de la Depresión de Beck (BDI)*. Este cuestionario muestra una consistencia interna de 0.83, y una fiabilidad test-retest: 0,60-0,72. La validez convergente respecto a la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung es de 0,68-0,89 (Sanz y Vázquez, 1998); c). *Escala de autoestima de Rosenberg*. Este cuestionario muestra una consistencia interna de 0,75. La validez convergente respecto a la LSI-A es de 0,45 (Rojas-Barahona, Zegers, y Förster, 2009); d). *Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)*. Este cuestionario muestra una consistencia interna de 0.69-0.89 (Dozois, Westra, Collins, y Fung, 2004).

Procedimiento y Diseño

Se ha realizado un ensayo clínico aleatorizado, donde el tratamiento habitual consiste en la intervención que se ofrece en formato individual, por el psicólogo/a clínico/a, en AP para los trastornos de ansiedad, es decir, un tratamiento con una media de 3 sesiones, de 30 minutos de duración (rango entre 1 y 5 sesiones) (Pérez-Ibáñez et al., 2015). Por otro lado, el tratamiento grupal consiste en una intervención de 10 sesiones, de frecuencia semanal, de una hora y cuarto de duración. El número de participantes en el formato grupal se estima en un promedio de 8 (rango entre 6 y 10 participantes). Los grupos están conducidos por un psicólogo/a clínico/a como terapeuta, y otro profesional especialista en salud mental como co-terapeuta. Cada una de las sesiones grupales está subdividida en cuatro partes diferenciadas: acogida y repaso de la sesión anterior (15 min.); desarrollo del contenido propio de la sesión (30 min. aprox.); cierre, realizando un resumen y conclusiones de la sesión (15 min.); estrategia de relajación muscular progresiva (relajación de Jacobson) combinada con un técnica de imaginería visual (15min). Con el objetivo de intentar homogeneizar la intervención, se ha elaborado una Guía para los terapeutas, sobre el contenido a trabajar en las sesiones (en formato semiestructurado), que de forma resumida incluye: concepto de ansiedad y diferenciación con otros estados emocionales; identificación de situaciones ansiógenas cotidianas y de señales personales de ansiedad; estado ansioso normalizado versus identificación del límite patológico; y estrategias de control cognitivo, emocional y conductual de la ansiedad. Los mismos profesionales ofrecerán ambos formatos de tratamiento (individual y grupal).

Resultados

Se realizará estadística descriptiva y se compararán los dos grupos en el momento basal para evaluar las posibles diferencias previas. Se compararán las medias de las diferencias entre el momento basal y post-tratamiento, y entre estos y el seguimiento a 6m entre los dos grupos. También se realizarán modelos de regresión para medidas repetidas en el que se valorará el efecto tiempo y grupo.

En el momento actual el proyecto se encuentra en fase de realización de los tratamientos. Se prevé iniciar el análisis de los datos obtenidos en el segundo semestre

del año 2017, cuando ya se habrá finalizado el seguimiento a los 6 meses de todos los pacientes incluidos en el estudio.

Se ha completado la recogida de datos en un total de 23 pacientes incluidos en el grupo experimental y de 18 incluidos en el grupo control. En la actualidad están realizando el tratamiento en formato grupal 21 pacientes, y 28 en el formato individual. Seguimos en proceso de aumentar la muestra, con la previsión de seguir incluyendo pacientes durante el primer trimestre del próximo año. La idea es poder completar el objetivo marcado de llegar a una muestra como mínimo de 100 participantes.

Conclusiones

Se trata de un proyecto de relevancia que permitirá valorar la eficacia diferencial de dos tipos de tratamiento psicológico para la ansiedad, ofrecidos en atención primaria, así como evaluar su eficiencia. Resulta importante tener en cuenta el impacto social y económico derivado, dado el elevado número de consultas que se generan en relación a los trastornos de ansiedad, y que tienen su puerta de entrada a través de la Atención Primaria (Garrido, 2008).

Pensamos que los resultados del estudio permitirán redundar en una mejor distribución de los recursos en este ámbito concreto, disminuyendo la saturación de los servicios. En este sentido, las estrategias grupales para el tratamiento de los trastornos de ansiedad podrían representar una herramienta eficaz que se ajusta a las necesidades de los servicios en el ámbito de la Salud Pública, reduciendo buena parte del tiempo asistencial de los profesionales y otros costes asociados. Todo esto, a más, con el objetivo de promover la asistencia de alta calidad y la mejora en los tratamientos que se ofrecen y se aplican a los usuarios y usuarias, y que permitirá avanzar en la formación de los profesionales sobre aquellos tratamientos eficaces.

Como limitaciones al estudio valoramos la heterogeneidad de los dos grupos de tratamiento, en cuanto al número de sesiones y la duración de los mismos. Se tiene previsto controlar el número de sesiones en los análisis estadísticos para tener en cuenta esta posible variable de confusión. Por otro lado no se podrá medir de manera precisa la homogeneidad de las intervenciones, dado que éstas son llevadas a cabo por diferentes profesionales, y por lo tanto se da lugar a diferencia en el estilo de conducción de los tratamientos. Se ha intentado disminuir este sesgo aunando los criterios selectivos, así

como realizando un manual de tratamiento grupal con los contenidos a trabajar en las diferentes sesiones grupales.

Referencias

- Barcons, C., Miquel, V., Aldèvol, I., Sarri, C., Salvador, R., y Fernández B. (2014). Estudio epidemiológico: Pacientes atendidos por psicología clínica en el marco de aplicación del programa de soporte de salud mental en atención primaria (PSP). *Informaciones Psiquiátricas*, 218, 39-52.
- Burgos, M. L., Ortiz, M. D., Muñoz, F., Vega, P., y Bordallo, R. (2006). Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en atención primaria. *Revisa Semergen*, 32(5), 205-210.
- Dozois, D., Westra, H., Collins, K., Fung, T., Garry, J. (2004). Stages of change in anxiety: Psychometric properties of the URICA scale. *Behavior Research and Therapy*, 42, 711-729.
- García-Pedrajas, C., Ventura, C., Pérez-Ibáñez, O., Grases, N., Marsó, E., y Ochoa, S. (2014, noviembre). Programa de soporte a la atención primaria: Análisis descriptivo de las intervenciones psicológicas en cinco áreas básicas de salud. Póster presentado al *III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud y VII Congreso Internacional de Psicología Clínica*. Sevilla, España.
- Garrido, M. M. (2008). Manejo de la ansiedad en atención primaria. *Revisa Semergen*, 34(8), 407-410.
- Pérez-Ibáñez, O., García-Pedrajas, C., Grases, N., Marsó, E., Cots, I., Aparicio, S., et al. (2015). Programa de soporte a la primaria: Un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico de atención primaria y psicólogo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 257-266.
- Rojas-Barahona, C. A., Zegers, B., y Förster, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137, 791-800.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Segarra, G., Farriols, N., y Palma, C. (2011). Prevalencia, impacto y tratamiento psicológico grupal de los trastornos de ansiedad: Una revisión en el ámbito de la

atención primaria. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 28, 209-224.

Segarra, G., Farriols, N., Palma, C., Segura, J., y Castell, R. (2011). Tratamiento psicológico grupal para los trastornos de ansiedad en el ámbito de la salud pública. *Revista Ansiedad y Estrés*, 17(2/3), 187-197.

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

Ventura, C., García-Pedrajas, C., Marsó, E., Grases, N., Pérez-Ibáñez, O., y Ochoa, S. (2014, noviembre). Concordancia entre los diagnósticos de los médicos de atención primaria y los psicólogos/as del programa de soporte a la primaria (PSP). Poster presentado al *III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud y VII Congreso Internacional de Psicología Clínica*. Sevilla, España.

GRUPO DE REFLEXION ASISTENCIAL DIRIGIDO A PROFESIONALES DE ASISTENCIA PRIMARIA

Elisabet Hernández – Fernández, Pilar Farreras** y Cristina Ventura*

**Psicóloga Clínica; **DUI Enfermería en Salud Mental. Centro de Salud Mental
Cornellá*

Resumen

El Grupo de Reflexión Asistencial es un espacio donde los profesionales exponen con el máximo detalle posible un caso o una situación clínica tomada de su propia experiencia sobre la cual se reflexiona grupalmente. Los objetivos fueron identificar situaciones de la consulta que tienen un impacto emocional en el profesional, ayudar a pensar en el encuentro como factor determinante de la clínica. Ayudar al profesional a que pueda preservarse y no verse excesivamente involucrado a partir de los conflictos de los usuarios. La metodología utilizada fue de grupo abierto, compuesto por médicos y enfermeras del área básica, con un número máximo de 15 participantes. Dos conductoras del grupo. Sesiones mensuales de una hora de duración a lo largo de un año. Se registra en una plantilla los participantes, quién ha presentado el caso, quienes intervienen y el impacto emocional repercutido así como la reflexión final de los participantes. Se han trabajado un total de 38 casos i/o situaciones. Una serie de casos corresponde a los llamados encuentros difíciles, otros con dilemas éticos, y los propios del funcionamiento de la organización. Se trabajó la relación entre el paciente y el profesional desde distintas perspectivas, definiendo estrategias que les pudieran ayudar en los casos de difícil encuentro, se incidió en el trabajo de tomar conciencia de las propias limitaciones tanto personales como profesionales y por último se intentó desarrollar de manera práctica los conceptos fundamentales del trabajo en equipo. Nos planteamos estudiar posibles cambios en las derivaciones así como la auto percepción de eficacia de los propios profesionales.

Palabras clave: Atención Primaria, grupo reflexión asistencial, médicos de familia.

ASSISTANCE REFLECTION GROUP ADDRESSED TO PROFESSIONALS IN PRIMARY CARE

Abstract

The Assistance Reflection Group is a place where professionals expose as detailed as possible a case or a clinical situation that it has been taken from their own experience and they reflect on it in group. The aims were: to identify situations of the consultation that have an emotional impact in the professional; to help to think about the meeting as a determinant factor of the clinic; to help the professional to be able to preserve himself and not to see himself getting excessively involved in the conflicts of the users. Opened group was the methodology used, composed by doctors and nurses from the general medicine, with a maximum number of 15 participants. Two psychologists conducted the group. There were completed monthly one-hour sessions throughout one year. The participants were registered in a template: who presents the case, who participates in it and the own emotional impact of it as well as the final reflection of the participants. A total of 38 cases and/or situations have been worked. Some of the cases correspond to difficult meetings, some others to ethical dilemmas, and another ones to the own functioning of the organization. The group worked the relationship between the patient and the professional work from different perspectives, defining strategies that could help them in cases of difficult meeting; it was focused on the work of to be aware of their own limitations of both personal and professional and, finally attempted to develop in a practical way the fundamental concepts of the work team. We are studying possible changes in the patient referrals as well as the efficiency's self perception of the own professionals.

Keywords: Primary Care, Assistance Reflection Groups, General Practitioner.

Introducción

En el año 2006 en Catalunya se crea el Programa de Soporte a la Primaria (PSP), dentro del Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Éste propone un modelo de colaboración y apoyo entre el CAP y el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) con el objetivo de mejorar la atención a las necesidades psicológicas de los usuarios/as. Esta labor se lleva a cabo a través de un equipo de profesionales especialistas, El PSP



ofrece intervenciones breves y especializadas desde Atención Primaria. Tal y como cita Bower, uno de los modelos más estudiados y con mayor respaldo científico es el de la asistencia integrada, el modelo “collaborative care”, que se basa en la asistencia especializada y atención formativa al equipo de Atención Primaria.

El programa tiene una doble vertiente: formativa-apoyo técnico y terapéutica-asistencial. La intervención formativa se concreta en sesiones clínicas y espacios de interconsulta (asesoramiento al profesional). La intervención terapéutica-asistencial comprende desde visitas conjuntas con los profesionales de AP hasta intervenciones psicoterapéuticas breves (Pérez-Ibañez et al., 2015).

En el ABS Martí i Julià (Cornellà de Llobregat), surgió la demanda de una experiencia grupal tipo grupo Balint, solicitada por un médico de familia, que había experimentado en su formación MIR. Se planteó si dentro de las sesiones formativas, tenía cabida este tipo de intervención, ya que las conductoras del grupo forman parte del propio equipo asistencial en Atención Primaria.

Los grupos de reflexión asistencial encuentran sus primeras referencias teóricas en la teoría grupal desarrollada por el Dr. Michael Balint, psicoanalista húngaro, en el ámbito de la educación médica, en la que se procuraba contemplar un aspecto de la formación profesional, no tenido en cuenta hasta el momento, respecto al impacto emocional que se atraviesa en la práctica médica.

Los primeros grupos fueron coordinados por el matrimonio Balint, desde 1950 a 1970. La difusión y aplicación de esta metodología de abordaje grupal en otros países dio lugar a la creación de la Federación Balint Internacional (Kachinovsky, 2000).

Los primeros grupos Balint conocidos que se realizaron en nuestro país fueron coordinados por la primera generación de psicoanalistas formados en Catalunya. En concreto, por los doctores J. Beá, P. Bofill, P. Folc y L.M. Feduchi, en los años sesenta. El trabajo fue continuado en diversos encuadres e instituciones por la siguiente generación de psicoanalistas: J. Freixas, R. Ferrer y J.L. Tizón (desde 1976). Al tiempo, tanto en diversos países de nuestro medio como en España surgieron los primeros trabajos descriptivos, así como los primeros estudios empíricos sobre los grupos Balint (Tizón, 2005).

Los grupos tipo Balint dedicados al estudio de la relación médico-paciente, comienzan a implementarse en la formación de los MIR de Familia, dentro del

programa de Formación en Salud Mental, a comienzos de los años ochenta. Respondían a la necesidad y el interés - destacados por las primeras promociones de esa especialidad-, de adquirir una formación en los aspectos psíquicos, relacionales; elementos estos muy importantes en la práctica asistencial (Morandi, 2010).

Los grupos de reflexión asistencial representan variaciones respecto a los objetivos iniciales propuestos por el Dr Balint y su marco teórico. Esta modalidad de trabajo grupal favorece una “particular relación entre lo personal y lo profesional, es decir en ese ir al encuentro de las relaciones entre lo que pasa en el espacio fáctico docente y la historia de cada sujeto”. No se trata de formar o modelar docentes sino de favorecer intermediarios y oficiar como mediadores para que cada docente descubra y amase su propia forma. Esta sería la función del coordinador de un grupo de reflexión imbuido de la filosofía Balint (Kachinovsky, 2000).

El Grupo de Reflexión Asistencial (GRA) es un espacio donde los profesionales exponen con el máximo detalle posible un caso o una situación clínica tomada de su propia experiencia sobre la cual se reflexiona grupalmente.

Los objetivos del grupo son: Identificar situaciones, problemas y conflictos personales de la consulta que tienen un impacto emocional en el profesional o que éste encuentre de difícil entendimiento o manejo; identificar los componentes psicológicos que comporta toda relación médico-paciente, tanto por parte del usuario como por parte del profesional; orientar estos componentes psicológicos de la relación de manera que resulten favorables para la salud y no dificulten la propia relación asistencial; fomentar un grupo de trabajo que potencia la capacidad reflexiva y de pensar en común; contener las ansiedades del profesional y del paciente que a menudo comporta el proceso asistencial; pensar en el encuentro como factor determinante de la clínica; y ayudar al profesional a que pueda preservarse y no verse excesivamente involucrado a partir de los conflictos de los usuarios.

Método

Participantes

En el Área Básica de Salud Martí i Julià (referente de 29.750 habitantes) trabajan un total de 17 médicos de familia, 11 MIRS de medicina familiar y comunitaria, 18 enfermeras de atención primaria, 5 pediatras, 1 odontólogo y una trabajadora social.

El grupo finalmente estuvo compuesto por médicos y enfermeras del área básica, con un máximo de 15 participantes. Con dos conductoras del grupo y una observadora.

Materiales / Instrumentos utilizados

Tras la realización de cada sesión de reflexión grupal los profesionales se reunían y registraban mediante una plantilla el nombre de los participantes, quién había presentado el caso, quienes intervenían y el impacto emocional repercutido así como la reflexión final de los participantes.

También se realizó un registro lo más literal posible de cada sesión. Y, finalmente se llevó a cabo una supervisión mensual del grupo con un profesional especializado y experto en grupos, apoyado por nuestra institución de referencia Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Procedimiento y diseño

Las sesiones del GRA se llevaron a cabo en la propia Área Básica de Salud, inicialmente en una aula con posibilidad de cambio por si surgía la necesidad de la misma para otras sesiones y entonces se utilizaba la biblioteca. El GRA se realizó a lo largo de un año lectivo, con sesiones de carácter mensual y de una hora de duración, de 14.00h. a 15.00h, ya que es la hora habitual para los profesionales de Atención Primaria para realizar todas las actividades de formación, de reuniones de equipo, sesiones teóricas y clínicas de otras especialidades, domicilios, urgencias, es la hora del cambio de turno...pero a la vez es también la hora que cuentan con la posibilidad de darse un tiempo para realizar cualquier formación el máximo número de personas. Se presentó el proyecto en una sesión de interconsulta, en la que se aclaró que no era ni un grupo didáctico ni tampoco un grupo terapéutico donde se trabaje la salud mental de los participantes. El compromiso adquirido por los asistentes fue la asistencia voluntaria, el respeto y la confidencialidad del contenido trabajado en sesión.

La estructura de las sesiones ha sido en primer lugar dar paso al relato lo más detallado posible del caso, de manera que contemplaran los diferentes aspectos que hacían referencia al contexto de la situación descrita. Posteriormente explicaban las dificultades con las que el profesional se ha ido encontrando, y las emociones que les suscitaba la situación descrita, así como los pensamientos, las dudas, temores, incertidumbres,..., el conductor favorecía una afluida comunicación grupal procurando mantener el encuadre y los objetivos establecidos. La intervención estaba dirigida a señalar aspectos relacionales que surgen en el encuentro médico-paciente.

Se realizó una reflexión general por parte del grupo acerca del caso expuesto. Se comentaron experiencias similares. Y se hicieron referencias a casos o situaciones diferentes que surgían de forma espontánea al reflexionar sobre el caso presentado, aunque no hubiera una relación aparente entre ambos.

Resultados

Se llevaron a cabo un total de 11 sesiones de 1 hora de duración. La media de participantes fue de 6-8 participantes (con un máximo de 14 y un mínimo de 3) con participantes tanto del colectivo de medicina familiar como de enfermería. Los profesionales que asistieron tienen una experiencia profesional de más de 20 años con área de trabajo en atención primaria y urgencias relacionadas con atención primaria. La participación ha sido activa e implicada de las personas que han ido asistiendo. La asistencia ha sido irregular acorde con la imprevisibilidad de la atención primaria: podían coincidir domicilios, otras reuniones, ser referentes de urgencias y no poder asistir por este motivo, etc...

La puntualidad ha sido irregular, dependiendo de otros factores, las sesiones se iniciaban en su mayoría a las 14.10h. y finalizaban en punto, a las 15.00h.

Se han trabajado un total de 38 casos i/o situaciones. Una serie de casos corresponde a los llamados encuentros difíciles., otros a los llamados dilemas éticos y por último los que tienen que ver con la relación con otras personas del equipo y situaciones del funcionamiento de la Institución (I.C.S.- CAT-Salud).

Por lo que se refiere a los casos expuestos y llamados como encuentros difíciles se han tratado de un tipo de casos en los que se tratan problemas delicados, bien por el por el contenido del problema expuesto o bien por el perfil del paciente en sí. Han surgido

dificultades importantes y manejos complejos en la relación con usuarios dominantes, pacientes somatizadores, situaciones de violencia de género, usuarios con problemas psicosociales, problemas con el manejo de la I.L.T (Incapacidad Laboral Transitoria), pacientes hiperfrecuentadores, pacientes que no siguen los consejos preventivos, situaciones difíciles por tener que comunicar una mala noticia, situaciones de acompañamiento en la muerte reciente de un ser querido. En la mayoría de todos estos casos los sentimientos que ha generado han sido el malestar, la sensación de imposición, la incomodidad por las preguntas que realiza el paciente, la impotencia para poder ayudarlo a comprender su malestar, rabia, dificultad para tolerar el trato injusto, la sensación de ser utilizado, frustración, sentimientos de culpa. Se reflexiona sobre el paciente o a la familia, se analizaron las diferentes cuestiones que hacen difícil el cuidado y la atención de un paciente, la confianza entre ambos, y el manejo de la agresividad así como que el paciente acepte las prescripciones sanitarias. Aceptando los límites propios y ajenos, tener tiempo y espacio para reflexionar, pensar las intervenciones dirigidas a los usuarios, renunciando a una posición de saber absoluto, aceptar que no hay recetas para el hacer y que es necesario aprender a soportar la incertidumbre y la angustia.

En segundo lugar, se han planteado problemas que tienen que ver con qué hacer con información obtenida sobre el paciente fuera de la consulta, como comportarse con el paciente amigo, qué hacer ante la falta de autocuidado en pacientes con posibles repercusiones graves para su salud, ante pacientes cuyas costumbres y/ o creencias religiosas interfieren en el trabajo del profesional, como manejarse con el paciente al que se le comunica una experiencia propia espontáneamente, Y por último, ¿qué límites tiene la confidencialidad? Éstos problemas han generado dificultades de reacción, incomodidad, dudas, entre lo que el profesional sabe y lo que se puede decir; es decir, el manejo de la información, la dificultad para separar aspectos propios de los de la profesión, la sensación de inseguridad y duda, aumento de la confusión, juicios de valor, incompreensión, rabia, malestar entre la lucha entre la responsabilidad del profesional y las decisiones del paciente respecto de su autonomía.

Y por último están los casos o situaciones que tienen que ver con las dificultades de relación con otras personas del equipo, y situaciones de funcionamiento de la Institución (I.C.S.- CAT SALUT). Surgieron como comentarios los problemas que se

generan al trabajar en equipos reducidos, las rotaciones y cambios de profesionales, el tener que doblar consultas, la presión asistencial, la atención urgente e inmediata, la demanda de atención inmediata y espontánea, las exigencias de los usuarios y las dificultades que todo ello comporta. Estos problemas han generado reacciones de hiperresponsabilidad y voluntariedad pero a la vez rabia e impotencia, así como malestar y sensación de sentirse incomprendido.

Conclusiones

En la consulta, como en toda relación humana, operan factores conscientes e inconscientes para uno y otro. Para el paciente, la irrupción de la enfermedad o de síntomas incomprensibles para él, produce un estado de desorden, que intenta ordenar dándose explicaciones de acuerdo a su propia historia, creando teorías. Esto depende de cada sujeto y de la manera singular que ha ido construyendo en relación a aquello que pasa en su cuerpo y en su mente, busca respuestas, cuidado, alivio. La demanda dirigida hacia otro que se supone sabe y puede ayudar. En este sentido su figura sigue adquiriendo poder y despierta tanto temores como expectativas mágicas.

Para el médico, el encuentro remite también a su propia historia personal y profesional, cómo ha ido construyendo su deseo de ser médico, de enfrentar y vencer la enfermedad, de curar o aliviar.

Los profesionales son parte de una sociedad, de sus valores, de sus concepciones acerca de la salud, la enfermedad, la locura y la muerte. Por tanto se tiene que considerar muy seriamente la incidencia del contexto en dicha relación singular.

El gran número de las demandas en AP están motivadas en muchas ocasiones por cuestiones que no se pueden catalogar como bio(pato)lógicas sino como dificultades de las personas para hacer frente a las adversidades cotidianas (Morandi, 2010).

En todos los casos y situaciones en este grupo se ha trabajado la relación entre el paciente y el profesional desde distintas perspectivas, intentando definir ideas y estrategias que les puedan ayudar en los casos de difícil encuentro, así como incidir en el trabajo de tomar conciencia de las propias limitaciones tanto personales como profesionales y por último intentando desarrollar de manera práctica los conceptos fundamentales del trabajo en equipo.

Referencias

- Kachinovsky, A. (2000). Grupos de reflexión sobre los componentes relacionales de la práctica docente. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 92, 1 y 4-5.
- Morandi, T. (2010). *La relación médico paciente: ¿es necesaria una formación?*
Recuperado de <http://www.doctutor.es>
- Tizón, J. L. (2005). Sobre los Grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico –paciente. *Hemeroteca de Atención Primaria*, 36(8), 453-455.
- Pérez-Ibáñez, O., García-Pedrajas, C., Grases, N., Marsó, E., Cots, I., Aparicio, S., et al. (2015). Programa de soporte a la primaria: Un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico de atención primaria y psicólogo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 257-266.

**PSYCHOTHERAPY AND CULTURE: CULTURE IN THE EYE OF JUNGIAN
ANALYTICAL PSYCHOTHERAPY**

Sanja Vasiljević

Independent Scholar; University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Abstract

Psychotherapies were largely formed in a limited cultural space, at the territory of what is now called “western” culture. At that time science has not recognized culture as a significant developmental factor. Scientific and professional ideas have been formed as universally valid claims, and have been passed on to us. Socio-cultural approach, formulated by Vigotsky, accentuates the extent to which one is defined and formed by culture. Our clinical practice, prevention and therapy, are heavily saturated by recommendations stemming from incomplete views on human development. The practical effects of cultural unawareness are: under-use of mental health sector, creation (!) of clinical problems, and I add: potential psihicide. Jungian analytical psychotherapy is one of the first psychotherapies to acknowledge the presence, usefulness, and validity of other lifestyles and different cultures. C.G. Jung was insightful in noticing the flaws of western one-sidedness (over appreciation of thinking, devaluation of spirituality). What characterizes Jungian analytical psychology is a movement from one’s own culture (western-based) towards other cultures; in styles of thinking and attitudes towards life and development. When speaking of individual development, analytical psychology takes culture into consideration. However, the original thought does not look at culture very favorably; it is mostly mentioned as an impediment towards true identity. The task of a human being is to shed off culturally enforced qualities off. I argue that enrichment of western-based pool of thought by integration of not typically western ideas is one of Jung’s achievements; speaking in Vigotskian terms: Jung has enriched the pool of western cultural tools. In conclusion, analytical psychology has contributed to enrichment of socio-cultural tools by reformulating own cultural heritage. As striving towards individuality, and working against “psihicide” are flagships of analytical psychology, another circle of enrichment of inherited psychotherapy assumptions is advised from the standpoint of socio-cultural approach.

Keywords: Psychotherapy, culture, Jung, Vigotsky

Introduction

Psychotherapies were largely formed in a limited cultural space, at the territory of what is now called “western” culture. At that time science has not recognized culture as a significant developmental factor. Scientific and professional ideas have been formed as universally valid claims, and as such have been passed on to us. Scientific heritage, including psychology, contains within itself a process of “pushing” people of all cultures into ideas scientifically registered on a sample of people of one limited area, colloquially called “western cultures” (Chaudhary & Sriram, 2001; Koss-Chioino, 2003; Iwakabe, 2008; Samuels, 2014).

Socio-cultural approach, formulated by Vigotsky (Vigotski, 1996), accentuates the extent to which one is defined and formed by culture. The difference can be so prominent that some terms cannot even be discussed in other cultures (Valsiner, 1997). For example, Chaudhary and Sriram (2001) show how people cannot understand them as a separate unity, and how it renders the usage of the crucial concept of “self” largely inadequate.

The practical effects of cultural unawareness in clinical psychology and psychotherapy are already registered by research. They fall into two groups: under-use of mental health sector, and creation (!) of clinical problems (examples in Chang, 1998; Leong & Lee, 2006; Van Dyk & Nefale, 2005). To this I add cultural colonization, which can stem from implementation of non-adapted professional practices, and consequentially, potential psihicide. Psihicide, explained as destruction of one’s particular psyche (Vasiljević, 2015), which can be quite different to the psychological organization promoted by psychotherapy. Therefore, it is on contemporary authors to revise inherited assumptions, theories and practices, and include culture as a factor in their considerations.

Relations of psychotherapy and culture have been mostly explored within cross-cultural framework. Leong and Lee (2006) resume the approaches therapist can take, in working with a client of different culture: universalism, cultural assimilation, and cultural accommodation. In universalism culture is not considered an important

element; in cultural assimilation culture as a factor is acknowledged, but I add, minimized by a clear underlying assumption that minority has to accept cultural customs of majority (e.g. so called “west-european”); cultural accommodation emphasizes cultural characteristics of each ethnic group, and considers culture as an important factor that includes not only behaviors but also beliefs and attitudes. Although within our field of interest, this tri-lineation is relevant to psychotherapy sessions, leaving out relations of other layers of psychotherapy towards culture an open question.

Within socio-cultural approach we find useful explorations of relation of psychology studying and culture. Chaudhary and Sriram (2001) explore relations of old and new culture as they find their way in a psychology student. According to them, a student has four choices: to use directly what he is thought; to establish a dominance of one perspective and to follow it; to exclude cultural marks of the perspective and to use “deculturised” science; and the choice in which parts are chosen and integration is made. This model is wider from the usual cross-cultural model, but, a critique is in place. Is deculturation even possible? According to socio-cultural theory (Vigotski, 1996) language, as a cultural product also shapes us, so the very use of language, as well as other tools, keeps us within a culturised existence.

Awareness of culture as a formative factor, growing number of multicultural societies, everyday clinical experience urges us towards reconsideration of inherited psychotherapy assumptions. Here, we start with examining how culture was treated in Jungian analytical psychotherapy, what place was assigned to it, and criticize if it has ever been reformulated.

Methods

Participants: chosen field of exploration is the field of analytical psychology.

Materials/Instruments: this search is examined by way of analytical thinking, informed by socio-cultural approach.

Procedure: this work examines cultural assumptions of analytical psychology in comparison to cultural assumptions of the culture of origin of analytical psychology

thus revealing implicit assumptions and cultural decentering of analytical psychology. Explicit assumptions of analytical psychology are also taken into consideration. Questions are opened to further investigations and reformulations of analytical psychology.

Design: this search poses questions from the standpoint of practice and socio-cultural approach, it examines the theoretical basis, development, and issues of analytical psychology with regards to culture.

Results

Jungian analytical psychotherapy is one of the first psychotherapies to acknowledge the presence, usefulness, and validity of other lifestyles and different cultures. Yet the question of how it looks upon culture as a factor remains. We look at higher-order relations of analytical psychology and culture, with the help of socio-cultural approach.

What characterizes Jungian analytical psychology is a movement from one's own culture (western-based) towards other cultures. C.G. Jung was insightful in noticing the flaws of western one-sidedness (over appreciation of thinking, devaluation of spirituality) (Jung, 1975b). Often, he proposes a change of own one-sidedness, which looks like going towards values accepted more so in different cultures than the western one.

For us to comprehend this de-centering from western culture we need to first look at usual assumptions western-based cultural product tends to inherit from its origin. First of all, comprehending human beings as one, separate, independent unity is a characteristic of typically "west" societies. Then, putting oneself, and one's own needs above the collective, in the sense of importance and priority, is typical in such cultures. Next, orientation on others, compassion, investment in compromise, valuation of unity is something that could be more rarely encountered. These are not the only marks of "western cultures". Extensive use of speaking, predominance of expressing oneself through words is characteristic of the mentioned cultures, followed by underestimation of non-verbal expressions. It is important to notice the predomination of rationalism in recent times in cultures where analytical psychology first arises; it is followed by

devaluation of non-rational aspects of life. Also, high valuation of thinking is prevalent, as well as devaluation of other human capacities: emotions, intuitions. It is not necessary to say that advised lifestyles, counseling advices, therapy interventions, in one word psychotherapy, that comes out of such assumptions is defined by them, and thus has to be quite different from the ones that would arise out of culture with different beliefs, values, goals, in one word, different view on life and cosmos.

Fortunately, analytical psychology does not fully follow the assumptions of its own culture of origin. It is in line with the view of humans as separate entities, in understanding that a person has to sort out its problems on its own, going as far as finding solutions within oneself (in own psyche, symbols appearing etc.). In this facet analytical psychology does not distinct itself from the prevailing ideas of its culture. Yet, in many others, it significantly does. Jung has perceived an overvaluation of thinking within “western societies” (Jung, 1975b), and has subsequently made an effort to create a tool for balancing that one-sidedness. Additionally, I argue that analytical psychology promotes the non-rational, but this is in place for a longer discussion (Vasiljević, 2015). Jung has analyzed the value of development of thinking, but also of feeling, sensation and intuition; or as he called it, the four functions. According to analytical psychology (Jacobi, 1973) people have a tendency to use two out of four functions- enrichment, by putting into use the third function is highly desirable, as well as inclusion of the fourth function. Thus, analytical psychology is proposing a counterbalance to overthinking, valuating not one or the other function more, but valuing complexity more. This certainly, is in contrast with the times of that period, and unfortunately, these times now as well.

When speaking of individual development, analytical psychology takes culture into consideration. However, the original thought does not look at culture very favorably; it is mostly mentioned as an impediment towards true identity. The task of a human being is to individuate. Thus, regarding culture, the task is to shed culturally enforced qualities off (and so to come closer to one’s true self) (Jung, 1975b). Concisely speaking, analytical psychology is mostly concerned with one person and potentials of development within the person, and not with culture and how it defines, or shapes a person. So, socio-cultural and analytical approaches do not agree on the extent to which

one is defined by culture, although I recognize that fruitful conversation can be developed.

Next, an unexpected divergence from the fashion of those days is found in analytical psychology. Spirituality and religiousness have a solid place within this school of thought. Discussion of it is, actually, unavoidable. It is a part of individual developmental path, but it is also commented as a cultural characteristic. Interestingly, Jung perceives western civilization of his time as lacking in spirituality, while some other still have vivid relation to it (Jung, 1975b). In counseling and therapy sense, we should notice that he witnesses suffering and problems arising from this split (from spirituality and religiousness). Also, analytical psychology perceives that some cultural habits and customs, usually embedded in religion have psychologically protective function, aiding the individual to conquest developmental tasks (Jung, 1975a; Jung, 1975b). Although discussing religiousness might seem to some as congruent to that culture, it actually was not. Science has grown on rejection of religion, and every mention of it was risky, scientific discussions in psychology have been taking great care to avoid phenomenon of religion, so not to seem unscientific. It is commendable that Jung has found his way to include what he thought necessary, regardless of the spirit of the times.

Here we find that analytical psychology diverges from its culture of origin in some very important points. It keeps the idea of separate human being as valid, it diverges in appreciating religiousness, spirituality, in underlining the value of more than one function (of thinking, intuition, feeling, sensation). In practical work, it turns to verbal capacities, similarly to its culture of origin, but divergently it uses artwork, drawing, sandplay, clay, for expressing oneself. I argue that enrichment of western-based pool of thought by broadening to not typically western ideas is one of Jung's achievements. Speaking in Vigotskian terms: Jung has enriched the pool of western cultural tools.

Discussion

Our overview of analytical psychology and its stance on culture would not be complete without connecting it to some previous considerations. This study has focused on relation of psychotherapy and culture as existing in analytical psychology. Chosen

focus on relation of analytical psychology to own culture of origin, informed by socio-cultural approach, has brought out different, but complimentary data to the previous explorations, which were concerned with comparison of analytical psychology with foreign cultures to itself.

To name them: it is exactly analytical psychology that is perceived by many distant and diverse cultures as something adequate to themselves, even as a possible bridge between themselves and what is called western world (Iwakabe, 2008; Kawai, 1996; Kawai, 2012; Stephenson, 2003; Petchkovsky, San Roque, & Beskow, 2003). Liang Henghao (2012) find that Jung has highly valued “east”, in thinking that people from “the west” can find solutions to many of their problems and crises reaching out to philosophies and religions of the east. Koss-Chioino (2003) considers Jung as a “cultural psychiatrist”, a forerunner of transcultural psychiatry, due to his acknowledgement and exploration of ideas coming from non-western peoples. I argue that reasons for such perceptions can be found in the core of analytical psychology ideas, in enrichment of western thought towards which Jung was striving, as we have seen in previous passages. They can also be found in his tendency to use and appreciate findings from different cultural spaces. And although some of his remarks of other cultures are critically examined today (Samuels, 2014), he remains an atypical representative of his own cultural space, whose creation broadens the pool of thoughts of his own culture.

Contrary to perceptions of closeness of his thought and east, Jung himself expresses doubts on whether he as a western born person can realize what the meaning of myth to non-western person is. With this, he is close to our own overarching question: whether psychotherapy can be directly translated to other cultures, remaining adequate to those people?

As a guidance to responding to this question I propose Jung’s attitude recognizable in the statement that therapy is always an encounter of two persons in their entirety, and, most significantly for this theme, I paraphrase: Real therapy comes into being only when temporarily own cultural assumptions are abandoned (Jung, 1975b).

Conclusion

The needs for cultural adaptation of psychotherapy have not been built in into any original form of therapy. Still, they emerge in encounters of therapists with people of different cultures, and transfer of therapies to new cultural spaces. Although therapy creators, such as Jung, have expressed doubts about possibility of understanding of psychology of a person coming from different culture, their work is widely accepted. I argue that enrichment of western thought has found its usefulness in east as well, and that current therapists would do better to de-center from their culture, look into knowledge and skills of others, than to try to convince people of the correctness of their viewpoint.

To conclude: analytical psychology today is appealing, but not directly applicable to diverse cultures. Another round of enrichment of inherited psychotherapy assumptions is advised here from the standpoint of exploration here done.

Further research can help towards this goal: wider socio-cultural research of analytical psychology, education and practice. But, without putting research into practice, without changing the way we educate, we practice, that is of no use. So we come again to a very Jungian conclusion: that individual development (in this case of therapists) is immensely valuable as it is the condition of improvement of cultural sensitivity.

References

- Chang, S.C. (1998). An Effective Analytical Psychotherapy in Crosscultural Context. *American Journal of Psychotherapy*, 52, 229-239.
- Chaudhary, N., & Sriram, S. (2001). Dialogues of the Self. *Culture & Psychology*, 7, 379-392.
- Iwakabe, S. (2008). Psychotherapy Integration in Japan. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 103-125.
- Jacobi, J. (1973). *The Psychology of C. G. Jung: An Introduction*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Jung, C.G. (1975a). *Development of Personality (Collected Works Vol. 17)*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

- Jung, C.G. (1975b). *The Practice of Psychotherapy: Essays on the Psychology of the Transference and other Subjects (Collected Works Vol. 16)*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Kawai, H. (1996). *Buddhism and the Art of Psychotherapy*. Texas: Texas A&M University Press.
- Kawai, T. (2012). The Red Book from a Pre-modern Perspective: the Position of the Ego, Sacrifice and the Dead. *Journal of Analytical Psychology*, 57, 378–389.
- Koss-Chioino, J. D. (2003). Jung, Spirit and Madness: Lessons for Cultural Psychiatry. *Transcultural Psychiatry*, 40, 164-180.
- Liang, H. (2012). Jung and Chinese Religions: Buddhism and Taoism. *Pastoral Psychology*, 61, 747–758.
- Leong, F.T.L., & Lee, S. (2006). A Cultural Accomodation Model for Cross-Cultural Psychotherapy: Illustrated with the Case of Asian Americans. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 410-423.
- Petchkovsky, L., San Roque, C., & Beskow, M. (2003). Jung and the Dreaming: Analytical Psychology's Encounters with Aboriginal Culture. *Transcultural psychiatry*, 40, 208-238.
- Samuels, A. (2014). Political and Clinical Developments in Analytical Psychology, 1972-2014: Subjectivity, Equality and Diversity—inside and outside the Consulting room. *Journal of Analytical Psychology*, 59, 641–660.
- Stephenson, C. (2003). A Cree Woman Reads Jung. *Transcultural psychiatry*, 40, 181-193.
- Valsiner, J. (1997). *Čovekov razvoj i kultura*. [Culture and Human development] (Rosandić, R., Trans.) Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Van Dyk, G.A.J., & Nefale, M.C. (2005). The Split-Ego of Africans: Ubuntu Therapy as a Healing Alternative. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 48-66.
- Vasiljević, S. (2015, may). *What does Jungian Analytical Psychology have to offer to individual, family, society? Overview and questions*. Paper presented at the 1st European Conference for Counselling: Helping the individual, family and community, Petnica.

Vigotski, L.S. (1996). *Problemi opšte psihologije*. [Problems of General Psychology] (Janićijević, J., & Trebješanin, Ž., Trans.) Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

FACTORES TERAPÉUTICOS Y DESAFÍOS EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

María Pilar Delgado-Miguel*, **Isabel María García-Cuenca****, **José Manuel Sanz-Cruces*****, **María Isabel Cano-Navarro****, **Miguel Ángel Cuquerella-Adell**** y **Eva Carbajo-Álvarez******

Facultativo Especialista de Área Psicología Clínica. Hospital Royo Villanova de Zaragoza; **Psicólogo Interno Residente del Hospital General Universitario de Valencia; *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Hospital General Universitario de Valencia; ****Jefa de la Unidad de Psicología de la Salud del Hospital General Universitario de Valencia*

Resumen

La terapia de grupo posee unas características específicas y diferenciadoras respecto a otras terapias. En ella confluyen un conjunto de elementos terapéuticos que se modifican e influyen mutuamente en las diferentes etapas del proceso terapéutico. Las aportaciones más significativas sobre los mecanismos de cambio que intervienen en la psicoterapia de grupo provienen de Irving Yalom (1975). El término “factor terapéutico” se refiere al proceso que ocurre en terapia de grupo por la intervención del terapeuta, los otros miembros del grupo y el propio paciente, y que contribuye a la mejoría de éste. Yalom (1985) identifica 11 factores terapéuticos primarios interdependientes y que operan en conjunto. Por su parte, Mackenzie (1990) clasifica los factores terapéuticos: de apoyo, de autorrevelación, de aprendizaje y de insight. En este estudio se presenta la revisión bibliográfica existente de la investigación sobre los factores terapéuticos en la terapia grupal y de la ventana de Johari como herramienta de la psicología cognitiva que ilustra los procesos de interacción humana en el grupo. La terapia de grupo parece configurarse como una opción terapéutica preferible en el cuidado de los pacientes graves, en cuanto ofrece una presencia del objeto de vinculación más continua, más constante en el tiempo respecto a las posibilidades de un terapeuta único. Así mismo, el grupo previene de investimentos demasiado intensos sobre personas individuales, suministrando al mismo tiempo una respuesta más completa a los múltiples aspectos de la necesidad de dependencia del paciente.

Palabras clave: terapia grupal, factores terapéuticos, ventana de Johari, contexto grupal, dinámica grupal.

THERAPEUTIC FACTORS AND CHALLENGES IN GROUP PSYCHOTHERAPY

Abstract

Group therapy has specific and differentiating characteristics compared to other therapies. In it come together a set of therapeutic elements that modify and influence each other in the different stages of the therapeutic process. The most significant contributions on the mechanisms of change involved in group psychotherapy come from Irving Yalom (1975). The term "therapeutic factor" refers to the process that occurs in group therapy by the intervention of the therapist, the other members of the group and the patient himself, and contributes to the improvement of this. Yalom (1985) identifies 11 primary and interdependent therapeutic factors that operate together. For its part, Mackenzie (1990) classifies the therapeutic factors: support, self-disclosure, learning and insight. This study presents the existing literature review of research on therapeutic factors in group therapy and the Johari window as a tool of cognitive psychology that illustrates the processes of human interaction in the group. Group therapy appears to be a preferable therapeutic option in the care of critically ill patients, since it offers a more continuous, more constant, and more permanent linkage to the possibilities of a single therapist. The group also prevents too intense investment in individual persons, while providing a more complete response to the multiple aspects of the need for patient dependence

Keywords: group therapy, therapeutic factors, Johari window, group context, group dynamics.

Introducción

Los años de práctica clínica han puesto de manifiesto que la terapia grupal posee unas características específicas y diferenciadoras respecto a otras. Al margen de ser

menos costosa, aporta una serie de beneficios en el abordaje del paciente: ofrece un contexto realista, igualitario, seguro, horizontal y neutral donde se desarrollan múltiples y multifocales interacciones que favorecen el insight y aprendizaje interpersonal, pudiendo proceder la ayuda de cualquier miembro del grupo y no sólo del terapeuta. El grupo ejerce así una acción multiplicadora de los efectos terapéuticos: facilita las relaciones del paciente con el equipo terapéutico, facilita un mejor conocimiento y autoconocimiento y por último facilita y acelera el proceso terapéutico (González y Capilla, 1993; González y García-Ordás, 1992). En pacientes graves, la psicoterapia grupal se ha mostrado similar en eficacia a la psicoterapia individual (Donlon, Rada, y Knight, 1973; Herz, Spitzer, Gibbon, Greenspan y Reibel, 1974; Purvis y Miskimins, 1970) aumentando el entusiasmo de pacientes y terapeutas, disminuyendo recaídas y nuevos ingresos hospitalarios, mejorando cumplimiento, relaciones sociales y funcionamiento global. En una revisión de todos los estudios con terapia de grupo en pacientes con esquizofrenia (Kanas, 1996), los resultados fueron muy favorables, sobre todo en el ámbito ambulatorio y más pobre en el caso de grupos durante los internamientos.

La terapia grupal posee una serie de elementos que se influyen y modifican mutuamente a través de las diferentes etapas del proceso terapéutico grupal, estableciéndose una secuencia circular y en espiral entre ellos. La influencia de los miembros juegan un papel principal en el cambio personal al surgir sentimientos grupales comprometidos, contagio de los estados de humor lo que facilita la co-construcción de realidades desde distintas perspectivas. En el grupo, actúan fuerzas intrínsecamente ciegas dirigidas por participantes no profesionales.

El grupo es una realidad viva, dinámica, en constante evolución. Desde el momento que empieza hasta el momento en que muere hace un recorrido, en parte previsible y en parte no. Cualquier elemento nuevo del grupo, persona o circunstancia, provoca o puede provocar una evolución o una regresión. Por otra parte, la situación grupal es una situación social, y el medio de contacto radica en la interacción de sus miembros. Para Foulkes (1973) las dinámicas de los grupos operan en el interior de una matriz común, o “matrix” de esta situación interpersonal.

Quizás el fenómeno más específico de la terapia de grupo que le configura su potencial terapéutico sea el proceso intersubjetivo de observación y autoconocimiento

mutuo entre los miembros del grupo. Las reacciones especulares o “mirroring grupal” desbloquea las dificultades para lograr insight, promueve y acelera el autoconocimiento de los pacientes, explotando su capacidad de observar y conocer en los demás, cuando aún no son capaces de observarse y conocerse a sí mismos. Cada paciente es un espejo para los demás y los miembros del grupo son espejos para él, se ve a sí mismo o partes de sí mismo reflejadas en los otros, se muestra a los demás y se ve en los otros, refleja y se refleja en el grupo, reflexiona sobre los demás y sobre sí mismo (González, García y Fraile, 1999).

El objetivo de este estudio es la revisión bibliográfica de las aportaciones realizadas por los diversos autores sobre los factores terapéuticos que actúan en el grupo y de la ventana de Johari. El término “*factor terapéutico*” se refiere al proceso que ocurre en terapia de grupo por la intervención del terapeuta, los otros miembros del grupo y el propio paciente, y que contribuye a la mejoría de éste. Por su parte, la ventana de Johari es una herramienta de la psicología cognitiva que ilustra los procesos de interacción humana en la terapia de grupo.

Método

Se utilizaron fuentes de información secundarias bibliográficas y hemerográficas, y se realizó una búsqueda en internet en el buscador scholar.google.es con los indicadores: terapia grupal, factores terapéuticos y ventana de Johari.

Resultados y Discusión

Factores terapéuticos grupales

Los resultados encontrados muestran que los factores terapéuticos se estudiaron por primera vez a mediados de la década de 1950, después de que Corsini y Rosenberg (1955) revisaran más de 300 artículos sobre psicoterapia grupal en un intento de clasificar los mecanismos identificados por cada autor como elementos esenciales para el éxito terapéutico. Sin embargo, pasaron más de dos décadas antes de que comenzara el desarrollo de la investigación. Las publicaciones de piedra angular recogidas fueron las de Bloch y Crough (1985), Yalom (1985) y MacKenzie (1990).

Las aportaciones más significativas sobre los mecanismos de cambio que

intervienen en la psicoterapia de grupo provienen de Irving Yalom (1975). Para Yalom (1985) el cambio terapéutico es un intrincado intercambio de experiencias humanas. Identifica una serie de factores primarios interdependientes que operan en conjunto (ver Tabla 1).

Tabla 1

Clasificación de los factores terapéuticos. (Yalom, 1985)

Altruismo	Descentramiento respecto a los núcleos narcisistas
Cohesión	Clima de aceptación y comprensión
Universalidad	Descubrimiento de no ser un caso único
Información	Componente cognitivo y emocional
Aprendizaje Interpersonal	Revelación de comportamientos interpersonales consolidados, obtención de un feedback y puesta a prueba de nuevas estrategias.
Socialización	La interacción grupal que se sustenta sobre continuas espirales de retroalimentación comunicacional facilita y posibilita el continuo ensayo y error de nuevas conductas y modelos de relación distintos.
Catarsis	Compartir con los demás el propio mundo interior y ser aceptado por el grupo.
Identificación	De emociones, pensamientos, ideas y problemas.
Recapitulación correctiva del grupo familiar	Conflictos familiares tempranos vuelvan a interpretarse y permite que se recapitulen de forma correctiva.
Infundir esperanza	Creencia en el cambio a partir de la construcción de narraciones alternativas elaboradas conjuntamente entre los miembros del grupo
Factor Existencial	Dar un sentido a los acontecimientos y experiencias dolorosas insoportables e incomprensibles como la muerte, la soledad, etc..

MacKenzie (1990), por su parte, señala que en la terapia de grupo existen factores inherentes a la interacción grupal no directamente ligados a la acción del terapeuta, que actúan como mecanismos de cambio y contribuyen al proceso terapéutico. En este contexto, los individuos interpretan su mundo interpersonal y sus experiencias de un modo idiosincrásico, estando la conducta subsiguiente altamente influida por este proceso de atribución de significación personalizada. El autor realiza una clasificación operativa y práctica, con 4 grupos generales: factores de apoyo, de aprendizaje de otros miembros del grupo y de trabajo psicológico.

La ventana de Johari

Creada por Luft e Ingham (1961), esta herramienta explica el flujo de información desde dos puntos de vista, la exposición y la retroalimentación, mostrando la existencia de dos fuentes: los «otros», y el «yo». La teoría se articula mediante el concepto del espacio interpersonal, dividido en cuatro áreas definidas por la información que transmite cada uno (Luft e Ingham, 1961) (ver Figura 1). En el área abierta se encuentran las experiencias y los datos conocidos por la propia persona y por aquellos que le rodean. Se caracteriza por el intercambio libre de información entre el yo y los demás. Las Informaciones sobre nuestro “yo” que nosotros ignoramos pero que es conocido por los demás se representan en el área ciega. Lo que nosotros conocemos de nosotros mismos y que es desconocido por los demás pertenecería al área oculta y en la área desconocida se encontrarían los aspectos de nuestra personalidad de los que no somos conscientes y que también son desconocidos por las personas con las que nos relacionamos, es el área de nuestras motivaciones inconscientes.

La Ventana de Johari trata de explicar cómo deben procurar tolerarse mutuamente estas diferencias en las distintas áreas de nuestra personalidad, con el fin de mejorar las relaciones interpersonales, a través del conocimiento de uno mismo y de los demás. Lo ideal es que la mencionada área abierta vaya ampliando su radio de acción, de forma que se reduzca al mínimo la área desconocida, tanto de los demás como de nosotros mismos (ver Figura 2).

Faltan parámetros necesarios o son incorrectos.

En la etapa inicial del grupo, la ventana de Johari nos permite observar una posición de bloqueo e inhibición respecto a la apertura del yo público que se refleja por

la ausencia de desvelamiento o de dar feedback a los demás. Por otra parte, existe una dificultad para la receptividad de los feedback que los demás le transmiten a partir de la comunicación no verbal y de los actos. Dicho feedback permite, si se recibe, una mayor integración en las tres áreas de la persona. Dichos bloqueos estarían relacionados con miedos básicos.

Bleger (2007) plantea que la realización de la tarea grupal pasa por poner en común las actitudes emocionales ante el aprendizaje, o estilos de aprendizaje de los componentes del grupo. La posibilidad de evolución del grupo en el proceso terapéutico, estaría condicionada por la resolución eficaz de sus miembros de las dificultades para compartir y recibir conocimiento del grupo. El proceso de comunicación posibilita que en la tarea del grupo cada uno incorpore al “otro generalizado”, produciéndose una introyección de los roles de los otros integrantes, rectificación de estereotipias, alto rendimiento grupal, integración de la información, del aprendizaje y del yo de cada miembro. Un indicador de la realización de la tarea grupal sería la progresiva ampliación del yo público propia de las etapas avanzadas del proceso grupal y puede ser contemplada como el incremento del área abierta (ver Figura 2).

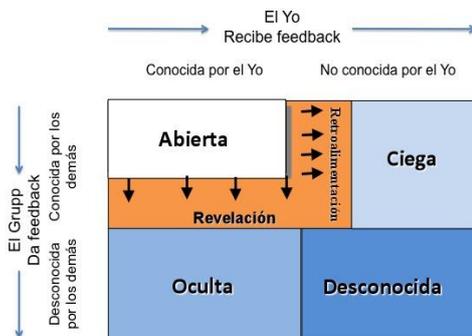


Figura 1. Ventana de Johari al inicio del grupo.

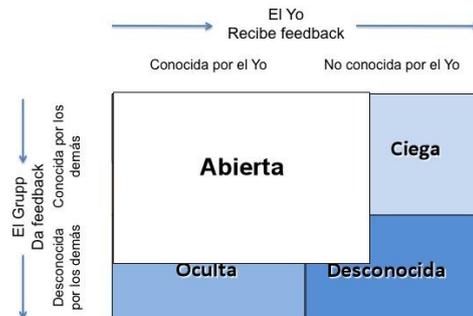


Figura 2. Ventana de Johari en etapas avanzadas del grupo.

Conclusiones

Las terapias de grupo pretenden ser un eje fundamental en los programas de tratamiento para los pacientes. Unas de las ventajas de la terapia grupal es su gran flexibilidad y versatilidad para adaptarse a todo tipo de pacientes, instituciones y



objetivos terapéuticos. El grupo terapéutico es a la vez un referente que permite a sus miembros adquirir una visión dinámica de sus vidas, y el sentido del tiempo y la evolución de sus progresos terapéuticos. El grupo es también una realidad tangible, estimulante, socializadora, que sirve de guía y apoyo. Promueve la participación de sus miembros y funciona reforzando el cumplimiento terapéutico y la motivación a la superación, a la vez que disuade del uso de resistencias y defensas que bloqueen, impidan o eludan dichos cambios (Alikakos, 1965; Kelson, 1963).

Uno de los hallazgos más significativos en la psicoterapia de grupo se refiere al ajuste comunicacional y emocional que debe existir entre los participantes (Valdés et al., 2005). Esta sintonía es la base para que se desarrolle una relación de confianza entre los miembros del grupo lo que posibilita la construcción de nuevas formas de interpretar la realidad. Este aspecto está muy relacionado con la aceptación del contexto de significado psicológico (Hardy et al., 2001; Keinänen, 1999; Krause, 1992), el compromiso y la motivación por parte de los pacientes (Corey, 1995), lo cual resulta fundamental para el trabajo que se realiza durante las sesiones en este tipo de terapia.

Pero dejar el grupo abierto, sin dirección, genera demasiadas ansiedades, pudiendo llegar a ser más iatrogénico que terapéutico (Forcén y Moren, 2015). Es por esto que los profesionales necesitamos herramientas que nos permitan observar la dinámica grupal, e intervenir conforme esta dinámica. En este sentido, la ventana de Johari se presenta como una guía válida para el profesional, al ser una fuente de información del desarrollo del proceso terapéutico en la terapia grupal.

En general, podemos afirmar que todo es útil y nada específico, que las distintas intervenciones no deben entenderse como excluyentes sino como complementarias en el abordaje psicoterapéutico de los trastornos mentales y que son posiblemente los modelos comprensivos y globales de tratamiento, adaptados a cada paciente, su situación clínica y sociofamiliar, los que nos pueden permitir encontrar soluciones y, sobre todo, para la persona que la padece que debe ser siempre el principio y fin del tratamiento.

Referencias

- Alikakos, L. C. (1965). Analytical Group Treatment of the Post-Hospital Schizophrenic. *International Journal of Group Psychotherapy*, 15, 492-504.

- Bleger, J. (2007). *Temas de psicología: entrevista e grupos*. San Paulo: Martins Fontes.
- Bloch, S. y Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford University Press.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Corsini, R. J., y Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51(3), 406.
- Donlon, P. T., Rada, R. T., y Knight, S. W. (1973). A therapeutic aftercare setting for "refractory" chronic schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 130(6), 682-684.
- Forcén, M., y Moreno, À. (2015). ¿Qué sucede en los grupos con trastorno mental grave? Comprender la matriz grupal agujereada. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, 59, 69-74.
- Foulkes, S. H. (1973). *The group as matrix of the individual's mental life. 1973 Group Therapy: An Overview*. Nueva York: Intercontinental Medical Books.
- González, M., García, I. y Fraile, J. C. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 19(72), 573-586.
- González, M., y Capilla, T. (1993). Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos (2). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 13(45), 103-112.
- González, M., y García-Ordás, A. (1992). Group therapy as a facilitating factor in the combined treatment approach to schizophrenia. En A. Werbart y J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors* (pp. 120-130). Oslo: Scandinavian University Press.
- Hardy, G. E., Cahill, J., Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A. y Macaskill, N. (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 841-845.
- Herz, M. I., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Greenspan, K., y Reibel, S. (1974). Individual versus group aftercare treatment. *American Journal of Psychiatry*, 131(7), 808-812.

- Kanas, N. (1996). *Group therapy for schizophrenic patients*. American Psychiatric Association.
- Keinänen, M. (1999). The evolution of the internal dialogue during the psychoanalytic psychotherapy process. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 529-543.
- Kelman, H. C. (1963). The Role of the Group in the Induction of Therapeutic Change. *International Journal of Group Psychotherapy*, 13, 399-432.
- Krause, M. (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica: Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psykhé*, 1, 41-52.
- Luft, J. e Ingham, H. (1961). The johari window. *Human Relations Training News*, 5(1), 6-7.
- MacKenzie, K. R. (1990). *Introduction to time-limited Group Psychotherapy* (1st Ed.). Washington: American Psychiatric Press.
- Purvis, M. S. y Miskimins, R. W. (1970). Effects of community follow-up on post-hospital adjustment of psychiatric patients. *Community Mental Health Journal*, 6(5), 374-382.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarrri, O., Ben-Dov, P. y de la Parra, G. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psykhé (Santiago)*, 14(2), 3-18.
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (3rd edition). Nueva York: Basics Books.

TERAPIA GRUPAL EN DISTIMIA: UN ENFOQUE DE GÉNERO

Isabel María García-Cuenca*, **José Manuel Sanz-Cruces*****, **Miguel Ángel Cuquerella-Adell***, **María Pilar Delgado-Miguel****, **María Isabel Cano-Navarro*** y **Eva Carbajo-Álvarez******

*Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. *Psicólogo Interno Residente; ***Unidad de Psicología Clínica y de la Salud; **** Jefa de Unidad de Psicología Clínica y de la Salud; ** Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar” Zaragoza*

Resumen

Introducción. La perspectiva de género dentro de la salud mental es un aspecto muchas veces olvidado y sin embargo de gran importancia debido a las diferencias de género encontradas en la prevalencia de los trastornos. Uno de los principales es la distimia, siendo su prevalencia mucho mayor en mujeres (5,25%) que en hombres (1,85%). **Objetivo.** Nuestro objetivo es estudiar la eficacia de un programa de tratamiento grupal desde una perspectiva de género para disminuir los síntomas ansioso-depresivos y aumentar el nivel de satisfacción vital en pacientes con distimia. **Método.** La muestra está compuesta por 6 pacientes mujeres de una Unidad de Salud Mental (USM), evaluadas antes y después del tratamiento mediante el Inventario de Depresión de Beck II, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y la Escala de Satisfacción Vital. El tratamiento consiste en una terapia grupal de 12 sesiones semanales de 1,5 h de duración de terapia cognitivo conductual con enfoque de género. **Resultados.** Los resultados muestran diferencias significativas entre las medidas pre y post-tratamiento, excepto en la escala de satisfacción vital, donde se observa un aumento que no llega a ser significativo. **Conclusiones.** A pesar de las limitaciones de la investigación, los datos evidencian la eficacia de la intervención grupal con enfoque de género para disminuir los síntomas ansioso-depresivos en una muestra de mujeres con diagnóstico de distimia. Por lo tanto, destacamos la importancia de este tipo de intervenciones dentro de las USM, que podrían aportar un ahorro en los costes económicos y humanos en la atención sanitaria.

Palabras clave: Distimia, perspectiva de género, terapia grupal, satisfacción vital.

GROUP THERAPY IN DYSTHYMIA: A GENDER APPROACH

Abstract

Background. The gender perspective within mental health is an aspect that is often overlooked and yet of great importance due to the gender differences found in the prevalence of disorders. The diagnosis of dysthymia, it's more prevalence in women (5.25%) than men (1.85%). **Objective.** The objective of this research is to study the effectiveness of a group treatment program from a gender perspective to reduce anxiety and depression symptoms and increase the level of life satisfaction in patients with this diagnosis. **Method.** The sample consists of 6 female patients of a Mental Health Units (MHU), assessed before and after treatment using the *Beck Depression Inventory II (BDI-II)*, *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* and *Satisfaction with Life Scale (SWLS)*. The treatment consisted in 12 weekly group therapy sessions of 1.5 hours duration of cognitive behavioral therapy with a gender approach. **Results.** The results showed significant differences between pre- and post-treatment measures, except in the life satisfaction scale, where was observed an increase that did not become significant. **Conclusions.** The data shows the effectiveness of the intervention group with a gender perspective to reduce anxiety and depression symptoms in a sample of women diagnosed with dysthymia. Therefore, we emphasize the importance of this type of intervention, which could bring savings in human and economic costs in healthcare.

Keywords: dysthymic disorder, gender, group therapy, life satisfaction.

Introducción

El enfoque de género dentro de la salud mental es un aspecto muchas veces olvidado, sin embargo de gran importancia debido a las diferencias de género encontradas en la prevalencia de los trastornos (20-34% en mujeres y 8-21% en hombres). Centrándonos en el trastorno distímico, observamos que las diferencias se acentúan, encontrándose una prevalencia vital en nuestro país de 5,25 % en mujeres y 1,85% en hombres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). En un estudio de



Mackenzie, Reynolds, Cairney, Streiner y Sareen (2012) se encontró que la prevalencia de la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental es mayor en distimia (44,5%) en comparación a otros trastornos y en general mayor en población adulta del género femenino (1,5 veces más propensas a buscar ayuda profesional que los hombres de su edad).

Las posibles explicaciones encontradas en la literatura a todas estas diferencias son variadas. Autores relevantes en el área como Pla, Adam y Bernabeu (2013) han descrito cuatro principales hipótesis explicativas: diferencias en las formas de enfermar entre hombres y mujeres, factores de vulnerabilidad psicosocial y de género, el modo diferente de manifestar la enfermedad y buscar ayuda y los posibles sesgos de la atención recibida por hombres y mujeres.

Las posibles condiciones de la vida cotidiana de las mujeres generadoras de malestar y sufrimiento según Grela y López (2000) serían el rol maternal como único legitimante, la maternalización de todos los roles, la doble jornada de trabajo, una sexualidad displacentera, la restricción al ámbito privado-familiar, una escasa red de apoyo social, la dependencia económica y la postergación de las propias necesidades.

En relación al tratamiento, la distimia se considera como un trastorno crónico resistente al tratamiento y el 40% de los pacientes no responden a la medicación (Ebrahimi, Neshatdoost, Mousavi, Asadollahi y Nasiri, 2013). Desde la psicología clínica, encontramos un volumen mucho menor de investigaciones sobre trastorno distímico en relación a otros diagnósticos, siendo la terapia cognitivo-conductual la que se ha introducido como una de las terapias más eficaces (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Narbona, Gómez y Martínez, 1993). Sin embargo, algunos estudios han puesto en duda su eficacia para tratar este diagnóstico (Ebrahimi et al., 2013). Estos resultados han provocado una búsqueda para mejorar la eficacia en el tratamiento de la distimia, destacando investigaciones que trabajan desde una perspectiva de género (Cruz et al., 1998; Grela y López, 2000; Muñoz et al., 2008), intervenciones desde la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) (Hamidian, Omid, Mousavinasab y Naziri, 2013), así como otras psicoterapias que incluyen aspectos de la espiritualidad y la cultura (Ebrahimi et al., 2013).

En nuestro contexto clínico, nos encontramos con una alta demanda en las Unidades de Salud Mental (USM) de mujeres con sintomatología depresiva difusa,

fluctuante y con tendencia a la cronicidad, pacientes con una importante insatisfacción vital junto con una actitud con tendencia a la pasividad, generando en muchas ocasiones sensación de impotencia y frustración en los profesionales. Por ello, el objetivo general de nuestra investigación es estudiar la eficacia de un programa de tratamiento grupal desde una perspectiva de género para disminuir los síntomas ansioso-depresivos y aumentar el nivel de satisfacción vital en pacientes mujeres con diagnóstico de distimia.

Método

Participantes

La muestra está constituida por pacientes derivados por psicólogos y psiquiatras de la USM de Valencia. Los pacientes eran derivados al programa según los criterios expuestos en la Tabla 1:

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión del tratamiento grupal

Inclusión	Exclusión
Paciente mujer	Trastornos de personalidad graves
Mayor de edad	Ideas autolíticas activas
Diagnóstico principal: Trastorno distímico (DSM IV-TR), Trastorno depresivo persistente (DSM 5)	Trastornos psicóticos Trastorno por consumo de sustancias
Puntuaciones significativas en los instrumentos de evaluación	

Instrumentos utilizados

Se administraron las siguientes escalas psicométricas:

- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte para la población femenina en el STAI-Estado es de 31 (correspondiente al percentil 75). La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la escala de

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

- *Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)* (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítem (rango: 0-63 puntos) y evalúa la intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18 (Steer y Beck, 1988). En sus ítems se da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93; desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.

- *Escala de Satisfacción Vital (SWLS)* (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; utilizando la versión castellana de Vázquez, Duque y Hervás, 2013). Está compuesta por cinco ítems tipo Likert con 7 opciones de respuesta (1=totalmente desacuerdo; 7=totalmente de acuerdo). El alfa de Cronbach ha sido de 0,79.

Procedimiento

La primera entrevista de evaluación se realizó de forma individual con aquellos sujetos que accedían voluntariamente al tratamiento y cumplían los criterios para formar parte del estudio. En ella se les administró, previa firma del consentimiento informado, las pruebas psicométricas pre-tratamiento. Después se les citaba en una segunda entrevista para devolver los resultados de las pruebas, resolver posibles dudas y realizar el contrato terapéutico, en el que se especificaba horarios y fechas de las sesiones a fin de aumentar la adherencia al tratamiento.

El encuadre grupal se organizó en torno a las siguientes características: grupo cerrado, con una asistencia media de 5,5 pacientes por sesión, sesiones prefijadas que sumaron un total de 12 de frecuencia semanal y hora y media de duración. El formato fue semiestructurado con participación activa de los miembros.

Las sesiones tuvieron la siguiente estructura:

-Inicio de la sesión: actividad de saludo, resumen sesión anterior y revisión de tareas para casa.

-Cuerpo: tema específico a tratar mediante ejercicios individuales, grupales, reflexiones, debates, role-playing, etc. Práctica de mindfulness.

-Cierre: conclusiones de la sesión, tareas para casa y actividad de despedida.

El título de cada una de las sesiones fueron: presentación e identidad femenina, autoestima y autoaceptación, la queja, habilidades interpersonales y asertividad, red social, las crisis vitales, ansiedad, depresión, autocuidado, objetivos vitales y actividades gratificantes, pensamientos negativos, y por último, empoderamiento y prevención de recaídas.

En la última sesión del tratamiento se realiza la evaluación post.

Diseño

Se trata de un estudio cuasi experimental, en el que se realiza un muestreo incidental y una evaluación pre-post tratamiento sin grupo de control. Los datos del estudio fueron analizados con el programa SPSS versión 19.0. Para explorar las diferencias entre la medición antes y después del tratamiento se utiliza la prueba no paramétrica de los rangos de Wilcoxon debido a que el tamaño de la muestra es muy pequeño para utilizar la prueba paramétrica t de Student.

Resultados

Pruebas psicométricas pre-post intervención

En la Tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos de la sintomatología ansiosa, depresiva y de satisfacción vital antes y después del tratamiento y durante el seguimiento a los 6 meses, de los 6 sujetos que completaron el tratamiento.

Tabla 2

Estadísticos Descriptivos, n=6

	STAI		BDI		SWLS			
	Estado		Rasgo		Pre	Post		
	Pre	Post	Pre	Post				
Media	46,00	31,00	41,17	32,50	26,50	20,83	15,00	16,40
D.T.	10,77	10,04	10,81	9,67	9,41	7,57	3,31	4,66



En la Tabla 3 se muestra la diferencia de medias entre el momento pre y el post tratamiento para los mismos sujetos.

Tabla 3

Estadísticos de contraste, n=6

	STAI		BDI	SWLS
	Estado	Rasgo	Pre-Post	Pre-Post
	Pre-Post	Pre-Post		
Z	-2,201	-1,992	-2,023	-1,841
Sig. asintót. (bilateral)	0,028*	0,046*	0,043*	0,066

Nota. Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon. * $p < 0,05$

Por otro lado, al finalizar el tratamiento grupal se pacta el alta con tres pacientes por mejoría mientras que las otras 3 se reincorporan a sus tratamientos individuales.

Conclusiones

Los resultados muestran una disminución significativa de los síntomas de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo en las pacientes tras el tratamiento, así como una reducción significativa de los síntomas depresivos. Además observamos un aumento en la escala de satisfacción vital, aunque en este caso no de forma significativa.

A la hora de reflexionar sobre los motivos del cambio en estos síntomas podemos destacar el énfasis de la terapia en el fomento de la autonomía, autocuidado y empoderamiento, entendiendo como tal el proceso de adquisición de poder por el que las mujeres obtienen el control sobre sus propias vidas y capacidades, para de esta manera tomar sus decisiones y ser parte activa en el desarrollo de la sociedad.

Otro de los aspectos destacables de nuestra investigación es la mejora de la eficiencia y eficacia debido al trabajo grupal con las pacientes. La terapia grupal ayuda a la identificación y apoyo entre pares, favoreciendo la toma de conciencia, facilita la creación de red social de apoyo, crea un espacio de intercambio y aprendizaje, ayuda a desarrollar una actitud activa en la producción de su salud, a conocer y desarticular resistencias al cambio, ayuda a identificar las propias necesidades, compartir los problemas comunes, buscar soluciones alternativas frente a condiciones de vida

generadoras de malestar y, en definitiva, ayuda a provocar el cambio.

Al revisar la literatura científica, encontramos que nuestros resultados confirman las principales investigaciones sobre el tema, como la experiencia de Otero, Alés y Vucínovich (2015) en una USM con grupos de alta para pacientes con distimia o la investigación de Hamidian et al. (2013), que confirma la eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena junto a psicofármacos en comparación a psicofármacos solos, para disminuir los síntomas depresivos y mejorar las habilidades de atención plena en pacientes con distimia.

Sin embargo, pese a los buenos resultados debemos ser cautos en su interpretación, pues al no disponer de grupo control y contar con una muestra de pequeño tamaño, no podemos asegurar que la mejoría de los síntomas se deba sólo a nuestra intervención. Otras de las principales limitaciones de este estudio fueron la selección no aleatoria de la muestra y el desconocimiento de la evolución de nuestros resultados a largo plazo. Para mejorar nuestro estudio sería necesario continuar realizando la intervención con un mayor número de pacientes, intentar diseñar un grupo control e idear formas de disminuir la pérdida de la muestra en el seguimiento.

Para concluir podemos afirmar que los datos evidencian la eficacia de la intervención grupal con enfoque de género para disminuir los síntomas ansioso-depresivos en una muestra de mujeres con diagnóstico de distimia. Debemos entender nuestra investigación como una experiencia piloto dentro de una USM, con gran valor debido a la utilidad en nuestro contexto, que sirva para iniciar y mejorar programas enfocados a promover la salud de nuestra población, a través de intervenciones psicológicas eficaces con evidencia demostrada, enfatizando al mismo tiempo un uso eficiente de los recursos humanos y económicos.

Referencias

- Cruz, J. M., García, I., Guerra, C., Díaz, A., Sánchez, J. M. y Sanpedro, J. (1998). Evaluación a corto plazo del programa de intervención sobre mujeres con distimia en un centro de salud. *Sermergen*, 24, 905-909.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Ebrahimi, A., Neshatdoost, H. T., Mousavi, S. G., Asadollahi, G. A. y Nasiri, H. (2013).

- Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Advanced Biomedical Research*, 2, 53.
- Grela, C. y López, A. (2000). *Mujeres, salud mental y género*. Montevideo: Comisión de la mujer. Intendencia Municipal de Montevideo.
- Hamidian, S., Omid, A., Mousavinasab, S. M. y Naziri, G. (2013). Comparison of the effect of mindfulness-based cognitive therapy accompanied by pharmacotherapy with pharmacotherapy alone in treating dysthymic patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15, 239–244.
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. L. y Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression and Anxiety*, 29, 234–242.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en salud mental del SNS 2006*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t).
- Muñoz, M. A., De Casas, M. X., Cobo, R., Fontcuberta, J., Manrique, R. y Pérez, F. (2008). Malestar psicosocial de la mujer: Experiencia de una intervención grupal en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 10, 96-100.
- Narbona, G., Gómez, M. I. y Martínez, B. (1993). Terapia grupal cognitiva en distimia. *Maristan*, 11, 60-63.
- Otero, J., Ales, A. y Vucinovich, N. (2015). Grupos de alta para pacientes con distimia crónica: Una propuesta psicoterapéutica orientada al fin de tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 127, 527-540.
- Pla, I., Adam, A. y Bernabeu, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en salud mental. *Norte de Salud Mental*, 46, 20-28.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). *Clínica y Salud*, 3, 249-280.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Steer, R. A. y Beck, A. T. (1988). Beck Depression Inventory. En M. Hersen y A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 44-46). Nueva York: Pergamon Press.
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2013). The Satisfaction with Life Scale (SWLS): Adaptation and normative data in a spanish representative national sample. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-15.

TRATAMIENTO DEL DUELO: UNA EXPERIENCIA GRUPAL

José Manuel Sanz-Cruces*, María Pilar Delgado-Miguel**, María Isabel-Cano Navarro*, Miguel Ángel Cuquerella-Adell*, Isabel María García-Cuenca* y Eva Carbajo-Álvarez******

*Consortio Hospital General Universitario de Valencia. *Psicólogo Interno Residente; *** Unidad de Psicología Clínica y de la Salud; **** Jefa de Unidad de Psicología Clínica y de la Salud; **Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar”. Zaragoza*

Resumen

Introducción. Debido a la destrucción de espacios y rituales sociales, los servicios de Salud Mental se conforman como los nuevos espacios en los que el paciente busca atención y alivio al dolor del duelo. Objetivos. Los objetivos globales de la intervención fueron principalmente dos, primero, promover un espacio de seguridad y confianza en el que los pacientes pudieran sentirse acompañados y reflexionar sobre su proceso de duelo. Segundo, impartir una psicoeducación desde los postulados de Worden (2010) que permitiera a los pacientes entender mejor el proceso del duelo y así mismos y posicionarse como agentes activos en el afrontamiento de las tareas del duelo. Método. Se realizó un grupo de apoyo al duelo de 12 sesiones con frecuencia quincenal basado en los postulados de Worden (2010). Los objetivos terapéuticos fueron: Crear un espacio de expresión y comprensión al tiempo que se trataba de investir a los dolientes como sujetos activos en sus procesos de duelo. Los participantes fueron 5 mujeres derivadas de una Unidad de Salud Mental de Valencia, que habían perdido a un ser querido. Se les evaluó antes y después del tratamiento mediante una encuesta de satisfacción y valoración de los resultados. Se describen brevemente los objetivos y los aspectos trabajados en cada una de las sesiones. Resultados. Hubo altas puntuaciones en satisfacción y valoración de la experiencia subjetiva y alivio de los síntomas. Conclusiones. Las pacientes sienten un alivio en su sufrimiento y mejora de la sintomatología que parece estar relacionada con la psicoeducación y el desahogo emocional brindado por el grupo y el terapeuta, más que por la realización de cambios en sus vidas.

Palabras clave: Duelo, terapia de grupo, tareas duelo, satisfacción, apoyo emocional.

MOURNING TREATMENT: A GROUP EXPERIENCE

Abstract

Background. Due to different social changes, Primary Health Care (PHC) and Mental Health (MH) services have become spaces in which the patient seeks the attention and the relief to the pain of mourning that cannot find in his familiar and social network. **Objectives.** The overall objectives of the intervention are primarily the first, to promote a space of security and confidence in which patients can feel accompanied and reflect on their grieving process. Second, to impart a psychoeducation from the postulates of Worden (2010) that allowed patients to better understand the process of mourning and also to position themselves as active agents in coping with the tasks of mourning. **Method.** It took place a support group of mourning carried out in 12 sessions and based on the Worden postulates (2010). The participants were 5 women referred from PHC and MH services that formed an heterogeneous group regarding the severity, the kind and the chronology of the loss. The participants have been evaluated before and after treatment with satisfaction survey and evaluation of the results. **Results.** There were high scores in satisfaction and evaluation of the therapy. **Conclusions.** It is concluded that the patients perceive a relief in their suffering that seems to be related to emotional relief rather than with a change to face the mourning. Patients and interventions carried out have been described, as well as limitations observed.

Key words: Grief, group therapy, tasks of mourning, satisfaction, emotional support.

Introducción

Ante la gran demanda asistencial de pacientes con problemáticas relacionadas con el duelo (Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson, 2009), y la pérdida de espacios sociales, los servicios de Salud Mental (USM) y Atención Primaria (AP) se conforman como los nuevos espacios en los que el paciente busca atención y alivio a su dolor (Servicio Andaluz de Salud, 2011).

En cuanto a la evidencia científica para el tratamiento del duelo, se concluye que los antidepresivos son eficaces para reducir los síntomas asociados al duelo como la depresión pero no el duelo en sí mismo (Forte, Hill, Pazder y Feudtner, 2004). En cuanto a la psicoterapia (individual, grupal, etc.), del metaanálisis de Allumbaugh y Hoyt (1999) se concluye que las diferentes modalidades de psicoterapia tienen tamaños del efecto pequeños y que los mejores resultados se obtienen cuando el doliente demanda ayuda y cuando la intervención se realiza a los pocos meses de la pérdida. Von Fortner (1999) concluye que la terapia no se justifica en personas con duelo normal pero sí en personas con duelos de riesgo o complicados. En el metaanálisis de Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky y Van Heeringen (2011), se encontró que la terapia parecían ser eficaz en el alivio a corto y largo plazo de los síntomas del duelo complicado, aumentando su efecto significativamente con el tiempo. Schut y Stroebe (2006) realiza una revisión bibliográfica sobre terapias en el duelo y concluye que las intervenciones son más efectivas cuando se aplican a duelos patológicos siendo desaconsejable intervenciones tempranas. En cuanto a la eficacia de los grupos de terapia, destaca el meta-análisis realizado por Kato y Mann (1999). De los ocho trabajos que estos autores revisan, sólo uno arroja resultados claramente positivos y en seis de ellos la intervención grupal no tiene ningún efecto. En nuestro entorno, Díaz (2011) lleva a cabo un tratamiento grupal en pacientes con duelo complicado obteniendo mejoras significativas tras la intervención.

Los objetivos globales de la intervención fueron principalmente dos, primero, promover un espacio de seguridad y confianza en el que los pacientes pudieran sentirse acompañados y reflexionar sobre su proceso de duelo. Segundo, impartir una psicoeducación desde los postulados de Worden (2010) que permitiera a los pacientes entender mejor el proceso del duelo y así mismos y posicionarse como agentes activos en el afrontamiento de las tareas del duelo.

Método

Participantes

A continuación se describen los participantes que completaron la terapia:

-Paciente 1: Mujer de 70 años, viuda desde hace más de una década. Su hijo mayor, casado y con hijos, fallece hace siete meses debido al cáncer. Vive con su hijo diagnosticado de trastorno bipolar que se ha mudado temporalmente a vivir con ella. Acude a terapia individual en USM desde hace dos meses y está en tratamiento farmacológico. La paciente se encuentra al inicio del proceso del duelo y su llanto y relato están cargados de desesperanza, sentimientos de vacío y pérdida de sentido vital.

-Paciente 2: Mujer de 28 años, menor de dos hermanos, con pareja y sin hijos. En situación de desempleo, vive con su padre. Hace ocho años fallece su madre después de padecer cáncer. En tratamiento psicológico y farmacológico en la USM desde hace tres años debido a miedo fóbico a que a sus seres queridos les pase una desgracia. La preocupación constante y conductas comprobatorias y evitativas son interpretadas como un intento ineficaz de defenderse de su sensación de falta de control sobre la muerte. La paciente padece un duelo prolongado en el que subyace un estilo de vinculación fusional con la madre (“tranquila que somos una” le dijo aquella momentos antes de morir) que dificulta la aceptación de la pérdida ya que esto supondría aceptar también la muerte de una parte muy importante de sí misma.

-Paciente 3: Mujer de 40 años, viuda, tiene un hijo de ocho años, trabaja en un negocio familiar. Hace dos años falleció su marido de un infarto. Esto ocurrió unas horas después de una fuerte discusión en torno a la desidia de él en el cumplimiento del tratamiento para sus problemas de corazón. Durante esta discusión la paciente utiliza palabras y formas de las que en la actualidad se siente culpable.

-Paciente 4: Mujer de 60 años, viuda sin hijos ni familia. Ama de casa. Con importantes afectaciones cardíacas. En tratamiento psicológico y farmacológico en USM desde hace siete meses. Hace año y medio la paciente pierde a su marido (“la única familia que tenía”), tras varios años padeciendo un cáncer. Durante el proceso de enfermedad, la paciente se muestra muy evitativa y poco aceptante, de forma que rehúye la información médica y niega hasta el final la posibilidad del fallecimiento de su esposo.

-Paciente 5: Mujer de 50 años, separada hace diez años tras episodios de maltrato. Antecedentes de distimia y somatizaciones de siete años de evolución que coincide con la muerte de su padre. Hace algo más de un año, el mayor de sus cuatro hijos, casado y

con hijos, fallece de cáncer. Lleva tres años en tratamiento psicológico y farmacológico en USM por distimia.

Instrumentos

Encuesta ad-hoc con la que se trató de conocer la satisfacción y valoración que los pacientes hacían del tratamiento grupal. Para ello, los sujetos debían puntuar 3 afirmaciones sobre diferentes aspectos de mejoría con un rango de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo): a) experiencia subjetiva: “me siento mejor conmigo misma ahora que cuando empecé la terapia (ejemplo: más autoestima, menos culpa, menos soledad, etc.)”, b) cambios conductuales: “la terapia me ha ayudado a hacer cambios en la forma de llevar mi vida, como tomar decisiones sobre mi duelo y mi vida y llevarlas a cabo (ejemplo: socializarme, hacer cambios en la casa, desprenderse de objetos del fallecido, etc.)” y c) alivio de los síntomas: “pienso que la terapia me ha ayudado a tener menos síntomas de ansiedad y depresión (ejemplo: menos dolores corporales, insomnio, pérdida de apetito, llanto, preocupación, etc.)”. En cuanto a la encuesta de satisfacción, se centró en los siguientes aspectos: a) apoyo emocional (6 preguntas). Ejemplo: “En el grupo he tenido un espacio para hablar y reflexionar sobre mi duelo”, b) psicoeducación (5 preguntas). Ejemplo: “La información ofrecida por el terapeuta me ha ayudado a comprender mejor mi propio duelo”, c) terapeuta (6 preguntas). Ejemplo: “Me he sentido motivada por el terapeuta para mejorar en mi duelo” y d) marco terapéutico (4 preguntas). Ejemplo: “Me hubiera gustado tener más sesiones”.

Diseño

Se trata de un estudio cuasi experimental, en el que se realiza un muestreo incidental y una evaluación pre-post tratamiento sin grupo de control.

Procedimiento

El encuadre grupal se organizó en torno a las siguientes características: grupo cerrado, con una asistencia media de 4,5 pacientes por sesión, sesiones prefijadas que sumaron un total de 12 de frecuencia quincenal y hora y media de duración. El

tratamiento se prolongó durante 6 meses. En la Tabla 1 se describen las sesiones del tratamiento.

Tabla 1

Descripción sesiones del tratamiento

Número o sesión	Objetivo	Contenidos
1 ^a	Generar clima cálido y ajuste expectativas	Presentación/Normas/Línea de vida Mensaje del cambio: La elaboración adecuada del duelo requiere de un esfuerzo personal.
2 ^a	Generar idea de duelo como proceso activo	Presentar al ser querido fallecido al grupo: ¿cómo se llamaba?, ¿cuál era tu relación de parentesco?, ¿cómo era físicamente?, ¿qué cosas le gustaban?, ¿a qué se dedicaba? etc.
3 ^a , 4 ^a y 5 ^a	Trabajar la aceptación de la realidad de la pérdida	Relato de la pérdida <ul style="list-style-type: none"> •¿Qué pasó?, ¿qué sintió?, ¿qué pensó?, ¿qué hizo?... Psicoeducación: posibles etapas de reacción a la muerte y exploración de sentimientos asociados <ul style="list-style-type: none"> •El duelo forma parte integral de la relación amorosa, no es el fin ni la interrupción del amor, sino una de sus fases naturales; así el duelo no interrumpe la relación, sigue siendo amor. Explicitar qué miedos y angustias se tenían antes del fallecimiento y cuáles se tienen ahora. <ul style="list-style-type: none"> •Cuando experimentamos una muerte cercana todos los miedos y todas las aprehensiones surgen a la vez en el intento de protegernos de futuras desgracias. Tratamos de afrontar este miedo transformándolo en evitaciones, controles, prohibiciones o sobreprotección. Al actuar esta sensación de falta de control y ansiedad, se potencia y alimenta a su vez la angustia y el miedo

6ª y 7ª	Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida	<p>Afrontar posibles dificultades (idealización del fallecido, evitación, racionalización)</p> <p>Manejo de la ira y la culpa:</p> <ul style="list-style-type: none"> •La culpa gira entorno a seguir viviendo mientras la persona querida está muerta. El enfado se dirige hacia Dios, los médicos y los demás. •Aceptando nuestra condición imperfecta se puede ir mitigando la culpa. <p>Hablar sobre los sentimientos y reacciones por las que se pasa en un duelo, especialmente la tristeza y la desesperación.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Es importante aceptar estos sentimientos de tristeza, desesperación y rabia, pero no invitarlos, atenderlos pero no habitar con ellos. <p>Carta de despedida en la que se describen las emociones sentidas hasta el momento</p> <ul style="list-style-type: none"> •Indagar sobre el vínculo: ¿qué te aportaba tu ser querido? (seguridad, compañía, valía, diversión...), ¿qué se ha llevado con su muerte?, ¿qué es lo que más echas de menos de todo?
<hr/>		
8ª y 9ª	Facilitar el ayudar a vivir el día a día sin el fallecido	<p>Adaptaciones externas. Influencia en la realización de las tareas cotidianas</p> <p>Adaptaciones internas. Influencia en la imagen de sí mismo.</p> <p>Adaptaciones espirituales. Influencia en las creencias, los valores y los supuestos sobre la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tratar de que identifiquen las dificultades en su vida cotidiana más allá del dolor sentimental como; la pérdida de rol, la pérdida de apoyo, la pérdida de sentido de la vida, la soledad o las pequeñas dificultades de la vida cotidiana sin la persona querida. •Tratar el tema de la pérdida de sentido tras la muerte del ser querido y la importancia de encontrar uno nuevo:

		<p>¿Han cambiado sus valores después de la pérdida?, ¿cuáles era antes las cosas importantes para vosotros y cuales lo son ahora?, ¿qué sentido va a tener esa pérdida en su vida?, ¿qué cambios prevén en el conocimiento de sí mismo y en la orientación de sus vidas?, ¿qué nuevos recursos han encontrado en sí mismos después de la muerte del ser querido?</p> <p>No volverán a ser las mismas personas que antes de la pérdida, pero obtendrán la riqueza emocional y la profundidad que proviene de haber conocido el dolor intenso y también su curación.</p>
10ª y 11ª	Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo	<p>Reconocer y establecer vínculos</p> <p>Poner en valor tareas realizadas en torno a la identidad y al sistema de creencias</p> <p>Fomentar la presencia afectiva</p> <p>Dar sentido a la vida sin el ser querido</p> <p>•Abordar la cuestión de los asuntos inconclusos: ¿Qué cosas les hubiera gustado decir que no hicieron?, ¿qué cosas dijeron o hicieron de las que se arrepienten?, ¿qué acciones reparadoras podrían realizar en la actualidad para tratar de subsanar las cosas que no hicieron o no dijeron o las cosas de las que se arrepienten?</p> <p>Cuando quedan asuntos inconclusos se hace muy difícil la resolución adecuada del duelo. Es importante entonces ir resolviendo dichos asuntos para poder gradualmente despedirse del fallecido</p>
12ª	Despedida y cierre	<p>Animarles a que mantengan el contacto, recordatorio HH adquiridas, picos del duelo</p> <p>Evaluación final</p>

Resultados

Valoración subjetiva de los resultados

En la Tabla 2 se presenta la valoración subjetiva de los participantes en diferentes aspectos.

Tabla 2

Valoración del resultado del tratamiento, n=5

	Experiencia subjetiva	Cambios conductuales	Alivio de los síntomas
Media	4.40	1.80	3.80
D.T.	0.55	1.30	0.84

Nota. Puntuación de 1 a 5

En la Tabla 3 se indica la satisfacción post intervención.

Tabla 3

Satisfacción, n=5

	Satisfacción apoyo emocional	Satisfacción psicoeducación	Satisfacción terapeuta	Satisfacción marco
Media	4.73	4.96	5	3.06
D.T.	0.38	0.09	0.00	1.04

Nota. Puntuación de 1 a 5

Discusión

Las pacientes aprecian mejoría en su experiencia subjetiva (al reducirse su soledad, su estigma y aumentar su autoestima) y sienten un moderado alivio de la sintomatología ansiosa-depresiva, aunque la terapia no les ha ayudado a tomar decisiones o a realizar cambios conductuales con respecto a su proceso de duelo.

El duelo es un proceso complejidad y difícil. El terapeuta necesita entender que la sintomatología de los pacientes, como la necesidad de negar la muerte, identificarse con el fallecido, responde a la mejor manera que el paciente ha encontrado para hacer frente a la intensa soledad, la profunda tristeza, el miedo a traicionar o a olvidar al ser amado o

la toma de conciencia de la muerte. Este intento de solución, al cronificarse, puede convertirse en una forma de vinculación con los demás y la realidad muy resistente al proceso terapéutico.

Como conclusión, se desprende que las pacientes sienten un alivio en su sufrimiento que parece estar relacionada con la psicoeducación y el desahogo emocional brindado por el grupo y el terapeuta, más que por la realización de cambios en sus vidas.

Referencias

- Allumbaugh, D. L. y Hoyt W. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal Counselling of Psychology*, 46(3), 70-80.
- Díaz, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría*, 31(109), 93-107. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16120>
- Forte, A. L., Hill, M., Pazder, R. y Feudtner, C. (2004) Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 3(3). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15274744#>
- Kato, P. M. y Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19(3), 275-296. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10097872>
- Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J. y Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina paliativa*, 16(5), 291-297. Recuperado de http://www.secpal.com/medicina_paliativa/index.php?acc=verart&idart=521
- Schut, H. y Stroebe, M. S. (2006). Interventions to enhance adaptation to bereavement: A review of efficacy studies. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 140-147. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1649946>
- Servicio Andaluz de Salud. (2011). *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo*. Andalucía: Área de Evaluación y Calidad. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=479>

- Von Fortner, B. (1999). *The effectiveness of grief counseling and therapy: a quantitative review* (Tesis doctoral no publicada). Memphis University, USA.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G. y Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 69-78. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21130937>
- Worden, J. W. (2010). *El Tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL EN INSOMNIO COMÓRBIDO A OTRO TRASTORNO MENTAL

Miguel Ángel Cuquerella-Adell*, **María Isabel Cano-Navarro***, **Isabel María García-Cuenca***, **José Manuel Sanz-Cruces***, **María Pilar Delgado-Miguel**** y **Eva Carbajo-Álvarez*****

*Consortio Hospital General Universitario, Valencia. *Psicólogo Interno Residente; ***Jefa del servicio de Psicología Clínica y de la salud; ** Centro de Rehabilitación Psicosocial “Nuestra Señora del Pilar”. Zaragoza*

Resumen

Antecedentes: El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y suele aparecer concurrente a otro trastorno mental. La evidencia científica actual muestra que el tratamiento cognitivo conductual es eficaz para el insomnio no concurrente tanto en formato individual como grupal y existen evidencias que sugieren su conveniencia para el insomnio concurrente con otro trastorno mental a nivel individual, no habiendo apenas investigación a nivel grupal. Sin embargo, los pacientes que acuden a las unidades de salud mental con problemas ansioso y/o afectivos suelen recibir únicamente tratamiento farmacológico para tratar su insomnio y en caso de recibir tratamiento psicológico, este suele centrarse en la sintomatología afectiva y ansiosa. **Método:** Aplicamos una intervención grupal de frecuencia semanal y de una hora de duración con un formato cognitivo conductual durante ocho semanas. Siendo seleccionados nueve pacientes con síntomas ansioso-afectivos en tratamiento en salud mental de los cuales acudieron cinco a la primera sesión y finalizaron el tratamiento cuatro. **Resultados:** No se mostraron cambios estadísticos significativos; Sin embargo, la muestra mejoró en todas las subescalas aplicadas, destacándose la mejora en la percepción de la calidad del sueño, disminución de la latencia de sueño en la mayoría de pacientes, aumento en la eficiencia del sueño; además la mitad de la muestra abandono los psicofármacos y mejoró en el índice global de sueño. También, la mitad de la muestra descendió sus puntuaciones en el BDI y todos mejoraron en la puntuación

STAI. Conclusiones: Consideramos esta experiencia como una forma de impulsar este tipo de tratamientos en otros centros para valorar su viabilidad y efectividad.

Palabras clave: Insomnio, terapia grupal, cognitivo-conductual, trastorno mental.

COGNITIVE BEHAVIOURAL GROUP INTERVENTION IN COMORBID INSOMNIA WITH MENTAL DISORDER

Abstract

Precedent: Insomnia is the most frequent sleep disorder and it usually appears together with another mental disorder. The most recent scientific evidence shows that CBT (cognitive behavioural therapy) is effective dealing with non-concurrent insomnia in individual as well as group formats. Besides, there are existing scientific evidences that suggest its convenience at an individual level when treating insomnia concurrent with other mental disorders, being very little the investigation taken at a group level. However, patients that turn up at mental health units with anxious/affective problems are commonly just given pharmacological treatment to treat their insomnia and, when having psychological treatment, this is generally focused on the anxious and/or affective symptoms. **Method:** We opt for a group intervention with a CBT format which will last one hour per week during the eight weeks established. Nine patients with anxious-affective symptoms were selected, from which five attended to the first session and four finished the therapy. **Results:** No meaningful statistical differences were found; nevertheless, in all patients, the score in all subscales applied improved, standing out having a better perception of their quality of sleep, decrease in sleep latency in most of the patients, increase in sleep efficiency; in addition, half of the sample quitted taking the drugs they had been given and all of them augmented their global sleep rates. Besides, half of the sample decreased their scores on BDI and they all showed better STAI results. **Conclusions:** We consider this experience as a way to encourage other mental health units to provide this type of treatment and assess its feasibility and effectiveness.

Key words: insomnia, group therapy, cognitive behavior therapy, mental disorder

Introducción

El insomnio se define como la insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los siguientes síntomas: Dificultad para iniciar, mantener el sueño o el despertar temprano, causando un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento o de otras áreas importantes del funcionamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El insomnio es la queja más común del sueño, un 10 a 15% de adultos informan de síntomas de insomnio, y 6 a 10% reúnen criterios para el trastorno de insomnio. En personas con trastornos psiquiátricos la prevalencia de insomnio es estima entre un 32 a 93% (Geiger-Brown et al., 2015). Debemos tener en cuenta que las personas con problemas de sueño tienen una peor calidad de vida, más síntomas de depresión y ansiedad, tiempos de reacción más lentos, peor memoria y déficit de atención (Navarro-Bravo, Párraga-Martínez, López-Torres-Hidalgo, Andrés-Pretell y Rabanales-Sotos, 2015).

Se considera que la TCC (terapia cognitivo conductual) en formato individual es un tratamiento basado en la evidencia para el tratamiento del insomnio primario. (Koffel, Koffel y Gehrman, 2015). Estudios recientes apoyan también su eficacia en el insomnio comórbido (Geiger-Brown et al., 2015).

Debemos tener en cuenta el consumo de recursos y tiempo que suponen a nivel individual estos tratamientos. Este hecho fomenta la investigación en la aplicación de tratamientos grupales para el insomnio (Bastien, Morin, Ouellet, Blais y Bouchard, 2004; Koffel et al., 2015).

En los casos en los que se evalúa la efectividad de la TCC aplicada de forma individual frente a grupal, se concluye que con las dos modalidades se obtienen los mismos resultados, en lo que se refiere a mejora significativa del sueño y de los parámetros secundarios, sin encontrar diferencias de efectividad entre las dos formas de aplicación. Sí hay ensayos en los que se sugiere que la terapia en grupo puede ser una alternativa coste-efectiva frente a la terapia individual (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

En lo referente al tratamiento al insomnio comórbido en formato grupal existe menor investigación, aunque los estudios actuales son prometedores e indican la conveniencia de continuar investigando (Norell, Jansson, Tillfors, Holländare y Engström, 2015). Esto nos ha llevado a realizar nuestro estudio en el que se tratan a pacientes atendidos en unidad de salud mental (USM) por un problema distinto al insomnio pero que cumplen criterios para el diagnóstico del mismo.

Método

Participantes

La muestra estaba formada por pacientes derivados por su psiquiatra o psicólogo de la USM de Torrente, población de Valencia, durante el mes de octubre del año 2015. De un total de 10 pacientes entrevistados fueron seleccionados 9. A la primera sesión acudieron 5 participantes, concluyendo 4 de ellos el tratamiento.

Instrumentos

Se administraron las siguientes escalas psicométricas:

-*PSQI, Índice de la Calidad del Sueño de Pittsburgh* (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989, adaptación española Royuela y Macías, 1997). Se divide en siete componentes (calidad de sueño, periodo de conciliación, duración, eficacia, factores que puedan afectar, medicación y dificultad en el funcionamiento diario) y ofrece una información global de la calidad del sueño. La versión castellana del PSQI tiene una buena consistencia interna (coeficiente de Cronbach=0,81); coeficiente Kappa de 0,61; la sensibilidad de 88,63%, la especificidad del 74.99% y el valor predictivo de la prueba positiva de 80,66%. Cada subescala se puntúa de 0-3 a excepción del índice global de sueño 0-17. A mayor puntuación mayor alteración en todas las subescalas.

-*STAI, Inventario de ansiedad estado- rasgo* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, actualización adaptación española Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011) mide ansiedad rasgo (factor de personalidad predisponente a sufrir o no ansiedad) y ansiedad estado (factores ambientales que protegen o generan ansiedad). La fiabilidad mediante alfa de Cronbach es 0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado. La validez

convergente oscila entorno 0,73-0,85 y validez discriminante con cierto solapamiento con depresión ya que correlación 0,60 con el Inventario de Depresión de Beck.

-*BDI*, *Inventario depresión Beck* (Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown 1978, adaptación española Sanz y Vázquez, 1998). Evalúa la intensidad de la depresión. La fiabilidad en consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) y en estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72). La validez convergente es alta, con correlaciones que oscilan entre 0,68 y 0,89 y validez discriminante es aceptable, con correlaciones que oscilan entre 0,11 y 0,45.

Procedimiento

Se realizó una entrevista para valorar si cumplían los criterios de inclusión-exclusión expuestos en la Tabla 1. Además de firmar el consentimiento informado y se les administro las pruebas pretratamiento.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión del tratamiento grupal

Inclusión	Exclusión
Diagnóstico de insomnio	Antecedentes psiquiátricos de enfermedad grave como psicosis o trastorno de personalidad
Diagnóstico de trastorno mental leve-moderado	Antecedentes de dependencia de sustancias (a excepción psicofármacos)
Buena disposición al tratamiento grupal	Menor de edad

El grupo consistió en ocho sesiones con frecuencia semanal de hora y media de duración. El terapeuta llevó a cabo un papel activo de soporte y conducción del grupo, buscando generar un grupo cohesionado y participativo. La estructura del tratamiento y sus contenidos se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2

Estructura del tratamiento y sus contenidos

Sesión	Objetivos	Aplicación
Presentación	Fomentar clima grupal que favorezca la participación	Dinámica de presentación
Psicoeducación	Establecer encuadre del tratamiento grupal (lugar, número, frecuencia y duración de las sesiones) y las normas (puntualidad, no juzgar, no comparar, no dar consejos...)	Explicitar las expectativas en relación al tratamiento y soluciones intentadas
Entrega registros del sueño	Ajustar expectativas Comprensión del insomnio Dotar de conocimientos sobre manejo registros	Psicoeducación: relación entre insomnio y malestar emocional Práctica del uso de registros
Restricción de sueño	Aprender a emplear esta técnica y motivar a los pacientes para su empleo	Explicación de la técnica y debate en grupo sobre dudas de aplicación de la misma.
Control de estímulos	Aprender a emplear esta técnica y motivar a los pacientes a su empleo	Explicación de la técnica y debate en grupo sobre dudas de la aplicación de la misma
Técnicas de control de la activación	Enseñar y practicar técnicas de control de la activación	Ejercicios de respiración abdominal y relajación jacobson
Reestructuración cognitiva I	Exponer el fundamento teórico de la técnica ABC destacando la relación existente entre las cogniciones, las conductas y las emociones asociadas	Realización de ejemplos prácticos para aprender a identificar: A (situaciones), B (pensamientos o interpretaciones asociadas) y C (conductas y estado emocional consecuente). Entrega de autorregistros

Reestructuración cognitiva II		Discusión de los pensamientos y sustitución por otros más adaptativos. Registro de las nuevas conductas y sentimientos consecuentes
Higiene del sueño	Enseñar hábitos saludables para favorecer el sueño	Educación de hábitos saludables inductores del sueño y puesta en común de los mismos
.Cierre intervención y prevención de recaídas	Repasar sesiones anteriores. Prevención de recaída	Evaluación postratamiento Despedida

Al finalizar el tratamiento los pacientes volvieron a contestar las pruebas psicométricas administradas en el pretratamiento.

Análisis de datos

Los datos del estudio fueron analizados con el programa SPSS versión 19.0. La comparación entre el pretratamiento y el postratamiento se realizó con pruebas no paramétricas.

Diseño

Se trata de un estudio cuasiexperimental con muestreo incidental y evaluación pre-postratamiento sin grupo control.

Resultados

En la Tabla 3 se describen los datos sociodemográficos de los 4 participantes que completaron el grupo.

Tabla 3

Datos sociodemográficos (N=4).

Sexo	Hombre = 25% (n:1) Mujer = 75% (n:3)
-------------	---

	Media = 51,75
Edad	DT = 16,86
	Rango = 33-66
Diagnóstico	Trastorno ansiedad- depresión= 75%(n=3)
	Duelo= 25%(n=1)
Toma psicofármacos para el insomnio	Si = 100%(n=4)
	No = 0%(n=0)
Toma psicofármacos para ansiedad-depresión	Si = 100%(n=4)
	No = 0%(n=0)

En la Tabla 4 se recogen los datos obtenidos por el grupo en el pretratamiento y postratamiento y en la tabla 5 se recogen los datos obtenidos por cada sujeto en el pretratamiento y postratamiento.

Tabla 4

Datos obtenidos por el grupo en los cuestionarios

Medida	PRE		POST	
	Media	DT	Media	DT
<i>PSQI</i>				
Calidad del sueño	1,75	0,5	1	0
Conciliación	2	0,82	0,75	1,5
Duración	2	0	1,5	0,58
Eficiencia	2,5	0,58	1	0
Perturbación	1,5	0,58	1,25	0,5
Medicación	3	0	1,5	1,73
Dificultad funcionamiento diario	1,25	1,5	1,5	1
Índice global calidad sueño	14	0,82	8,5	1,73
<i>BDI</i>				
Depresión	15,5	5,45	10,75	8,96
<i>STAI</i>				
Ansiedad estado	30	4,76	20,75	4,27
Ansiedad Rasgo	28,75	12,63	24	12,83

Tabla 5

Datos obtenidos por cada sujeto en los cuestionarios

Medida	pretratamiento				postratamiento			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
<i>PSQI</i>								
Calidad del sueño	1	2	2	2	1	1	1	1
Conciliación	2	2	1	3	0	0	0	3
Duración	2	2	2	2	2	1	1	2
Eficiencia	1	2	2	1	1	1	1	1
Perturbación	1	2	2	1	1	2	1	1
Medicación	3	3	3	3	0	3	3	0
Dificultad								
funcionamiento diario	3	2	0	0	2	2	0	2
Índice global calidad sueño	14	15	13	14	7	10	7	10
<i>BDI</i>								
Depresión	16	23	11	12	7	23	2	11
<i>STAI</i>								
Ansiedad estado	27	27	37	29	15	24	20	24
Ansiedad Rasgo	26	38	12	39	11	36	15	34

En la Tabla 6 se compara cada variable pretratamiento con su correspondiente postratamiento realizando pruebas no paramétricas. En todas ellas debe conservarse la hipótesis nula a un nivel de significación de $p < 0,05$.

Tabla 6

Contrastes estadísticos

Hipótesis nula	Prueba	Significación	Decisión
La mediana de las diferencias entre precalidad de sueño y postcalidad de sueño es igual a 0	Wilconxon	0,25	Conserve hipótesis nula
La mediana de las diferencias entre prelatencia y postlatencia es igual a 0	Signo	0,102	Conserve hipótesis nula
La mediana de las diferencias entre preduración y postduración es igual a 0	Wilconxon	0,5	Conserve hipótesis nula
La mediana de las diferencias entre preficiencia y posteficiencia es igual a 0	Wilconxon	0,125	Conserve hipótesis nula
La mediana de las diferencias entre preperturbación y postperturbación es igual a 0	Signo	0,317	Conserve hipótesis nula
La mediana de las diferencias entre premedicación y postmedicación es igual a 0	Wilconxon	0,5	Conserve hipótesis nula
La mediana de las diferencias entre predisfunción diaria y postdisfunción diaria de sueño es igual a 0	Signo	0,655	Conserve hipótesis nula

Tabla 6 (continuación)

La mediana de las diferencias entre preíndiceglobal y postíndiceglobal igual a 0	Signo	0,068	Conserve hipótesis nula
La mediana de las diferencias entre preBDI y postBDI de es igual a 0	Signo	0,102	Conserve hipótesis nula
La mediana de las diferencias entre preSTAI estado y postSTAI estado es igual a 0	Signo	0,068	Conserve hipótesis nula
La mediana de las diferencias entre preSTAIrasgo y postSTAIrasgoes igual a 0	Signo	0,273	Conserve hipótesis nula

Conclusiones

Nuestro estudio se ve limitado por el escaso número de participantes. Un hecho a destacar fue que dicha mortandad ocurrió antes del inicio del grupo, dejando solamente un sujeto el tratamiento una vez comenzando el mismo. Este hecho nos hace preguntarnos si puede haber estado influenciado por una escasa motivación por parte de los pacientes a recibir un tratamiento no farmacológico para su insomnio o por el hecho de participar en un tratamiento grupal. Echo a tener en cuenta en futuras investigaciones. También la elevada adhesión de los pacientes que iniciaron el tratamiento nos hace plantearnos la buena acogida que ha recibido por parte de los participantes que acudieron a la primera sesión, la cual puede estar motivada por el propio tratamiento o por ser un grupo “elite” es decir, con motivación para recibir un tratamiento para su insomnio.

Pese a no encontrar diferencias significativas en las pruebas estadísticas, cualitativamente observamos mejoras en todas las subescalas de la PSQI, destacando la

mejora en la percepción de la calidad de su sueño, disminución en latencia de sueño, mejoras en eficiencia del sueño, disminución del uso de psicofármacos y mejora en el índice global de sueño. Además, mejoras en el BDI y STAI (Estado y Rasgo). Este descenso en ambos cuestionarios puede estar mediado por el tratamiento que reciben habitualmente en la USM, pero también por el tratamiento del insomnio, el cual lleva a mejoras modestas en síntomas físicos y de salud mental, incluyendo reducciones en depresión, ansiedad y dolor, no conociéndose el mecanismo exacto que lo media, teorizándose que mejora el procesamiento emocional y afectivo (Koffel et al., 2015).

Pese a no tener grupo control y las limitaciones en el tamaño de la muestra, consideramos esta experiencia como una forma de impulsar este tipo de tratamientos en otros centros para valorar su viabilidad y efectividad.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Madrid: Panamericana.
- Bastien, C. H., Morin, C. M., Ouellet, M. C., Blais, F. C. y Bouchard, S. (2004). Cognitive–Behavioral Therapy for Insomnia: Comparison of Individual Therapy, Group Therapy, and Telephone Consultations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 653–659.
- Geiger-Brown, J. M., Rogers, V. E., Liu, W., Ludeman, E. M., Downton, K. D. y Diaz-Abad, M. (2015) Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 23, 54-67.
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Koffel, E. A., Koffel, J. B. y Gehrman, P. R. (2015). Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 23, 54-67.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria*. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

- Navarro-Bravo, B., Párraga-Martínez, I., López-Torres-Hidalgo, J., Andrés-Petrell, F. y Rabanales-Sotos, J. (2015). Group cognitive-behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis. *Anales de psicología*, 31(1), 8-18.
- Norell, A., Jansson, M., Tillfors, M., Holländare, F. y Engström, I. (2015). Group cognitive behavioural therapy for insomnia: Effects on sleep and depressive symptomatology in a sample with comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 80-93.
- Royuela, A. y Macías, J. A. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburg. *Vigilia-sueño*, 9(2), 81-94.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.

**LA PSICOTERAPIA EN EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD:
PROPUESTAS DESDE EL SISTEMA DE SALUD PUBLICO ANDALUZ**

Pedro Vega-Vega*, María Muñoz-Morente* y Olivia Vega-Vega**

**FEAs Psicología Clínica de la Unidad de Salud Mental Comunitaria Axarquía. Area de Gestión Sanitaria Este de Málaga Axarquía, Servicio Andaluz de Salud;*

***Psicologa, Master Psicología General Sanitaria (UNED)*

Resumen

La actividad profesional en los servicios públicos, y en nuestro caso concreto en los servicios sanitarios, y más esp estructurada y organizada, de poco evaluada, de poco personalizada y poco centrada en el paciente. Es nuestra labor ecíficamente en Salud Mental, está a menudo tildada de poco eficiente, de poco e pública realizar un mayor esfuerzo en operativizar de manera clara y organizada la actividad a realizar. Este proceso normativo y regulador se viene concretando desde el 2003 en los Planes Integrales de Salud Mental Andaluces, que tratan de incorporar diversas líneas estratégicas que desarrollen los Servicios de Salud Mental y los incorporen a la dinámica general sanitaria andaluza, basada en los principios de calidad y eficiencia en la prestación de servicios y atención integral de la salud. Como ejemplo de dicho proceso regulador, presentamos en este capítulo el programa de psicoterapia del área sanitaria donde realizamos nuestra labor asistencial, psicoterapia entendida como aquella intervención de naturaleza psicológica que se debe llevar a cabo con una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos. Expondremos las diferentes propuestas de psicoterapia que se incluye en el programa, teniendo en cuenta el tipo de población al que van dirigidas, población infanto-juvenil o adulta, y el tipo de formato, individual, familiar o grupal. Todo el programa se plantea desde una perspectiva transdiagnóstica y todas las propuestas incluyen un protocolo específico de derivación que sirva de solicitud para el usuario o familia y permita valorar su idoneidad, así como evaluar los resultados de dichos programas.

Palabras claves: Psicoterapia, Psicología Clínica y Salud Mental.

DOING PSYCHOTHERAPY IN THE NATIONAL HEALTH SERVICE: PROPOSALS FROM THE ANDALUZ PUBLIC HEALTH SYSTEM

Abstract

Public health care services have often been portrayed as depersonalized, lacking efficiency, structure, organization and evaluation and needing to be more person centred and responsive to the individual needs of the client. This is particularly the case of mental health care services. Since 2003, in the Andalusian integral plans of Mental Health services, we strive to operationalize them in clearer and more organized ways developing various strategies to improve Mental Health Services, integrating them in the general dynamic of the public health services. We do so with a holistic view of health care and adhering to the principles of quality, efficiency. In this chapter, we present the psychotherapy programme we offer, defining psychotherapy as those psychological interventions grounded on theoretical developments that use a systematic methodology. We here outline the different psychotherapy proposals included in the program, which are targeted to specific populations (children-adolescent or adults) and offered to individuals, families or groups. Ours is a transdiagnostic perspective and each proposal follows a specific referral protocol that facilitates a better match between the user's needs and the treatment offered, as well as the systematic evaluation of the programs.

Key words: Psychotherapy, Clinical Psychology and Mental Health.

Introducción

Nuestro ámbito de responsabilidad profesional, es la de desarrollar, promover y potenciar, el mayor nivel posible de calidad y cualificación en nuestro campo competencial de intervención. Dotando a nuestras intervenciones de la mayor claridad, especificidad, rigor metodológico, protocolización e implementación de herramientas basadas en la evidencia y científicamente contrastadas. Eso supone delimitar programas y protocolos específicos y concatenados sobre nuestras actuaciones, y la clarificación de



los encuadres contextuales e institucionales de la intervención, así como de los recursos necesarios para su adecuada implementación (Thornicroft e Tansella, 2014).

El Programa de Psicoterapia tiene como objetivo encargarse de la descripción, desarrollo y gestión de la psicoterapia propiamente dicha. En la práctica de la actividad diaria, el programa considera psicoterapia a aquellas intervenciones especializadas, específicas y cualificadas, para las que se les reserva un espacio diferenciado en la agenda, bien individual, grupal o familiar. En un sentido parecido y paralelo a la *consulta programada* de Atención Primaria, supone un tiempo especial en el que se va a emplear una técnica diferente de la consulta normal, con una mayor dedicación a la definición de un encuadre y de un compromiso con la intervención, tanto por el Psicólogo Clínico, como por la persona o personas atendidas en dicho programa psicoterapéutico.

El Programa de Psicoterapia por parte de Psicología Clínica toma en cuenta las directrices encuadradas dentro del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2008a) y de acuerdo a los los Programas Asistenciales Integrados (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2004; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2006; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2011) diseñados para las diferentes problemáticas objeto de atención en Salud Mental, y estructurando también la atención de otras problemáticas aún no protocolizadas.

Nuestra propuesta es muy clara al respecto: el abordaje precoz integral bio-**psico**-social de la problemática psicológica, conductual, emocional y relacional pasa por la presencia de la Psicología Clínica en el primer escalón de la atención sanitaria, Atención Primaria.

Con ello, dichas problemáticas equipararían el nivel de atención profesional que reciben el resto de áreas de la salud: profesionales sanitarios de la Medicina, Enfermería y Trabajo Social.

En este sentido hemos definido el Programa de Primera Consulta de Psicología Clínica en Atención Primaria, como espacio de colaboración, apoyo, promoción de la salud, e intervención precoz sobre la salud mental. Esta línea de trabajo nos lleva a potenciar la continuidad asistencial interniveles; ya que en la mayoría de las problemáticas atendidas se ven implicados multitud de profesionales, sanitarios y no

sanitarios, de Atención Primaria y de Especializada, diversos tratamientos: médicos, de cuidados, intervenciones sociales, educativas; y cada vez más frecuentemente psicológicas. Se hacen necesarios espacios de coordinación y colaboración, de intercambio y difusión de conocimientos y herramientas de los distintos saberes profesionales; pero a su vez de clarificación y especificación de los distintos cometidos y competencias para los que te cualifica y faculta tu disciplina profesional (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, 2013).

Pretendemos con este programa la reducción de estos procesos de ineficiencia, convirtiendo el espacio de la Primera Consulta como decisorio para que el usuario cuya problemática no pueda ser adecuadamente tratada en el ámbito de Atención Primaria, se incorpore a la Atención Especializada de Salud Mental con una propuesta concreta de abordaje en un Programa de Psicoterapia específico consensuado con el usuario. Todos los programas específicos de Psicoterapia incluyen un protocolo propio de derivación que sirva de solicitud para el paciente o familia y permita valorar su idoneidad, así como evaluar los resultados de dichos programas.

Las propuestas psicoterapéuticas a la Primera Consulta en Atención Primaria son las siguientes:

- PROGRAMA DE PSICOTERAPIA INFANTO-JUVENIL
- PSICOTERPIA DE GRUPO PARA ADOLESCENTES
- PSICOTERAPIA DE GRUPO INFANTIL
- PROGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR
- PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
- PSICOTERAPIA CONJUNTA PARA CASOS COMPLEJOS
- PSICOTERAPIA DE GRUPO INCORPORANDO LA PERSPECTIVA DE

GENERO

PSICOTERAPIA DE GRUPO INFANTIL

El programa de intervención que se propone se aplica en formato grupal y consiste en una serie de reuniones con los niños y niñas con el objetivo de evaluar su nivel de desarrollo y funcionamiento, y colaborar con sus familias en el manejo de las

dificultades existentes, con el objetivo de alcanzar en esta etapa vital, el desarrollo y bienestar psicológico esperado.

Nuestro modelo de terapia es breve, en el sentido de que perseguimos una definición clara y concreta de objetivos, y la mayor brevedad y eficacia posible en el tratamiento. Nos planteamos el desarrollo del grupo durante quince sesiones, con reuniones semanales, cuyos contenidos y estructura está planificada de acuerdo con los objetivos que pretendamos alcanzar. De forma alterna, se mantienen encuentros, también en formato grupal, con las madres y padres de los niños y niñas, de forma que mantengamos un contacto continuado donde la información y el aprendizaje mutuo puedan fluir.

Consideramos de suma importancia establecer mecanismos correctores y de activación de las capacidades y los recursos, en los verdaderos protagonistas, y las figuras que deben seguir siendo las de referencia, para estos niños; que como tales, y por encima de su problemática concreta, van a seguir necesitando de unos padres capaces, que sigan siendo las personas claves de su desarrollo humano (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, 2014; Palacios et al., 2014).

PSICOTERAPIA GRUPAL PARA ADOLESCENTES.

Otras de las problemáticas más relevantes sobre las que intervenimos, y que generan un alto grado de malestar y conflictividad a nivel familiar, educativo y social, son los problemas de salud mental en adolescentes (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

Las noticias sobre los Trastornos del Comportamiento en la Adolescencia nos abruman. Hablamos con los maestros, con los padres, con los técnicos de instituciones judiciales, con los mismos adolescentes, y todo parece indicarnos que algo está pasando en la adolescencia, que termina por situar a muchos de nuestros jóvenes en la esfera de la psicopatología infanto-juvenil.

Si centramos nuestra mirada únicamente en la problemática comportamental, nuestro objetivo será que el joven “se porte bien”, de acuerdo a lo que socialmente consideramos como tal. Se trataría entonces de un aprendizaje de las estrategias de control de la conducta adecuadas al contexto.

Sin embargo, si tenemos una visión más amplia del problema, es decir, si valoramos que, es el desarrollo de la identidad lo que está en juego, el tratamiento deberá incluir el abordaje de la problemática evolutiva, afectiva, relacional y también la comportamental del adolescente en cuestión (Antonovsky, 1996).

Además de la atención individualizada pertinente, se ha puesto en marcha un abordaje grupal de dicha problemática. Se cuenta con un grupo psicoterapéutico de una periodicidad semanal, en el que participan en torno a 15 adolescentes. Su inclusión en el grupo necesita una valoración previa en la consulta de Psicología Clínica; así como el consentimiento y colaboración familiar.

PSICOTERAPIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

La actividad asistencial desarrollada por las Unidades de Salud Mental Comunitarias, ha mostrado una tendencia generalizada al alza debido al incremento de la demanda. Las quejas que las mujeres expresan hacia sus condiciones de vida se han vuelto cada vez más medicadas, obteniendo el status de "enfermedad". El sistema de salud considera estas reacciones emocionales como patológicas, y en vez de buscar las causas que las originan, ofrece una respuesta farmacológica que las neutralice. Se trataría de plantear el abordaje de la mujer como sujeto que se cuestiona por su propia condición de mujer. El objetivo terapéutico debe desviarse de la medicalización y la psiquiatrización/psicologización de los problemas de las mujeres, no se trata de modificar un comportamiento anómalo y desviado de la normalidad, sino de reconocer un sufrimiento inherente a su posición social.

Para ello, habría que considerar a cada mujer como sujeto activo en su proceso de salud/enfermedad, como experta en sus problemas y dificultades y al profesional como facilitador y orientador en el modo de afrontamiento y en la búsqueda de soluciones. Partimos pues de un trabajo centrado en la persona y en ayudar a activar sus propias capacidades de manejo.

El objetivo fundamental de este tipo de intervención es el análisis de cómo la construcción de género ejerce su influencia sobre la salud de las mujeres. La propuesta de intervención se centra en desarrollar las potencialidades de las mujeres y tiene como

meta final darles estrategias que las sitúen en una posición de mayor poder y confianza en sí mismas (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2008b).

A la hora de plantear intervenciones psicoterapéuticas incluyendo la perspectiva de género, se ha optado por el formato grupal. Un grupo refleja el por qué determinadas maneras de relacionarte facilitan la aparición de los problemas, y un grupo puede ayudarte a aprender otras formas posibles de estar en relación.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Aunque existe una clara visión de la importancia del abordaje de los aspectos psicológicos de la salud y del enfermar, y es clara la demanda de la población, se siguen arrastrando importantes condicionantes anclados en un modelo médico tradicional, con unos parámetros de valoración y financiación que priman claramente las intervenciones más biológicas y/o farmacológicas.

No es menos cierto que la atención psicoterapéutica sigue en gran medida autolimitada por su estructuración multiparadigmática y a menudo contradictoria, sin el desarrollo de una estructura normativa oficial que la regule; y proliferando todo tipo de prácticas, desde diversos campos de competencia profesional. Todo ello con la ausencia casi completa de estudios de investigación de resultados con unas mínimas garantías de científicidad, dada la complejidad de los mismos.

Nuestro planteamiento pues, es que el campo de la psicoterapia se desarrolle y enmarque en actividades lo más clarificadas y estructuradas en programas posible, que favorezcan su visualización y entendimiento, y la evaluación de los resultados de dichos programas. En la medida que se pueda ir desarrollando este proceso, podría tener gran relevancia el desarrollo de otros espacios comunes de abordaje para los casos que tienden a la cronificación, o que se están desarrollando medidas paralelas de intervención, como por ejemplo farmacológicas y psicoterapéuticas, sin que se esté valorando mínimamente la coordinación de las mismas, que estén produciendo un efecto terapéutico realmente sumatorio; o que por el contrario se estén duplicando esfuerzos con el riesgo incluso de limitarse mutuamente la eficacia.

PROGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR.

Se hace necesario dotar a la Salud Mental de las herramientas y cualificación idóneas para incidir con eficacia en la adecuada contextualización de los trastornos mentales y en el aprovechamiento de los propios recursos de las personas y sus familias de cara a su tratamiento.

Es en este marco de referencia donde el Modelo Sistémico y la Terapia Familiar centran específicamente todo su desarrollo teórico y de abordaje de los trastornos mentales.

Está dirigido a cualquier persona que demande atención en primera consulta en Atención Primaria y que se considere susceptible de abordaje en Terapia Familiar: aceptación de las condiciones de tratamiento, gran implicación y/o afectación de la dinámica familiar, necesidad de complementar otros tratamientos realizados, o escasa respuesta al abordaje individual. Para ello se realiza una valoración clínica de la problemática familiar, su evolución y estado actual, tratamientos ensayados, y el motivo actual por el que se solicita su tratamiento en Terapia Familiar, así como los posibles objetivos a alcanzar en dicho abordaje. Descripción del contexto vital del posible candidato al programa donde se describan las condiciones sociofamiliares: genograma e historiograma familiar, condiciones de convivencia, laborales, culturales, etc.

Se trata de un tipo de terapia centrada en objetivos específicos, donde se define un contrato terapéutico y por tanto un plan específico de tratamiento con un número cerrado de sesiones, y una evaluación de resultados al finalizar la terapia.

La complejidad de la técnica propia de los tratamientos grupales y la dificultad de observación y manejo de las interacciones con la familia hace del registro videográfico un documento imprescindible para el adecuado seguimiento de la terapia.

Se trabaja con un sistema de recogida y reproducción de las sesiones, ya que es ésta una de las mayores dificultades para trabajar con mínimas garantías en la sala de supervisión donde se ubica el resto del equipo terapéutico.

PSICOTERAPIA CONJUNTA PARA CASOS COMPLEJOS.

El marco y el encuadre habitual de la psicoterapia, donde las habilidades y modelos teóricos de un psicoterapeuta se confrontan con unos determinados síntomas o problemáticas que una persona trae, se ve desbordado en determinadas situaciones donde la complejización y gravedad de los problemas o la implicación de otros

contextos y/o instituciones (familia, red social...); limita el manejo de esas capacidades, y llegan a bloquear el espacio relacional terapéutico.

Eso lleva a veces a un proceso de quema de recursos, con saltos de procesos terapéuticos, de participación de diversos terapeutas de forma paralela o alternante; todo ello encuadrado en la dinámica de confirmación de un fracaso y de profecía autocumplida.

En estos casos la coterapia se vuelve una alternativa a este circuito de complejización negativa, ofertando un proceso terapéutico lo suficientemente complejo y flexible de partida, como para dar cabida y contener los espacios de complejidad que estas situaciones suponen. Serían casos con intentos de abordaje psicoterapéuticos previos fracasados, o crisis vitales problematizadas importantes; y en los que el proceso psicoterapéutico actual se considera que puede verse desbordado para el terapeuta de referencia en sus condiciones habituales de trabajo.

Referencias

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-8.
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. (2013). *IV Plan andaluz de salud*. Sevilla: La Consejería.
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. (2014). *Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A)*. Sevilla: La Consejería.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2004). *Proceso Asistencial Integrado Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Sevilla: La Consejería.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2006). *Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave*. Sevilla: La Consejería.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2008a). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*. Sevilla: La Consejería.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2008b). *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud*. Sevilla: La Consejería.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2011). *Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones* (2ª edición). Sevilla: La Consejería.

Palacios, J., Moreno, M. C., González, M. M, Oliva, A., Hidalgo, M. V. y Jiménez, J. M. (2014). *Evaluación y promoción de competencias parentales en el Sistema Sanitario Público Andaluz*. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia*. Sevilla: Servicio andaluz de salud.

Thornicroft, G. y Tansella, M. (2014). *La mejora de la atención de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios.

EFFECTOS DEL PSICOBALLET EN LA EVOLUCIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE ENFERMOS BIPOLARES

Amador Cernuda-Lago

Universidad Rey Juan Carlos

Instituto Universitario de Danza "Alicia Alonso"

Resumen

Antecedentes. Con frecuencia los resultados para los pacientes con trastorno bipolar que son tratados con farmacoterapia únicamente son subóptimos. Las evidencias sugieren que el ejercicio es un tratamiento psicosocial adyuvante para el tratamiento de estos enfermos. El ejercicio aumenta la capacidad para adaptarse a estresantes medioambientales y podría reducir marcadores de carga alostática reduciendo la actividad del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HHS), el sistema nervioso simpático y los corticoides. Las experiencias del Psiquiátrico de la Habana con la introducción del Psicoballet en estas problemáticas complementan los efectos del ejercicio físico al incluir, además del propio ejercicio, variables coadyuvantes de comunicación, realización e incremento de la autoestima. **Método.** Se ha realizado una experiencia con un grupo de 21 adultos con trastorno bipolar aplicando la metodología cubana de Psicoballet -de igual forma como se realiza en el Hospital Psiquiátrico de la Habana- para estudiar los efectos con pacientes de nuestra cultura a los que se ha realizado un seguimiento con entrevistas clínicas. **Resultados.** La danza como ejercicio físico tiene la ventaja de que el esfuerzo se puede graduar y adaptar a las necesidades de cada participante, sin exigir un esfuerzo físico que fatiga y desmotiva a las personas. **Conclusiones.** Se incrementa la relación, la comunicación y se convierte en un momento de expansión en el día que favorece la adherencia al tratamiento y evita la falta de comunicación.

Palabras clave: Psicoballet, bipolar, obesidad, carga alostática, diabetes.

EFFECTS OF THE PSICOBALLET IN THE EVOLUTION AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

Abstract

Background. Often the results for the patients with bipolar disorder where they were treated with medicament-therapy only are sub-optimal. The evidences suggest that the exercise is an adjuvant treatment psychosocial for the treatment of these patients. The exercise increases the aptitude to adapt to stressful environmental and it might reduce scoreboards of allostatic load reducing the activity of the axis hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA), the sympathetic nervous system and the corticosteroids. The experiences of the Havana's Psychiatric Hospital with the introduction of the Psicoballet in these problematics complement the effects of the physical exercise on having included, plus the own exercise, adjuvant therapy of communication, accomplishment and increase of the self-esteem. **Method.** An experience realized with a group of 21 adults of bipolar disorder applying Psicoballet's Cuban methodology -the same way as carried out at the Havana's Psychiatric Hospital- to study the effects with patients, of our culture, to whom a follow-up was realized with clinical interviews. **Results.** The dance as physical exercise has the advantage of that the effort can graduate and adapt to the needs of every participant, without to demand a physical effort that fatigue and demotivate to the people. **Conclusions.** The relation is increased, the communication and it turns into a moment of expansion into the day that favors the adherence to the treatment and avoids the lack of communication skills.

Keywords: Psicoballet, bipolar, obesity, allostatic load, diabetes.

Introducción

El trastorno bipolar, considerado un trastorno mental grave, denominado tradicionalmente como enfermedad maníaco-depresiva, se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos extremos opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica que limita la



funcionalidad del paciente, requiere un abordaje mixto farmacológico y psicosocial. En los casos mal diagnosticados y con mala orientación de tratamiento el efecto en la enfermedad es devastador e implica importantes cargas económicas y sociosanitarias.

En las fases de manía puede predominar tanto la euforia como la expansividad o la irritabilidad, acompañado de síntomas como autoestima exagerada, verborrea, fuga de ideas, desinhibición, impulsividad, hiperactividad, búsqueda de situaciones de riesgo, inquietud o agitación. En los casos graves es frecuente el desarrollo de síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones. La manía provoca una seria alteración de la vida cotidiana del paciente que dificulta su actividad socio-laboral y en ocasiones requiere ingreso hospitalario. Esto es menos frecuente en las fases de hipomanía donde, aun predominando el estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y otros síntomas propios de la manía, no se alcanza el grado de repercusión funcional y no se asocian a sintomatología psicótica.

Las fases de depresión se caracterizan por la tristeza patológica, la pérdida de interés y la incapacidad para obtener placer. El paciente puede referir pena, abatimiento, vacío interno, disforia (confluencia de bajo ánimo e irritabilidad), ansiedad angustiosa y gran apatía. El pensamiento se enlentece, con disminución general de las ideas y proyectos, con un tono pesimista y desagradable. En la depresión psicótica se desarrollan delirios y alucinaciones, aparecen insomnio o hipersomnias diurnas, astenia, fatigabilidad, pérdida de apetito y hay una pérdida del interés por el sexo. Los episodios mixtos son aquellos que combinan simultáneamente síntomas maníacos y depresivos, pudiendo presentar el paciente hiperactividad, irritabilidad, inquietud, insomnio, bajo ánimo, tendencia al llanto e ideas de culpa. El manejo clínico del trastorno, se complica debido a la dificultad de diagnóstico y la posibilidad de riesgo suicida (Simpson y Jamison, 1999).

Las evidencias sugieren que el ejercicio es un tratamiento psicosocial adyuvante efectivo para la depresión (Stathopoulou, Powers, Berry, Smits y Otto, 2006) con prometedores resultados para el trastorno bipolar. Ng, Dodd y Berk (2006) hallaron que los pacientes bipolares hospitalizados que participaron en un grupo que caminaba 5 días por semana con sesiones de 40 minutos reportaron menos síntomas de depresión y ansiedad que aquellos que no participaron en el ejercicio. Hays (2007) indica que mejoró significativamente el estado de ánimo de los participantes bipolares. Los

individuos con trastorno bipolar que participaron en un programa de ejercicio (esto es, ocho sesiones de caminar durante 30 minutos) tenían menores reacciones psicológicas al estrés (Edenfield, 2007). El beneficio del ejercicio es especialmente importante para el trastorno bipolar dado que los individuos bipolares tienen un alto riesgo de desarrollar síndrome metabólico y diabetes tipo 2 (Morriss y Mohammed, 2005). El trastorno bipolar se asocia con pobres hábitos de alimentación, altas tasas de consumo de cigarrillos y ganancia de peso asociada con la medicación prescrita. En un estudio de pacientes con enfermedad mental grave, incluyendo aquellos con trastorno bipolar, un 65% tenía sobrepeso y un 50% había hecho ejercicio, de media, menos de una vez a la semana durante el último año (Keck y McElroy, 2004).

Recientes estudios han hallado que el ejercicio incrementa la expresión del gen del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) (Vega, Struder, Wahrmann, Schmidt, Bloch, y Hollmann, 2006), aunque se desconoce el mecanismo exacto. El BDNF provoca la proliferación y la diferenciación de los neurocitoblastos en el hipocampo y mejora la supervivencia de estas nuevas neuronas, un proceso llamado neurogénesis. Es posible que el incremento de la neurogénesis inducida por el ejercicio mejore la función cognitiva, permitiendo a los pacientes una mayor capacidad cognitiva y flexibilidad para adaptarse a los acontecimientos estresantes. Alternativamente, el ejercicio podría reducir directamente la carga psicológica asociada con las repetidas adaptaciones a situaciones estresantes conocida como carga alostática (Zhao, Deng y Gage, 2008). La reducción de la carga alostática inducida por el ejercicio podría proteger contra el desarrollo de futuros episodios del estado de ánimo. Los niveles de hemoglobina glicosilada (HBA1c) con diabetes tipo I se asociaron con un aumento de los síntomas depresivos y esta relación estuvo medida por la dieta y el ejercicio. Incluir las actividades del cuidado de la diabetes atenuó el efecto de los síntomas depresivos, sugiriendo que la dieta y el ejercicio mediaron esta asociación. Estos datos y otros estudios que examinaron el tratamiento de la diabetes recomendaban el ejercicio como la intervención primaria para reducir los marcadores de la carga alostática (glucosa en ayunas e insulina) en esta población de alto riesgo (Lin, Katon, Von Korff, Rutter, Simon, Oliver y Young, 2004)

El ejercicio, al incrementar los niveles de BDNF y la neurogénesis puede mejorar las capacidades propias para tolerar el estrés medioambiental reduciendo la carga

alostática. Sylvia, Ametrano y Nierenberg (2010) concluyen que el ejercicio tiene la potencialidad de elevar el estado de ánimo y afectar la evolución del trastorno bipolar, mediado por los incrementos de BDNF en la neurogénesis y descensos de la carga alostática.

Las intervenciones de ejercicio para los trastornos mentales deberían estudiarse con más profundidad para regular los tiempos más recomendables. Los resultados del Hospital Psiquiátrico de la Habana con la inclusión del Psicoballet como ejercicio físico para diferentes trastornos mentales deberían ser analizados en profundidad para realizar estas determinaciones. Evidencias preliminares desarrolladas por el American College of Sports Medicine en su guía de prescripción de ejercicio, Amstrong, Brubaker, Whaley y Otto (2005), sugieren que la cantidad recomendada para los adultos es 30 minutos 5 días por semana a intensidad moderada, lo que mejoraría el estado de ánimo en el trastorno bipolar. Blumenthal, Babyak, Moore, Craighead, Herman, Khatri y Krishnan (1999) diseñaron una serie de estudios en depresión, encontrando que un programa de ejercicio de 4 meses, menos frecuente pero más intenso, era tan efectivo en la reducción de los síntomas depresivos como los antidepresivos; además, los resultados no variaban si el programa de ejercicio se hacía en casa o en un centro controlado.

Un programa de ejercicio diseñado por Dunn, Trivedi, Kampert, Clark y Chambliss (2005) de 5 días a la semana, de intensidad entre moderada y alta, también redujo significativamente los síntomas depresivos en comparación con el grupo control.

Todos los antecedentes comentados de beneficios de la actividad física en trastornos mentales y en enfermos bipolares nos animaron a poner en marcha un programa de intervención con un grupo de enfermos de bipolaridad con el sistema cubano de Psicoballet, desarrollado en Cuba en los años 70 en el Hospital Psiquiátrico de la Habana por la Dra. Georgina Fariñas, prestigiosa psicóloga cubana, con el apoyo de la mítica Primera Bailarina y Coreógrafa Alicia Alonso, Directora del Ballet Nacional de Cuba, y el distinguido psiquiatra, Dr. Eduardo Bernabé Ordaz, Director del Hospital Psiquiátrico de la Habana. Oficialmente el sistema nació el año 1973 y en 1984 la UNESCO lo reconoció como aporte genuino cubano de gran utilidad en el mundo de las terapias a través del arte, después de revisar un dossier de 29.000 casos. El Instituto Universitario Danza Alicia Alonso, la Fundación de la Danza Alicia Alonso y la Universidad Rey Juan Carlos patrocinan un departamento de Intervención Psicosocial

mediante la Danza que desarrolla labor clínica y social con colectivos desfavorecidos utilizando como referencia las técnicas de Psicoballet desarrolladas en Cuba. Siguiendo esta positiva experiencia -reconocida por la UNESCO-, hemos querido comprobar en la población española la utilidad de la aplicación del Psicoballet con orientación cognitivo-conductual en una población de enfermos bipolares.

El Psicoballet puede definirse como un método terapéutico que integra ciencia y arte, específicamente la Psicología y el Ballet, de forma armónica y balanceada. Proveniente de estos dos sistemas precedentes, el Psicoballet se conforma como un nuevo sistema dinámico integral en el cual se interrelacionan diversos elementos o subsistemas: técnicas y métodos psicológicos que le sirven de base, danza, música, pantomima, dramatización, cultura física, expresión corporal y juegos.

El método de Psicoballet tiene elementos de los métodos educativos, por el aprendizaje que se logra en técnicas elementales de ballet y danza y es, además, terapia de movimiento, pues utiliza la acción, el movimiento sistematizado dentro de la técnica de ballet, que es su instrumento para realizar la terapia. Este método persigue como objetivo la adecuación psíquica y social del paciente a través de la corrección y compensación de su discapacidad, logrando independencia, seguridad en sí mismo, autovaloración, autoestima, mejora en su comunicación e interrelación familiar y social con los resultados de Psicoballet como terapia de movimiento.

La sistematización de los pasos ayuda al desarrollo de la coordinación muscular, el control de movimientos, el sentido del espacio y el ritmo. El uso de la danza en las sesiones de Psicoballet ayuda al disfrute real de la actividad, muy importante para una terapia. Así se establece una fácil y agradable comunicación extra-verbal que no exige, no agrede y sí proporciona alegría y posibilidades de creación.

El objetivo general de este trabajo es la rehabilitación, habilitación o reeducación de estas personas en busca de un sentimiento de autorrealización, como un ser humano más que forma parte de su comunidad y de su familia en sociedad. Se desarrolla además el aspecto preventivo, con el objetivo de prevenir posibles trastornos emocionales.

El método y técnica para el tratamiento terapéutico del Psicoballet cuenta con un programa metodológico que ha sido seleccionado del programa de nivel elemental de la Escuela Cubana de Ballet. Este programa se desarrolla en 5 niveles. Además, el programa cuenta con una propuesta de ejercicios como guía para el maestro y terapeuta

para conseguir que lo mental esté unido a lo físico.

Método

Participantes

Se ha realizado una experiencia con un grupo de 21 adultos con trastorno bipolar (12 mujeres y 9 hombres) de edades comprendidas entre 37 y 45 años, médicamente diagnosticados con tratamiento, aplicando la metodología cubana de Psicoballet -tal como se realiza en el Hospital Psiquiátrico de la Habana- para estudiar los efectos con pacientes de nuestra cultura a los que se les ha realizado un seguimiento con entrevistas clínicas.

Materiales/instrumentos utilizados

Se les aplicaba paralelamente la escala de Ansiedad Estado del STAI de Spielberger con una fiabilidad alta, un alfa de Cronbach de 0,94 para la ansiedad estado, (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011) y el BDI de Beck que tiene una fiabilidad alta, tanto en consistencia interna, coeficiente de Cronbach de 0,83, como en estabilidad temporal con correlaciones entre 0,60 y 0,72 (Sanz y Vázquez, 1998).

Procedimiento y diseño

Se les aplican dos sesiones de Psicoballet a la semana de 1 hora cada una, 45 minutos de movimiento con Psicoballet y 15 minutos de comunicación, y técnicas cognitivas durante 6 meses.

Resultados

Son consistentes con las experiencias de ejercicio físico descritas en la bibliografía internacional y con las mostradas en la experiencia cubana de Psicoballet. La ansiedad estado que se recoge antes y después de cada sesión de Psicoballet muestra un descenso medio en la muestra participante de un 35%, con grandes diferencias individuales, con lo que se puede afirmar que las sesiones les bajan la ansiedad.

Los resultados del BDI durante el periodo de sesiones de Psicoballet muestran una

puntuación media general de 12, con oscilaciones individuales muy variables; pero, tal como comentan ellos, sus familiares y los responsables médicos, se observa una estabilización, un estado de eutimia muy generalizado.

Discusión y conclusiones

El Psicoballet y el ejercicio físico son un tratamiento psicosocial adyuvante para el tratamiento de enfermos bipolares. Aumenta la capacidad para adaptarse a estresantes medioambientales y podría reducir marcadores de carga alostática, reduciendo los riesgos de obesidad y las complicaciones de las diabetes en este colectivo.

Referencias

- Amstrong, L.E., Brubaker, P.H., Whaley, M.H. y Otto, R.M. (2005). *ACSM'S Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (7th Ed.). Baltimore (MD): Lippincott Williams & Wilkins.
- Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Moore, K.A., Craighead, W.E., Herman, S., Khatri, P. y Krishnan, K. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine*, 159(19), 2349-2556.
- Dunn, A.L., Trivedi, M.A., Kampert, J.B., Clark, C.G. y Chambliss, H.O. (2005). Exercise treatment for depression: Efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 1-8.
- Edenfield, T.M. (2007). *Exercise and Mood: Exploring the Role of Exercise in Regulating Stress Reactivity in Bipolar Disorder*. Recuperado de <http://digitalcommons.library.umaine.edu/etd>
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Hays, A.E. (2007). *Effect of an Acute Bout of Aerobic Exercise on Serum Dehydroepiandrosterone Sulfate (DHEAS) Levels in Clinically Diagnosed Bipolar Patients* (Doctoral Dissertation Unpublished). University of Pittsburgh.
- Keck, P.E., y McElroy, S.L. (2004), Bipolar disorder, obesity, and pharmacotherapy-associated weight gain. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 1426-1435.

- Lin, E.H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G.E., Oliver, M. y Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, 27(9), 2154–2160.
- Morriss, R. y Mohammed, F.A. (2005). Metabolism, lifestyle and bipolar affective disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 19(6, Suppl.), 94-101.
- Ng, F., Dodd, S. y Berk, M. (2006). The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: a pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 259-262.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Simpson, S. G. y Jamison, K. R. (1999). The risk of suicide in patients with bipolar disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl. 2), 53-6; discussion 75-6, 113-6.
- Stathopoulou, G., Powers, M.B., Berry, A.C., Smits, J.A. J. y Otto, M.W. (2006). Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology in Science and Practice*, 13, 179–193.
- Sylvia, L.G., Ametrano, R.M. y Nierenberg, A.A. (2010). Exercise Treatment for Bipolar Disorder: Potential Mechanisms of Action Mediated through Increased Neurogenesis and Ddecreased Allostatic Load. *Psychoteherapy Psychosom*, 79, 87-96.
- Vega, S.J., Struder, K.K., Wahrmann, B.V., Schmidt, A., Bloch, W. y Hollmann, W. (2006). Acute BDNF and cortisol response to low intensity exercise and following ramp incremental exercise to exhaustion in humans. *Brain Research*, 1121, 59–65.
- Zhao, C., Deng, W. y Gage, F.H. (2008). Mechanisms and functional implications of adult neurogenesis. *Cell*, 132(4), 645-60.

EXPERIENCIA DE LA APLICACIÓN DE LA DANZA CON ENFERMOS PSICÓTICOS EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DE RUSIA

Polina Smirnova-Avsiuk

Instituto Universitario de Danza "Alicia Alonso"

Resumen

Antecedentes. Los pacientes esquizofrénicos presentan una discrepancia entre el movimiento y la percepción. La inclusión de la danza terapia en las clínicas psiquiátricas rusas se contempla como un proceso favorecedor de la integración del estado emocional y físico del individuo. Método. Revisión de los resultados obtenidos en distintos centros psiquiátricos rusos de la aplicación psicoterapéutica de la danza y el movimiento, según la metodología desarrollada por N. Y. Oganessian. Resultados. Durante su realización y finalizado el ciclo de 10 sesiones de danza terapia, los pacientes presentaron mejoría en la coordinación de los movimientos, la atención, el auto-concepto, la comunicabilidad, así como una disminución de la ansiedad. Conclusiones. La danza terapia es un método no verbal eficaz que permite intensificar el trabajo psicológico y psicoterapéutico con los pacientes esquizofrénicos gracias a la integración de la actividad sensorial, motora y psicoemocional.

Palabras clave: danza terapia, psicoterapia, esquizofrenia

EXPERIENCE IN THE APPLICATION OF DANCE AS PART OF THE TREATMENT OF PSYCHOTIC PATIENTS IN PSYCHIATRIC HOSPITALS IN RUSSIA

Abstract

Background. Schizophrenic patients present a discrepancy between movement and perception. The inclusion of dance therapy in psychiatric clinics in Russia is regarded as a process to enhance the integration of emotional and physical states of the individual. Method. Review of the available literature about the results of the psychotherapeutic application of dance and movement therapy in different Russian Psychiatric institutions,

260



based on the methodology developed by N.Y. Oganessian. Results. During the application and after the conclusion of the cycle of 10 sessions of dance therapy, most of the patients showed enhanced movement coordination, attention, self-concept, communicational ability, and decreased anxiety. Conclusion. Dance therapy is revealed as an efficient nonverbal method which can intensify psychological and psychotherapeutic work with schizophrenic patients through sensory, motor and psicoemotional integration.

Keywords: dance therapy, psychotherapy, schizophrenia

Introducción

La rehabilitación de los pacientes psicóticos en Rusia comenzó su andadura de la mano del doctor P. Lebedev en 1858 en el hospital “*Vsex Skorbjazhix*” (de Todos los Dolientes) donde se incluía la aplicación de ejercicios musicales y gimnasia terapéutica. La danzaterapia en las clínicas psiquiátricas tiene como objetivo la minimización de los síntomas patológicos a través de la corrección de las alteraciones del movimiento, emocionales, conductuales y de las relaciones interpersonales como resultado de la aplicación psicoterapéutica de la danza y el movimiento como proceso favorecedor de la integración del estado emocional y físico del individuo.

La danza posee su propio significado, el material artístico de la danza tan autónomo y valioso como el sonido musical o como la línea y el color de la pintura. Su lenguaje es abstracto, pero al mismo tiempo mucho más concreto que cualquier otro; la percepción de la danza penetra en la conciencia más profundamente que las percepciones visuales o auditivas, pues a ellas añade las motoras: las que más se memorizan y asimilan. Para ello, *extrae* ciertas *raíces* de las situaciones y las lleva hasta la simplicidad y claridad de la fórmula que sirve de base para la geometría de sus líneas (Blok, 1987). Como corriente psicoterapéutica, la característica distintiva de la danzaterapia es la combinación de las metodologías de estudio de la motricidad, la imaginación, la atención, el temperamento y una serie de características personales de los pacientes.

Las sesiones incluyen la relajación y el dibujo psicoterapéutico que permite transferir al papel, con una verbalización posterior, las formas e imágenes que aparecen

en el transcurso de la danza improvisada y la relajación. La activación motora permite que los pacientes se *abran* emocionalmente, disminuya su tensión física y psíquica y se active su potencial creativo, lo que a su vez propicia la actualización de formas más significativas de relaciones y situaciones en el transcurso de la relajación. La realización de dibujos en cada sesión de danzaterapia da la posibilidad reaccionar parcialmente ante sus experiencias, y al especialista le suministra información adicional sobre el estado actual del paciente.

El abordaje actual tiene en cuenta el déficit en el pensamiento y la comunicación de los pacientes esquizofrénicos y la necesidad de combinar diferentes métodos que permitan valorar de forma dinámica la motricidad, la imaginación, la autoevaluación y las comunicaciones no verbales. Con estos objetivos, se antoja prometedor el uso de métodos proyectivos como vía de acceso al subconsciente del individuo y combinan el diagnóstico psicológico y la psicoterapia. Esta clase de método tiene un significado especial en el caso de la danzaterapia, ya que el dibujo está incluido en la estructura de la sesión de danzaterapia desarrollada por Oganeshjan (2009) y constituye, junto con la danza, otra acción motora. A diferencia de los tests proyectivos estándar como el de Casa-árbol-persona y otros, la técnica desarrollada por Jaykin sí puede estudiar de forma prospectiva la dinámica de los cambios de percepción emocional y abstracta de una sesión a otra a lo largo del período de aplicación de la danzaterapia (Oganeshjan y Rikonskaya, 2011).

Método

Diseño

Se llevó a cabo la revisión de los estudios sobre los efectos de la aplicación de la danzaterapia en diferentes centros psiquiátricos rusos según la metodología desarrollada por Oganeshjan (2005) para la aplicación psicoterapéutica de la danza en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos. Se presentan los resultados de la efectividad de la danzaterapia a través de la técnica desarrollada por R. B. Jaykin en los años 90 del siglo pasado - “Investigación de los dibujos de los enfermos de esquizofrenia”- para la valoración dinámica de la imaginación, la percepción cromática, del pensamiento formal y simbólico, la orientación espacial.

Criterios de inclusión

Resultados de la danzaterapia con metodología de Oganjesjan (2009) en pacientes esquizofrénicos; estudio de la eficacia de la danzaterapia y valoración mediante técnicas validadas; descripción de los siguientes puntos: 1) Población estudiada en los trabajos revisados; 2) Estructura de las sesiones de danzaterapia: Técnicas de danzaterapia empleadas, y Psicotécnicas integradas en la danzaterapia; 3) Efectos del ciclo de danzaterapia.

Resultados

1) Población estudiada en los trabajos revisados

En 2005, fue descrita la metodología de danzaterapia desarrollada por N. Y. Oganjesjan (2005). Fue diseñada y aplicada inicialmente en el estudio de 90 pacientes esquizofrénicos (80% mujeres, 20% hombres) de entre 20 y 30 años. 1/3 presentaba una invalidez por motivos psiquiátricos y 2/3 convivían con sus padres, con mayor frecuencia con la madre, y carecían de familia propia. El 80% presentaba un nivel de estudio medio o medio especial, el 70% no trabajaba y en su mayoría se encontraban en una situación de dependencia material y económica.

Posteriormente en 2011, la investigación y valoración a través de los dibujos de los pacientes esquizofrénicos se realizó por Oganjesjan en el hospital nº6 y por V.B. Rikovskaja en el hospital nº3 de San Petersburgo, Oganjesjan, y Rikovskaja (2011). En el estudio para la determinación de la efectividad de la danzaterapia en el tratamiento de estos pacientes en la fase de rehabilitación a través del dibujo participaron 730 pacientes, 500 diagnosticados de esquizofrenia paranoide – síndromes alucinatorio-paranoide, afectivo-delirante y 230 de esquizofrenia simple.

2) Estructura de las sesiones de danzaterapia

El ciclo de danzaterapia como tratamiento psicoterapéutico de los pacientes esquizofrénicos estudiados por Oganjesjan (2005) consiste en 10 sesiones con una duración de 1 hora 30 minutos – 2 horas, y una frecuencia de dos días por semana. La estructura de cada sesión consta de 7 partes: 1) calentamiento, gimnasia chi-kung o gimnasia correctiva del sistema de Afanasiev; 2) comentario del tema de la sesión; 3) danza improvisada, individual o colectiva; 4) muestra y comentario del tema,

características cromáticas, etc., de un cuadro; 5) relajación basada en el tema del cuadro; 6) dibujo de la visión individual del tema del cuadro; 7) conclusión, danza en grupo.

Técnicas de danzaterapia utilizadas

- Técnica cromo-estructuración “¿de qué color soy Yo?” utilizada antes y después de la sesión como diagnóstico exprés; comparación de los resultados.
- Técnica de “análisis del componente de inteligencia corporal” consistente en la concentración en las zonas de tensión corporal, conciencia de puntos dolorosos, de tensión muscular, contracción y relajación de diversos grupos musculares; concentración en el centro de gravedad corporal y trabajo centrado en la intensificación de estas percepciones e identificación de los límites del cuerpo.
- Gimnasia correctiva de Y. A. Afanasiev y gimnasia Chi-kung empleadas como calentamiento músculo-esquelético previo a los movimientos de danza.
- Técnica de conexión con otra persona mediante el movimiento en espejo durante la que los pacientes debe tratar de concentrarse en los movimientos de su *pareja de baile* y repetirlos de forma sincronizada, lenta y suavemente, rápida y bruscamente, desplazándose en el espacio.
- Danza improvisada: trabajo de danza cinético-emocional – danza espontánea, transmisión de formas e imágenes surgidas durante la danza y su representación por medio del dibujo en un espacio imaginado; improvisación con la letra de la canción; improvisación y representación bailada de diferentes emociones (alegría, tristeza, aflicción, miedo, etc.); danza improvisada con objetos (aro, pañuelo, pelota, etc.); improvisación en pareja; comunicación no verbal (reacción ante el estado emocional del compañero/a); danza improvisada grupal con comunicación no verbal espontánea al cambiar de pareja; danza improvisada individual. Todas estas técnicas están orientadas al desarrollo de la actividad cinestésica, la libertad de expresión corporal, expresión de las preocupaciones, miedos, agresividad a través de la danza, *apertura* de la sexualidad y la autoexpresión creativa, entrenamiento de las funciones comunicativas mediante las interacciones durante la danza en pareja y en grupo.

Psicotécnicas integradas en la danzaterapia

- Trabajo con un “cuadro-diana”: presentación de un cuadro especialmente seleccionado (pueden ser fotografías, postales, reproducciones de obras pictóricas, etc.)

en función del tema que quiera tratar el danza-terapeuta y que constituyen un punto de partida para el desarrollo de la imaginación y el pensamiento creativo.

- “Acercamiento meditativo a la imagen del cuadro”: concentración en el tema planteado por el terapeuta y formación de una imagen propia (proceso libre de creación de imágenes).
- Técnica de dibujo de imágenes surgidas durante la relajación, comentario verbal de las mismas y representación en el papel.
- Comentario de los dibujos centrado en los pensamientos y emociones del paciente durante el proceso de dibujo.
- Técnica de conclusión con danza grupal (unificación del grupo al final de la sesión): todos los pacientes realizan una danza grupal que incluye movimientos y formas que han ido surgiendo a lo largo de la sesión. Se trata de una continuación de la danza grupal anterior con la diferencia de que en este caso no se da la danza en “espejo” individual. En esta parte final, se fortalece la comunicación grupal.

3) Efectos del ciclo de danzaterapia

Efectos referidos por Oganjesjan (2005):

- Comportamiento no verbal mediante la técnica de la *atención activa*:

La mejora más notable se obtuvo en los siguientes indicadores: expresión facial abierta (100%); marcha libre y relajada (98,9%); mímica normal (98,9%); posición relajada de los hombros (96,7%); miembros superiores “suelos” (96,7%); miembros inferiores “suelos” (96,7%); espalda en posición normal (95,6%). La investigadora destaca que las valoraciones del personal médico coincidieron con las de la danza-terapeuta.

- Análisis de la coordinación corporal y sensorio-motora:

Los resultados del análisis estadístico del método cinético-métrico del “Equilibrio externo” de Ilin mostraron que el grupo experimental que recibió danzaterapia, a pesar de la acción de los neurolépticos, de efecto inhibitor, mostró un desplazamiento hacia la excitación por el efecto motor positivo de la danzaterapia sobre los pacientes esquizofrénicos. Los datos cuantitativos confirman estos efectos beneficiosos.

La técnica valoración de la coordinación motora de Tolchinsky permitió evaluar la variación del porcentaje de precisión en la realización sincrónica bimanual de ocho

figuras geométricas, pre- y post tratamiento de danzaterapia. Se evidenció una mejoría significativa de los porcentajes de las ocho figuras realizadas por el grupo de estudio, mientras que el grupo control mostró un ligero empeoramiento la coordinación movimientos ($p \leq 0,001$).

- Autoevaluación durante la dinámica:

La técnica de “análisis del componente de inteligencia corporal” ha demostrado ser un criterio objetivo de las sensaciones subjetivas de los pacientes, permitiendo valorar la eliminación paulatina de las tensiones corporales. La técnica de estudio del autoevaluación de Dembo-Rubenstein mostró el aumento de las siguientes escalas: salud física, salud psíquica, mental, voluntad, sociabilidad, actividad, confianza en uno mismo, optimismo, humor, felicidad con una variación estadística significativa ($p \leq 0,01$), a excepción de los signos: carácter, masculinidad-feminidad, apariencia, que no se acompañaron de diferencias significativas.

- Valoración de la imaginación durante la dinámica mediante métodos proyectivos-no verbales:

La técnica proyectiva-no verbal , de las estrellas y las olas, de Úrsula-Avé Lallemand mostró que el grupo experimental registró un descenso de los signos y síntomas de ansiedad (del 73,3% al 28,9%), reducción del número de pacientes incluidos en la escala de “narcisismo” (del 51,3% al 43,3%), marcado descenso de los indicadores de “confusión del horizonte” (del 70,0% al 2,2%) y una importante disminución del letargo (del 44,4% al 4,4%). El grupo control no mostró cambios relacionados con la escala de “narcisismo” ni los indicadores de “confusión del horizonte”, y los signos y síntomas de ansiedad y letargo incluso aumentaron discretamente.

- Autoexpresión emocional en la danza:

El 94,4% de los pacientes desarrolló su empatía cinético-emocional, el 5,6% mantuvo ciertas dificultades al auto-expresarse emocionalmente en la danza.

De una sesión a otra, la danza-terapeuta detectó una mejor expresión del miedo, la agresividad, ansiedad y sexualidad por parte de los pacientes. El comportamiento corporal-no-verbal con los compañeros no se acompañó de un aumento de la ansiedad. Durante las expresiones de diferentes emociones y vivencias en la danza, los pacientes no mostraban “regresión”, sino una respuesta estable ante la nueva situación,

permitiendo “ventilar” problemas de etapas vitales previas, gracias al fortalecimiento de su Ego.

- Encuesta sobre la efectividad de la terapia:

Las encuestas para el personal médico del centro mostraron que los síntomas detectados previamente - ánimo bajo, ansiedad, miedo, problemas de sueño, conflictos familiares, ausencia de autocrítica - se redujeron o desaparecieron después de la inclusión de la danzaterapia. El 100% de los encuestados la encontró necesaria en la unidad psiquiátrica, y el 50% subrayó que facilita el trabajo en las sesiones individuales al mejorar capacidad de verbalización de las preocupaciones de los pacientes.

- Duración del efecto de la danzaterapia:

El 30% de los pacientes alargó su período de remisión.

Efectos evidenciados en el estudio de 2011 (Oganesjan y Rikovskaja, 2011): los pacientes se encontraban más tranquilos y seguros y con menores niveles de alerta. Finalizada la última sesión, sus dibujos no presentaban formas ni imágenes de tipo alucinatorio y se detectaba un estado anímico más activo. Estos cambios se corroboraron con valoraciones experimentales y psicológicas adicionales que evidenciaron cambios notables en la conducta de los pacientes y la emisión más temprana del alta de los pacientes cuyo tratamiento incluyó el ciclo de danzaterapia.

Discusión

Los estudios desarrollados en los centros psiquiátricos rusos con pacientes esquizofrénicos muestran que la danzaterapia permite estudiar las características de las reacciones del movimiento del individuo y así establecer una relación con los recuerdos corporales y proseguir el trabajo con estas vivencias, Rikovskaja (2008).

La empatía cinestésica mediante los movimientos de danza permite reducir los complejos y las defensas psicológicas. Las sesiones grupales dan la oportunidad de mostrar la individualidad de cada paciente, educan la adecuación de las reacciones a los individuos que les rodean y desarrollan la comunicabilidad. Todo ello apoya la idoneidad de la inclusión de la danzaterapia como componente constante de la terapia combinada de los pacientes esquizofrénicos. Para ello es necesario difundir el conocimiento derivado de estas experiencias y realizar estudios con más población y

corroborar el mantenimiento de los efectos obtenidos, así como otros potenciales mediante su seguimiento.

Conclusión

La danzaterapia puede ser empleada eficazmente tanto de forma combinada con la terapia verbal, arte o músico-terapia, como un método psicoterapéutico expresivo no verbal con una metodología, técnicas y sistema de valoración propios. La creación de un modelo de danzaterapia integrativa breve permite intensificar el trabajo psicológico y psicoterapéutico con estos pacientes, posibilitando el descubrimiento de complejos y problemas específicos a través del trabajo de movimiento corporal. Gracias a la integración de la actividad sensorial, motora y psicoemocional favorece la motricidad, la autovaloración y la capacidad comunicativa de forma mantenida en el tiempo, alargando los períodos de remisión y facilitando las relaciones interpersonales tanto en el entorno clínico como en el familiar.

Referencias

- Blok, L. (1987). *Danza clásica, historia y actualidad* [Классический танец, история и современность]. Moscú, Rusia: Iskusstvo.
- Oganesjan, N. (2005). *Danzaterapia en la rehabilitación de trastornos psicóticos*. [Танцевальная терапия в реабилитации психотических расстройств] (Tesis inédita). San Petersburgo, Rusia: Herzen University.
- Oganesjan, N. (2009). Aspectos teórico-metodológicos de la danzaterapia de pacientes esquizofrénicos [Теоретико-методологические аспекты танцевальной терапии больных шизофренией]. *Boletín de la Universidad de San Petersburgo MVD de Rusia*, 2(1), 206-215.
- Oganesjan, N.Y., y Rikovskaja, V.B. (2011). Técnica proyectiva de valoración de la eficacia de la danzaterapia como método psicoterapéutico en pacientes esquizofrénicos. [Проективная методика оценки эффективности танцевальной психотерапии больных шизофренией]. *Boletín de la Universidad Estatal Sur Ural, Serie "Psicología"*, 15(42), 77-83.
- Rikovskaja, V. (2008). Danzaterapia y terapia a través del movimiento en la rehabilitación de la esquizofrenia. [Танцевально-двигательная терапия в

реабилитации шизофрении]. Presentado en *Conferencia Internacional de Ciencia y Práctica de la Universidad Estatal de Penza Belinsky* (pp. 76-79). Penza: Universidad Estatal de Pedagogía de Penza Belinsky.

APLICACIONES CLÍNICAS DE LA DANZA EN LOS SÍNDROMES PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LAS DEMENCIAS

Ana Luz de Andrés-Terán

*Danza-terapeuta del Centro de Referencia Estatal de Alzheimer y
Otras demencias de Salamanca*

Resumen

En 1996 la Asociación Psicogeriátrica Internacional definió y acuñó el término “*behavioral and psychological symptoms of dementia*” como: “alteraciones de la percepción, el contenido del pensamiento, el humor o la conducta que se presentan frecuentemente en pacientes con demencia”. Los SPCD disminuyen la calidad de vida del paciente y del cuidador principal ya que son generadores de estrés en ambos. Por otro lado existe una relación directa entre la institucionalización del paciente y el coste económico. Por todas estas causas es tan importante la identificación y tratamiento de los SPCD. El dilema surge en el tratamiento ya que para su identificación existen varios instrumentos utilizados y aceptados internacionalmente como el NPI. Hasta hace poco, las medidas farmacológicas han sido la única opción en el manejo de los SPCD. Actualmente se ha llegado a un consenso en el que las Terapias no Farmacológicas (TNF), entre las que se encuentra la Danza Creativa Terapéutica, (DCT), son la primera opción del tratamiento. Solamente cuando el paciente tenga una situación de peligro inmediato o un sufrimiento importante el tratamiento farmacológico sería la primera intervención. Aunque no existen estudios concluyentes sobre la eficacia de la DCT en los SPCD, si hay evidencias claras de su reducción en tratamientos con danza y movimiento. En la revisión bibliográfica “*Dancing as a psychosocial intervention in care homes: a systematic review of the literature*”, (Guzmán-García, Hughes, James y Rochester, 2013) obtuvieron resultados que avalan la hipótesis de que los comportamientos problemáticos disminuyen en intervenciones terapéuticas con danza.

Palabras clave: Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Danza. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, Terapias no farmacológicas.

CLINICAL APPLICATIONS OF DANCE IN BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA

Abstract

The International Psychogeriatric Association defined and coined the term “behavioural and psychological symptoms of dementia” in 1996 as: “the changes in perception, in the contents of thought, the mood or behaviour which are often perceived in patients with dementia”. The SPCD generate stress on both the patient and the main carer as they decrease their quality of life. On the other hand, there is a direct connection between the institutionalization of the patient and the economic cost. This is way it is so important to identify and treat the SPCD cases. Although there are several ways to identify it which are worldwide accepted like the NPI, there is a dilemma about the best treatment. The pharmacological measures have been until recently the only option available to treat SPCD but there is consensus now about the efficiency of non-pharmacological measures (NFT) like the Therapeutic Creative Dance (TCD) as a first of treatment. Treatment with drugs is only desirable when the patient is in immediate danger or severe suffering. Although there are no conclusive studies indicating the efficiency of TCD in the SPCD, there is clear evidence of a decrease in problematic behaviour of patients treated with dance and movement. Guzmán-García A. and others describe in their article “Dancing as a psychosocial intervention in care homes: a systematic review” how the behavioural problems decrease with therapeutic dance treatment.

Keywords: Dementia, Alzheimer disease, Dance, Behavioral and psychological symptoms of dementia, Non pharmacological therapies.

Introducción

Existe una amplia bibliografía sobre el diagnóstico y tratamiento de los SPCD pero son prácticamente nulas las referencias que indiquen como tratar los SPCD a través de la danza y el movimiento. Es una disciplina reciente y en pleno desarrollo. Por eso es fundamental abrir el camino de nuevos recursos que mejoren la calidad de vida del enfermo y del cuidador. La danza y su movimiento es una herramienta terapéutica

excelente. El uso de la comunicación no verbal, el tacto y la emoción la hacen única para reducir muchos de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias. Por tanto, es necesario desarrollar unas pautas básicas que ayuden a los profesionales a tratar los SPCD a través de la DCT.

Método

Una de las pioneras en integrar la danza y la terapia es Alicia Alonso. Este año se cumple el 43 aniversario de la creación del Psicoballet (1973) en el Hospital Psiquiátrico de la Habana, (Cernuda, 2012; Fariñas, 1990; Fariñas y Hernández, 1993). La UNESCO reconoció el Psicoballet en 1984. La base angular de la DCT son las teorías centradas en la persona de Kitwood. (Kitwood, 2003) y considerar a cada individuo como un ser creativo al margen de sus capacidades cognitivas, hay tantas demencias como personas con demencia. Es una psicoterapia dentro de las artes creativas. La DCT para Alzheimer y otras demencias tiene como finalidad terapéutica mejorar la calidad de vida del paciente desde el axioma de la unidad indisoluble de cuerpo y mente, utilizando para ello las teorías de la comunicación no verbal, la psicoterapia de grupo, observación y análisis del movimiento, el psicoanálisis, las técnicas de improvisación y reminiscencia y las teorías centradas en la persona. Su principal interés es recuperar por unos instantes el yo fragmentado a través del movimiento y la danza. La característica diferenciadora respecto de otras intervenciones que utilizan el movimiento es la creatividad y la capacidad de improvisación. Su objetivo no es el movimiento por el movimiento si no la expresión de la emoción a través del mismo. Las sesiones no están cerradas, la improvisación y adaptación del terapeuta a las características personales del paciente son fundamentales. El ahora es primordial, por eso el profesional debe ser un buen observador de todo el entorno en el que se produce los SPCD y saber interpretar la expresión no verbal del paciente, ya que en estadios moderados y graves de la enfermedad son comunes los trastornos expresivos y comprensivos del lenguaje.

Podemos clasificar las TNF siguiendo a José María García-Alberca en su libro “Enfermedad de Alzheimer: Terapias no farmacológicas de los síntomas psicológicos y conductuales” (García-Alberca, 2015) según varios criterios en función del:

1. Modelo psicosocial explicativo del origen de los SPCD:

a. Modelo PRUE (progresiva reducción del umbral del estrés): resolución de problemas, contacto social, formación del cuidador, control ambiental, DCT.

b. Modelo NNS (necesidades satisfechas): interacción social, formación del cuidador, actividad física, DCT.

c. Modelo TACS (teoría del aprendizaje conductual y social): actividades gratificantes, resolución de problemas, ejercicio físico, formación del cuidador, modificación de conducta.

2. Tipo de SPDC tratado

3. Enfoque del tratamiento se dividen en cuatro grupos:

a. Terapias dirigidas a la estimulación: aromaterapia, musicoterapia, DCT, masaje y tacto.

b. Terapias dirigidas a la emoción: reminiscencia, terapia asistida con animales, terapia de validación.

c. Terapias dirigidas a la conducta: modificación de la conducta, formación del cuidador, modificaciones ambientales, resolución de problemas.

d. Terapias dirigidas a la cognición: psicoestimulación cognitiva, entrenamiento cognitivo, rehabilitación cognitiva, terapia de reminiscencia, modificaciones ambientales.

Lo importante no es donde clasifiquemos la DCT si no los grandes beneficios que tiene en las personas con EA u otras demencias. Debido a su versatilidad la DCT puede estar orientada a una estimulación sensorial a través del tacto o estar dirigida al manejo de los síntomas. También podemos utilizarla en el modelo PRUE debido a la interacción social del baile en grupo y en pareja.

Expondremos a continuación una esquemática guía de cómo tratar los SPCD más relevantes desde la DCT.

1. Síntomas Psicológicos:

a. Delirios y alucinaciones: los delirios son creencias que la persona toma como verdaderas cuando son falsas. El más común es el delirio paranoide. Las alucinaciones son percepciones sensoriales sin objeto. Las más frecuentes son las visuales y las auditivas. Es común que vean a sus familiares más allegados o personas más queridas ya fallecidas. No siempre estas alucinaciones son angustiosas para la persona, a veces son placenteras. Es importante estar preparados para estos síntomas porque son difíciles

de entender y aceptar. No hay que negarles sus delirios y alucinaciones, hay que incorporarlos en las sesiones con calma a la vez que a medida que avanza la sesión se les va distrayendo de ellos hacia los temas que se estén trabajando. Si el delirio implica una acción debemos utilizar la técnica de espejo hasta conseguir un movimiento conjunto para redirigir el suyo.

b. Depresión: la persona con demencia no suele presentar un cuadro completo de síntomas de depresión, aparecen de forma aislada episodios de tristeza con llanto en algunas ocasiones, sentimientos de culpa o de no sentirse válido, demanda excesiva de atención, contestaciones monosilábicas, actitud poco colaboradora...Según el “Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias ” (Sánchez, Hernández, Tristancho y Naranjo, 2011) se recomienda realizar ejercicios físicos todos los días, participar en grupos de actividades y estimular a la persona, objetivos que se pueden conseguir a través de la DCT. Suelen ser depresiones menores pero que producen igualmente un sufrimiento en la persona y que normalmente pasan desapercibidas ya que el afectado no lo comunica o si lo hace es a través de síntomas físicos. A través del movimiento y su observación podemos captar su tristeza y malestar y empezar a tratarlos. Cuando trabajemos con un grupo depresivo el mayor estímulo es el terapeuta.

c. Ansiedad: es común que se presente asociado a la depresión y de forma aislada en raras ocasiones. Es un estado emocional que se caracteriza por aprensión e hiperactividad del sistema nervioso. Se puede manifestar con síntomas cognitivos-emocionales, conductuales o somáticos: angustias, temores, inseguridad...La actitud del terapeuta debe ser calmada, de contención y antes de proponer una actividad investigar si podría acentuar el síntoma. Los movimientos continuos y con una cadencia lenta reducen la sintomatología.

d. Apatía: suele aparecer simultáneamente con la depresión pero no debe confundirse con esta. La apatía es la falta de motivación que afecta a la conducta, a la cognición y a las emociones. El comportamiento de una persona con apatía es indiferente, sin iniciativa y falta de interés. Motivar a la persona constantemente con actividades que sean de su agrado. Cuando se trabaja en grupo este suele arrastrar a la persona apática y es más fácil despertar su interés y que tomen la iniciativa. El trabajo con objetos y materiales elegidos por la persona provocan que tome la iniciativa y que se implique en la terapia.

2. Síntomas conductuales:

a. Agitación y agresividad: aunque no todo cuadro de agitación desencadena un comportamiento agresivo, si es cierto que la mayoría de las veces van parejos. Los episodios agresivos suelen aparecer tras la falta de entendimiento con los cuidadores o en los cuadros depresivos y ansiedad. También puede ser consecuencia de los síntomas anteriores: delirios paranoides y alucinaciones. Es fundamental no dejarse llevar por el miedo a ser agredidos, si esto es así la sesión no se realiza. La actitud debe ser tranquila y reafirmarla, si la persona lo permite, con el contacto físico. No realizar movimientos bruscos y respetar su espacio corporal si así lo desea. Verbalizar todo lo que va a ocurrir en la sesión de una forma clara para que la persona siempre sepa lo que va a suceder y no se lleve sorpresas que puedan alterarle. Proporcionarle objetos no peligrosos como velos, globos, plásticos... para que descarguen la agresividad. Si se diera un episodio de agitación o agresividad en la sesión, lo primero es la seguridad de los otros integrantes y solicitar ayuda si se vuelve peligrosa. Una vez que haya pasado la crisis explicar a todos los presentes lo que ha ocurrido y por qué, sin culpabilizar.

b. Conducta sexual inapropiada: la idea de que las personas mayores no tienen sexualidad es errónea. Si bien la actividad sexual disminuye, el deseo permanece. Algunas personas presentan fases de exaltación sexual, con comportamientos inapropiados como la masturbación pública, el exhibicionismo, tocamientos a otras personas o verbalización de deseos. Además con la danza y el movimiento se propicia el contacto físico y esto puede acentuar los síntomas. No reaccionar bruscamente. De un manera firme y serena se dice que no y se explica cómo, cuándo y dónde puede realizar ese comportamiento, entendiendo su conducta como algo natural pero que a lo mejor lo hacen con una persona que no corresponde o en un lugar inapropiado. Hay que marcar tanto su kinesfera como la del otro.

c. Conducta motora anómala: se da casi en el 50% de los enfermos de EA y se puede presentar por el día o por la noche. Produce un efecto nefasto sobre el cuidador y una aceleración de la institucionalización. Además conlleva un mayor riesgo de caídas. Una de las más frecuentes es la deambulación errante. En este caso el enfermo siente la necesidad de caminar, buscar, explorar el entorno que le resulta desconocido. A veces camina permanentemente sin ninguna finalidad aparente. Con la puesta de sol su aparición aumenta, se conoce como el *sundowning*. Desde la DCT se debe hacer una

sesión deambulante como la del paciente, acompañarle en su búsqueda buscando un contacto físico que le pueda ayudar a guiarla y poco a poco transformar sus desplazamientos errantes en un camino dirigido y con poder de decisión por parte del enfermo. Las técnicas del *Contact Improvisation* son muy efectivas en estos casos y se deben evitar las sujeciones.

Discusión/Conclusiones

Es claro que no existe suficiente evidencia científica para demostrar la eficacia de la DCT en personas con EA u otras demencias. Los estudios son escasos y carecen de calidad metodológica. Es necesario avanzar en la valoración del efecto de la DCT y saber determinar qué y por qué algunos pacientes responden mejor a unas técnicas u otras. Como reto inminente en la investigación de DCT en los SPCD está el desarrollo de un marco teórico sólido, y diseños metodológicos de investigación rigurosos que permitan replicar los trabajos. Pero aunque las pruebas no son concluyentes si se dispone de datos que fundamentan la DCT como una opción válida y a veces única para el tratamiento no farmacológico de los SPCD. En algunas ocasiones es única ya que cuando la comunicación verbal desaparece sólo nos queda lo no verbal, el cuerpo y la piel, nuestro primer yo. Su implantación debe ser temprana respecto a la evolución de la enfermedad, prever la situación crítica y por tanto intervenir antes de que ocurra. Observar y anotar los factores que ocurren antes y durante el SPCD. Las sesiones deben ser diseñadas en función de las necesidades del enfermo. Las intervenciones pueden ser tanto grupales como individuales y aplicarse en cualquier estadio de la enfermedad. No deben de estar cerradas a un mismo espacio. La creatividad, la improvisación y el adecuarse a las circunstancias del momento, es esencial. Por todo esto, los beneficios de la danza terapéutica junto con los casi nulos efectos secundarios y el bajo coste económico hacen de ella una TNF indicada para mejorar la calidad de vida de los enfermos y cuidadores, retrasar la institucionalización y manejar eficazmente las manifestaciones psicológicas y conductuales de la demencia.

Referencias

Cernuda, A. (2012). Arte social comunitario y aplicaciones clínicas del Psicoballet. 40 años de experiencia cubana. En E. Santos y F. J. Coll (Coords.), *Libro de Actas I*



- Congreso Internacional de Intervención Social, Arte Social y Arteterapia* (pp.1-11). Murcia. Editorial Universidad de Murcia.
- Fariñas, G. (1990). *Temas de Psicoballet*. La Habana: Ed. Hospital Psiquiátrico de La Habana, Revisión Cuba.
- Fariñas, G., y Hernández, I. (1993). *Psicoballet. Método Psicoterapéutico Cubano*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- García-Alberca, J. (2015). Terapias no farmacológicas de los síntomas psicológicos y conductuales. En J. García-Alberca (Ed.), *Enfermedad de Alzheimer: Terapias no farmacológicas de los síntomas psicológicos y conductuales* (pp. 119-129). Málaga: IANEC.
- Guzmán-García, A., Hughes, J., James, I., y Rochester, L. (2013). *NCBI*. Recuperado el 21 de julio de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23225749>
- Kitwood, T. (2003). *Repasant la demencia : Eumo*. Barcelona: Eumo.
- Sánchez, H., Hernández, J. L., Tristancho, R., y Naranjo, V. (2011). *Acta sanitaria*. Recuperado de http://www.actasanitaria.com/fileset/file__Manual_Alzheimer_40403.pdf

ESTRÉS LABORAL EN EL DESEMPEÑO DEL TRABAJO SOCIAL

María Dolores Vallellano-Pérez*, **M. Inmaculada López-Núñez**, **Eva Díaz-Ramiro**,
y Susana Rubio-Valdehita

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico II (Psicología Diferencial y del Trabajo), Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

Antecedentes. Los cambios asociados a la crisis económica mundial exigen que las personas trabajadoras hagan frente a una cada vez mayor presión laboral. Ello viene a sumarse a la manifiesta relación entre desempeño y estrés laboral que aparece en diferentes profesiones, como la de Trabajo Social, que se caracteriza por ayudar a las personas con sus problemas dando atención a las cuestiones de justicia social. Pero, ¿es esta una profesión con más estrés que otras profesiones asistenciales? ¿Cuáles son los estresores habituales en ella? ¿Qué se podría hacer para mejorar la satisfacción laboral en este colectivo? A pesar del interés creciente por contestar a estas preguntas, aún es escasa la investigación en torno al estrés ocupacional en la profesión del Trabajo Social. *Método.* El objetivo de este estudio consistió en revisar las principales investigaciones, aparecidas tanto en PsycINFO como en *Social Services Abstracts*, sobre el estrés laboral en Trabajo Social, con objeto de identificar las principales variables implicadas. Se seleccionaron únicamente artículos revisados por pares en las que apareciera en el título la expresión “Job Stress”. *Resultados.* Existe evidencia científica para afirmar que el desempeño del Trabajo Social es estresante, pero no está claro que sea una profesión más estresante que otras. Además, algunas investigaciones han puesto de manifiesto la importancia de las variables organizacionales como la sobrecarga del trabajo, la ambigüedad de rol o el apoyo social, además de las variables estrictamente individuales. *Discusión.* Tras discutir las limitaciones de esta revisión, se plantea la necesidad de enmarcar esta línea de investigación dentro de los modelos teóricos actuales del estrés laboral y de contar con instrumentos específicos para una mejor comparación de resultados.

Palabras clave: Trabajo social, estrés laboral, demandas laborales, desempeño laboral.

JOB STRESS IN SOCIAL WORK

Abstract

Background. The changes associated with the global economic crisis require people to face increasing pressure from their job's demands. This fact is in addition to the evident relationship between performance and work stress that appears in different professions, such as teachers, health care, police or Social Work. Social Work is characterized by helping people with their problems by giving attention to social justice issues. But is this a profession with more stress than other care professions? What are the usual stressors in the performance of Social Work? What could be done to improve job satisfaction in social workers? Despite the growing interest in answering these questions, there is still little research on occupational stress in Social Work. *Method.* The purpose of this study was to review both in PsycINFO and in *Social Services Abstracts* research on work stress in Social Work, in order to identify the main variables involved. Only those peer reviewed in which the expression "Job Stress" appeared in the title, were considered. *Results.* There is scientific evidence to state that Social Work performance is stressful, but it is not clear that it is a more stressful profession than others. In addition, some research has revealed the importance of organizational variables such as work overload, role ambiguity or social support, as well as strictly individual variables. *Discussion.* After discussing limitations of this review, we suggest the need to frame this research line within the current theoretical models of work stress and the need to have specific instruments for a better comparison of results.

Keywords: Social work, work stress, labor demands, work performance.

Introducción

El Trabajo Social (TS) ha sido considerado como una profesión de alto riesgo de padecer estrés laboral, junto a otras (De La Fuente y Sánchez, 2002; Kim y Stoner, 2008; McFadden, Campbell y Taylor, 2015; Vyas y Luk, 2011; Wilberforce et al., 2014). Por un lado, la mayoría de los profesionales eligen esta carrera motivados por la necesidad de ayudar, lo que les puede llevar a involucrarse demasiado con los usuarios

(Jessen, 2010). Por otro lado, tanto las características del trabajo como la mayor presión a las personas empleadas, en general, a partir de la crisis económica mundial (Steiner, 2012), confluyen a la hora de desencadenar estrés laboral en el TS.

En consonancia con la perspectiva cognitiva del estrés en general (vid. Lazarus, 1999), podríamos definir el estrés laboral como una perturbación emocional duradera suscitada por la valoración negativa que realiza la persona del tipo y condiciones de su profesión, incluyendo las relaciones interpersonales (Vallellano, 2016). De otra manera, se puede decir que el estrés laboral surge cuando se da un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización: en concreto, que la persona percibe que no dispone de recursos suficientes para afrontar su situación laboral.

En la mayoría de los países occidentales el estrés laboral se considera, cuando menos, un riesgo importante para la salud y existe legislación que obliga a las empresas a prevenir los riesgos laborales. En España está regulado por ley y existe doctrina judicial en relación a la obligación jurídica de prevenir riesgos psicosociales o la calificación de las patologías derivadas de estos riesgos (Vallellano, 2016).

Pero es necesario disponer de evidencia científica suficiente que sustente los futuros programas de intervención en la prevención de este riesgo laboral. Por fortuna, en los últimos años, cada vez existe más investigación del estrés laboral en el TS. El objetivo de este estudio consistió en realizar una revisión de los principales artículos científicos que hayan estudiado el estrés laboral en el TS.

Método

Para elaborar esta revisión se siguieron las directrices propuestas por Moher et al. (2015).

Bases de datos consultadas

Se consultaron las siguientes bases de datos:

1. *PsycINFO*. Base de datos bibliográfica de la *American Psychological Association*.
2. *Social Services Abstracts*. Base de datos que proporciona información de más de 1.300 revistas sobre el TS, Servicios Sociales y temas relacionados, incluyendo el bienestar social, la política social y el desarrollo comunitario.

Palabras clave

Las palabras clave utilizadas han sido: "Job Stress" Y "Social Work" OR "Social Worker" para el campo de búsqueda "Título del documento".

Fecha de consulta

La búsqueda se realizó el 15 de junio de 2016.

Criterios de inclusión y exclusión

Para la inclusión de cada artículo en la presente revisión se tuvieron en cuenta aquellos revisados por pares y publicados en revistas científicas. Pero se excluyeron aquellas investigaciones en las que el estrés laboral no estuviera referido al desempeño del TS. Tampoco se tuvieron en cuenta resúmenes de congresos ni capítulos de libros.

Proceso de la búsqueda

En PsycINFO se obtuvieron 22 referencias. De ellas se eliminaron diez: una por repetición y nueve por no referirse al desempeño del TS.

En *Social Services Abstracts* se obtuvieron 2 referencias, pero una se excluyó por no referirse al desempeño del TS.

Resultados

La mayoría de los estudios revisados se han centrado en alguno de los epígrafes siguientes:

- 1.El estrés laboral en el TS frente a otras profesiones asistenciales.
- 2.El estrés laboral en las diferentes áreas del TS.
- 3.Identificación de factores organizacionales relacionados con el estrés laboral en el TS.
- 4.Identificación de factores individuales relacionados con el estrés laboral en el TS.

1. El estrés laboral en el TS frente a otras profesiones asistenciales

Cuando se han comparado los niveles de estrés laboral entre el TS y otras profesiones asistenciales, algunas investigaciones encuentran diferencias y otras no.

Por un lado, Gibson, McGrath y Reid (1989) sí encontraron diferencias. En concreto, evaluando a enfermeras, trabajadores sociales y docentes, el primer grupo puntuó menos que los demás en la subescala de despersonalización del Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1986). Gellis (2002) también encontró diferencias significativas entre trabajadores sociales y enfermeras en el estrés laboral percibido, además de en la satisfacción en el trabajo y el uso de estrategias de afrontamiento.

Por otro lado, para Lloyd, King y Chenoweth (2002), aunque el TS es evidentemente una profesión con alto riesgo de padecer estrés laboral, no está claro que se experimente más estrés y agotamiento que en otras profesiones.

2. El estrés laboral en diferentes áreas del TS

Los estudios centrados en el estrés laboral comparando las distintas áreas de actividad profesional también arrojan resultados contradictorios.

Por un lado, tanto Thompson et al., (1996), como Collings y Murray (1996), no encontraron diferencias en el estrés percibido en función del área de actividad.

Otras investigaciones sí hallan diferencias, pero de forma controvertida. Por ejemplo, Balloch, Pahl y MacLean (1998) observaron un mayor estrés en aquellos profesionales del TS que desempeñaban su labor en el cuidado de adultos frente a los que se dedicaban a la infancia, aunque Coffey, Dugdill y Tattersall (2004) constataron lo contrario: más estrés en el grupo de atención a la infancia.

En relación con el ámbito sanitario, Gellis (2001) examinó que en los centros académicos decían tener más presión de trabajo que en los hospitales.

3. Identificación de factores organizacionales relacionados con el estrés laboral en TS

La mayoría de las investigaciones ha subrayado la importancia de los factores organizacionales relacionados con el estrés laboral, como la carga de trabajo, el salario o el desarrollo de la carrera profesional, y no tanto los estrictamente asociados con el desempeño de la profesión (Collings y Murray, 1996; Thompson et al., 1996; Vyas y Luk, 2010). En concreto, McFadden et al., (2015), entre los factores asociados a la resiliencia y al desgaste del trabajador social, observaron que la llamada *cultura organizacional* es una variable predictora de estrés.

4. Identificación de factores individuales relacionados con el estrés laboral en TS

Algunas investigaciones también han destacado el peso de ciertos factores individuales en el estrés asociado al TS. Por ejemplo, al analizar la presencia del llamado *síndrome de desgaste profesional* en trabajadores sociales de la Comunidad de Madrid, De la Fuente y Sánchez (2002) observaron que la edad de los mismos correlacionó negativamente con la dimensión "realización personal" del MBI.

Y en el estudio antes citado de McFadden et al., (2015) se describe el papel de la motivación, los estilos de afrontamiento y el compromiso organizacional para explicar el desgaste profesional y la resiliencia. En concreto, la falta de desafío en el trabajo, la baja autonomía en las tareas, la ambigüedad de rol y las dificultades en dar el servicio a los usuarios, son predictores, además del conflicto trabajo-familia.

Limitaciones observadas en las investigaciones revisadas

1. La mayoría de las investigaciones están realizadas por trabajadores sociales; no en vano, la revista con más aportación al tema es la *British Journal of Social Work*. Aunque es evidente que así se describe con precisión en qué consiste la profesión, también es verdad que no se suele tener en cuenta todo el conocimiento acumulado por la Psicología del Estrés en general, o la Psicología del Estrés Laboral, en particular, salvo contadas excepciones (Blomberg, Kallio, Kroll y Saarinen, 2015; Coyle, Edwards, Hannigan, Fothergill y Burnard, 2005; Wilberforce et al., 2014).

2. Otra limitación encontrada es que el diseño de los estudios no suele concordar con el problema que se pretende investigar. Por ejemplo, los estudios suelen ser transversales en vez de longitudinales, lo que podría responder mejor a las preguntas que se suelen plantear en este ámbito.

3. Además, algunas medidas utilizadas son autoinformes de un sólo ítem, sin suficientes garantías psicométricas. Y cuando se han usado escalas, según el estudio del que se trate, se han utilizado instrumentos diferentes de evaluación del estrés, lo que dificulta la comparación de resultados.

4. Por último, la investigación que tiene en cuenta la perspectiva de género resulta anecdótica para una profesión como el TS que está muy feminizada y donde la "doble presencia" (el hecho de que recaigan sobre una misma persona las responsabilidades de las demandas laborales y doméstico-familiares) afecta principalmente a las mujeres.

Discusión

El objetivo de este estudio consistió en realizar una revisión de las principales investigaciones sobre estrés laboral en el TS. Las principales conclusiones son:

1. Existe evidencia científica para afirmar que el desempeño del TS es estresante, por la propia naturaleza del mismo (De La Fuente y Sánchez, 2002; McFadden et al., 2015). Pero no está claro que sea una profesión más estresante que otras. Podría ocurrir que para los profesionales del TS un atenuante del estrés laboral consista en que están más satisfechos con su trabajo que otras profesiones, suponiendo el desarrollo de sus variadas tareas un desafío y sintiéndose bien por contribuir al bien público (Leason, 2002; Hombrados-Mendieta y Cosano-Rivas, 2013; Houston, 2000; Huxley et al., 2005; Jessen, 2010). No obstante, más investigación es necesaria para dilucidar este punto.

2. Algunos estudios han puesto de manifiesto la importancia de las variables organizacionales como la sobrecarga del trabajo, la ambigüedad de rol o el apoyo social, además de las variables estrictamente individuales (Ben-Porat e Itzhaky, 2015; Boyas, Wind y Kang, 2012; Himle y Jayaratne, 1990; Kim y Stoner, 2008; Vyas y Luk, 2011; Wilberforce et al., 2014). Cabe preguntarse si la intervención en las condiciones organizacionales para modificar aquellas variables que han demostrado ser relevantes en el estrés laboral en el TS sería suficiente para reducirlo.

Limitaciones y sugerencias para la investigación futura

Entre las principales limitaciones del presente estudio cabe mencionar que los parámetros de búsqueda han sido demasiado restrictivos, porque parte de la investigación en estrés laboral en el ámbito del TS no utiliza la expresión "Job stress" en sus publicaciones. Por tanto, revisiones futuras deberían ser menos restrictivas y enmarcarse dentro de los modelos teóricos actuales del estrés laboral. Además, dado que hemos detectado la falta de instrumentos específicos de evaluación del estrés laboral en el TS, una línea de investigación adicional podría consistir en la elaboración de un instrumento, con las garantías psicométricas suficientes, que además de atender a objetivos prácticos de detección del estrés, sirviera a objetivos de investigación, posibilitando la comparación de estudios en el futuro.

Referencias

- Balloch S., Pahl J., & MacLean J. (1998). Working in the social services: Job satisfaction, stress and violence. *British Journal of Social Work*, 28(3), 329-350.
- Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2015). Burnout among trauma social workers: The contribution of personal and environmental resources. *Journal of Social Work*, 15(6), 606-620.
- Blomberg, H., Kallio, J., Kroll, K., & Saarinen, A. (2015). Job stress among social workers: Determinants and attitude effects in the Nordic countries. *British Journal of Social Work*, 45, 2089–2105.
- Boyas, J., Wind, L. H., & Kang, S. (2012). Exploring the relationship between employment-based social capital, job stress, burnout, and intent to leave among child protection workers: An age-based path analysis model. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 50-62.
- Coffey, M., Dugdill, L. & Tattersall, A. (2004). Research note: Stress in social services: mental well-being, constraints and job satisfaction. *British Journal of Social Work*, 34(5), 735-747.
- Collings, J. A., & Murray, P. J. (1996). Predictors of stress amongst social workers: An empirical study. *British Journal of Social Work*, 26, 375–387.
- Coyle, D., Edwards, D., Hannigan, B., Fothergill, A. & Burnard, P. (2005). A systematic review of stress among social workers in England. *International Social Work*, 48(2), 201-211.
- De la Fuente, I. N. y Sánchez, E. (2002). Trabajo social, síndrome de estar quemado por el trabajo y malestar psíquico: un estudio empírico en una muestra de trabajadores sociales de la Comunidad de Madrid. *Portularia*, 12, 121-130.
- Gellis, Z. D. (2001). Job stress among academic health center and community hospital social workers. *Administration in Social Work*, 25(3), 17-33.
- Gellis, Z. D. (2002). Coping with occupational stress in healthcare. A comparison of social workers and nurses. *Journal of Administration in Social Work*, 26(3), 37-52.
- Gibson, F., McGrath, A., & Reid, N. (1989). Occupational stress in social work. *British Journal of Social Work*, 19, 1–16.

- Himle, D. P., & Jayaratne, S. (1990). Burnout and job satisfaction: Their relationship to perceived competence and work stress among undergraduate and graduate social workers. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 17(4), 93-108.
- Hombrados-Mendieta, I., & Cosano-Rivas, F. (2013). Burnout, workplace support, job satisfaction and life satisfaction among social workers in Spain: A structural equation model. *International Social Work*, 56(2), 228-246.
- Houston, D. J. (2000). Public service motivation: A multivariate test. *Journal of Public Administration Research & Theory*, 10(4), 713-727.
- Huxley, P., Evans, S., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., et al. (2005). Stress and pressures in mental health social work. The workers speaks. *British Journal of Social Work*, 35(7), 1063-1079.
- Jessen, J.T. (2010). Job satisfaction and social rewards in the social services. *Journal of Comparative Social Work*, 1(3), 1-18.
- Kim, H. & Stoner, M. (2008). Burnout and turnover intention among social workers effects of role stress job autonomy and social support. *Administration in Social Work*, 32(3), 4-25.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Leason, J. (2002). High levels of satisfaction among London's social workers. *Community Care*, 20, 1427.
- Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11(3), 255-265.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2^a Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- McFadden, P., Campbell, A., & Taylor, B. (2015). Resilience and burnout in child protection social work: Individual and organizational themes from a systematic literature review. *British Journal of Social Work*, 45, 1546-1563.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1-9.
- Steiner, R. (2012). Responding to the global economic crisis inclusive social work practice. *Social Work*, 58(4), 344-353.

- Thompson, N., Stradling, S., Murphy, M., & O'Neill, P. (1996). Stress and organizational culture. *British Journal of Social Work, 26*, 647-665.
- Vallellano, M. D. (Coord.). (2016). *Guía de buenas prácticas empresariales en gestión del estrés laboral*. Madrid: Observatorio de riesgos psicosociales-UGT.
- Vyas, L. & Luk, S. (2011). Frazzled care for social workers in Hong Kong: Job stress circumstances and consequences. *International Social Work, 54*(6), 832-851.
- Wilberforce, M., Jacobs, S., Challis, D., Manthorpe, J., Stevens, M., Jasper, R., et al. (2014). Revisiting the causes of stress in Social Work: Sources of job demands, control and support in personalised adult social care. *British Journal of Social Work, 44*, 812-830.

APOYO ORGANIZACIONAL PERCIBIDO E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EQUIPOS DE TRABAJO – RELACION CON DIFERENTES VARIABLES

***Carmen Hurtado de Mendoza-Sánchez e **Inmaculada López-Núñez**

**Universidad Complutense de Madrid y Miembro de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y Estrés; **Facultad de Psicología – Universidad Complutense de Madrid*

Resumen

Introducción: Las personas que presentan una mejor gestión de las emociones en su trabajo y perciben mayor apoyo de sus jefes y compañeros es más probable que sean más eficaces en su modo de trabajar y gestionar el estrés ya que en diferentes investigaciones se encuentra el papel protector tanto de la inteligencia emocional como del apoyo organizacional en la aparición del burnout y moderador en el estrés laboral. **Objetivo:** La investigación pretende conocer si existe relación entre la inteligencia emocional en los equipos de trabajo y la percepción de apoyo organizacional, así como con otras variables como estrés, satisfacción y motivación y si existe diferencia en cuanto sexo, sector de trabajo y salud. **Método:** La muestra está constituida por 135 trabajadores, el 60,7 % mujeres y el 39,3 % hombres, media de edad 43,54 años, de diferentes sectores. Tienen dolor de cabeza el 64,4 % y practican deporte el 60,7 %. Los instrumentos utilizados son: Cuestionario de datos socio demográficos, Cuestionario DECORE para la evaluación del riesgo psicosocial apoyo organizacional, y Cuestionario WEIP-s para la medición la inteligencia emocional en los equipos de trabajo. **Resultados:** Los resultados nos demuestran que aquellos trabajadores que tienen una mayor percepción de apoyo de sus jefes y compañeros presentan una mejor gestión y regulación de sus emociones en los equipos de trabajo, se encuentran menos estresados, más satisfechos y motivados. **Conclusiones:** Estos resultados coinciden con los hallados en diferentes estudios. Por ello es necesario trabajar para mejorar las relaciones entre jefes y compañeros así como la gestión y comprensión de las emociones para así conseguir un ambiente más saludable que contribuya a una mejor percepción del entorno laboral.

Palabras clave: apoyo organizacional, inteligencia emocional en equipos de trabajo, estrés, satisfacción y motivación.

PERCEIVED ORGANIZATIONAL SUPPORT AND EMOTIONAL INTELLIGENCE IN WORK TEAMS - RELATIONSHIP WITH DIFFERENT VARIABLES

Abstract

Introduction: People with better management of emotions in their work and a greater support perception from their bosses and colleagues, it is more likely to be more effective in their way of working and to manage the stress since in different investigations the protective role both of the emotional intelligence and organizational support has been found in the start of burnout as well as the moderator role in the work stress. **Objective:** The research aims to know if there is a relationship between emotional intelligence in work teams and the perception of organizational support, as well as with other variables such as stress, satisfaction and motivation, and whether there is a difference related with sex, working sector and health. **Method:** The sample consists of 135 workers, 60.7% women and 39.3% men, mean age 43.54 years, from different working sectors. They have headache 64.4% and practice sports 60.7%. The instruments used are: socio demographic data questionnaire, DECORE Questionnaire for psychosocial risk assessment of organizational support and WEIP-s Questionnaire for measuring emotional intelligence in work teams. **Results:** The results show us that those workers who have a higher perception of support from their bosses and colleagues present a better management and regulation of emotions in work teams, are less stressed, more satisfied and motivated. **Conclusions:** These results are consistent with those found in different studies. It is therefore necessary to work to improve relations between bosses and colleagues as well as the management and understanding of emotions in order to get a healthier environment that contributes to a better perception of the work environment.

Keywords: organizational support, emotional intelligence in work teams, stress, satisfaction and motivation.

Introducción

Según diferentes estudios es conocido que el apoyo organizacional ayuda a reducir el estrés de la organización y a motivar a los colaboradores (Luceño y Martín, 2008), además tiene efectos amortiguadores ya que protege al sujeto de los efectos patógenos de sucesos estresantes y previene o reduce respuestas a situaciones estresantes (Cohen y Syme, 1985; Aranda, Pando, Salazar, Torres y Aldrete, 2009).

Asimismo la inteligencia emocional es un factor de protección ante diferentes fuentes de estrés laboral (Millán, García-Alvarez y D'Aubeterre, 2014) y se asocia a menores niveles de estrés percibido (Luque, Augusto y Pulido, 2014). Las personas con más inteligencia emocional son evaluados positivamente por sus compañeros de trabajo en sensibilidad interpersonal, sociabilidad, generador de un clima de trabajo positivo (Lopes, Grewal, Kadis, Gali y Salovey, 2006). En diferentes profesiones los trabajadores con más inteligencia emocional como personal de salud actúa más eficazmente en situaciones de emergencia o de crisis (Morrison, 2007) y los profesores tienen menor angustia emocional (Extremera, Durán y Rey, 2007).

Objetivo

La investigación pretende conocer si existe relación entre la inteligencia emocional en los equipos de trabajo y la percepción de apoyo organizacional, así como con otras variables como estrés, satisfacción, motivación y si hay diferencias en cuanto a sexo, sector de trabajo, y salud.

Método

Participantes

La muestra está constituida por 135 trabajadores, el 60,7 % mujeres y el 39,3 % hombres, media de edad 43,54 años, de diferentes sectores. Tienen dolor de cabeza el 64,4 % y practican deporte el 60,7 %.

Instrumentos

Se les aplicó un cuestionario de datos socio demográficos, el Cuestionario DECORE (Luceño y Martín, 2008) para la evaluación de uno de los riesgos psicosociales medidos: el Apoyo organizacional y el Cuestionario WEIP-S (Jordan y Lawrence, 2009; adaptación española de López-Zafra, Pulido, Berrios y Augusto-Landa, 2012) para la medición de la inteligencia emocional en los equipos de trabajo. La fiabilidad de los Cuestionarios aplicados es la siguiente: en DECORE y WEIP-s la consistencia interna, alpha de Cronbach, presenta índices mayores a .70 en todas las escalas. En cuanto a la validez de los Cuestionarios, un análisis factorial confirmatorio y exploratorio corroboró el modelo de cuatro factores, en ambos cuestionarios.

Procedimiento y Diseño

A los trabajadores que participaron en la investigación se les aplicaron los cuestionarios citados para comprobar la percepción de apoyo organizacional, estado en el trabajo (estresado, satisfecho y motivado), inteligencia emocional en los equipos y salud.

Se trata de un estudio transversal con una muestra incidental. Se efectuaron diferentes análisis para ver si existe relación entre el apoyo organizacional, inteligencia emocional en equipos de trabajo y el estado en el trabajo: estresado, satisfecho y motivado (correlaciones bivariadas) y si hay diferencia en las citadas variables en cuanto al sexo, sector de trabajo o salud (análisis de varianza).

Resultados

En las **correlaciones bivariadas** efectuadas con los distintos factores medidos en los Cuestionarios utilizados en cuanto a inteligencia emocional en equipos de trabajo, estado actual (satisfecho, motivado, estresado) y apoyo organizacional comprobamos que existen correlaciones en el sentido de que los trabajadores que perciben apoyo de jefes y compañeros tienen una mejor gestión y conciencia de las emociones propias y del resto del equipo, se encuentran más satisfechos, más motivados y tienen menor estrés. Existe una correlación positiva y significativa entre la inteligencia emocional en equipos de trabajo y el apoyo organizacional, la

satisfacción y la motivación y correlación no significativa en sentido negativo con el estrés (ver Tabla 1).

Tabla 1

Correlaciones bivariadas y estadísticos descriptivos de los factores del Cuestionario WEIP-s; del estado actual: satisfacción, motivación y percepción de estrés, y de la dimensión del Cuestionario DECORE: apoyo organizacional

	1 I IE	2 II IE	3 III IE	4 IV IE	5 T IE	6 S	7 M	8 E	9 AO
I IE (a,1)	-								
II IE (2)	.268**	-							
III IE (3)	.244**	.346***	-						
IV IE (4)	.584***	.293**	.428***	-					
T IE (5)	.804***	.592***	.654***	.812***	-				
S (6)	.331***	.243**	-.042	.270**	.295**	-			
M (7)	.290**	.187*	.101	.403***	.349***	.675***	-		
E (8)	-.148	-.050	-.115	-.094	-.148	-.192*	-.145	-	
AO (9)	.431***	.240**	.203*	.401***	.459***	.440***	.357***	-.306***	-
<i>M</i>	4,98	5,71	5,06	5,34	5,27	3,50	3,31	3,21	226,00
(máximo- mínimo)	(1-7)	(3-7)	(2-7)	(2-7)	(3,2-6,8)	(1-5)	(1-5)	(1-5)	(100-467)
<i>DT</i>	1,385	0,788	0,916	0,992	0,746	1,064	1,102	1,204	62,28

Nota: a = Inteligencia Emocional; 1= Conciencia emociones propias; 2 = Gestión emociones propias; 3= Conciencia emociones de otros; 4 = Gestión emociones de otros; 5= Inteligencia Emocional equipos de trabajo; 6 = Satisfecho; 7= Motivado; 8= Estresado; 9 = Apoyo Organizacional; *M* = Media; *DT*= Desviación Típica;

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Anova factor sexo: En los **análisis de varianza** efectuados para la inteligencia emocional en los equipos de trabajo la única diferencia estadísticamente significativa se da en la gestión de emociones de los otros donde las mujeres puntúan más alto que los hombres (ver Tabla 2).

En cuanto a los análisis de varianza efectuados para el apoyo organizacional y el estado actual en su trabajo, observamos que las mujeres tienen una mejor percepción del apoyo recibido de sus jefes y compañeros, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Por lo que respecta a la percepción de estrés, satisfacción y motivación

no existe ninguna diferencia estadísticamente significativa, se encuentran igual de estresados aunque las mujeres tienen puntuaciones más altas en satisfacción y motivación.

Tabla 2

ANOVA del factor sexo para los factores de WEIP-s y la dimensión de DECORE y para el estado actual: Satisfacción, motivación y percepción de estrés

Hombres (n ^a =53)		Mujeres (n ^b =82)					
WEIP-s		y		DECORE		(D	F
WEIP-s factores							
Conciencia	propias	4,81	(1,	5,10	(1,	1,4	
Gestión	propias emociones	5,63	(0,	5,75	(0,	0,7	
Conciencia	emociones de	4,93	(0,	5,14	(1,	1,6	
Gestión	emociones de otros	5,13	(1,	5,47	(0,	3,9	
Media	Inteligencia	5,12	(0,	5,37	(0,	3,4	
DECORE dimensión							
Apoyo Organizacional		242,1	(57	215,	(63	6,0	*
		4	,16)	55	,56)	89	
Estoy estresado		3,21	(1,	3,21	(1,	0,9	
Estoy satisfecho		3,49	(1,	3,50	(1,	0,9	
Estoy motivado		3,23	(1,	3,37	(1,	0,4	

Nota: n a= Número de participantes hombres; nb=Número de participantes mujeres;

M = Media; DT= Desviación Típica; F = Estadístico F de Fisher-Snedecor; Sig =Nivel de significación observado *p<.05 **p<.01 ***p<.001

Anova factor sector de trabajo: En los **análisis de varianza** efectuados para la inteligencia emocional en los equipos de trabajo las diferencias son estadísticamente significativas en todos los factores, siendo el grupo formado por los trabajadores del sector de comunicación, medios y enseñanza (Grupo 2) el que obtiene puntuaciones mayores, es decir presentan una mayor inteligencia emocional relacionada con la gestión y conciencia de las emociones que el grupo de trabajadores del sector financiero e informático (Grupo 1) (ver Tabla 3).

En cuanto al análisis de varianza efectuado para el apoyo organizacional y el

estado actual en el trabajo, observamos que el Grupo 2 tiene una mejor percepción del apoyo recibido de sus jefes y compañeros y se encuentran más motivados siendo estas diferencias estadísticamente significativas, por lo que respecta a la percepción de estrés y satisfacción no existe diferencia estadísticamente significativa, aunque este grupo obtiene puntuación más alta en satisfacción y menor en estrés.

Tabla 3

ANOVA del factor sector de trabajo para los factores de WEIP-s y la dimensión de DECORE y para el estado actual: Satisfacción, motivación y percepción de estrés

Dimensión	Grupo 1 (n ^a =77)		Grupo 2 (n ^b =58)		F	Sig.
	M	(DT)	M	(DT)		
WEIP-s y DECORE						
WEIP-s factores						
Conciencia propias emociones	4,78	(1,22)	5,25	(1,54)	3,921	*
Gestión propias emociones	5,59	(0,85)	5,87	(0,67)	4,239	*
Conciencia emociones de otros	4,84	(0,94)	5,34	(0,80)	10,2	**
Gestión emociones de otros	5,12	(1,05)	5,63	(0,82)	9,704	**
Media Inteligencia Emocional	5,08	(0,73)	5,52	(0,69)	12,54	***
DECORE dimensión						
Apoyo Organizacional	237,01	(54,67)	211,35	(68,94)	5,817	*
Estoy estresado	3,36	(1,17)	3	(1,23)	3,065	n.s.
Estoy satisfecho	3,39	(0,96)	3,64	(1,18)	1,812	n.s.
Estoy motivado	3,10	(1,05)	3,59	(1,12)	6,593	**

Nota: n^a= Número de participantes sector finanzas e informática; n^b=Número de participantes sector comunicación, medios, enseñanza y otros; M = Media; DT= Desviación Típica; F = Estadístico F de Fisher-Snedecor; Sig = Nivel de significación observado

p<.05***p<.01 **p<.001

Anova factor dolor de cabeza y práctica de deporte: en los análisis de varianza efectuados para ver si existe diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones obtenidas en inteligencia emocional en equipos de trabajo y en apoyo organizacional entre los trabajadores que les duele o no la cabeza por un lado y los que practican o no deporte encontramos que no existen diferencias. Es decir, no existe diferencia estadísticamente significativa entre aquellos trabajadores que les duele o no la cabeza en cuanto a la inteligencia emocional en equipos de trabajo medida ni en el apoyo percibido de jefes y compañeros. Lo mismo ocurre en cuanto a la práctica de deporte.

Discusión y Conclusiones

Por tanto los resultados de la investigación nos indican que existe correlación entre el apoyo percibido de jefes y compañeros y la inteligencia emocional en los equipos de trabajo (global, los cuatro factores). Existen diferencias en cuanto al sector de trabajo en todos los factores que miden la inteligencia emocional de equipos de trabajo y en el apoyo organizacional y motivación presentando menor puntuación el sector financiero e informático. En cuanto a la diferencia entre hombres y mujeres se da solo en un factor de los que miden la inteligencia emocional (gestión de emociones de los otros) y por lo que se refiere al apoyo organizacional, son mejores puntuaciones las de las mujeres.

Según los resultados del estudio efectuado podemos concluir que existe relación entre la gestión y comprensión de las emociones en el trabajo y una percepción mayor de apoyo de jefes y compañeros, así como el estado en el trabajo.

Los trabajadores del sector de comunicación, medios y enseñanza presentan mejores puntuaciones que los del sector financiero e informático. El apoyo organizacional y la inteligencia emocional serían amortiguadores de la percepción de riesgo en el trabajo.

Una estrategia recomendable en el trabajo sería fomentar el apoyo social por parte de compañeros y superiores (Aranda, Pando y Pérez, 2004) ya que el apoyo social en diferentes estudios se ha visto que se relaciona con la satisfacción laboral (Schonfeld, 2001). Aquellos trabajadores que tienen más inteligencia emocional suelen presentar menor estrés percibido (Pena, Rey y Extremera, 2012) ya que

tiene un papel moderador frente al estrés laboral (Limonero, Tomás, Fernández-Castro y Gómez, 2004). Los compañeros y/o jefes valoran mejor a los trabajadores con mayor inteligencia emocional en facilitación interpersonal y tolerancia al estrés (Lopes et al., 2006).

Por ello es necesario trabajar tanto a nivel organizacional como individual para mejorar las relaciones entre jefes y compañeros así como la gestión y comprensión de las emociones para así conseguir un ambiente más saludable que contribuya a una mejor percepción del entorno laboral.

Referencias

- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J. G., Torres, T. M., y Aldrete, M.G. (2009). Social support, burnout syndrome and occupational exhaustion among Mexican traffic police agents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 585-592.
- Aranda, C., Pando, M., y Pérez, M. B. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo (burnout): una revisión. *Psicología de la Salud*, 14(1), 79-87.
- Cohen, S., y Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. San Francisco: Academic Press.
- Extremera, N., Durán, A., y Rey, L. (2007) Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.
- Jordan, P., y Lawrence, S. (2009). Emotional intelligence in teams: Development and initial validation of the short version of the Workgroup Emotional Intelligence Profile (WEIP-S). *Journal of Management & Organization*, 15, 452-469.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández, J., y Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la Inteligencia Emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 29-41.
- Lopes, P., Grewal, D., Kadis, J., Gall, M., y Salovey, P. (2006). Evidence that emotional intelligence is related to job performance and affect and attitudes at work. *Psicothema*, 18(1), 132-138.
- López-Zafra, E., Pulido, M., Berrios, M. P., y Augusto-Landa, J. M. (2012)

- Psychometric properties of the Spanish version of the Work Group Emotional Intelligence Profile-Short version. *Psicothema*, 24(3), 495-502.
- Luceño, L., y Martín J. (2008). *DECORE. Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales*. Madrid: Ediciones TEA.
- Luque, O., Augusto, J. M., y Pulido, M. (2014). La relación entre la Inteligencia emocional percibida y la salud mental en directivos y mandos intermedios: el papel del estrés percibido como mediador. *Ansiedad y Estrés*, 20(1), 61-73.
- Millán, A., García-Alvarez, D., y D'Aubeterre, M. E. (2014). Efecto de la Inteligencia Emocional y Flujo en el Trabajo Sobre Estresores y Bienestar Psicológico: Análisis de Ruta en Docentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(1), 207-228. Doi:10.15446/rcp.v23n1.37676
- Morrison, T. (2007). Emotional intelligence, emotion and social work: Context, characteristics, complications and contribution. *British Journal of Social Work*, 37(2), 245-263.
- Pena, M., Rey, L., y Extremera, N. (2012). Life Satisfaction and Engagement in Elementary and Primary Educators: Differences in Emotional Intelligence and Gender [Bienestar personal y laboral en el profesorado de Infantil y Primaria: diferencias en función de su inteligencia emocional y del género]. *Journal of Psychodidactics*, 17(2), 341-358. Doi: 10.1387/Rev.Psicodidact.1220
- Schonfeld, I. S. (2001). Stress in 1st-year women teachers: The context of social support and coping. *Genetic Social and General Psychology Monographs*, 127(2), 133- 168.

DEMANDAS Y RECURSOS DE TRABAJO COMO PREDICTORES DE LA SALUD PERCIBIDA EN POLICÍAS LOCALES

M^a Inmaculada López-Núñez, Susana Rubio-Valdehita, M^a Dolores Vallellano-Pérez y Eva M^a Díaz-Ramiro

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología

Resumen

Antecedentes: La literatura consultada muestra que las profesiones relacionadas con el ámbito de la seguridad ocurren bajo condiciones de estrés agudo y que dicha exposición ha mostrado tener importante impacto en la salud. **Método:** El objetivo de este estudio es evaluar en una muestra de 178 policías locales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, la relación existente entre salud percibida, variables individuales y variables de trabajo (demandas y recursos). **Resultados:** Los datos muestran una relación directa entre variables demográficas (ser mujer) y síntomas somáticos, antigüedad en el puesto de trabajo con síntomas somáticos y ansiedad/insomnio, desequilibrio entre el esfuerzo realizado y las recompensas con disfunción social, y bajo apoyo social con todas las dimensiones de salud psicológica evaluadas: síntomas somáticos, ansiedad/insomnio, disfunción social y depresión. **Conclusiones:** Los resultados encontrados indican que la falta de apoyo social es el riesgo psicosocial que más se relaciona con la salud psicológica. Especialmente destacable es la antigüedad en el puesto de trabajo, ya que es la variable más relacionada con los síntomas somáticos y la que mejor explica la ansiedad/insomnio. Se discuten estos hallazgos y su implicación en la reivindicación del colectivo de policías locales de adelanto de la edad de jubilación.

Palabras Clave: Salud percibida, Riesgo Psicosocial, Policías Locales, antigüedad, jubilación.

DEMANDS AND RESOURCES OF WORK AS HEALTH PREDICTORS PERCEIVED BY LOCAL POLICE

Abstract

Background: Bibliography shows that the professions related to the field of security occur under conditions of high stress and that such exposure has been shown to have significant impact on health. The literature also indicates that a purpose of this exhibition is the burnout and perceived social support and cushioning can act to prevent stress responses. **Method:** The objective of this study is to evaluate the relationship between perceived health, individual variables and labor variables (demands and resources) in a sample of 178 local police of the Autonomous Community of Castilla-La Mancha. **Results:** The data show a direct relationship between demographic variables (being a woman) and somatic symptoms, seniority in the workplace with somatic symptoms and anxiety / insomnia, imbalance between effort and rewards with social dysfunction and social support with all dimensions of psychological health evaluated: somatic symptoms, anxiety / insomnia, social dysfunction and depression. **Conclusions:** The results indicate that the lack of social support is the psychosocial risk that is most related to psychological health. Particularly noteworthy is the seniority in the workplace, it is the variable most related to somatic symptoms and the one that best explains anxiety / insomnia. We discuss these findings and their implication in the claim of the collective of local police of advancement of the retirement age.

KeyWords: Perceived health, Psychosocial risk, Local police, Labor old, Retirement

Introducción

El estrés laboral se define como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales a ciertos aspectos nocivos del contenido, la organización y/o el entorno del trabajo (factores psicosociales). El estrés laboral se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia y puede ser precursor de diversas enfermedades así como dar lugar a problemas laborales (Delgado, 2009).

La relación entre estrés laboral, factores psicosociales y problemas de salud ha quedado demostrada en numerosos estudios (Martín, Luceño, Jaén y Rubio, 2007). Los



principales modelos que han explicado el riesgo psicosocial son: el modelo Demanda-Control (Johnson y Johansson, 1991; Karasek, 1979; Karasek y Theorell, 1990), el Modelo de desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1998) y la teoría de las demandas y recurso laborales (Bakker y Demerouti, 2013).

En el modelo Demanda-Control los principales factores psicosociales generadores de estrés se pueden clasificar en tres características básicas del trabajo: (1) las demandas psicológicas del trabajo, (2) el control que se tiene del mismo y (3) el apoyo social. El modelo de desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1998), se centra en el desajuste entre el esfuerzo que el trabajador realiza y las recompensas que recibe. Siegrist (1998) distingue entre esfuerzo extrínseco, tanto físico como psicológico y la percepción entre esfuerzo realizado y recompensa recibida, y el esfuerzo intrínseco que hace referencia a la motivación del trabajador. En la teoría de las Demandas y los Recursos laborales (Bakker y Demerouti, 2013), las demandas hacen referencia a los aspectos físicos, psicológicos, organizacionales y sociales del trabajo que requieren un esfuerzo y suponen un coste tanto físico como psicológico. Por su parte, los recursos laborales hacen referencia a los mismos aspectos pero además tienen la capacidad de reducir las exigencias físicas y psicológicas, ser decisivos en la consecución de los objetivos laborales y facilitar el crecimiento y desarrollo personal. Lo novedoso e interesante de esta teoría es que los recurso laborales no sólo son necesarios para hacer frente a las demandas sino que per se tiene un efecto positivo.

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta evidente que el trabajo de los profesionales dedicados a la seguridad puede ser considerado estresante (Webster, 2013; Hickman et al, 2011). Este colectivo está expuesto a situaciones que implican un riesgo para su propia seguridad (Vuorensyrjä y Mälkiä, 2011) además de que otros factores de tipo organizativo y psicosocial propios del puesto de trabajo (horario a turnos, demandas emocionales, relaciones con compañeros...) inciden en sus niveles de fatiga física y psíquica. La literatura consultada muestra que precisamente son los factores de tipo organizacional y de relaciones interpersonales: control, recompensas y apoyo social, los que tiene un mayor impacto en la salud y estrés del colectivo de policías (Márquez, García y Velázquez, 2008).

Por todo ello, el objetivo de este trabajo es evaluar la relación existente entre variables personales, variables de trabajo (demandas y recursos) y salud mental

percibida en una muestra de policías locales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 178 policías locales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. La media de edad fue de 40,07 años (DT = 8,46). El 92,7% eran varones (n = 165) y el 7,3% restante fueron mujeres (n = 13). La media del número de hijos fue 1,76 (DT=,63). La media de la antigüedad en el puesto de trabajo era de 173,52 meses (14,46 años) (DT =110,08).

Materiales/Instrumentos

Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionnaire, *GHQ-28*), y el Cuestionario Multidimensional DECORE.

El Cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionnaire, *GHQ-28*), en su adaptación al español (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), está formado por 28 ítems agrupados en 4 escalas formadas por 7 ítems cada una. Estas escalas miden síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), donde una puntuación más alta es indicador de más síntomas de enfermedad. Múltiples estudios han demostrado la elevada fiabilidad del *GHQ-28* ($\alpha = .94$) así como una estructura factorial ajustada a los cuatro factores propuestos (Vallejo, Rivera, Esteve-Vives y Rodríguez-Muñoz, 2014).

El Cuestionario Multidimensional DECORE (Luceño y Martín, 2008), consta de 44 ítems que evalúa la percepción que tienen los trabajadores en relación a cuatro riesgos psicosociales: Demandas Laborales, Control, Recompensas y Apoyo Organizacional. Proporciona una puntuación independiente para cada una de las escalas que lo componen. Tiene buenas características psicométricas en términos de fiabilidad ($\alpha > .85$) y validez, que han sido demostradas mediante técnicas de análisis exploratorio y confirmatorio (Luceño, Martín, Rubio y Díaz, 2010).

Procedimiento

El equipo investigador envió cartas a los ayuntamientos de Castilla-La Mancha que contaban con policía local informando sobre el estudio y solicitando su participación. Posteriormente se contactó con aquellos que habían mostrado interés en el mismo. Los participantes fueron informados del objetivo y procedimiento y se garantizó la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos.

Diseño

En esta investigación se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo transversal correlacional.

Resultados

Todos los análisis de datos fueron realizados con el SPSS 22 para Windows. En primer lugar se realizó un estudio descriptivo de las variables analizadas y posteriormente se realizó un análisis de regresión lineal jerárquica para cada una de las dimensiones de salud.

Análisis descriptivo

Los resultados del GHQ-28 muestran el promedio más elevado para la disfunción social (6,71) seguido de Ansiedad/Insomnio (4,95), la depresión obtuvo el promedio más bajo (0,82). En cuanto a las variables de trabajo, el promedio más elevado se encuentra en la dimensión Control (61,07), lo que indica baja autonomía y control en la organización y realización de su trabajo, seguido de percepción de demandas cognitivas (60,34), desajuste entre el esfuerzo realizado y recompensas recibidas (54,83) y bajo apoyo organizacional (46,07) (Ver tabla 1).

Tabla 1

Análisis descriptivo de variables personales, de salud mental y del trabajo

	Media	Desv. tít.
Variables personales		
Edad	40.07	8.46
Número de Hijos	1.76	.63
Antigüedad	173.52	110.08
Variables de salud mental		
Síntomas somáticos	4.47	3.71
Ansiedad insomnio	4.95	4.36
Disfunción social	6.71	1.81
Depresión	.82	2.26
Variables del trabajo		
Demandas cognitivas	60.34	13.76
Recompensas	54.83	18.88
Apoyo organizacional	46.07	16.67
Control	61.07	14.24

Análisis de regresión lineal jerárquica para cada una de las dimensiones de salud

La Tabla 2 muestra el análisis de regresión lineal. En primer lugar se introdujeron las variables demográficas (sexo y edad), a continuación, en el paso 2, se incluyeron variables individuales de cargas familiares (n° de hijos) y antigüedad en el puesto de trabajo, en el paso 3 se incluyeron las demandas de trabajo especificadas como demandas cognitivas y el balance entre esfuerzo realizado y recompensas percibidas, y por último en el paso 4, se introdujeron los recursos laborales: percepción de apoyo social y el control en el puesto de trabajo.

Tabla 2

Análisis de regresión lineal jerárquica para cada una de las dimensiones de salud

	Síntomas somáticos			Ansiedad/insomnio			Disfunción social			Depresión		
	β	R ²	ΔR^2	β	R ²	ΔR^2	β	R ²	ΔR^2	β	R ²	ΔR^2
<i>Step 1.</i>		.06*		.01			.03			.02		
<i>Demográficas</i>												
Sexo	-			.01			.06			-.04		
	.23*											
Edad	.08			.10			.18*			.13		
<i>Step 2. Cargas</i>		.09*	.03		.07	.06*		.04	.01		.04	.02
Cargas familiares	.02			-.13			.06			-.13		
Antigüedad	.30*			.41**			.00			-.06		
<i>Step 3. Job demands</i>		.12*	.03		.08	.01		.10	.06*		.08	.05*
Dem. cognitivas	.17*			.11			.00			.12		
Desequilibrio	.08			.01			.25**			-.21*		
Esfuerzo-Recompensas												
<i>Step 4. Job resources</i>		.15*	.03		.17*	.09**		.14*	.04*		.16*	.08**
Apoyo	.16*			.27**			.15*			.30**		
Control	.04			.08			.18*			-.05		

(*) p<0,05; (**); p<0,01

Se muestra una relación directa entre antigüedad en el puesto de trabajo con ansiedad/insomnio, entre la percepción de desequilibrio esfuerzo-recompensa con disfunción social, y bajo apoyo social con ansiedad/insomnio y depresión. En cuanto a las dimensiones de salud, se observa que los síntomas somáticos se asocian a variables demográficas como ser mujer, mayor antigüedad en el puesto de trabajo, demandas cognitivas y bajo apoyo social. Padecer ansiedad/insomnio también está asociado a la antigüedad en el puesto de trabajo y bajo apoyo social. Sufrir disfunción social se relaciona con la percepción de desequilibrio entre las demandas del trabajo y las recompensas recibidas, finalmente la depresión se asocia con bajo apoyo social.

Discusión

Los datos obtenidos muestran que son las dimensiones de antigüedad en el puesto de trabajo y la falta de apoyo social son las que se asocian en mayor medida con peor salud psicológica de los policías evaluados. Estos resultados coinciden con los encontrados por otros autores que señalan que los factores de tipo organizacional tienen un impacto mayor en la salud y el estrés del colectivo policial que los inherentes al puesto de trabajo (Márquez et al., 2008; Pikhart et al., 2001).

El factor apoyo social es el único que explica todas las dimensiones de salud psicológica evaluadas, y el que más explica la ansiedad/insomnio y depresión, en consonancia con lo encontrado por otros autores (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Martinussen, Richardsen y Burke, 2007).

Especialmente interesante por el debate y la reivindicación de rebajar la edad de jubilación de este colectivo (Barceló, 2016), son los resultados obtenidos en la relación entre antigüedad en el puesto de trabajo y salud psicológica. Es esta variable la que más se asocia, y que por tanto mejor explica, los síntomas somáticos y los de Ansiedad/Insomnio, lo que supone un importante factor de riesgo psicosocial no sólo para la salud de los trabajadores, sino por las consecuencias que en el desempeño de su labor (seguridad) tiene elevados niveles de ansiedad y estrés.

En cuanto a perspectivas futuras y limitaciones del trabajo, pensamos que es conveniente ampliar la muestra para comprobar el efecto de la antigüedad en el puesto de trabajo y su relación con baja salud psicológica. Además se deberían estudiar los efectos de intervenciones en aspectos organizacionales y ver su influencia en la salud mental percibida sobre todo a la luz de estudios previos (López y Rubio, 2014; López y Rubio, 2015) y literatura consultada (Márquez et al., 2008; Pikhart et al., 2001) que reiteradamente muestran que es el factor de apoyo social el que más influye en la baja salud percibida. Así mismo también será adecuado investigar otros recursos de naturaleza individual que ayudan a reducir las exigencias físicas y psicológicas del trabajo y permiten el crecimiento y desarrollo personal, en la línea de las investigaciones más recientes en Psicología Ocupacional Positiva (Bakker y Demerouti, 2013; Luthans, Avey, Avolio y Peterson, 2010).

Referencias

- Barceló, J. (2016). La reducción de la edad de jubilación en los Policías locales. *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, (43), 9.
- Bakker, A. y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29, 107-115
- Delgado, J. D. (2009). Evaluación de riesgos psicosociales de la policía local en la costa occidental de la provincia de Huelva. *28 de abril, Revista Digital de Salud y Seguridad en el Trabajo*, 2, 1-18.
- Hickman, M. J., Fricas, J., Strom, K. J. y Pope, W. (2011). Mapping Police Stress. *Police Quarterly*, 14(3), 227-250.
- Johnson, J. V. y Johansson, G. (1991). *The Psychosocial Work Environment: Work organization, Democratization and Health*. Amityville, New York: Baywood.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. A., y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Nueva York: Basic Book.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140.
- López, M. I. y Rubio, S. (2014). Relación ente salud percibida y riesgo psicosocial en una muestra de policías locales. En A. Díaz-Román, E. Hita-Yáñez y M.T. Ramiro (Comps.), *Avances en Psicología Clínica, 2014* (620-629). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual.
- López, M. I. y Rubio, S. (2015). Salud mental, percepción de riesgos psicosociales y burnout en trabajadores de seguridad ciudadana. *Avances en Psicología Clínica, 2015*. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (en prensa).
- Luceño, L. y Martín, J. (2008). *DECORE, Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales*. Madrid: TEA Ediciones.
- Luceño, L., Martín, J., Rubio, S. y Díaz, E. (2010). Análisis factorial confirmatorio del cuestionario DECORE. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 237-248.

- Luthans, F, Avey, J. B., Avolio, B. J. y Peterson, S. (2010) The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human Resource Development Quarterly*, 21(1), 41–66.
- Márquez, R., García, L. y Velázquez, A. (2008). Ránking de Estresores en la Policía Local de Canarias. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18.
- Martín, J., Luceño, L., Jaén, M. y Rubio, S. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente. *Psicothema*, 19(1), 95-101.
- Martinussen, M., Richarsen, A., y Burke, R. (2007). Job demands, job resources, and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 35, 239-249.
- Maslach, C., Schaufeli, W., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Pikhart, H., Bobak, M., Siegrist, J., Pajak, A., Rywik, S., Khyshegye, J., et al. (2001). Psychosocial work characteristics and self-rated health in four post communist countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 624-630.
- Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance at work: theory, empirical support and implications for prevention. En C.L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 190-204). Oxford: Oxford University Press.
- Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, J. y Rodríguez-Muñoz, M. (2014). El cuestionario de salud general (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: características psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud*, 25(2), 105-110.
- Vuorensyrjä, M., y Mälkiä, M. (2011). Nonlinearity of the effects of police stressors on police officer burnout. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 34(3), 382-402.
- Webster, J. (2013). Police officer perceptions of occupational stress: the state of the art. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 36(3), 636-652.

DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD EN UN CASO CON DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS

Patricia Delgado-Ríos*, Luisa M. Serret-Romano y Carlos Cuevas-Yust****

**Psicóloga Clínica. Consulta privada. Sevilla; **FEA Psicología Clínica. Unidad de Rehabilitación de Salud Mental. UGC Salud Mental. H.U. Virgen del Rocío*

Resumen

La disociación es un fenómeno de amplias dimensiones común a muchos trastornos mentales que suelen asociarse con la experimentación de traumas tempranos. En este trabajo se parte de la teoría de la disociación de la personalidad (TDSP) de Onno van der Hart y se expone un caso con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide (F20, CIE-10) atendido en una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental cuya sintomatología psicótica y la escasa adherencia a los servicios de salud han impedido un adecuado abordaje terapéutico durante años. Con este caso pretendemos ilustrar acerca de la relevancia de esta teoría en cuanto a la formulación y abordaje de casos complejos. En primer lugar se presentarán las características clínicas y funcionales del caso, así como los datos psicobiográficos pertinentes; y en segundo lugar detallaremos las técnicas específicas de evaluación de la disociación utilizadas así como las fases del tratamiento y las técnicas y recursos terapéuticos desarrollados.

Palabras clave: experimento de caso único, disociación estructural, psicosis, personalidad.

STRUCTURAL DISSOCIATION OF PERSONALITY IN A CASE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA

Abstract

Dissociation is a quite extensive phenomenon usually related to many mental disorders that are frequently associated to early trauma experiences. This work departs from the Structural Dissociation of Personality, from Onno Van der Hart, and it expounds a

paranoid schizophreniadiagnosis case treated in Mental Health Rehabilitation Unit, whose psychotic symptoms have not been treated properly because of the poor adherence to Health services that have impeded a correct therapeutic approach for several years. We pretend to show by analyzing this case the importance of this theory and its complex cases formulation and approach. First of all, we will introduce the clinical and functional characteristics from the case, as well as relevant data. Then, we will explain in detail the specific dissociation evaluation techniques used and the phases of the treatment, techniques and therapeutic resources developed.

Key words: single-case experiment, structural dissociation, psychosis, personality.

Introducción

Existe una relación entre trauma en la infancia, especialmente abuso sexual, y la posterior formación de experiencias disociativas y de tipo psicótico como por ejemplo escuchar de voces (Braehler et al., 2013).

Las personas traumatizadas son incapaces de integrar las dolorosas experiencias y recuerdos que han vivido, pero han de continuar con su vida. La "solución" más habitual consiste en evitar mentalmente las experiencias no resueltas y mantener una apariencia de normalidad (siendo ésta una normalidad frágil).

Los trastornos esquizofrénicos y la disociación pueden compartir voces y fenómenos de influencia pasiva, pero es más cercano a la disociación la capacidad de reflexionar sobre personalidades alternativas. La evaluación de personas con síntomas y diagnóstico de psicosis debe incluir la exploración de la posible presencia de disociación (Moskowitz, Schäfer y Dorahy, 2011).

La teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006), aporta un marco comprensivo y operativo para el abordaje de experiencias y estructuras disociativas que con frecuencia pueden quedar "tapadas" bajo diagnósticos del espectro esquizofrénico. Las voces, uno de los síntomas a tener en cuenta en los diagnósticos de psicosis, aparecen también en el ámbito de la disociación donde pueden comprenderse como partes emocionales que no llegaron a integrarse y que mantienen una función.

La teoría de la disociación estructural de la personalidad (DEP en adelante) sostiene que en la persona traumatizada la personalidad se disocia en partes: la Parte Aparentemente Normal (PAN) intenta desempeñar la vida diaria al tiempo que evita los recuerdos traumáticos; y la Parte Emocional (PE) que quedó fijada a los sistemas que se activaron en el momento del trauma (defensa, lucha, huida, sumisión) y a la reexperimentación del mismo.

Las experiencias potencialmente traumáticas se caracterizan por ser intensas, incontrolables, impredecibles y extremadamente negativas. Cabe destacar aquellas que suponen un daño físico, psicológico o una amenaza para la vida; el maltrato infantil y el abandono emocional, ambos incompatibles con un apego seguro; y la exposición repetida a ese tipo de experiencias. La falta de apoyo es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de origen traumático, al igual que la edad en el momento del trauma (a menor edad mayor riesgo).

El trabajo psicoterapéutico se dirige a conocer las funciones de las partes disociadas de la personalidad y a su integración.

El objetivo del presente estudio de caso es ilustrar el empleo de esta teoría como marco teórico de referencia para la evaluación e intervención de una persona con experiencia de voces y diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia

M.J., mujer de 35 años diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide (F20, CIE-10).

Antecedentes familiares de salud mental. Padre y madre fallecidos tras convalecencia por enfermedad durante la cual la paciente desempeña funciones de cuidado en exclusiva. Mayor de una fratria de tres. Su línea de vida cuenta con numerosos eventos traumáticos tanto por acción (maltrato psicológico, abuso sexual intrafamiliar, rechazo y acoso social, mendicidad) como por omisión (negligencia y abandono emocional).

Primer contacto con salud mental a los 15 años, por problemas de adaptación al medio escolar, trastornos de conducta y deterioro en su funcionamiento, debutando también la clínica psicótica. Frecuentes abandonos y dificultades para su derivación a otros dispositivos de Salud Mental, hasta que hace un año y medio la paciente consigue establecer un adecuada alianza y compromiso respecto al tratamiento planteado

en una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental, lo cual atribuimos a la detección y formulación de la sintomatología existente como parte de un cuadro disociativo complejo. Actualmente recibe tratamiento intensivo en esta unidad (psicoterapia individual semanal y programa ocupacional de 2 días/semana) y realiza seguimiento farmacológico (Abilify 400mg/inyectable/cada 28 días y Seroquel prolong 400 mg/ 1 comp/24 horas) por su psiquiatra referente.

Estrategias de evaluación

Se han utilizado tanto técnicas de evaluación psicológica generales (entrevistas psicológicas diagnósticas, cuestionarios autobiográficos y clínicos -BDI, PANSS, etc.) así como técnicas e instrumentos específicos en disociación (escala DES, dibujos, mapas, silla vacía, hogar base y lugar de reunión), resultando estos últimos imprescindibles de cara a la comprensión del caso y del mundo interno de la paciente.

Presentamos en la tabla 1, la sintomatología considerada más relevante. Obsérvese, que existían síntomas que desde una exploración psicopatológica tradicional podrían atribuirse al diagnóstico de psicosis y que, identificados como síntomas disociativos, permitieron enmarcar también el caso desde la perspectiva de la disociación estructural de la personalidad.

Tabla 1

Síntomas disociativos

	Síntomas Positivos o “experimentar demasiado”	Síntomas Negativos o “experimentar demasiado poco”
Somatomorfos	<ul style="list-style-type: none"> •Cefaleas •Nauseas 	<ul style="list-style-type: none"> •Autolesiones.
	<ul style="list-style-type: none"> •Intrusiones (imágenes). 	<ul style="list-style-type: none"> •Amnesias.
Psicomorfos	Alucinaciones (auditivas: voces y sonidos “radio mal sintonizada”). <ul style="list-style-type: none"> •Ideas autolíticas egodistónicas. Alteraciones afectivas: Ánimo hipertímico o impulsividad.	Disregulación emocional: ánimo triste, apatía, abatimiento.



En las figuras 1 y 2, mostramos algunas técnicas específicas utilizadas para explorar su mundo interno.

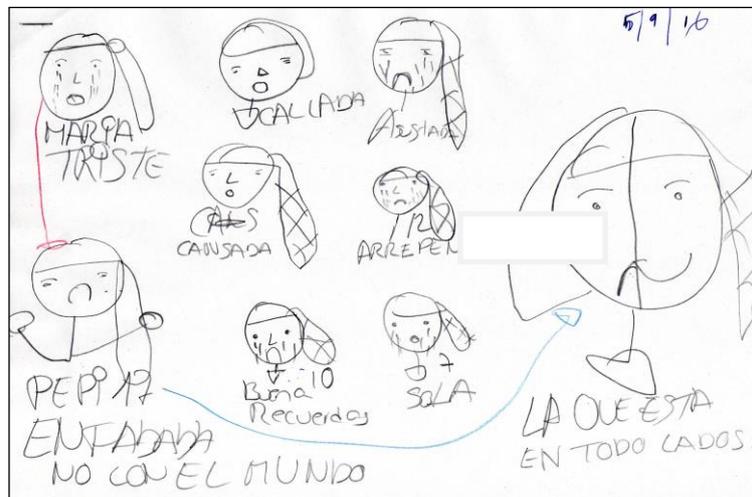


Figura 1. Dibujo bajo la consigna “cómo es ser tú por dentro”.

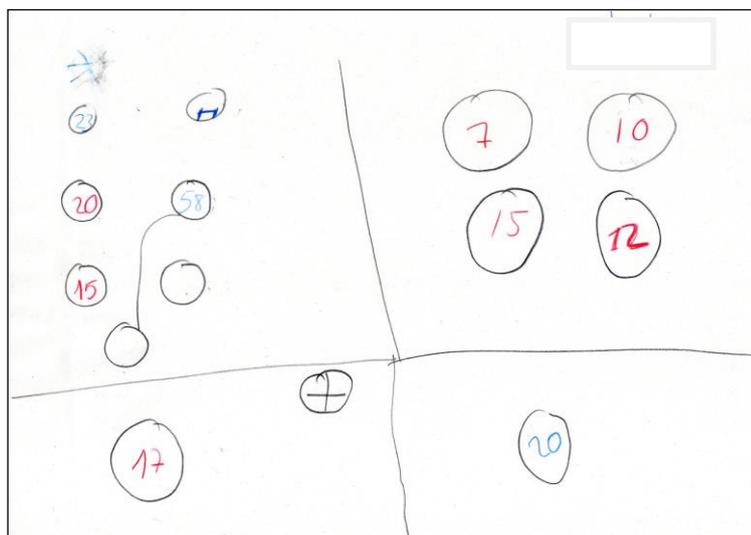


Figura 2. Combinación de las técnicas “mapa” y “lugar de reunión” para la exploración de las partes disociadas.

Estas técnicas permiten la identificación de las partes disociadas de la personalidad, un mayor conocimiento de las mismas y de las relaciones establecidas entre ellas. Este sistema de evaluación fue sorprendentemente bien recibido por la paciente, que expresaba su satisfacción acerca de que “por fin alguien entiende lo que me está pasando”.

El proceso de evaluación se ha desarrollado progresivamente, incluso ya iniciado el tratamiento integrador propiamente dicho. La personalidad de la paciente queda configurada por una PAN y once PEs, cada una representada con una edad/nombre propio, un punto de ruptura identificable, y un núcleo sintomatológico al que asociarlas, como puede verse en la tabla 2.

Tabla 2

Descripción de las partes emocionales

	Atacante o persecutoria, crítica, invalidante. Introyección de la madre de la paciente.
PE-Madre (Guadalupe)	Punto de ruptura: Desprotección ante uno de los abusadores. Fijada a subsistema defensivo de ataque. Sintomatología: Ideas autolíticas egodistónicas.
	Evitativa, temerosa.
PE-15 años (Loli)	Punto de ruptura: Conflicto entre los padres y amenaza de muerte. Desprotección. Subsistema llanto de apego, miedo a la muerte y al daño. Sintomatología: Estrategias de afrontamiento evitativas e hipervigilancia.
	“Hiperresponsable”.
PE-20 años (Manuela)	Punto ruptura: cuidadora principal y única de la madre enferma. Sintomatología: Hipervigilancia. Tensión motora. Insomnio.
PE-3 años.	Surgida recientemente. No disponemos de más información.
	Punto ruptura: Inicio abusos sexuales.
PE- 7 años	Sintomatología: Hiperactivación fisiológica ante exploración del trauma sexual.
	Funcionamiento parentalizado.
PE-10 años	Temor a la crítica y al enfado. Complacencia.
PE-12 años	Punto ruptura: participación hermano abusos. Sintomatología: Tristeza, inhibición.

Tabla 2 (continuación)

PE- 17 años (Pepi)	Odia a la hermana. Confrontación agresiva y puesta de límites. Punto de ruptura: Frustración primer intento de independización. Sintomatología: Agresividad, rebeldía, impulsividad.
PE- 23 años (María)	Experiencia fenomenológica de alucinación visual: con bastón, oscuridad, de negro. Punto de ruptura: Convivencia con pareja. Maltrato psicológico. Sintomatología: Atracones, hábitos no saludables.
PE- Seguridad	“Determinación” y “protección”. Se activa una vez adherida e implicada al tratamiento terapéutico. Reproduce los mensajes de salud.
PE- 35 años (“Yo Futuro”)	Mensajes de fortaleza. Fijada a sistemas de regulación de la energía e implicación social.

Formulación clínica del caso

La paciente cuenta con antecedentes familiares de salud mental, así como con una historia de eventos traumáticos continuos y recurrentes desde su infancia temprana. Consideramos que esto, junto a las exigencias evolutivas de la adolescencia, superaron la capacidad integrativa de la paciente, propiciando la disociación estructural de la personalidad. Aparecen entonces las alucinaciones auditivas, conceptualizándose estas como PEs que no llegaron a integrarse. El ambiente desestructurado y la falta de figuras de apego seguro y experiencias compensatorias a lo largo de su vida mantienen las exigencias en cuanto a energía y eficiencia mental, ya precarias de por sí en esta paciente. Es habitual la conexión entre eventos vitales estresantes y/o traumáticos como puntos de ruptura de la personalidad, tal y como puede observarse en la compleja configuración de la personalidad de esta paciente.

Tratamientos

Si partimos de la teoría de la disociación estructural, la fragmentación de la personalidad por el trauma es el mecanismo central de todos los cuadros de base traumática. Por este motivo, una vez identificados los distintos estados mentales de nuestra paciente, elegimos el tratamiento por fases –modelo de integración psicoterapéutica-. La restauración de la fragmentación será el elemento central en la terapia, debiendo utilizar técnicas específicas que permitan manejar estos aspectos.

Este abordaje fue posible debido a la formación específica de los terapeutas en este modelo, sumado a la implicación y la disponibilidad para seguimientos regulares.

Elección del tratamiento

Según Kluft (2003), todos los tratamientos eficaces publicados encuentran esencial trabajar con las partes disociadas. Una vez identificadas estas partes a partir de la experiencia fenomenológica de la paciente y de la administración de pruebas de evaluación específicas, elegimos este modelo integrador de intervención. Constatar que la estrecha relación entre acontecimientos vitales traumáticos y aparición de síntomas/ partes fragmentadas de la personalidad, también nos orientó hacia la elección de este modelo de intervención.

Aplicación del tratamiento

Las fases del tratamiento están establecidas en las guías clínicas de la ISSD (Sociedad Internacional para el Estudio de la Disociación). Es necesaria una fase de estabilización y establecimiento de seguridad, una segunda de trabajo con el trauma y, por último, un trabajo específico de integración de las partes disociadas y la recuperación de la funcionalidad interpersonal y social. Si bien estas fases responden a un orden lógico de intervención, pueden solaparse entre sí.

Fase de estabilización: en las primeras consultas nos centramos en la psicoeducación acerca de los síntomas y el contrato terapéutico, incluyendo la comprensión de la conexión entre los síntomas y las experiencias pasadas y presentes de la paciente. El contrato terapéutico contemplaba la asistencia regular a las citas y la realización fuera de las sesiones de las tareas pactadas. Este contrato se estableció tanto con la paciente como con cada una de las partes. Contactamos y negociamos con PE

Guadalupe, la PE más agresiva que ponía en peligro la terapia y a la propia paciente.

En esta fase, exploramos en detalle el funcionamiento general de la paciente. Un ejercicio específico, que realizamos en varias ocasiones en esta fase, fue pedir a la paciente que visualizara en su cabeza la niña que era cuando los eventos traumáticos se estaban produciendo (Knipe, 2008). La mirada de aceptación y cuidado hacia sí misma es fundamental para la recuperación.

Detener las conductas autolesivas se convirtió en el objetivo central del tratamiento durante los primeros meses del mismo. Realizamos un trabajo específico con PE Guadalupe, contactando y negociando con ella treguas temporales que, finalmente, se convirtieron en indefinidas.

Finalmente, identificamos con la paciente sus puntos fuertes y/o los recursos de los que ya disponía cuando inició esta modalidad de tratamiento. Nos encontramos con una mujer resolutiva en lo que a tareas de la vida cotidiana se refiere, empática y asertiva, con capacidad para un cálido contacto interpersonal y sentido del humor.

Fase de trabajo con las partes: antes de trabajar de manera específica con algunas de las partes, nos ocupamos de establecer una buena alianza terapéutica con todo el sistema diciendo algo así como: *“Quiero que todos los que estáis ahí me atendáis en conjunto y sin divisiones, quiero que todos estéis escuchando”* (González, 2010).

Una vez establecida dicha alianza, nos centramos en cambiar la discusión entre las partes y la lucha interna por diálogo y cooperación. Para ello, utilizamos técnicas específicas; comenzamos haciendo de “moderador” cuando se expresaban en conflicto; ayudamos a la paciente a establecer su “lugar de reuniones” (un espacio interno de diálogo entre las partes). Comentar que a medida que fue avanzando el proceso terapéutico y la información contenida en las PE fue compartiéndose, surgieron la empatía y comprensión entre ellas disminuyéndose así en conflicto interno. Este proceso resultó especialmente útil para la aceptación de PE Guadalupe por el resto de las PE del sistema.

Es fundamental enfocar este diálogo y colaboración entre partes a lograr objetivos en el mundo externo. Por ejemplo, acordamos que PE 15 (temerosa y evitativa) contara PE Manuela y PE Seguridad para afrontar la exposición a lugares temidos.

Fase de integración: a lo largo del tratamiento, se ha ido produciendo la integración de recuerdos escindidos. Lograr la fusión de partes de esta paciente nos

parece un objetivo que, de lograrse, se producirá a largo plazo.

Factores relacionados con el o la terapeuta

Para mantener la adherencia y la alianza terapéutica, fue importante transmitir de forma sólida nuestra intención de ayuda y preguntar explícitamente cómo, en su opinión, necesitaba ser ayudada. Su respuesta *“Paciencia...mi madre decía que yo era un diamante en bruto”* estableció el primer peldaño del contrato terapéutico. Dadas la crisis frecuentes, fue útil establecer de antemano las vías de comunicación y estrategias de afrontamiento ante las mismas, siendo recurrentes los contactos telefónicos.

En el tratamiento ha participado una terapeuta principal y varios residentes de psicología clínica (estos durante varios meses y comprometiéndose a estar presentes en todas las sesiones).

Estas intervenciones específicas y la modalidad de intervención elegida, han mejorado la adherencia si lo comparamos con intervenciones previas. Desde el inicio, la paciente ha faltado a una sola cita sin avisar. El grado de cumplimiento de actividades entre sesiones ha sido variable.

Efectividad y eficiencia de la intervención

Los resultados obtenidos hasta este momento pueden considerarse clínicamente significativos y relevantes para la paciente en su vida cotidiana:

- No se han producido ingresos hospitalarios.
- La frecuencia de citas urgentes o no programadas ha disminuido significativamente.
- Las demandas de atención en su entorno, han disminuido en frecuencia e intensidad.
- La ideación autolítica no está presente en la actualidad.
- La frecuencia de comportamientos impulsivos ha disminuido, también la consecuente conflictividad interpersonal.
- La sintomatología depresiva ha mejorado y dispone de estrategias de regulación para la ansiedad secundaria a experiencias internas (alucinaciones fundamentalmente) y externas (conflictos interpersonales fundamentalmente).

–Mayor apertura a intereses y metas relacionadas con su proyecto vital (pareja, clases de baile, mejora de su aspecto físico, mejora de las condiciones de su vivienda...).

Estos efectos han sido informados por la paciente y objetivados por varios profesionales de salud mental implicados en su tratamiento (psicología clínica, psiquiatría, enfermería, trabajadora social, etc). Las pruebas de evaluación específicas para disociación referidas anteriormente, ponen de manifiesto los cambios en su sistema interno. Sus familiares más cercanos, reconocen una mejora en la calidad de la relación con ellos.

Discusión

De los resultados de esta intervención puede deducirse que el modelo de disociación estructural de la personalidad y su tratamiento son útiles para la mejoría clínica y funcional de pacientes crónicamente traumatizados. Proporciona al paciente un modelo que le permite dar sentido a su compleja experiencia fenomenológica, facilitando una relación con ésta que disminuye el sufrimiento y la interferencia en la vida cotidiana.

Referencias

- Braehler, C., Valiquette, L., Holowka, D., Malla, A. K., Joober, R., Ciampi, A., ...King, S. (2013). Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls. *Psychiatric Research*, 210(1), 36-42.
- González, A. (2010). *Trastornos disociativos. Diagnóstico y tratamiento*. Ediciones Pléyades: Madrid.
- Kluft, R. P. (2003). Current issues in dissociative identity disorder. *Bridging Eastern and Western Psychiatry*, 1(1), 71-87.
- Knipe, J. (2008). Loving eyes; procedures to therapeutically reverse dissociative processes while preserving emotional safety. In C. Forgash y M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy* (pp. 181-226). New York: Springer Publishing.
- Moskowitz, A., Schäfer, I., y Dorahy, M. J. (2011). *Psicosis, trauma y disociación*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y

otros trastornos.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E., y Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W.W. Norton & Company.

MENORES TRANSEXUALES, ASPECTOS PRÁCTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Pascual-Sánchez*, Águeda Binué-Morales*, María Concepción Escolar-Gutiérrez**, Nuria Asenjo-Araque*** y Rocío Portero-García*

*Hospital Ramón y Cajal. *Psicóloga Interna Residente; **Psicóloga Especialista en Psicología Clínica; ***Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Identidad de Género*

Resumen

Introducción: la atención a menores con Disforia de Género y comorbilidad asociada implica tener en cuenta una serie de características diferenciales. Se presenta el caso de una adolescente con Disforia de Género diagnosticada de Trastorno Límite de la Personalidad. **Objetivos:** mostrar la comorbilidad existente en un caso clínico, detallar el proceso de desarrollo de la identidad de género e ilustrar el trabajo con menores transexuales. **Método:** estudio de caso (n=1) de una paciente transexual mujer de 19 años que acude por primera vez con 16 años a la Unidad de Identidad de Género (UIG) de la Comunidad de Madrid. **Resultados:** la paciente refiere sentirse chica desde siempre, comportándose como tal desde edades tempranas. Acude al H. Gregorio Marañón y al recurso de rehabilitación psicosocial y laboral a fin de posibilitar su integración en el entorno social. Actualmente presenta un estado psicopatológico estable y una buena adherencia al tratamiento psiquiátrico. **Conclusiones:** la intervención trata de facilitar el proceso de desarrollo de la identidad. El objetivo fundamental es contribuir a que el proceso de cambio acorde a la identidad de género sentida se desarrolle sin complicaciones, tratando de promover la estabilidad clínica del paciente.

Palabras clave: transexual, menor, comorbilidad, trastorno límite de personalidad

TRANSSEXUAL MINORS, PRACTICAL ASPECTS: A CASE REPORT

Abstract

Introduction: Attention provided to minors with gender dysphoria and comorbidity

320



implies taking into account a number of distinctive features. We report a case of an adolescent who is diagnosed with Gender Dysphoria and Borderline Personality Disorder. **Objectives:** To show the existing comorbidity in a clinical case, detailing the gender identity development process and illustrate the work with transsexual minors. **Method:** A case study (n = 1) of a 19 year old transsexual woman who went for the first time when she was 16 to the Gender Identity Unit (GIU) of the Community of Madrid. **Results:** The patient reports she has felt like a girl and she has behave as one from an early age. The patient goes to Gregorio Marañón Hospital and also to a psychosocial and work rehabilitation resource with the aim of facilitate integration in social environment. Currently she is stable in psychopathological terms and maintains a good adherence with her psychiatric treatment. **Conclusions:** The intervention try to facilitate the process of identity development. The main objective is to contribute to the change process according to felt gender identity develops without complications, trying to promote clinical stability of the patient.

Keywords: transsexual, minor, comorbidity, borderline personality disorder

Introducción

La demanda de atención a menores con disforia de género se ha incrementado en los últimos años (Aitken et al., 2015), poniendo de manifiesto la necesidad de profundización en su estudio. Sin embargo, la literatura existente al respecto sigue siendo escasa.

En la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales DSM-5 (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2014), se considera que un menor padece disforia de género cuando se da “una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna”. Asimismo, se distingue una categoría diagnóstica específica de disforia de género independiente de la propia de los adultos, pudiendo diagnosticar “Disforia de género en niños” (302.6; F64.2) o “Disforia de género en adolescentes y adultos” (302.85; F64.1). De hecho, en esta última edición del manual diagnóstico se suprime la consideración de trastorno de ediciones previas del manual, contribuyendo estos cambios a la despatologización de la disforia.

No obstante, estudios recientes como el de Dhejne, Vlerken, Heylens & Arcelus (2016) sugieren que existe cierta comorbilidad entre disforia de género y algunos trastornos mentales, siendo la depresión y los trastornos de ansiedad más frecuentes en las personas transexuales que en la población general, mientras que otros como el trastorno bipolar o la esquizofrenia no parecen darse en mayor medida en este colectivo.

La presencia de psicopatología y sus implicaciones en los pacientes con disforia de género es aún de mayor importancia en los menores de edad. Por ejemplo, en un estudio reciente realizado con población adolescente con disforia de género (Shiffman et al., 2016), se concluye que este tipo de pacientes obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en problemas emocionales y del comportamiento, así como una frecuencia más alta de bullying, que sus iguales sin este diagnóstico. Asimismo, el riesgo de comportamientos autolesivos es mayor en pacientes transexuales, siendo aún mayor en pacientes jóvenes (Arcelus, Claes, Witcomb, Marshall y Bouman, 2016).

Por otro lado, una de las dificultades principales en el ámbito de la disforia de género en el ámbito infanto-juvenil es su persistencia evaluada en términos longitudinales. Los resultados obtenidos en distintos estudios son discordantes (Asenjo-Araque et al., 2015), con porcentajes muy dispares (27-95%), lo cual puede verse explicado en parte a los sesgos metodológicos de algunos estudios (por ejemplo, cómputo erróneo de pacientes que desisten cuando abandonan la unidad de los estudios, entre otros). No obstante, existe cierto nivel de evidencia de que aquellos que persisten muestran un grado de disforia más marcado desde etapas tempranas que aquellos que desisten (Wallien y Cohen-Kettenis, 2008).

Dada su complejidad, la atención a la disforia de género requiere de un abordaje multidisciplinar, como el que se proporciona en las Unidades de Identidad de Género (UIG). Por ejemplo, en la UIG de Madrid, hay un protocolo establecido (Rodríguez-Molina et al., 2009) en el cual queda clara la necesidad de una evaluación previa por parte de profesionales de salud mental que garanticen que el paciente cumpla criterios de disforia de género, ausencia de psicopatología y/o estabilidad clínica actual de la misma y adecuación de las expectativas del paciente al procedimiento. No obstante, en el caso de los menores se dan particularidades a tener en cuenta, como son las propias

características de las etapas evolutivas y las dificultades para informar de su propio estado mental como lo hacen los adultos.

En relación a esto, no podemos olvidar el papel de las familias de las personas con disforia de género, fundamentalmente los padres, que no solo juegan un papel fundamental en la evaluación de este colectivo, sino que se enfrentan a diversas reacciones emocionales cuando su hijo o hija les comunica que su género sentido no se corresponde con su sexo biológico. La diversidad de respuestas ante este tipo de situaciones es amplia, siendo común verse invadidos por la sensación de pérdida, incertidumbre, ambivalencia, dificultades para procesar lo ocurrido o aceptarlo (Gregor, Hingley-Jones, y Davidson, 2015). Es fundamental brindar adecuada contención emocional al entorno del paciente, normalizando la experiencia y aportando información en relación tanto a los tratamientos médicos como al propio proceso de cambio a nivel emocional, cognitivo y conductual por el que atraviesa el paciente.

Como hemos expuesto previamente, cuando se dan casos en que se presentan de forma conjunta en un paciente un trastorno mental y un diagnóstico de disforia de género, hacen más complejo su abordaje. Con el objetivo de ejemplificar una situación en que coexistan ambos diagnósticos, presentamos un caso de estas características.

Método

Participantes

El presente documento muestra un estudio de caso (n=1) de una paciente transexual mujer de 19 años que acude por primera vez con 16 años a la Unidad de Identidad de Género (UIG) de la Comunidad de Madrid.

Instrumentos

La evaluación se realiza únicamente mediante la *Entrevista Psicológica para Personas Transexuales* (EPPT) (Rodríguez-Molina et al., 2015), dada la imposibilidad de aplicar pruebas psicométricas en este caso.

Diseño y Procedimiento

Se realiza un estudio de caso (n=1) de la paciente descrita, describiendo la evaluación y el abordaje realizados.

Resultados e Historia Clínica

Motivo de consulta:

La paciente, mujer transexual de 19 años, acude a la UIG de Madrid con 16 con una demanda clara: “Ser por fin una chica”.

Antecedentes personales:

La paciente y sus familiares niegan eventos especialmente traumáticos, señalando únicamente momentos puntuales asociados a situaciones relacionadas con su disforia de género. La paciente fue diagnosticada de Trastorno Límite de la Personalidad en 2014, tras ingresar en Psiquiatría la Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes en el Hospital Gregorio Marañón, por sobreingesta medicamentosa. En cuanto a los antecedentes familiares, no refieren antecedentes psiquiátricos en la familia. Los padres biológicos de la paciente tenían una vida muy marginal, por lo que según refiere su madre adoptiva, creció en un clima desestructurado y con carencias afectivas. Niegan antecedentes de transexualidad u homosexualidad en la familia.

Historia biográfica:

Los padres de la menor están separados. Fue adoptada con 6 años (primero en acogida y luego en adopción nacional). Tiene un hermano mayor, que vive en el extranjero. Cuando acudió por primera vez a la unidad, la paciente estaba cursando 3º de la ESO, que tuvo que interrumpir por repetidas descompensaciones de su patología de base, así como el posterior ingreso. En el momento de la evaluación inicial, no había desempeñado labor profesional alguna hasta el momento.

Historia actual:

La menor, de 19 años, acude a la UIG por primera vez con una imagen totalmente femenina y utilizando el trato en femenino en todas las áreas. Refiere sentirse chica desde siempre, comportándose como tal desde edades tempranas. Según relata, siempre ha intentado feminizarse con todo lo que tenía a su alcance (ropa, maquillaje, comportamiento, etc.). Comenzó a vestirse con ropa femenina en su vida cotidiana a los 14 años. Dos años más tarde les dijo a sus padres que “era gay, a fin de irles preparando

para la noticia verdadera de que era una mujer transexual”. En las entrevistas mantenidas, su madre explica que siempre ha preferido dedicar su tiempo a jugar con muñecas y a juegos de diseño, moda y maquillaje (incluso se pintaba a ella misma las uñas a una edad temprana).

En la actualidad trabaja desarrollando labores de limpieza, planteándose iniciar estudios universitarios. Hasta hace un año vivía con su madre, mientras que actualmente convive con otras chicas en piso compartido. Mantiene una red social escasa, dado que según relata la paciente, como anteriormente “no estaba estable, me iba con cualquiera que quisiera aguantarme”. Comenta estar rehaciendo poco a poco su red social de modo adecuado, orientada por los profesionales de Rehabilitación Psicosocial que llevan su caso.

En cuanto a su orientación sexual, a la paciente le gustan los chicos heterosexuales. Diferencia adecuadamente entre su orientación y su transexualidad. Ha mantenido varias relaciones de pareja, de tinte tóxico y caracterizadas por una marcada inestabilidad y una escasa continuidad. Ha mantenido relaciones sexuales completas no refiriendo ninguna dificultad a este respecto.

Respecto al impacto de su condición actual, la paciente vive con un elevado grado de disforia el tener un cuerpo de varón, dado que se considera una mujer. Espera que se le brinde el tratamiento necesario (Tratamiento Hormonal y Cirugía de Reasignación de Sexo) para el cambio de sexo, que aún no se ha iniciado dada la ausencia de estabilidad clínica que ha presentado a lo largo de los años previos. No prevee ningún impacto negativo del proceso de cambio en su vida cotidiana.

Evolución

La paciente se encuentra en Seguimiento en Salud Mental desde los 13 años, contactando inicialmente con Psicología a los 13 años por sintomatología ansiosa y conductas autolesivas, y posteriormente con Psiquiatría a los 15 años por la misma sintomatología. La escalada en la sintomatología se produce entre los 15 y los 17 años, cuando protagoniza distintos gestos autolíticos que requieren ingreso en Psiquiatría y una estancia en un Hospital de Día, del que solicita alta voluntaria. A lo largo de este periodo temporal, verbalizaba deseos de iniciar urgentemente el cambio de sexo, mostrando escasa tolerancia a la frustración que suponía la espera de las condiciones

necesarias para el inicio del mismo (mayoría de edad y estabilidad clínica de su psicopatología de base).

Los objetivos del tratamiento han sido lograr que la paciente lleve una vida congruente con la identidad de género sentida, en todas sus áreas vitales. Se brinda apoyo psicológico durante el proceso de cambio, facilitando la resolución de las dificultades que pueden surgir, realizando seguimiento de las áreas vitales que requieran intervención. El objetivo final es incrementar la calidad de vida y fortalecer los factores de protección. Asimismo, se trabaja en coordinación con los profesionales correspondientes para lograr la estabilización y tratamiento de patología de base (trastorno límite de personalidad).

En estos últimos dos años, la paciente ha estado recuperándose del periodo de inestabilidad por el que ha pasado asociado a su patología de personalidad. Acude al H. Gregorio Marañón y al recurso de rehabilitación psicosocial y laboral a fin de posibilitar su integración en el entorno social. Actualmente presenta un estado psicopatológico estable y una buena adherencia al tratamiento psiquiátrico, por lo que en las últimas citas con Psiquiatría deciden retirar el tratamiento farmacológico pautado, manteniendo la estabilidad tras esta retirada.

Discusión y Conclusiones

La presencia de comorbilidad entre un trastorno mental y la disforia de género complica el abordaje de este tipo de pacientes, tanto en lo que respecta a su psicopatología como al desarrollo de la identidad. La evolución del caso descrito nos permite una mejor comprensión de esta comorbilidad y sus complicaciones asociadas, como por ejemplo, la imposibilidad de iniciar un tratamiento transexualizador hasta que no se cumplan criterios de estabilidad clínica (WPATH, 2012) y el empeoramiento de la sintomatología de su patología de base asociado a la escasa tolerancia a la frustración propia de esta y de la etapa adolescente.

En esta tipología de casos, es necesario diferenciar de manera adecuada qué es lo que demanda el menor y si aquello que solicita está en relación con el género, o si más bien tiene que ver con el proceso de reafirmación de su personalidad propio de la etapa evolutiva en que se encuentra (Asenjo-Araque et al., 2015). Dada la mayor incidencia de problemas emocionales y del comportamiento en los pacientes menores con disforia

de género (Arcelus et al., 2016; Shiffman et al., 2016), es preciso tener en cuenta casos como este, que nos permitan una mayor comprensión de su posible evolución.

La atención a menores en una UIG trata de facilitar el proceso de desarrollo de la identidad, teniendo en cuenta las particularidades propias de cada etapa evolutiva y la evidencia y recomendaciones disponibles en relación a la evaluación y tratamiento de estos pacientes (WPATH, 2012). Es necesaria una adecuada evaluación que trate de garantizar que la disforia de género no es secundaria a otros diagnósticos, y tener en cuenta la literatura existente en relación a la persistencia de la disforia en la vida adulta, que hace hincapié en que la población en que se da una tasa elevada de persistencia es aquella en la cual la disforia de género se inicia desde etapas tempranas (Wallien y Cohen-Kettenis, 2008).

En definitiva, y dado el potencial impacto en el pronóstico de lo acontecido en la etapa infanto-juvenil a lo largo de la vida, es fundamental brindar una atención adecuada a este colectivo, al igual que a su entorno más cercano, si es posible. El objetivo fundamental es contribuir a que el proceso de cambio acorde a la identidad de género sentida se desarrolle sin complicaciones, tratando de promover la estabilidad clínica del paciente.

Referencias

- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A.,...Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine, 12*, 756–763. Doi:10.1111/jsm.12817
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., y Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine, 13*(3), 402-412.
- Asenjo-Araque, N., García-Gibert, C., Rodríguez-Molina, J. M., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M. J., y GIDSEEN, G. (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 2*(1), 33-36.
- Asociación Psiquiátrica Americana, APA. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- Dhejne, C., Vlerken, R. V., Heylens, G., y Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57. Doi: 10.3109/09540261.2015.1115753.
- Gregor, C., Hingley-Jones, H., y Davidson, S. (2015). Understanding the Experience of Parents of Pre-pubescent Children with Gender Identity Issues. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32(3), 237-246. Doi: 10.1007/s10560-014-0359-z
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo, N., Lucio, M. J., Pérez-López, G., Frenzi-Rabito, M., Fernández-Serrano, M. J., Becerra-Fernández, A. (2009). Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Revista Internacional de Andrología*, 7(2), 112-20.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M. J., Rabito-Alcón, M. F., y Pérez-López, G. (2015). Áreas de la entrevista para la evaluación psicológica de personas transexuales [Fields in the Interview for the Psychological Assessment for Transgender People]. *Acción Psicológica*, 12(2), 15-30. Doi:10.5944/ap.12.2.122915
- Shiffman, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Hughes, S. K., Owen-Anderson, A., Lumley, M. M., ... Zucker, K. J. (2016). Behavioral and emotional problems as a function of peer relationships in adolescents with gender dysphoria: A comparison with clinical and nonclinical controls. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(1), 27-36. Doi: 10.1037/sgd0000152
- Wallien, M. S., y Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-23. Doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- WPATH. (2012). *Normas de atención para la salud de las personas trans y con variabilidad de género*. Recuperado de: <http://docplayer.es/9349965-Normas-de-atencion-para-la-salud-de-personas-trans-y-con-variabilidad-de-genero-la-asociacion-mundial-para-la-salud-transgenero-www-wpath.html>

BULLYING Y RIESGO DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES TRANSEXUALES

María Concepción Escolar-Gutiérrez*, Laura Portabales-Barreiro*, Ana Pascual-Sánchez y Nuria Asenjo-Araque**

Psicóloga Clínica. Colaboradora en la Unidad de Identidad de Género (UIG). H.U. Ramón y Cajal. Madrid; ** Psicóloga Residente 2º año. Hospital Ramón y Cajal de Madrid; * Psicóloga Clínica en UIG. H.U. Ramón y Cajal. Madrid*

Resumen

Antecedentes: El acoso escolar (bullying) es un problema de salud público universal. Parece más probable que un niño o adolescente que se encuentra en proceso de afirmación de la identidad de género sentida sufra acoso escolar. Se pretende describir y analizar la probabilidad de sufrir bullying, así como el riesgo de suicidio, en pacientes que acudieron a nuestra Unidad de Identidad de Género (UIG). **Método:** muestra de 39 pacientes consecutivos que acuden siendo menores a la UIG, y que actualmente cuentan con la mayoría de edad. De una entrevista clínica estructurada administrada a cada uno de ellos, hemos seleccionado los siguientes datos: si sufrió bullying (en caso afirmativo si se debió a la identidad de género sentida) e intentos de suicidio protagonizados. **Resultados:** 31 de 39 afirman no haber sufrido bullying. De los 8 que sí lo han sufrido, 7 refieren que estaba relacionado con la identidad de género sentida. Con respecto al riesgo de suicidio, 35 no han protagonizado ningún intento autolítico. 3 de los 4 que realizaron un intento refieren no haber sido víctimas de bullying, si bien cuentan con un diagnóstico comórbido de patología mental. **Conclusiones:** A pesar de que la literatura arroja datos que muestran una mayor prevalencia de bullying en adolescentes transexuales en la población general, y que estos factores podrían asociarse con mayor riesgo suicida en esta población, los datos obtenidos en nuestro estudio no parece que sean concluyentes en esta relación. Sería necesario profundizar más, teniendo en cuenta otras variables mediadoras y la probable limitación relacionada con el tamaño de la muestra, así como el hecho de que acuden a una unidad especializada en disforia de género, lo que podría matizar dicha asociación.

Palabras Clave: Disforia de género, Menores transexuales, Bullying, Riesgo de suicidio.

BULLYING AND RISK SUICIDE IN TRANSGENDER CHILDREN AND ADOLESCENTS

Abstract

Background: Bullying is a health problem worldwide. A child or adolescent who is in a process of assertion of their felt gender identity seems to be more liable to suffer from bullying. The aim of this paper is to describe and analyse the probability of suffering from bullying, as well as of being at suicide risk, in patients who attended our Gender Identity Unit (GIU). **Method:** sample of 39 consecutive patients who attended the GIU when they were underage and who are currently of legal age. We have chosen the following data from a structured clinical interview applied to each of them: whether they suffered bullying (in case of an affirmative reply, whether it was due to felt gender identity) and suicide attempts. **Results:** 31 out of 39 claim not to have been bullied. 7 out of the 8 who were actually bullied declare it was related to felt gender identity. Regarding suicide risk, 35 of the patients have never experienced any suicide attempts. 3 out of the 4 who actually attempted suicide declare they were not bullied, although they present a comorbid diagnosis of mental pathology. **Conclusions:** Even though literature yields data which show a greater prevalence of bullying in transexual adolescents in the general population and that these facts may be linked to a higher risk of suicide in this population, the data obtained in our research do not seem to be conclusive regarding this relation. It would be necessary to examine it further taking other mediating variables into consideration and the likely limitation related to the extent of the sample. The fact that the patients attend a Unit specialized in gender dysphoria might also modify the mentioned association.

Keywords: Gender dysphoria, Transgender underage, Bullying, Suicide risk.

Introducción

El acoso escolar (bullying) es un problema de salud público universal que afecta a una proporción significativa de adolescentes. El bullying se caracteriza por repetidos comportamientos agresivos con la intención de dañar a la víctima, y un desequilibrio de poder entre los agresores y sus víctimas, por lo que es difícil para ellas defenderse. El bullying puede ser una agresión directa o indirecta, puede ser verbal, física, psicosocial, emocional o cyberbullying. (Alavi, Roberts, Sutton, Axas y Repetti, 2015).

Siendo descrito como un problema extendido entre niños y adolescentes en los colegios, parece más probable que un niño o un adolescente que se encuentra en proceso de afirmación de la identidad de género sentida sufra acoso escolar (Kolbert et al., 2015). Como recoge Kolbert et al. (2015), diferentes investigadores han hallado que este tipo de victimización está fuertemente asociado con la salud mental de los menores, existiendo hallazgos de elevados niveles de depresión, ansiedad y frecuente absentismo escolar.

Además, el bullying sufrido referido por los menores transexuales durante esta etapa también se ha visto asociado con mayor riesgo de suicidio. (Russell, Ryan, Toomey, Díaz y Sánchez, 2011). The American Academy of Pediatrics (2001) afirma que la violencia (homicidio, suicidio y trauma) es la causa principal de mortandad en los niños, adolescentes y jóvenes-adultos, más importante que la enfermedad, el cáncer y los trastornos congénitos.

En los últimos años debemos tener en cuenta nuevas formas de bullying más específicas, como el cyberbullying (Ortega, Calmaestra y Mora, 2008), referida al uso de medios tecnológicos para acosar, molestar o maltratar a la víctima. Como citan estos autores, el cyberbullying manifiesta una serie de diferencias con los tipos tradicionales de maltrato y acoso entre escolares. Campbell (2005), Ortega, Mora-Merchán y Jäger (2007) refieren que provoca una mayor inseguridad a la víctima, ya que no existen lugares seguros donde pueda estar a salvo. Por tanto, vive bajo un riesgo constante de agresión. Del mismo modo, debido al medio por el que se realiza la agresión, ésta puede ser observada por una gran cantidad de espectadores un número indefinido de veces, lo que hace que el daño potencial de la agresión permanezca en el tiempo, ampliando los efectos esperados como consecuencia de la misma. Por otra parte, existe un gran número de víctimas que nunca conocerán a sus agresores debido al anonimato que

caracteriza este tipo de actuaciones. Mientras que en el bullying ordinario se realiza fundamentalmente en el centro educativo, el cyberbullying se puede producir fuera de él, lo que implica que sea más difícil de detectar por parte del profesorado.

Retomando la asociación entre las diferentes formas de bullying y el riesgo de llevar a cabo un intento de suicidio, ésta cobra fuerza en cuanto a la institución, es decir, a la ausencia de políticas o medidas que protejan a los menores transexuales cuando son victimizados en sus casas, colegios o comunidades. Concretamente, para los adolescentes, el acoso escolar es particularmente importante debido a la cantidad de tiempo que pasan en el colegio, la creciente sensibilidad a la influencia de los iguales y la elevada ansiedad social que tiene lugar en el marco escolar durante esta etapa de la vida: la adolescencia (Bouris, Everett, Heath, Elsaesser y Neilands, 2016). Bouris et al. (2016) observan en su estudio que los efectos del bullying y cyberbullying son mucho más potentes que otros tipos de violencia y victimización como conductores de diferencias relacionadas con las ideas o intentos de suicidio en esta población. Además, observaron que en aquellos centros educativos que contaban con políticas anti-bullying que protegían a los chicos y chicas con disforia de género, éstos se sentían mucho menos acosados y abusados.

Teniendo en cuenta lo recogido en la literatura, que parece ir en la dirección de asociar bullying y alteraciones en la salud mental (manifestada fundamental en altos niveles de ansiedad, depresión, llegando a protagonizar intentos de suicidio), en nuestra Unidad de Identidad de Género (UIG) nos hemos planteado describir y analizar la mayor o menor probabilidad de sufrir bullying (incluido cyberbullying o cualquier otro modo de acoso escolar) en pacientes que acudieron a nuestra Unidad especializada siendo menores de 18 años, así como el riesgo de suicidio o suicido consumado relacionado con este aspecto.

Método

Participantes: se llevó a cabo una recogida de datos de una muestra de 39 pacientes consecutivos que acuden siendo menores a la UIG, y que actualmente cuentan con la mayoría de edad. 16 de ellos eran transexuales masculinos (sexo cromosómico femenino y sexo sentido masculino) y 23 transexuales femeninos (sexo cromosómico masculino y sexo sentido femenino). Solo 1 de ellos acudió a la UIG en las edades

comprendidas entre 12 y 14 años. El resto de la muestra acudió a la Unidad cuando contaban entre 15 y 17 años. Cabe mencionar que se viene observando cómo los menores acuden cada vez a más temprana edad a la UIG, quizá promovido por la mayor sensibilización existente con el concepto y las implicaciones de la disforia de género, así como el mayor conocimiento de la existencia de la Unidad (fundada en 2007).

Materiales: se realizó la recogida de datos través de una entrevista clínica estructurada (Asenjo y Rodríguez, 2009). Conviene destacar que de manera complementaria a la entrevista estructurada que se menciona, se debe ser precavido, ajustando y reelaborando el protocolo de abordaje y evaluación de manera pertinente, dado que se trata de un diagnóstico extenso, complejo y muy individualizado (Asenjo, Rodríguez, Lucio y Becerra, 2011; Spack et al., 2012). De dicha entrevista, llamada “EEPPT: Entrevista de Evaluación Psicológica a Pacientes con TIG”, hemos seleccionado los siguientes datos para nuestro estudio: si el menor sufrió bullying en algún momento de su vida hasta el momento de evaluación en la UIG. En caso de responder de manera afirmativa, se valoró si relacionaba el bullying sufrido con el proceso de cambio hacia la identidad de género sentida. También se tuvo en cuenta si han realizado algún intento de suicidio hasta la fecha.

Procedimiento: se trata de un diseño descriptivo. Los menores acuden a la UIG derivados por el Pediatra o Médico de Atención Primaria de referencia. Una vez realizada una primera valoración inicial por el jefe de la Unidad se procede a realizar la entrevista estructurada para recabar datos. Al tratarse de menores de edad, únicamente se administra dicha entrevista, posponiendo la cumplimentación del resto de pruebas diagnósticas al momento en que alcancen la mayoría de edad.

Resultados

Los datos analizados muestran que 31 de 39 pacientes afirman no haber sufrido bullying de ningún tipo. De los 8 que sí lo han sufrido, 7 refieren que estaba relacionado con la identidad de género sentida (IGS). Cabe señalar que de los 8 menores que refieren acoso escolar, 6 de ellos no han presentado a lo largo de su historia vital ningún tipo de trastorno mental asociado. Los 2 menores que si han mostrado alguna patología a lo largo de su infancia y/o adolescencia han sido dos casos diagnosticados de Trastorno de Ansiedad.

Con respecto al riesgo de suicidio, 35 de los pacientes evaluados no han protagonizado ningún intento autolítico. Sin embargo, sí ha sido llevado a cabo por 4 de los sujetos antes de la mayoría de edad.

Por tanto, los datos no parece que sean concluyentes a la hora de arrojar relaciones entre bullying y el proceso de afirmación de identidad de género sentida, así como con el número de intentos autolíticos protagonizados (3 de los 4 que realizaron un intento refieren no haber sido víctimas de bullying, si bien cuentan con un diagnóstico comórbido de patología mental).

Esto podría deberse a limitaciones relacionadas con la muestra y a la selección de la misma, ya que se trata de un grupo de pacientes que acuden a una unidad especializada en disforia de género (limitación de la mayoría de los estudios descriptivos, se trata de una muestra seleccionada, no aleatoria).

Conclusiones/Discusión:

A pesar de que la literatura arroja datos que muestran una mayor prevalencia de bullying en adolescentes transexuales en la población general, y que estos factores podrían asociarse con mayor riesgo suicida en esta población, los datos obtenidos en nuestro estudio no parece que sean concluyentes en esta relación. Sería necesario profundizar más, teniendo en cuenta otras variables mediadoras.

En un estudio reciente, Moody y Nathan (2013) relacionan la ideación autolítica y el mayor riesgo de intento de suicidio en personas con disforia de género. Es decir, niños y adolescentes con una identidad de género discordante tendrían una casuística mayor de suicidio que la población general al no contar con apoyo o acompañamiento psicológico. Por ello, se hace importante incidir en los factores de protección o de salud, tales como que obtengan el apoyo del profesorado y de otros adultos de su entorno, asistan a una escuela que trate de ofrecer un entorno seguro y puedan estar en contacto con otras personas con disforia de género de diferentes edades (Platero, 2014). Trabajar sobre estos factores de protección revertiría el efecto que tienen sobre los menores transexuales muchas situaciones difíciles a las que se enfrentan. Hablamos de un apoyo activo de los menores durante el proceso de afirmación de la identidad de género sentida. Además, desde el marco de la Terapia afirmativa, término utilizado por primera vez por Alan Maylon (1982), se reconoce que el prejuicio social, la discriminación, la

violencia y el ambiente hostil y estresante pueden afectar negativamente al bienestar psicológico, físico y social de las personas con disforia de género, poniendo en riesgo su salud mental, la posibilidad de aislamiento y rechazo familiar (Gómez, 2009). Como afirma Maylon, la terapia afirmativa pretende facilitar y aliviar el riesgo de estrés, opresión y discriminación social y familiar que muchas de estas personas han de enfrentar en sus vidas. En definitiva se trata de que la persona asuma su identidad sexual y desarrolle un estilo de afrontamiento activo y efectivo para combatir el estigma social y los conflictos asociados. Es desde este enfoque, junto con la potenciación de los factores de protección, desde donde se realiza el acompañamiento psicológico de los menores que acuden a la UIG.

Por último, no debemos olvidar la limitación mencionada más arriba: nuestra muestra acude a una unidad especializada, lo que podría matizar las asociaciones observadas.

Referencias

- Alavi, N., Roberts, N., Sutton, C., Axas, N., y Repetti, L. (2015). Bullying Victimization (being bullied) among adolescents referred for urgent psychiatric consultation: prevalence and association with suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(10), 427-31.
- Asenjo, N., y Rodríguez, J. M. (2009). *EEPPT: Entrevista de Evaluación Psicológica a Pacientes con TIG* (Documento sin publicar). Madrid: UTIG, Hospital Ramón y Cajal de Madrid.
- Asenjo, N., Rodríguez, J. M., Lucio, M. J., y Becerra, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid). *Semergen*, 37(2), 87-92.
- Bouris, A., Everett, B. G., Heath, R. D., Elsaesser, C. E., y Neilands, T. B. (2016). Effects of victimization and violence on suicidal ideation and behaviors among sexual minority and heterosexual adolescents. *LGTB Health*, 3(2), 153-61.
- Campbell, M. (2005). Cyberbullying: an old problema in a new guise? *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 15, 68-76.

- Gómez, A. B. (2009). Adolescentes lesbianas y gays frente a la homofobia. En J. I. Pichardo (Ed.), *Adolescentes ante la diversidad sexual. Homofobia en centros educativos* (pp. 37-52). Madrid: Catarata.
- Kolbert, J. B., Crothers, L. M., Bundick, M. J., Wells, D. S., Buzgon, J., Berbary, C., ...Senko, K. (2015). Teachers' perceptions of bullying of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning (LGTBQ) students in a Southwestern Pennsylvania sample. *Behavioral Sciences*, 5(2), 247-63.
- Maylon, A. K. (1982). Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, 7(2-3), 59-69.
- Moody, C., y Nathan, S. (2013). Suicide Protective Factors Among Trans Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 739-752.
- Ortega, R., Calmaestra, J., y Mora-Merchán, J. A. (2008). Cyberbullying. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 183-192.
- Ortega, R., Mora-Merchán, J. A., y Jäger, T. (2007). *Actuando contra el bullying y la violencia escolar. El papel de los medios de comunicación, las autoridades locales y de Internet*. Recuperado de <http://www.bullying-inschool.info>
- Russell, S. T., Ryan, C., Toomey, R. B., Díaz, R. M., y Sánchez, J. (2011). Lesbian, gay, bisexual and transgender adolescent school victimization: implications for Young adulthealth and adjustment. *Journal os School Health*, 81(5), 223-230.
- Spack, N., Edwards, L., Feldman H., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D., y Vance, S. (2012). Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. *Pediatrics*, 129, 418-425.
- The American Academy of Pediatrics. (2001). Media violence. *Pediatrics*, 108(5), 1222-1226.

EL PROCESO DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO EN PERSONAS TRANSEXUALES A LO LARGO DEL CICLO VITAL

Nuria Asenjo- Araque*, María Concepción Escolar- Gutiérrez**, Laura Portabales- Barreiro**, Ana Pascual- Sánchez*** y Jose Miguel Rodríguez- Molina*

Facultativos Especialistas en Psicología Clínica, Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG). Hospital Ramón y Cajal. Madrid; **Especialistas en Psicología Clínica; *Plaza Psicóloga Residente 2º año. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
Rotante por la UTIG*

Resumen

Introducción. Las preocupaciones o dudas sobre la identidad de género pueden aparecer en diferentes momentos del ciclo vital (APA 1994) desde los primeros 2-3 años de edad, y a menudo impide el desarrollo de relaciones con iguales y mismo sexo, y puede conducir al aislamiento y a experimentar angustia. **Objetivos.** En la presente comunicación se describe el desarrollo de la identidad de género sentido cuando es incongruente con el sexo asignado al nacer, y hace un recorrido a lo largo de todo el ciclo vital hasta que los niños y niñas llegan a la edad adulta. **Método.** Dentro de la UIG atendemos, en la actualidad, 44 niños y niñas menores de 18 años. Acuden a sesiones individuales y familiares donde se realiza un acompañamiento psicológico, desde el marco de la Psicología Afirmativa. Se trata de sesiones con psicólogos clínicos especializados, donde se facilita que el niño/a, adolescente y luego adulto, desarrolle su verdadera identidad, reforzando sus fortalezas en personalidad. Así mismo se trabaja con el entorno social para lograr una aceptación adecuada que facilite el afianzamiento de la identidad sentida, sin altos costes emocionales y de adaptación.

Resultados. Se describe un desarrollo lineal normalizado de la identidad masculina o femenina sentida en los casos atendidos. **Conclusiones.** Es necesario por tanto, plantear que el acompañamiento psicológico especializado constituye una intervención adecuada, que minimiza el estrés minoritario sufrido en estos casos, dado que refuerza factores de protección claves para afrontar el proceso de afirmación de género durante todo el desarrollo hasta llegar a la edad adulta.

Palabras Clave: persistencia de Género, identidad de Género, menores transexuales, transexualidad.

THE PROCESS OF AFFIRMATION OF GENDER IN TRANSGENDER PEOPLE ALONG OF THE LIFE CYCLE

Abstract

Introduction. Concerns or questions about gender identity may appear at different times in the life cycle (APA 1994) from the first 2-3 years of age, and often prevents the development of relationships with peers and same sex, and can lead to isolation and experience distress. **Goals.** In this communication the development of gender identity sense when it is inconsistent with the sex assigned at birth, and makes a journey throughout the life cycle until children reach adulthood described. **Method.** Within the UIG we serve, at present, 44 children under 18 years. Attend individual and family sessions where psychological support is made from under the Affirmative Psychology. It is specialized sessions with clinical psychologists, where it is easy for the child / a, adolescent and then adult, develop their true identity, reinforcing its strengths in personality. Also working with the social environment for proper acceptance to facilitate the strengthening of identity felt, without high emotional costs and adaptation. **Results.** A standard linear development of masculine or feminine identity felt in the treated cases described. **Conclusions.** It is necessary therefore propose that specialized psychological support is an appropriate intervention, which minimizes the minority stress suffered in these cases, since it reinforces factors key protection to address the process of affirming gender throughout the development up to the age adult.

Keywords: persistence of gender, gender identity, transsexuals childs, transsexuality.

Introducción

La condición de transexual se establece a partir del nacimiento y se origina por diversas causas no bien conocidas que actúan ya en la etapa fetal, y otras circunstancias

de la infancia (relaciones familiares) y adolescencia (la pubertad) que podrían influir de forma determinante en su etiología y desarrollo.

La disconformidad de género se refiere al grado en el cual la identidad, rol o expresión de género de una persona difieren de las normas culturales establecidas para personas de un sexo particular.

La disforia de género hace relación al malestar o sufrimiento causado por la discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo que se le ha asignado al nacer (así como el rol de género y/o las características sexuales primarias y secundarias asociados) (WPATH), (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, y Bockting, 2010). Sólo algunas de las personas no conformes con el género experimentan disforia de género en algún momento de sus vidas.

La disforia de género se refiere a la angustia que puede acompañar a la incongruencia entre el género sentido o género expresado y el género asignado. Aunque no todos los individuos experimentarán un sufrimiento como resultado de tal incongruencia, muchos sufrirán si las intervenciones físicas deseadas por medio de hormonas y/o cirugía de reasignación sexual no son posibles. El termino actual según el DSM-5 (Disforia de género) (American Psychiatric Association [APA], 2013) es más descriptivo que el término previo del DSM-IV (Trastorno de la identidad sexual) y se centra en la disforia como problema clínico y no la identidad en sí misma.

Las preocupaciones o dudas sobre la identidad de género pueden aparecer en diferentes momentos del ciclo vital, desde los primeros 2-3 años de edad, y a menudo impide el desarrollo de relaciones con iguales y mismo sexo, y puede conducir al aislamiento y a experimentar angustia.

Método

En la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Ramón y Cajal de Madrid se sigue un Modelo de intervención asistencial con los usuarios y usuarias de la Unidad, basado en la Psicología Afirmativa (Maylon, 1982). La estructura de la atención psicológica cumple metodológicamente las directrices internacionales para la atención integral de la disforia de género, género disconforme y /o variabilidad de género.

Las Directrices asistenciales se resumen publicadas por la World Professional Association for Transgender Health (WPATH, 2012), en el desarrollo de estándares asistenciales para personas transexuales y en situación de variabilidad de identidad y de género. Estos estándares se basan en la mejor información científica disponible y el consenso profesional informado y fundado en la experiencia, cuyo objetivo general es proporcionar una Guía Clínica para que los profesionales de la salud puedan ayudar a esta población para que desarrollen al máximo su salud general, su bienestar psicológico y su realización personal.

El acompañamiento o counselling psicológico debe ayudarles a afirmar su identidad de género y reducir el malestar de la disforia de género (DG) cuando exista, adquiriendo toda la información y conocimientos sobre las necesidades de salud que se puedan aplicar con los mayores beneficios posibles y menores riesgos. El abordaje establece que ser una persona trans o con variabilidad de género es cuestión de diversidad y no de patología. Pero la realidad es que en muchas sociedades hay un “estigma” asociado a la variabilidad de género que puede dar lugar a prejuicios y discriminación: es el llamado “estrés de minoría”. Este estrés, de base social y crónico, puede incrementar la vulnerabilidad de las personas trans y con variabilidad de género para desarrollar problemas de salud mental tales como ansiedad y depresión. Se trataría de minimizar este estrés minoritario a través de un acompañamiento individualizado y con objetivos consensuados con el usuario o usuaria sobre su proceso de afirmación identitario.

El desarrollo evolutivo del ser humano atraviesa diversas etapas entre el nacimiento y la adolescencia. Hay tres que son especialmente sensibles en la construcción de la identidad: En un primer momento el bebé ni siquiera tiene conciencia de sí mismo y existe una identificación total entre el yo y el mundo. Es el contacto sensorio motriz con el exterior de su cuerpo lo que hace que aprenda esta diferencia: al tocar es cuando aprende que el yo se acaba en unos límites y empieza el no-yo, el mundo. Este es el inicio de la construcción de la identidad, que es aprendida (Becerra-Fernández et al., 2010). Un componente clave de la identidad es el auto concepto, la autoestima. Esta se construye primero mediante el afecto de los padres, y la privación de dicho afecto produce baja autoestima y una identidad alienada. Más tarde se desarrolla por comparación, especialmente con el grupo de pares en la escuela. El trato recibido en

la escuela por parte de profesores o compañeros hace que el niño desarrolle una alta o baja autoestima, y lo mismo sucede al compararse con los demás. La diferencia nunca es percibida como agradable por la persona diferente y, salvo que se incida mucho y bien en ello, es fuente de baja autoestima y de una identidad a veces poco formada. Por último, la adolescencia es un momento de grandes cambios de la apariencia física (sobre todo con el crecimiento y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios), así como cognitivos (con el desarrollo de la posibilidad de abstracción y las operaciones simbólicas). Es un momento en que el sujeto no se reconoce a sí mismo en su cuerpo y tiende a la abstracción, rechazando sus propias ideas previas, las de sus padres y las de la escuela. En este momento todos los adolescentes sufren “crisis de identidad”, fruto de la cual, si todo marcha bien, aparecerá una persona más fuerte y sólida de lo que era (Asenjo-Araque, 2013) Cuando aparece una transición de género en la pre-pubertad, el papel de los profesionales debe ser el de acompañar en el proceso de autorrealización y decisión de su propia identidad sexual. (Bergero, 2014). En cuanto a la descripción del proceso de incongruencia con la identidad de género, comenzamos por marcar que la DG debe distinguirse de la simple disconformidad con el comportamiento estereotipado del rol o expresión de género establecidos, en una determinada cultura y momento histórico. Esta disconformidad suele producirse en la adolescencia y se manifiesta por una ruptura de la personalidad y la búsqueda de la identidad. En la Tabla 1 se muestra un resumen de los puntos más importantes en esta línea de intervención.

Tabla 1

Metodología acompañamiento a lo largo del ciclo vital

-
- **Acompañamiento Psicológico de niños/adolescentes** en su proceso de afirmación del género y orientación/asesoramiento a sus familiares.
 - **Modificaciones en la expresión e identidad** (que pueden incluir vivir parcial o totalmente en un rol de género distinto del asignado y congruente con la identidad de género sentida como propia).
 - **Tratamiento Hormonal Cruzado (mayores de 16 años)/Inhibidores de la Pubertad en menores de 12 años (estadio II de Tanner)**
-

•**Cirugías de reasignación de sexo**

•**Apoyo psicoterapéutico-acompañamiento** (individual, de pareja, familiar o grupo)

•**Ajuste Social:** intervención (en caso de precisar) en el entorno inmediato de la persona directa o indirectamente, para favorecer su integración y vida normalizada (centro escolar, medio laboral, barrio, ciudad.....)

La Imagen 1 muestra las fases que se siguen desde la primera visita en la Unidad de Identidad de Género, UIG. La primera fase que se debe cuidar y diseñar en cada caso, es la **Acogida** y anteriormente en la tabla se detallan los puntos más importantes de esta fase. En segundo lugar se recoge información detallada sobre el entorno familiar: aceptación, apoyo suficiente, roles, vínculos; entorno escolar: tipo de colegio, estructura directiva, rango de acción posible en sensibilización...; sobre el entorno social cercano: nivel de aceptación y/o apertura del barrio, vecinos, centros de uso público... y también la estructura de personalidad del niño/a: fortalezas, puntos a reforzar, resiliencia...

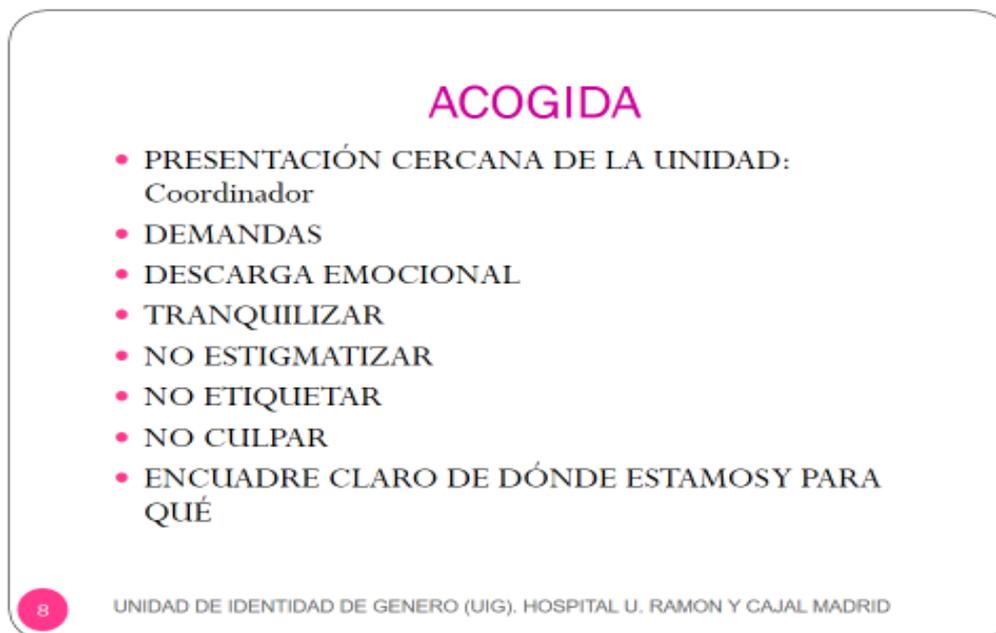


Imagen 1. FASE DE ACOGIDA.

A continuación, sólo en los casos en que clara y justificadamente presenten mas signos de disforia corporal, o que describan problemas de funcionamietno cotidiano, escolar y social, incluso bulling, se valora más en profundidad, utilizando algunos instrumentos adecuados, con el consentimiento de menores y tutores: Test Proyectivos: Casa, Árbol,Persona, Familia.

El uso de opciones farmacológicas, relativas a fármacos supresores de la pubertad, en menores, están actualmente en vía de ser reguladas dentro del Sistema Público de Salud, (Ley 2/2016) no obstante se debe atender a la casuística particular y encuadre de abordaje terapéutico individualizado que garantice, con previo consentimiento de los niños/adolescentes y sus tutores, un seguimiento seguro y profesional a medio y largo plazo.

En la Imagen 2, se detalla un organigrama-protocolo de la actuación en la actual Unidad de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, una de las cinco en España con estructura de funcionamiento similar al modelo holandés de atención a niños y adultos transexuales.

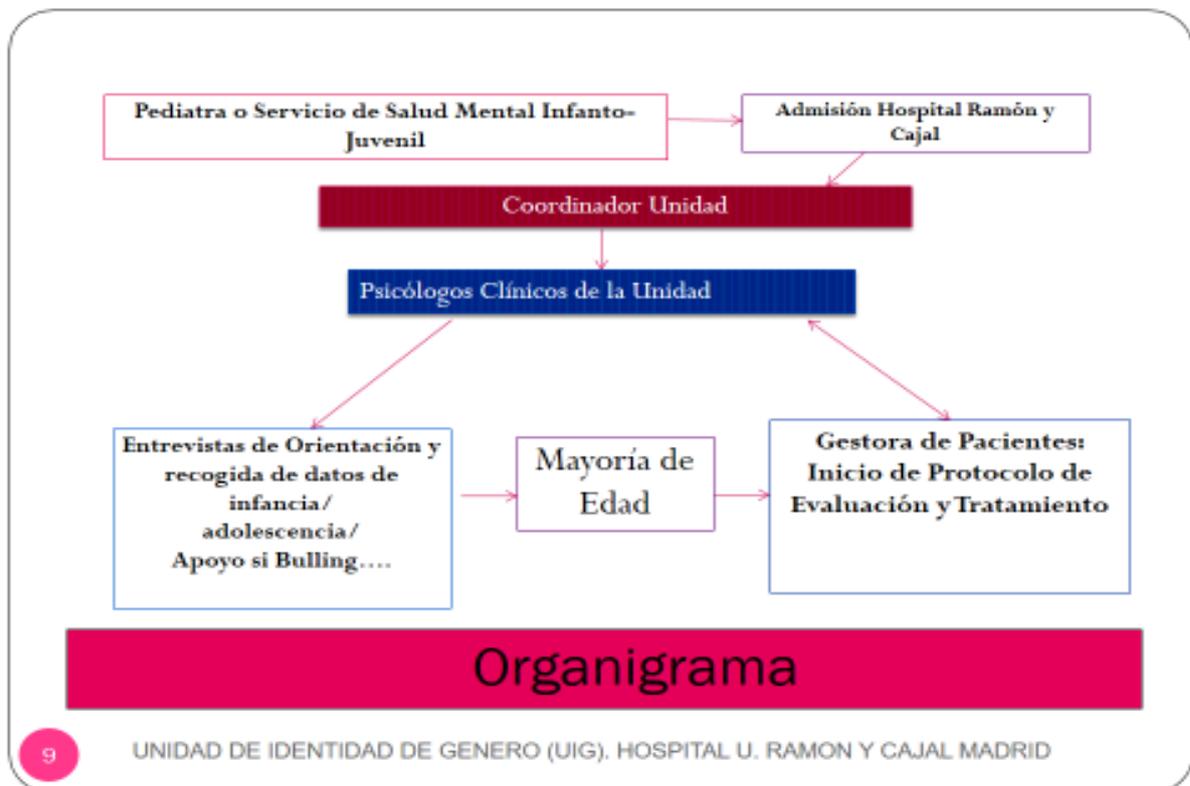


Imagen 2. ORGANIGRAMA UIG.

Resultados

Como aparece en la Imagen 3 en la UIG de Madrid, se han atendido, según el encuadre anteriormente detallado, un total de 98 menores hasta la fecha, de los cuales un total de 45 ya han cumplido la mayoría de edad. El resto, 53 aún son menores de 18 años. De estos 53: 14 son menores de 11 años, 9 tienen de 12-14 años y 18 tienen entre 15 y 17 años. Y hay que añadir que 6 de ellos, menores de 11 años, muestran y expresan un comportamiento de género no normativo, sin que aún se pueda definir que vayan a ser niños o niñas “trans”. Se recomienda un seguimiento longitudinal de los casos para asegurar datos fiables y objetivos relativos a la persistencia de la identidad de género sentida. (Asenjo-Araque et al., 2015; Cohen-Kettenis y Van Goozen, 1997; Esteva de Antonio, Asenjo-Araque y Grupo GIDSEEN, 2015; Steensma, T.D et al., 2013)

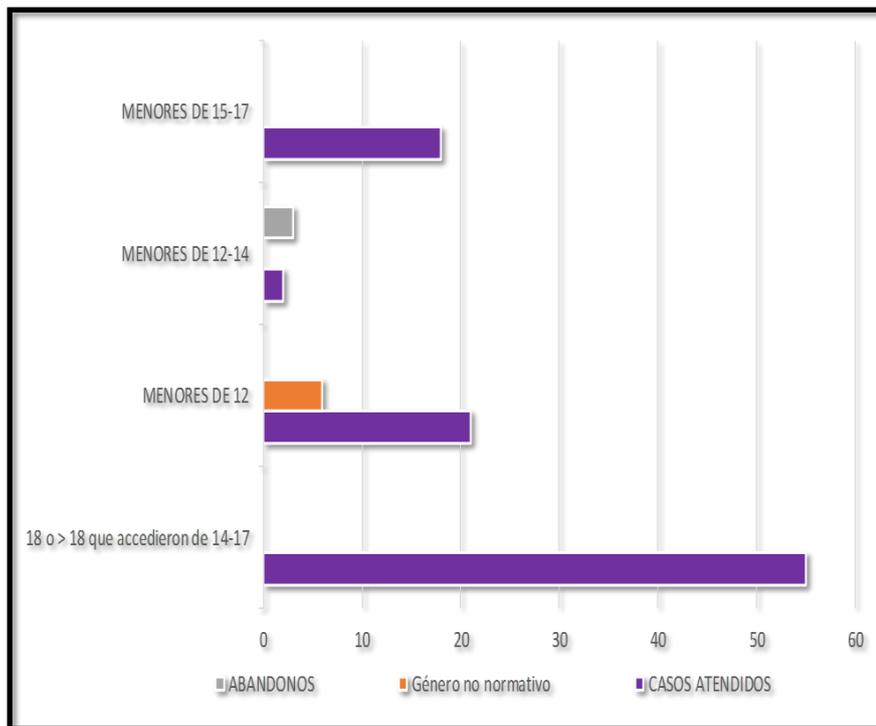


Imagen 3. CASUÍSTICA MENORES.

Conclusiones

Es necesario por tanto, plantear que el acompañamiento psicológico especializado, dentro del marco de la Psicología Afirmativa, constituye una intervención adecuada. Podemos concluir que se observa una disminución del estrés minoritario sufrido en

estos casos, dado que refuerza factores de protección claves para afrontar el proceso de afirmación identitario, durante todo el desarrollo hasta llegar a la edad adulta.

Se necesitan posteriores estudios que midan con precisión en qué medida han disminuido los síntomas ansioso-depresivos, con registros cuantitativos y no solo cualitativos, como es el caso, a fin de poder contrastar la línea base al iniciar el proceso identitario, en lo que se refiere a sintomatología asociada.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asenjo-Araque, N., Rodríguez, J. M., Portabales, L., López, B., Escolar, M., y Becerra, A. (2013). La Transexualidad en niños y adolescentes: Nuestra experiencia en la Unidad de trastornos de identidad de género (UTIG) del Hospital Ramon y Cajal de Madrid. *Avances en Psicología Clínica*, 3, 773-78.
- Asenjo-Araque, N., García-Gibert, C., Rodríguez-Molina, J.M., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M.J. y Grupo GIDSEEN. (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica en Niños y Adolescentes*, 2(1), 33-36. Recuperado de <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-19.pdf>
- Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M. J., Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Pérez-López, G., Frenzi, M., et al. (2010). Transexualidad y adolescencia. *Revista Internacional de Andrología*, 8(4), 165-71.
- Bergero, T. (2014). *Atención a la salud de personas transexuales, transgénero y con disconformidad de género*. Curso de Formación Continuada a distancia del Consejo General de la Psicología de España.
- Cohen-Kettenis, P., y Van Goozen, S. H. M. (1997). Sex-reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 263-271.
- Esteva de Antonio, I., Asenjo-Araque, N., y Grupo GIDSEEN. (2015). Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y

- Nutrición (GIDSEEN). *Revista Española Endocrinología Pediátrica*, 6(1), 10.3266.
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome. The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386-391.
- Knudson, G., De Cuypere, G., y Bockting, W. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus Statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115-118. doi: 10.1080/15532739.2010.509215
- Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. Recuperado de http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/573598-1-2-2016-de-29-mar-ca-madrid-identidad-y-expresion-de-genero-e-igualdad.html
- Maylon, A. (1982). *Homosexuality and Psychotherapy*. New York: Haworth Press.
- Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P., Beekman, A.J., y Cohen-Kettenis, P.T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of Childhood Gender Dyshphoria: A Quantitative Follow-Up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Pshychiatry*, 52(6), 582-90.
- World Professional Association for Transgender Health, WPATH. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* (7th Version). Recuperado de www.wpath.org

TALLER DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE IMAGEN Y COMUNICACIÓN PARA ADOLESCENTES TRANSEXUALES

Irene Marivela-Palacios y José Miguel Rodríguez-Molina

Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología.

Resumen

Antecedentes. La transexualidad es un fenómeno emergente y hay pocos programas de intervención. La población *trans**, especialmente la adolescente, es una minoría y se ve expuesta a estrés minoritario por lo que una intervención preventiva puede resultar muy útil. Esta propuesta de intervención con adolescentes *trans** tiene como objetivo mejorar su calidad de vida, facilitándoles la adquisición de recursos que desarrollen su potencial. **Metodología.** Se dirige a personas de entre 12 y 20 años, en dos grupos: de 12 a 15 y de 16 a 20. Consta de cuatro módulos: reducción de la ansiedad, mejora personal, comunicación e imagen y movimiento, desarrolladas en 14 sesiones. Se proponen diferentes técnicas a aplicar. La evaluación incluye medidas pre y post mediante diversos cuestionarios estandarizados. **Conclusiones.** Se espera una mejoría en el control de la ansiedad y una adquisición de habilidades sociales que les permitan afrontar mejor sus situaciones problema.

Palabras clave: transexualidad, habilidades sociales, ansiedad, adolescentes, intervención grupal.

WORKSHOP TRAINING ON IMAGE AND COMMUNICATION SKILLS FOR TRANSGENDER TEENAGERS

Abstract

Background. Transgenderism is a relatively new area of research and so the intervention programs are still not enough developed for the extensive problems they ought to face. Transgender people, especially teenagers, are a minority in society and therefore they are exposed to specific stress factors. The proposed intervention aims to



improve the life quality of *trans** teenagers, providing with resources to develop their whole potential, not only individually but also as a group. **Methodology.** The age range of participants is between 12 and 20 years old, in two groups: 12 to 15 year olds and 16 to 20. The intervention is divided in four modules, each for one of the main problematic areas: decrease anxiety, self-improvement, communication, and looks and gestures, distributed in 14 sessions. Different techniques such as modeling and roleplaying will be used to reach the aim of each specific session. The program needs to be evaluated with pre and post data collected with standardized questionnaires. **Conclusion.** The propose program is expected to improve the life quality of transgender teenagers, decreasing their possible anxiety and helping to their personal development and growth.

Keywords: transgenderism, social skills, anxiety, teenagers, group intervention.

Introducción

La transexualidad es la discordancia entre la identidad y el sexo biológico, que puede provocar malestar clínico (disforia). Véase, por ejemplo el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) o la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000). El sexo de una persona afecta a sus roles de género y su vida cotidiana, (la manera de vestir, el nombre, su papel en la sociedad, su vida amorosa,...). La discordancia entre la identidad de género y el sexo biológico afecta a todos estos ámbitos generando problemas de calidad de vida y en ocasiones, mucho sufrimiento.

La transexualidad puede darse con niños y adolescentes. A lo largo de este trabajo se utilizará el término *trans** ya que, como ilustra Lucas Platero (2014), engloba las distintas identidades de género (como son transexuales, transgénero...).

La identidad de género se construye durante la infancia y la juventud, pero no hay un acuerdo sobre el origen de esta circunstancia aunque la aproximación más aceptada es la multifactorial que incluye factores biológicos, psicológicos y sociales, como los modelos de Coates, Friedman y Wolfe (1991), Money (1994), Zucker y Bradley (1995) o Di Ceglie, Freedman, Mc Pherson y Richardson (2002).

Si queda académica y científicamente asentado que somos *hombres o mujeres de nacimiento que cambian de sexo porque quieren*, nunca seremos uno más de la sociedad porque se nos denominará siempre por nuestro sexo genético (*varón o mujer* como

sustantivo inalterable), quedando nuestra verdadera identidad personal como algo adjetivo, voluntario y superficial (*cambio de sexo*). (Becerra-Fernandez, 2003).

La sociedad discrimina a las personas trans*, debido a una falta de conocimiento sobre qué implica ser transexual. Esta percepción de “se cambia de sexo” extiende las creencias negativas sobre las personas *trans**.

En España, el tratamiento en las Unidades especializadas en la sanidad pública sigue ciertos protocolos. En primer lugar es necesaria una fase de acompañamiento psicológico en el proceso de autodeterminación de sexo, en la que se clarifiquen posibles confusiones. También se debe descartar que la demanda esté provocada por una psicopatología en fase aguda. Por último se debe valorar el cumplimiento de las normas de atención de la Asociación Mundial de Profesionales en Salud Transexual, WPATH por sus siglas en inglés (World Professional Association for Transgender Health, 2014), como la abstinencia a drogas o la capacidad intelectual para comprender el Consentimiento Informado. Tras ello, es aconsejable que el usuario exprese su género sentido en los ámbitos que sea posible. Se iniciarían también, el tratamiento hormonal y posteriormente, las cirugías demandadas. El fin de estos tratamientos es tanto la eliminación de los caracteres de sexuales secundarios como la inducción de los caracteres sexuales del sexo sentido (Becerra-Fernández, 2003).

En adolescentes y niños surgen problemas específicos. El tratamiento físico ha de ser conservador sin aplicar tratamientos irreversibles. Se debe esperar a que experimente los primeros cambios de la pubertad antes de aplicar tratamientos hormonales agresivos y comprobar si el malestar aumenta debido a estos cambios puberales o no. Esta fase se corresponde con el estadio II de desarrollo puberal de Tanner. Entonces se podrá pasar a la administración de bloqueadores para frenar la producción hormonal de la pubertad. Este tratamiento es reversible, en caso de desistimiento. A los 16 años, se podría comenzar con el tratamiento hormonal cruzado, anteriormente se requería el consentimiento paterno. Para las intervenciones quirúrgicas se precisa tener 18 años, persistir en su transexualidad durante al menos dos años (Becerra-Fernández, 2003). Tras la aprobación de la Ley Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación no se precisa este consentimiento.

Relevancia del problema

La intervención psicológica preventiva con personas *trans** se justifica por los problemas específicos que se suman a los de la población general. Meyer (1995; 2003) desarrolla un modelo psicosocial de estrés minoritario según el cual las minorías se ven expuestas a estresores sociales específicos: prejuicio, expectativas de rechazo, huida y ocultamiento. El estrés minoritario es un resultado del estigma (y autoestigma) y el prejuicio que conlleva la pertenencia a un grupo minoritario, incluida la transfobia interiorizada (Rodríguez et al., 2016). Di Ceglie et al. (2002) estudió los problemas más relevantes para una muestra niños y adolescentes en Londres. Los problemas más destacados fueron relativos a dificultades en la relación paterna (57%), con amigos/compañeros (52%), depresión (42%) y acoso escolar (33%). Asimismo, se sugiere la idea de que el desagrado por los caracteres sexuales incrementa con la edad, especialmente en la pubertad. Esto puede desembocar en depresión, consumo de sustancias y riesgo de suicidio, conductas sexualmente inapropiadas y absentismo escolar (Sadowski y Gaffney, 1998). Reisner, Greytak, Parsons y Ybarra (2015) encontró que los adolescentes con más disforia de género tienen mayor probabilidad de consumir alcohol y otras drogas y de sufrir acoso escolar.

Rachlin (2002) encontró que entre sus preocupaciones más comunes son: malas relaciones interpersonales, malestar emocional, su crecimiento personal y los problemas escolares /o laborales.

Otras áreas problemáticas a las que se enfrentan las personas *trans** son: comunicación e imagen corporal y movimiento.

En el caso de los adolescentes esto puede ser peor en el ámbito escolar, donde el adolescente tiene muy poco poder y recursos respecto a las figuras de autoridad, que pueden que es algo pasajero y no tomarle en serio. Algo tan simple como no poder utilizar el aseo del sexo sentido o el constante recuerdo de su sexo cromosómico (uso de su nombre legal, pronombres incorrectos,...) influye en la percepción del adolescente *trans** por los compañeros, pudiendo provocar rechazo o abuso. El abuso puede empeorar cuando se comiencen a hacer evidentes los cambios de imagen (Rodríguez, Asenjo, Becerra-Fernández y Lucio, 2013).

Las habilidades comunicativas también son relevantes a la hora de hablar con los padres sobre la transexualidad. Muchos adolescentes no entienden con claridad qué les

pasa y necesitan la aceptación de los padres, que no siempre es incondicional. Se puede generalizar a otras situaciones como comunicárselo a otros familiares o amigos. Godás Sieso (Rodríguez et al., 2013) consideran que el proceso de aceptación de los padres evoluciona en tres fases, una primera de reacción airada en que se busca un profesional que “cure” al hijo, una segunda de negociación respecto a esconder su transexualidad y una tercera de aceptación.

Otro ámbito con grandes dificultades es el de la pareja. Tanto al iniciar una relación como al comunicar el proceso a una pareja previa, la situación es difícil y estresante (Rodríguez et al., 2013).

En definitiva, la comunicación efectiva en cada situación es transcendental para su calidad de vida. Puede ser útil utilizar argumentos sentimentales con la familia pero en el trabajo suele funcionar mejor los argumentos más objetivos (Rodríguez et al., 2013). Habría que dotar a los adolescentes *trans** de las herramientas comunicativas adecuadas, lo que es uno de los grandes pilares del programa.

Hay problemas relacionados con la imagen corporal y el movimiento. Generalmente, las personas *trans** han recibido una educación de acuerdo a su sexo cromosómico, incluyendo roles de género. Una mujer *trans** seguramente haya sido criada en un rol masculino y cuando comienza su transición a mujer ha de aprender roles femenino (según sus deseos personales). Este aprendizaje puede hacerse incorrectamente desde los estereotipos femeninos exagerados. Esto produce efectos como un uso incorrecto del maquillaje o la vestimenta, un andar exageradamente femenino, etc.

Lo propio sucede en hombres *trans**, que desean probar su virilidad con el desarrollo exagerado de músculos, andares de vaquero de película... En ocasiones incluso pueden desarrollar ideas machistas por el rechazo a todo lo femenino. El fin de esta intervención no es homogeneizar su conducta a los modelos de hombre o mujer, pero sí que la persona adopte roles e imagen, que faciliten su adaptación social y minimicen el rechazo, siempre respetando los deseos individuales.

Los adolescentes que acuden a las Unidades de tratamiento, es probable que padezcan algunos de estos problemas y se les debe ofrecer todo el apoyo psicológico posible. Por todo esto el programa grupal entrenamiento en habilidades sociales y manejo de la ansiedad que se propone es muy positivo y mejoraría la calidad de vida de

muchos de estos adolescentes. Además, los adolescentes encontrarían apoyo de iguales, lo que contribuiría a romper su aislamiento.

Objetivos

El programa ayudará a paliar los problemas de comunicación y habilidades sociales, imagen y movimiento de los adolescentes *trans** facilitando los siguientes objetivos:

- Mejora de su calidad de vida.
- Incremento de sus habilidades sociales.
- Mejora de sus habilidades de comunicación.
- Reducir el nivel de ansiedad significativamente.
- Aumentar su adaptación al sexo sentido trabajando con la imagen corporal y el movimiento.
- Mejorar en los problemas que puedan sufrir.
- Incrementar las relaciones interpersonales entre iguales y la creación de redes de apoyo social.

Método

Participantes

Población joven *trans**, de entre 12 y 20 años, dividida en dos grupos: uno de 12 a 15 años y el otro de 16 a 20.

Los participantes (y los padres o tutores legales de aquellos menores de edad) han de firmar un consentimiento informado.

Se estiman entre 8 y 15 participantes por grupo de intervención.

Materiales/instrumentos.

Las sesiones se desarrollarán en una sala espaciosa y acogedora. En algunas sesiones será necesario el uso de material extra: un proyector, un ordenador con altavoces, papel y lápiz y material de maquillaje.

Por otro lado, para la evaluación de salud se tomarán medidas pre y post a la intervención, y se repetirán a los 6 meses después de la finalización del programa con el

fin de comprobar si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo. Se utilizarán los instrumentos estadísticamente estandarizados Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA) y Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA), Rodríguez, Asenjo, Becerra y Lucio (2015) para evaluar los objetivos Mejora de su calidad de vida, Reducir el nivel de ansiedad significativamente, Mejorar en los problemas que puedan sufrir).

Respecto a los objetivos relacionados con la habilidades sociales (Incremento de sus habilidades sociales, Mejora de sus habilidades de comunicación, Incrementar las relaciones interpersonales entre iguales y la creación de redes de apoyo social) se evaluarán por un cuestionario creado ad hoc.

Por último, la evaluación del objetivo Aumentar su adaptación al sexo sentido trabajando con la imagen corporal y el movimiento se evaluará mediante Observación Sistemática.

Procedimiento y diseño.

El programa consta de 14 sesiones. Cada sesión durará una hora y media, una vez a la semana y se segmentará en inicio (15 minutos), cuerpo de la sesión (1 hora) y cierre (15 minutos).

Se divide en cuatro módulos: reducción de ansiedad, mejora personal, comunicación e imagen personal y movimiento. Este último módulo será voluntario, ya que muchos chicos prefieren no participar en actividades consideradas como más femeninas (aprender a caminar, a bailar...). Ver tablas 1, 2, 3, 4 ax.

Discusión/conclusiones

El resultado de este trabajo es la creación de un programa grupal para adolescentes trans* que debería ayudar a estos a paliar algunos de sus problemas.

Es preciso realizar mucha más investigación en este campo. Como dice Lucas Platero: “Hay que escuchar a la infancia y juventud *trans**”.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM.5*. Londres, Reino Unido: American Psychiatric Publishing.
- Becerra-Fernández, A. (2003). *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Coates, S., Friedman, R. y Wolfe, S. (1991) The aetiology of boyhood gender identity disorder: a model for integrating temperament, development and psychodynamics. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 481-523.
- Di Ceglie, D., Freedman, D., Mc Pherson, S., y Richardson, P. (2002). Children and Adolescents Referred to a Specialist Gender Identity Development Service: Clinical Features and Demographic Characteristics. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Recuperado de http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no01_01.html
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38-56.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology Bulletin*, 129(5), 674.
- Money, J. (1994) The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 163-177.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2000). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: Méditor.
- Platero, L. (2014). *Trans*exualidades*. Madrid, España: Bellaterra.
- Rachlin, K. (2002). Transgender Individuals' Experiences of Psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Recuperado de http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no01_03.html
- Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., y Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *The Journal of Sex Research*, 52(3), 243-256.

- Rodríguez, J.M., Asenjo, N., Becerra-Fernández, A., y Lucio, M. J. (2013). Interview guideline for functional behavior analysis in transexual persons. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 150-154.
- Rodríguez, J.M., Asenjo, N., Becerra, A., y Lucio, M.J. (2015). Escalas de depresión y ansiedad para personas transexuales. *Psicología desde el Caribe*, 32(1), 53-80. doi: <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.1.5433>.
- Rodríguez, J.M., Asenso, N., García, C., Pascual, A., Becerra, A., y Lucio M.J. (2016). Estigma, estrés minoritario, transfobia interiorizada y bienestar psicológico en transexualidad. *Revista Desexología*, 5(1), 23-37.
- Sadowski, H. y Gaffney, B. (1998). *Gender identity disorder, depression, and suicidal risk*. En D. Di Ceglie y D. Freedman (Eds.), *A Stranger in my Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health* (pp. 126-136). London: Karnac Books.
- World Professional Association for Transgender Health. (2014). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. Recuperado de www.wpath.org
- Zucker, K.J. y Bradley, S.J. (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. Nueva York, EEUU: Guilford Press.

Anexo

Tabla 1

Módulo I: Reducción de la ansiedad

	Objetivos	Técnicas	Tareas
Sesión 1	Conocer el grupo. Exponer demandas y preocupaciones. Negociar el contenido del taller según los puntos fuertes y débiles de cada uno.	Técnicas de presentación grupal.	
Sesión 2	Reducir ansiedad. Aprender Relajación Muscular Progresiva (RMP) y Respiración Diafragmática (DF) para poder utilizarlas fuera de sesión.	RMP de Jacobson RD Instrucciones. Modelado. Ensayo conductual.	Practicar las técnicas aprendidas. Autorregistro de situaciones ansiógenas.
Sesión 3	Conocer las situaciones mayoritariamente ansiógenas para el grupo. Reducir ansiedad. Reducir pensamientos rumiativos.	Ejercicios Mindfulness, aquí y ahora. Parada de pensamiento y distracción con actividades alternativas. Instrucciones. Modelado. Ensayo conductual.	Practicar las técnicas aprendidas.

Tabla 2

Módulo II: Mejora personal

	Objetivos	Técnicas	Tareas
Sesión 4	Mejorar la asertividad. Mejorar la toma de decisiones. Aprender a negociar sus derechos y necesidades.	Instrucciones. Modelado. Ensayo conductual. Retroalimentación-refuerzo.	Practicar lo aprendido en situaciones cotidianas: decir que no a una injusticia, negociar su vestimenta con su familia, decidir qué comprar...
Sesión 5	Mejorar el autoconcepto.	Generalización. Reestructuración cognitiva.	Lista de aspectos positivos acerca de sí mismos.
Sesión 6	Detectar y eliminar la transfobia interiorizada.		Juego de detección de la transfobia en situaciones estándar Autorregistro de comportamientos transfóbicos.

Tabla 3

Módulo III: Comunicación

	Objetivos	Técnicas	Tareas
Sesión 7	Aprender a comunicar correctamente en el centro educativo su transexualidad: Figuras de autoridad.	Instrucciones.	Poner en marcha lo aprendido en sesión para contarle a un profesor.
Sesión 8	Aprender a comunicar a sus familiares y cercanos su transexualidad. Establecer un diálogo en el que se expongan las necesidades,	Modelado. Ensayo conductual. Retroalimentación-refuerzo. Generalización.	Poner en marcha lo aprendido en sesión para explicar a su familia si situación. En caso de que la familia le acepte, realizarlo

	emociones y pensamientos del participante ante su familia.	+ respuesta de pedir ayuda y huida.	con un amigo.
Sesión 9	Aprender a detectar y actuar en situaciones objetivamente peligrosas.		Escribir una situación real o hipotética de peligro, cómo se actuó y cómo se actuaría tras la sesión.
Sesión 10	Aprender a comunicar a su (posible) pareja su situación.		
Sesión 11	Aprender cómo actuar en una entrevista de trabajo y comunicación de situación.		

Tabla 4

Módulo IV: Imagen corporal y movimiento

	Objetivos	Técnicas	Tareas
Sesión 12	Aprender a maquillarse para distintas ocasiones: día a día, formales, fiesta...	Instrucciones. Modelado. Ensayo conductual.	Probar y practicar en casa los diferentes estilos aprendidos para encontrar el que mejor se adapta a sí mismas.
Sesión 13	Aprender a usar complementos adecuados. Aprender a combinar. Encontrar un estilo propio que resulte apropiado y refleje la personalidad del usuario.	Retroalimentación-refuerzo. Generalización	Ir a las tiendas y probar las prendas de ropa necesarias que permitan encontrarse cómodos y con su estilo personal.
Sesión 14	Aprender a bailar, a caminar, a sentarse, a gesticular, etc. de acuerdo con el sexo sentido.		Tratar de practicar estos movimientos en la vida cotidiana, para automatizarlos hasta que salgan con naturalidad.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL TRATAMIENTO TRANSEXUALIZADOR EN MENORES

Laura Portabales-Barreiro*, María Concepción Escolar-Gutiérrez*, Águeda
Binué-Morales*, Belén López-Moya** y Nuria Asenjo-Araque*

* Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; ** Centro de Salud Mental de Ciudad
Lineal. Madrid

Resumen

Introducción. La disforia de género se define como una situación de discordancia entre el sexo sentido y el biológico, que origina niveles de malestar en diferentes grados. En relación al tipo de abordaje médico más indicado en menores con disforia de género existe gran controversia, surgiendo en los últimos años voces tanto a favor como en contra de la instauración de un tratamiento transexualizador precoz, a edades más tempranas a las permitidas en la actualidad (cumplida la mayoría de edad en nuestro país). **Objetivos.** Presentar una exhaustiva revisión de la literatura científica existente en esta materia, que permita exponer las posibles ventajas e inconvenientes derivados de la adopción de esta medida. **Método.** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos electrónicas PubMed, que incluía todos los trabajos de carácter científico publicados hasta el momento. El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de las revisiones sistemáticas incluidas. **Resultados.** Se encuentran argumentos y estudios tanto a favor como en contra de dicha medida, que se asociaría a una importante reducción del malestar emocional según sus defensores. Los detractores, por su parte, advierten que los cambios propios de la adolescencia no sólo incluyen las funciones sexuales, sino también el desarrollo de determinados aspectos cognitivos y comportamentales. Se expondrán los datos derivados de dicha búsqueda con objeto de crear un espacio para el debate y a discusión. **Conclusiones:** Los efectos que a nivel físico y cerebral pudieran derivarse de la adopción de estas medidas son hasta el momento desconocidos. Abogamos por una la decisión terapéutica individualizada, una postura prudente y conservadora que, tomando en consideración las

posibles ventajas e inconvenientes de ambas opciones, permita la adopción de aquellas medidas más oportunas para cada caso particular.

Palabras Clave: Transexualidad, Disforia de género.

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF TREATMENT IN CHILDREN TRANSEXUALIZADOR

Abstract

Introduction. Gender dysphoria is defined as a situation of discordance between sex and biological sense, which causes discomfort levels in different degrees. Regarding the type of medical approach most appropriate in children with gender dysphoria there is great controversy emerged in recent years voices both for and against the establishment of an early transsexual treatment, at younger ages than permitted now (fulfilled the majority of age in our country). **Goals.** Present a comprehensive review of the scientific literature in this area, allowing expose the potential advantages and disadvantages resulting from the adoption of this measure. **Method.** It conducted a literature review in electronic databases PubMed, which included all scientific papers published so far. The literature review was supplemented with manual query references drawn from systematic reviews included. **Results.** And studies are arguments both for and against this measure, which is associated with a significant reduction of emotional distress as their advocates.. Detractors, meanwhile, warn that the changes typical of adolescence include not only sexual function, but also the development of certain cognitive and behavioral aspects. Data derived from such a search in order to create a space for debate and discussion will be presented. **Conclusions:** The effects of physical and cerebral level might result from the adoption of these measures are so far unknown. We advocate an individualized treatment decision, a prudent and conservative approach, taking into consideration the possible advantages and disadvantages of both options, allowing the adoption of those most appropriate for the particular measures.

Keywords: Transsexualism, gender dysphoria.

Introducción

La **identidad de género** se refiere a un sentimiento psicológico, subjetivo e íntimo, la convicción íntima de pertenecer al género masculino o femenino, que la mayoría de las veces coincide con el sexo biológico.

Los niños y niñas se hacen conscientes de la existencia de las diferencias físicas entre los dos sexos entre el año y medio y los dos años. A los 3 años el niño o niña ya se puede identificar como hombre o mujer y a los 4 la identidad de género es estable, aunque se acentuará en la adolescencia con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

No sólo los factores biológicos tienen cabida en este hecho, al igual que en la mayoría de fenómenos que acontecen en el ser humano, los *factores ambientales* y *personales* juegan también un papel determinante, haciendo patente su contribución a través de la **asignación social diferencial** para cada sexo, el papel del **aprendizaje social**, la **identificación con iguales**, la **imitación de modelos** o el **reforzamiento** de conductas de rol sexual “apropiadas”.

La disforia de género (D.G.) se define como una situación de discordancia entre el género sentido y el sexo biológico, que origina niveles de angustia y malestar en diferentes grados.

En menores, atendiendo a la casuística obtenida desde nuestra unidad, se observa un notable incremento de las cifras en los últimos años, llegando a triplicarse la demanda de casos que solicitan atención por este motivo (Asenjo-Araque et al., 2015), acompañado de un decremento en la edad de los solicitantes, siendo frecuente encontrar a menores que, en torno a los 12 años, manifiestan su deseo expreso de iniciar tratamiento, especialmente de corte médico, dirigido a frenar el desarrollo propio de esta etapa.

El desarrollo de la identidad de género implica un proceso cognitivo y, aunque los menores con D.G. consideran que es su cerebro, y no su anatomía, quien les otorga su sentido de sí mismo, son conscientes que su ajuste social y desarrollo de una vida normalizada está muy determinado por la segunda, por lo que consideran que la línea prioritaria de intervención debe ir orientada a frenar o suprimir determinados cambios externos (características sexuales secundarias) que no sienten como propios.

Si bien el abordaje terapéutico (médico y psicológico) en pacientes transexuales que han alcanzado la mayoría de edad en nuestro país está bien establecido y consolidado, este resulta controvertido cuando hablamos de menores.

En relación a estos, parece aceptarse de buen grado una intervención de tipo psicosocial, desde un abordaje multiprofesional y sobre la base de la psicología afirmativa (no intervencionista, no intensiva, no intrusiva y no partidista). Una perspectiva positiva y constructiva, de naturaleza eminentemente social, que pretende acompañar, tanto a aquellos menores que manifiestan síntomas de D.G. como a sus familias, en el proceso de afirmación del género.

Mayor controversia surge cuando hablamos de una intervención de tipo médico para estos menores, sobre la que no parece existir una postura tan unánime, surgiendo en los últimos años voces tanto a favor como en contra de iniciar un tratamiento precoz (antes de la mayoría de edad).

En relación al tratamiento, se ha propuesto una primera y cuidadosa fase de valoración donde, además de la D.G., se tengan en cuenta posibles factores de riesgo, que incluiría una fase de "experiencia de la vida real", en que tanto el clínico como el paciente corroboran que el segundo es capaz de vivir satisfactoriamente bajo el rol de género sentido, a través de un cambio gradual en su rol sexual y otros aspectos y facetas de su día a día.

Cuando se observa un marcado incremento en los niveles de disforia a consecuencia de los primeros cambios derivados del inicio de la pubertad, la supresión de ésta puede resultar indicada. Nos referimos a la segunda fase de este proceso, que supone el bloqueo de la pubertad hormonal del sexo biológico, a través de la administración de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH, cuando la pubertad hormonal haya progresado a por lo menos etapa 2 en la escala de Tanner, a partir de los 12 años).

La edad de administración de análogos varía en función de la legislación propia de cada país y otras variables.

Una tercera fase, entre los 16 y los 18 años, ya supondría la administran hormonas del sexo opuesto (tratamiento hormonal) y posterior cirugía de reasignación.

Indicadores de buenos candidatos para el tratamiento con análogos serían:

-Marcada identificación con el sexo opuesto de inicio en la primera infancia, con incremento de la D.G. ante los primeros cambios de la pubertad, acompañado de búsqueda incesante y deseo expreso de iniciar tratamiento.

-Ausencia de psicopatología u otra conflictiva vital de relevancia.

-Adecuada red de apoyo.

Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura en esta materia, hasta la fecha actual, en las bases de datos electrónicas PubMed usando las palabras clave “hormonal treatment”, “transsexuals”, “transsexuality” y “gender dysphoria”.

Se aplicó asimismo filtro de edad, seleccionando únicamente aquellos trabajos referidos a población menor de 18 años.

El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión bibliográfica.

Resultados

De la mencionada búsqueda llevada a cabo se extraen dos grupos claramente diferenciados: defensores y detractores del tratamiento con inhibidores.

Los defensores de esta alternativa sugieren que el sujeto que inicia un cambio de género a nivel social sin un tratamiento médico que lo apoye, podría constituir un blanco fácil para el acoso o la violencia. Argumentan que el tratamiento con análogos proporcionaría a estos jóvenes la oportunidad de convertirse en adultos con menor disforia, mejor funcionamiento psicológico y niveles de bienestar subjetivo (calidad de vida, satisfacción vital y felicidad) similares a los de su grupo de edad que no experimentan dicha condición.

Otros argumentos en defensa de esta opción serían:

-Se trata de una intervención reversible, que no puede considerarse como reasignación de sexo per se.

-Este tipo de intervenciones facilitan mejoras en la apariencia física que permiten a estos menores vivir en consonancia con su identidad de género sentida, acercándoles a la sexualidad deseada y a una vida más normalizada. Diversos estudios encuentran

mejorías en los niveles de bienestar, adaptación y funcionamiento psicológico, social y sexual en la adultez, derivados de la adopción de este tipo de medidas.

-Minimizan el riesgo de desarrollar futuros cuadros clínicos (como depresión, que incrementaría además el riesgo de suicidio, anorexia, fobias sociales, etc) documentados en casos de disforia de género severos.

-Da tiempo a estos adolescentes para explorar su identidad de género sin la angustia de las características sexuales secundarias en desarrollo, mejorando la precisión del diagnóstico y dotando a estos menores de más elementos de valor sobre los que apoyar su decisión (Becerra-Fernández et al., 2010).

-Evita la experiencia alienante del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, típicos de esta etapa, que el sujeto rechaza (reducción de la angustia psicológica y social derivadas de la situación de incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad de género).

-Evita el desarrollo de las características sexuales secundarias propias del sexo biológico (barba, tono de voz, cambios en la estructura ósea o talla) que, una vez completadas, sólo podrán ser revertidas de forma parcial y de manera más costosa. Las cirugías de reasignación obtienen resultados más favorables (y de manera menos invasiva) a mayor precocidad de inicio del tratamiento.

-Reducción del daño. La adopción de este tipo de medidas previene comportamientos no deseados o de riesgo en estos menores que, en su intento desesperado por lograr su objetivo, podrían optar por otras alternativas como recurrir a la prostitución para pagar los medicamentos, uso de tratamientos autoadministrados (sin un adecuado seguimiento médico) y obtenidos de manera ilegal (que no han pasado unos adecuados controles de seguridad), automutilación, pensamientos y/o intentos autolíticos..., poniendo en riesgo su salud y comprometiendo incluso la propia vida.

En definitiva, desde esta perspectiva advierten que la no intervención no es una opción neutra, sino que de ella pueden derivarse graves consecuencias, que supongan una importante merma en la calidad de vida de estos menores, afectando de manera significativa a su bienestar físico y mental.

Argumentos en contra del tratamiento precoz

La contrapartida a estos argumentos la encontramos en los detractores de esta opción, que apuntan a la escasez de estudios sobre los efectos que, a largo plazo,

pudieran derivarse de este tipo de intervenciones (a nivel físico, cognitivo, social, personal...).

Recuerdan además que la adolescencia constituye un período sensible, de importante cambio y evolución, que implica la presencia de una continua búsqueda del sí mismo (crisis de identidad), en un sujeto inmaduro todavía a diferentes niveles, que culminará posteriormente con la formación de una identidad coherente.

Según esta postura, en este momento del desarrollo, la identidad de género no estaría lo suficientemente consolidada para permitir decisiones con respecto a un tratamiento de estas características, además, la precocidad de dicho tratamiento imposibilitaría un seguimiento longitudinal de estos menores, que acredite que la disforia de género se mantiene a largo plazo, argumento que basan en los datos de persistencia encontrados hasta el momento, según los cuales la D.G. presentada por menores en etapa prepuberal, se mantendría en la adolescencia solamente en un 5 al 20% de los casos (Cohen-Kettenis, Delemarre-Van de Waal y Gooren, 2008), aunque en función del estudio estas cifras oscilan de manera significativa, encontrándose desde un 27 hasta un 81% de persistencia (Asenjo-Araque et al., 2015).

Continuando con la argumentación en esta línea, muchos profesionales consideran que, antes de iniciar el tratamiento con inhibidores, el cerebro debe haber sido totalmente expuesto a las hormonas propias del sexo con que se nace, con objeto de completar el desarrollo evolutivo y madurativo.

En esta línea, apuntan que las consecuencias de naturaleza *irreversible* que de este tipo de intervenciones pudieran derivarse, no sólo incluyen las funciones hormonales y el consiguiente desarrollo de carácter físico (talla/altura o masa ósea) y sexual (incluida la futura fertilidad), sino que afectan también al desarrollo de determinados aspectos cognitivos (capacidad de abstracción, operaciones simbólicas y función ejecutiva) y comportamentales propios de esta etapa (Terasawa y Fernández, 2001).

Los detractores del inicio de una intervención temprana critican además el excesivo centramiento en el cuerpo que, bajo su opinión, promulgan los defensores de la adopción de este tipo de medidas (que obviarían la participación de cualquier elemento psíquico), apuntando la importancia de conceder a la psicoterapia un papel más influyente en el tratamiento de la D.G. en menores.

En relación a este punto, cabe señalar que, si bien es cierto que el uso de la psicoterapia se muestra como un importante pilar de apoyo durante el tratamiento, parece que su uso como estrategia única de intervención parece insuficiente, encontrándose un mejor funcionamiento psicosocial cuando se complementa con el tratamiento médico.

Otros contras apuntados desde este enfoque serían el posible impacto del cambio en el entorno próximo del menor (especialmente desaprobación por parte de iguales) y, en el caso de los transexuales femeninos, se recuerda que impedir un crecimiento fálico normal reduce el tejido genital disponible para la vaginoplastia, restando eficacia y sumando complejidad a la intervención.

Finalmente se señala que, como ya se ha apuntado, la reciente instauración de este tipo de intervenciones limita el conocimiento de los posibles riesgos derivados de las mismas, por lo que tampoco podemos informar con exactitud al paciente y su familia que, de cara a firmar su consentimiento, deben decidir “a ciegas” a la hora de recibir el tan ansiado tratamiento, hecho que plantea dudas a nivel ético y legal.

Discusión y Conclusiones

El niño con D.G. sufre con frecuencia un malestar clínicamente significativo y/o deterioro en el funcionamiento social y en otras áreas relevantes, por lo que la asistencia a estos menores y entorno próximo (especialmente a padres), resulta crucial.

A pesar de que diversos estudios apuntan que los efectos nocivos derivados de una D.G. persistente podrían prevenirse a través de la supresión de la pubertad, otorgando al adolescente la posibilidad de vivir bajo el género sentido, lo cierto es que este tipo de intervenciones suscita elevada controversia entre los especialistas, no existiendo un consenso claro en esta materia. Argumentos éticos, médicos y de otra índole, se entremezclan en un debate que se reparte entre los defensores y los detractores de una intervención precoz.

Si bien los primeros argumentan que no se ha encontrado efecto alguno a nivel clínico sobre el comportamiento social y emocional, ni sobre el funcionamiento escolar de los menores, los segundos alegan que estos cambios podrían ser lo suficientemente sutiles como para pasar inadvertidos, precisando una investigación más amplia en esta materia que determine la seguridad de este enfoque a largo plazo.

Sea como fuere cada individuo es único y, la valoración e intervención sobre el mismo, debe ser individualizada. La necesidad de integrar el plano médico junto al psicológico (más aceptado) de manera complementaria parece, cuanto menos, una opción a considerar.

Así, además de los posibles riesgos y beneficios derivados de la adopción de este tipo de medidas, debemos contemplar la potencial peligrosidad de la no intervención, dado que no parece una opción neutra sino que de ella pueden derivarse importantes consecuencias negativas, con grave repercusión funcional sobre la vida de estos sujetos.

Abogamos por tanto por una postura cauta, rigurosa y conservadora que, tomando en consideración las posibles ventajas e inconvenientes derivadas de ambas opciones, permita la adopción de aquellas medidas para las que estiman mejores resultados, al tiempo que minimicen posibles daños o riesgos, para cada caso particular.

Referencias

- Asenjo-Araque, N., García-Gibert, C., Rodríguez-Molina, J.M., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M.J., y Grupo GIDSEEN. (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 33-36.
- Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M.J., Rodríguez-Molina, J.M., Asenjo-Araque, N., Pérez-López, G., Frenzi, M., y Menacho Román, M. (2010). Transexualidad y adolescencia. *Revista Internacional de Andrología*, 8(4), 165-171.
- Cohen-Kettenis, P.T., Delemarre-Van de Waal, H.A., y Gooren, L.J.G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 1892-1897.
- Terasawa, E, y Fernández, D. L. (2001). Neurobiological mechanisms of the onset of puberty in primates. *Endocrine Reviews*, 22, 111-51.

DEFINIENDO LOS LÍMITES ENTRE EL AUTISMO Y LA PSICOSIS INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Belén Gago-Velasco, Sussy Carolina Luperdi-Castro, Montserrat Civera-Arjona y
Clara Bertó-García**

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

Resumen

Desde el inicio del estudio de los trastornos mentales en la infancia, el diagnóstico diferencial entre la psicosis y el autismo han ocupado un lugar preliminar. La descripción y formulación de ambas patologías en edades tempranas ha sido motivo de controversias entre los teóricos y de dificultades en el diagnóstico diferencial para los clínicos. Uno de los aspectos de mayor controversia para los clínicos de cara al diagnóstico es la desaparición de la categoría de esquizofrenia infantil en los manuales diagnósticos. Este aspecto supone una limitación de cara a la identificación y al diagnóstico de cuadros de psicosis infantiles, ampliamente descritos dentro de la psiquiatría clásica. Por otra parte, el actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª Edición (DSM5) ha englobado los trastornos relacionados con el autismo en la categoría de Trastornos del Espectro Autista, dificultando en muchas ocasiones la distinción entre los niveles de funcionamiento de estos cuadros. En relación a las diferencias fenomenológicas, los Trastornos del Espectro Autista se han caracterizado por la ausencia de progresividad, de trastornos del pensamiento y de disociación afectiva. Sin embargo, los cuadros de psicosis en los niños han sido definidos en base a criterios como la alteración importante de relaciones emotivas con los demás, el desconocimiento manifiesto de la propia identidad, preocupaciones patológicas, rigidez, experiencias perceptivas anormales y lenguaje deficitario. El objetivo de esta comunicación es señalar los aspectos referidos a este debate, tomando en cuenta el origen de ambos trastornos e identificando sus diferencias a raíz de la presentación de un caso clínico. Se trata de una niña de 8 años que acude a un Centro de

Salud Mental Infantil (USMI) en el Departamento del Hospital de La Fe de Valencia. Se describirá la clínica presentada y el abordaje diagnóstico y terapéutico.

Palabras clave: caso único, psicosis infantil, autismo, diagnóstico diferencial.

DEFINING PROBLEMATIC BOUNDARIES BETWEEN AUTISM AND PSYCHOSIS IN CHILHOOD

Abstract

Since the beginning of the study of pediatric mental disorders, the differential diagnosis between psychosis and autism has supposed a relevant dilemma. The characterization of both disorders during the early onset of illness presents common phenomenological features that often confuse clinicians. In addition, the diagnostic stability and accurate treatment of severe mental disorders in early childhood is often a challenge. One of the main focuses of controversy for clinicians is the limitations of diagnostic manuals for the description of phenomenological heterogeneity of symptoms during childhood. In this sense, the last edition of the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM5) do not include early onset psychosis, impairing the classification of psychotic symptoms in children, which are probably misdiagnosed and hidden behind other disorders. In addition, DSM5 defines a global category of Autism Spectrum Disorders, pointing only quantitative differences for differential diagnoses within the spectrum. Autism Spectrum Disorders are basically characterized by persistent deficits in communication and social interaction across multiple contexts, together with restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities. High-Functioning Autism (included within the autistic spectrum) has been differentiated from psychosis by the exclusion of progressive course, thought abnormalities and affective dissociation. However, very early onset psychosis has been characterized by a severe alteration of the emotive relationships with others, pathological worries, rigidity, abnormal perceptive experiences and poor language. The present chapter aim is to point out the relevant aspects related to this debate in the light of a single-case. The patient is a girl of 8 years who is assisted in a Childhood Mental Health in Valencia (Spain). Etiology, phenomenological features and treatment implications will be discussed in this chapter.

Palabras clave: single-case, early onset psychosis, autism spectrum disorders, differential diagnosis

Introducción

La psicopatología en la infancia encierra peculiaridades específicas que en muchas ocasiones suponen dificultades diagnósticas y de intervención para los clínicos. Las clasificaciones diagnósticas actuales, principalmente basadas en los modelos biomédicos, se muestran insuficientes para abarcar la fenomenología que acompaña las problemáticas de los pacientes pediátricos y sus demandas, lo que supone un inconveniente para el diagnóstico de episodios psicopatológicos graves en edades tempranas. Los costes que estas limitaciones generan, estriban frecuentemente en la etiquetación problemática con comprometida estabilidad diagnóstica (Jarbin y von Knorring, 2003; Kim et al., 2011) y la sobremedicalización de las conductas sintomáticas (Welch, Klassen, Borisova y Clothier, 2013).

Un campo de especial controversia lo constituye el diagnóstico diferencial entre las psicosis infantiles y los trastornos del espectro autista (TEA). La fenomenología compartida de ambos trastornos ha sido objeto de descripción desde el inicio de su definición nosológica. De este modo, Bleuler fue el primer autor que utilizó el término autismo, como uno de los principales síntomas de la esquizofrenia: la tendencia a aislarse del mundo real. Más tarde, Kanner describió el síndrome autista bajo el nombre de “autismo infantil temprano”, definiéndolo como un “síndrome comportamental, en el que aparecen alteraciones del lenguaje, en las relaciones sociales, en las conductas y en los procesos cognitivos, manifestándose en las primeras etapas de la vida”.

La diferenciación entre psicosis infantiles y autismo ha sido definida especialmente por la corriente psicoanalítica, que entiende que existen diferencias fundamentales entre ambos trastornos. En este sentido, el autismo infantil se caracterizaría por: 1) un trastorno del contacto social, manifestado por el desinterés hacia los demás y la inaccesibilidad hacia el sujeto; 2) la preocupación excesiva por la inmutabilidad del entorno; 3) el lenguaje marcado por la literalidad, la ecolalia y la inversión pronominal (entre otros aspectos); 4) la ausencia de reactividad hacia la figura materna, que no es percibida por el niño; 5) las actividades lúdicas estereotipadas; y 6)

el retraimiento hacia un mundo simbólico interno. Por su parte, las psicosis infantiles se han caracterizado por: 1) una relación emotiva inadecuada con los demás, que en ocasiones simula fenomenológicamente a la retirada autista, pero en la que el niño sí demuestra un interés por el contacto social; 2) la resistencia a cualquier cambio en el entorno debido a excesiva rigidez cognitiva; 3) la comunicación restringida o disgregada; 4) el desconocimiento de la propia identidad; 5) cierta conciencia del principio materno, con tendencia a relaciones simbióticas con la figura de apego; 6) preocupación patológica por los objetos, y 7) ansiedad elevada y aparentemente ilógica.

El objetivo del presente capítulo es plantear dichas dificultades y controversias a la luz de un caso clínico, así como exponer las posibilidades que emergen de la posición del clínico en su práctica en el ámbito sanitario institucional.

Identificación del paciente y motivo de consulta

Se trata de una niña de 8 años con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y que es remitida por su pediatra de referencia a la Unidad de Salud Mental Infantil para recibir tratamiento psicológico. La derivación es promovida por recomendación del equipo psicopedagógico del centro escolar donde estudia.

En la primera visita, la niña acude con su madre. Ésta describe la problemática que concierne a su hija, efecto de la cual está demandando ayuda en nuestro recurso. La madre comenta que la niña tiene serias dificultades de adaptación escolar y social. Refiere que no tiene amigos en clase, y que desde el centro escolar le han llamado en varias ocasiones la atención por su distraibilidad. La niña se dispersa con facilidad en clase, no hace los deberes cuando toca, y se pierde en las excursiones por no ir con el grupo de escolares. La madre comenta que los profesores le han alertado de los trastornos conductuales que observan en el colegio, hasta el punto de expresarle: “Si supieras lo que hace tu hija, te asustarías”. Los profesores señalan que la niña expresa con rabietas desproporcionadas la imposición de límites respecto a su actividad imaginativa, angustiándose si ella la percibe inacabada. Una de sus actividades más llamativas consiste en recoger ensimismada papeles de la papelera, recortándolos y dibujando en ellos las creaciones que salen de su mente (personajes extraños, objetos, historias, nombres extravagantes, etc.) La madre comenta que hay que vaciar todos los

días su mesa y su mochila de la cantidad de papel que recoge. El resto de niños de la clase han llegado a llamarle “La papeleras”.

La madre considera que la dedicación de la niña a la creación de fantasías es desajustada. Su actividad se centra principalmente en dibujar en réplica en los recortes de papel objetos contenedores (por ejemplo, el bolso de su madre con todos sus enseres).

Estrategias de evaluación

Las estrategias de evaluación para este caso se basaron en tres estrategias:

1. *Entrevistas clínicas*: se realizó una entrevista semiestructurada con los padres de la paciente y con el equipo psicopedagógico de su actual centro escolar de cara a obtener datos relevantes respecto a la historia psicobiográfica de la menor, el desarrollo de las dificultades psicológicas y la adaptación escolar.

2. *Escalas psicométricas*: se administró la versión española de la escala Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991). La escala CBCL obtuvo información de los padres acerca del comportamiento problemático de la niña en cuatro de sus siete dimensiones, a saber: problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas atencionales y comportamiento antinormativo.

3. *Técnicas proyectivas*: se administraron a la paciente el Test de la Familia de Corman y el Test de la casa-árbol-persona de Buck. Durante la evaluación con estas pruebas, se observó una gran productividad imaginativa en la niña, con signos de hiperactividad, un discurso prácticamente incontenible, disgregado y saltígrado, y el sobrepaso de límites.

Formulación clínica del caso

A. Historia psicobiográfica

La madre describe un embarazo deseado y normativo. El parto ocurrió sin incidencias. Los progenitores hablan de que hasta los 4 años la niña no controlaba los esfínteres ni mostraba intención comunicativa en el lenguaje. La madre la describe como sorda en su primera infancia, “desconectada del mundo”. No respondía a la llamada de los demás ni al citar su nombre. Únicamente prestaba atención cuando escuchaba la canción del cumpleaños feliz. Tampoco manifestó los hitos del desarrollo del lenguaje con el uso de protoconversaciones. A la edad de 4 años, la niña comenzó a

hablar de forma repentina y llamativa, demostrado un lenguaje maduro, con una amplitud de léxico superior a la propia de los niños de su edad y haciendo uso de neologismos y tecnicismos frecuentes. Del mismo modo, adquirió bruscamente el control de esfínteres tanto diurno como nocturno.

La madre comenta que hasta los 6 años le hablaba de una amiga imaginaria (holy bebé), a la que ya nombraba desde que se inició en el lenguaje expresado. Asimismo, refiere que la niña se mostraba indiferente a la presencia o ausencia de su madre durante la infancia temprana, y que aún en la actualidad, se vincula con excesiva facilidad con personas extrañas. Hacía usos extraños de los juguetes.

B. Descripción del trastorno actual

Los aspectos sintomáticos fundamentales a señalar tras el análisis del caso son:

- Presencia de un discurso sin orientación que le sobrepasa emocionalmente, con clara perturbación del lenguaje en el momento en que éste se articula con elementos emocionales.

- Contraste entre la capacidad de representación del mundo, adecuada en contextos fantasiosos, pero llamativamente desestructurada en la representación de la experiencia directa.

- Uso de neologismos para designar contenidos angustiosos, por ejemplo: “iceja”.

- Rigidez de secuencias con alta ansiedad si no termina una actividad (deberes, dibujo).

- Primera relación de indiferencia hacia los otros, con evitación del contacto ocular, aunque posteriormente es capaz de realizar un rápido vínculo terapéutico.

D. Orientación diagnóstica:

Para el diagnóstico diferencial de este caso se tomaron en cuenta los siguientes trastornos, según el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013):

- *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*: se considera primeramente este diagnóstico por ser el que aparece en la historia clínica de la paciente, por la aparición temprana de los problemas y su generalización a varios contextos. Sin embargo, la conducta hiperactiva de la niña se encuentra restringida a sus intereses particulares, es un mecanismo de autorregulación en situaciones estresantes para ella, se dirige a un propósito y viene acompañada de otras conductas peculiares que

no se explican por el diagnóstico TDAH. Se descarta este diagnóstico entendiendo que los síntomas de la niña se explican mejor por otro trastorno mental.

- *Trastorno del Espectro Autista*: en apoyo a los criterios diagnósticos actuales de esta categoría se señala que: 1) las conductas problema aparecen en la primera infancia; 2) existe un déficit en comunicación social, con deficiencias en la reciprocidad socio-emocional, comunicación no verbal y en el desarrollo y comprensión relacional; y 3) existen patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, con excesiva inflexibilidad en rutinas y rituales, e intereses anormales y perseverantes (“objetos inusuales”). Por tanto, según el manual DSM5, la paciente podría recibir este diagnóstico.

- *Psicosis infantil*: tal como se señaló en la introducción, la psicosis infantil no se encuentra recogida como entidad nosológica en la categoría de trastornos con inicio en la infancia del manual DSM5. Sin embargo, cabe considerar la relevancia de este cuadro en la infancia de cara a su curso en el espectro psicótico en la edad adulta. En este sentido, es oportuno reflexionar sobre algunos aspectos fundamentales que señalan la presencia de un funcionamiento psicótico de la paciente del caso, entre ellos: 1) el deseo de vinculación social (la vivencia egodistónica de la experiencia de aislamiento, la importancia que se da en sesión a la presencia del terapeuta y la narrativa frecuente acerca de la relación entre las personas); 2) la desorganización en su funcionamiento que es capaz de regular a partir de la productividad de fantasías; 3) la evolución rápida en 5 sesiones, hacia la interacción de lo emocional con su narrativa.

En conclusión, el contacto accesible pero inadecuado con los otros, la desorganización de lenguaje y conducta y la relación fusional con la madre son aspectos a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de este caso.

Tratamiento

El tratamiento aplicado para este caso se realizó en el contexto de una Unidad de Salud Mental Infantil con intervención psiquiátrica y psicológica en coordinación. Desde el enfoque psiquiátrico, se optó por suprimir el tratamiento farmacológico con metilfenidato y esperar a la evolución del cuadro para valorar reintroducción psicofarmacológica. Desde el enfoque psicoterapéutico, se llevó a cabo una terapia de 5 sesiones, que se describe en epígrafes posteriores. Nótese que la duración breve de la

intervención psicoterapéutica estuvo motivada por aspectos coyunturales del servicio en el momento de la intervención, habiendo sido recomendable un seguimiento más duradero.

Elección y aplicación del tratamiento

Dada la fenomenología idiosincrásica, los altos niveles de ansiedad y las dificultades para la creación del vínculo terapéutico inicial, se decidió abordar el caso desde un enfoque de terapia de juego para la facilitación de la expresión de la niña en su subjetividad y la construcción de su estructura.

Al inicio del mismo, se observó una intención comunicativa del discurso precaria y un lenguaje fantasioso y desorganizado. En el plano emocional, impresionaba de artificialidad, demostrando reacciones de alegría con carencia resonancia afectiva. Este contacto en la sesión contrasta con la emocionalidad que manifiesta en momentos de angustia, tales como los vividos en el centro escolar. En la tercera sesión, al introducir a la niña en una narrativa identitaria, emerge una actividad desorganizada con rasgado de papeles, dibujo y discurso desestructurado e ilógico, y altos niveles de ansiedad en consulta. En las dos últimas sesiones se realizó un trabajo conjunto de estructuración de los recortes y de representación de sí misma, y se observó la creación de un vínculo terapéutico real.

Efectividad y eficiencia de la intervención

Cabe considerar en este caso que la sospecha de un cuadro de psicosis infantil en contraposición al diagnóstico TDAH, abrió un medio de intervención terapéutica que resultó beneficioso para la paciente. Los manuales actuales no describen tratamientos bien establecidos en este tipo de cuadros, si bien, estos sí aparecen en la clínica. La intervención psicoterapéutica breve desde un enfoque abierto en terapia permitió la posibilidad de establecimiento de un vínculo terapéutico con la niña, el inicio de la construcción de una estructura y la expresión de sus preocupaciones. En sólo cinco sesiones se observó que el encuadre terapéutico permitió rebajar los niveles de angustia de la niña. La permisividad de un espacio no directivo en las sesiones permitió atender la productividad de la niña desde un esfuerzo de autorregulación, como lo era la

representación de sí misma, la progresiva interacción social con un otro y el asentamiento consentido de su experiencia en lenguaje.

Discusión

En conclusión, la orientación diagnóstica en la clínica infantil actual supone un desafío para los profesionales, en ocasiones dificultada por los marcos nosológicos establecidos desde los manuales diagnósticos. Dichos referentes son limitados en muchas ocasiones para el abordaje terapéutico y constriñen las posibilidades de actuación. No obstante, tal y como se ha descrito en el caso clínico, existen factores relevantes que demuestran que es posible adoptar una posición desde la observación ingenua del paciente, y que ésta tenga efectos dinámicos en la intervención psicoterapéutica.

Referencias

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Jarbin, H. y von Knorring, A.-L. (2003). Diagnostic stability in adolescent onset psychotic disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 15–22. Recuperado de <http://doi.org/10.1007/s00787-003-0300-z>
- Kim, J. S., Baek, J. H., Choi, J. S., Lee, D., Kwon, J. S. y Hong, K. S. (2011). Diagnostic stability of first-episode psychosis and predictors of diagnostic shift from non-affective psychosis to bipolar disorder: A retrospective evaluation after recurrence. *Psychiatry Research*, 188(1), 29–33. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.017>
- Welch, S., Klassen, C., Borisova, O. y Clothier, H. (2013). The DSM-5 controversies: How should psychologists respond? *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 54(3), 166–175. Recuperado de <http://doi.org/10.1037/a0033841>

¿SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES O PSICOSIS? A PROPÓSITO DE UN CASO

Clara Bertó-García, Luis Eduardo Estévez-Cachafeiro, Sussy Carolina Luperdi-Castro y Montserrat Civera-Arjona

Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia, España

Resumen

Antecedentes: El Síndrome de Munchausen por Poderes (SMPP) constituye una forma poco frecuente pero grave de maltrato infantil (Bartsch, Ribe, Schütz, Weigand, Weiler, 2003) en la que el progenitor, exagera, inventa, o provoca intencionadamente síntomas de cualquier enfermedad física o psíquica en el niño, obteniendo un beneficio psicológico: la atención médica (Landa, Alvites y Fortes, 2014; Maida, Molina y Carrasco, 1999). Se estima que la prevalencia es del 0,5-2,0 por 100,000 niños, sin diferencias entre sexos (Chaskel, Cujíño, Dávila, Sarmiento y Villareal, 2012). El agente causante habitualmente es la madre. El 14-30% ejercen profesiones sanitarias, presentan antecedentes de negligencia infantil, el 50% padecen trastornos somatomorfos, y el 75% muestran rasgos de personalidad clúster B (Motz, 2008). Característicamente, el padre viene representado por una figura indiferente y neutral, emocionalmente y físicamente distanciada del sistema familiar (Maida et al., 1999). El SMPP es una entidad infradiagnosticada, su diagnóstico es un proceso largo y costoso, y no disponemos de ningún test psiquiátrico ni psicológico que permita *a priori* su diagnóstico (Forsyth, 2002). **Método:** El presente caso trata sobre una niña de 6 años, con un presunto SMPP, cuyas manifestaciones clínicas son principalmente psiquiátricas. Ingresó en el servicio de psiquiatría durante 14 días, para una correcta filiación diagnóstica mediante la observación directa y entrevistas diarias. **Resultados:** no se observó la clínica descrita por la madre, destacando discrepancias entre el discurso de la progenitora y lo observado por el psiquiatra y maestros. **Conclusión:** El SMPP constituye una forma grave y potencialmente mortal de maltrato infantil. No debe considerarse como un diagnóstico de exclusión, sino incluirse en el diagnóstico diferencial ante una enfermedad recurrente, atípica e inexplicable en un niño. Podemos considerar como

signos de alarma: discrepancia entre la historia y hallazgos clínicos, ausencia de respuesta a tratamientos, mejoría durante la hospitalización, demanda de pruebas, tratamientos y segundas opiniones por el progenitor, y pruebas complementarias anodinas (Forsyth, 2002).

Palabras clave: Síndrome de Munchausen por Poderes, maltrato infantil, hiperfamiliaridad, pruebas anodinas, segundas opiniones.

MUNCHAUSEN BY PROXY SYNDROME OR PSYCHOSIS? A CASE REPORT

Abstract

Background: Munchausen by Proxy Syndrome (MBPS) is an infrequent but serious kind of children maltreatment (Bartsch, Ribe, Schütz, Weigand and Weiler, 2003), in which the parent, exaggerates, invents, falsifies or causes intentionally symptoms of any physical or mental disease, obtaining a psychological benefit: the medical care (Landa, Alvites and Fortes, 2014; Maida, Molina and Carrasco, 1999). Its prevalence is about 0,5-2,0 per 100,000 children, without differences between genders (Chaskel, Cujíño, Dávila, Sarmiento and Villareal, 2012). Often, the perpetrator is the mother, 14-30% of them practice a related medical profession. Frequently, these mothers have a personal history of childhood abuse, 50% of them are diagnosed of somatoform disorders, and 75% of them present cluster B personality traits (Motz, 2008). It is typical that the parent is represented by an indifferent and neutral figure, emotionally and physically away from the familial system (Maida et al., 1999). MBPS is an underdiagnosed entity, since its diagnosis is a long and difficult process and there are not available psychiatric or psychological test which provide the diagnosis (Forsyth, 2002). **Method:** The present case is about a 6 years old girl with a suspected MBPS with psychiatric manifestations. She was admitted in the psychiatric department for 14 days, in order to get a correct diagnose through direct observation and daily interviews. **Results:** The clinical described by the mother was not observed, highlighting discrepancies between the mother's speech and the psychiatrist and teachers observations. **Conclusions:** MBPS is a serious and potentially lethal kind of children maltreatment. It should not be considered as exclusion diagnose, but as a possibility in the differential diagnose considering a

recurrent, atypical and inexplicable illness in a children. It could be considered as warning signs: divergence between the medical history and the clinical findings, inefficacy of treatments, improvement during the hospitalization, medical examinations, treatments and second opinions demands by the caregiver, and anodyne results (Forsyth, 2002).

Key words: Munchausen by Proxy Syndrome, children maltreatment, hiperfamiliarity, anodyne results, second opinions.

Identificación del paciente

Se trata de una niña de 6 años, española.

Es hija única y vive con los padres.

Estudia primero de primaria, con buen rendimiento académico y adecuada relación con iguales y maestros.

El padre es óptico, y la madre educadora.

Pertenecen a un estatus socio-económico medio.

Análisis del motivo de consulta

Se deriva a la paciente desde neuropsiquiatría a salud mental infantil, ante la sospecha de un trastorno por hiperactividad desde los 3 meses.

La madre comenta que ya con 18 meses presentaba un tono de voz alterado e ininteligible, hacía uso de un lenguaje adultiforme y hablaba en otros idiomas.

Según el relato de la madre, desde que era un bebé mostraba un carácter hiperactivo e irritable. La define como una niña inteligente, rígida, impulsiva y agresiva desde los primeros días de vida.

La madre expresa desbordamiento ante las alteraciones conductuales y comportamientos disruptivos de la joven.

Historia del problema

En la historia clínica destaca la presencia de múltiples diagnósticos médicos, desde los primeros días de vida. Asimismo, destaca un trato hiperfamiliar de la madre hacia los facultativos sanitarios, seguimiento por diversas especialidades médicas,

búsqueda de segundas opiniones y atención en clínicas privadas, en búsqueda de pruebas complementarias y diagnósticos.

A continuación vemos el historial médico de la paciente:

A los 5 días de vida, la madre acude a urgencias, por llanto continuo, siendo diagnosticada de cólico del lactante. A los 3 meses, es remitida a neuropediatría, por inquietud. Se realiza una ecografía cerebral y un electroencefalograma, que resultan normales, por lo que se acuñan los diagnósticos de hiperexcitabilidad cerebral, terrores nocturnos y alteraciones conductuales.

A los 6 meses, se practica un tránsito gastrointestinal, por regurgitaciones. La prueba resulta anodina, diagnosticándosele de reflujo gastroesofágico. Paralelamente, la madre acude a una clínica privada por la sospecha de apneas respiratorias. Se realiza una polisomnografía, resultando normal. Pese a descartar patología, la madre opta por utilizar un detector de apneas nocturno hasta los 3 años.

Durante los meses consecutivos inicia seguimiento en la unidad de metabolopatías, por un posible retraso del crecimiento. Se solicita una batería de pruebas, las cuales resultan normales. Ante la presencia de un ronquido, acude al servicio de neumología, recibiendo el diagnóstico de hipertrofia amigdalara.

Entre los 3 y los 4 años, acude a urgencias por caídas accidentales. En el primero de los casos por un traumatismo craneo-encefálico, y en el segundo por un traumatismo vulvar.

Un año después, acude al servicio de alergología, diagnosticándosele de asma y rinitis alérgicas. Consulta nuevamente en gastroenterología, en esta ocasión relatando estreñimiento crónico y hematoquecia. Se realiza otra ecografía abdominal, cuyos resultados fueron anodinos.

La madre describe un empeoramiento de las alteraciones conductuales a los 5 años, con rabietas frecuentes, conductas disruptivas, irritabilidad, impulsividad y cambios bruscos de humor. Se practican 2 resonancias magnéticas nucleares (RMN) cerebrales, siendo normales. Desde neuropediatría inician tratamiento con neurolépticos, comienzan a plantearse los diagnósticos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista (TEA) y trastorno negativista desafiante (TND), y deciden remitirla a salud mental infantil.

En la visita con el psiquiatra, la niña mantiene contacto ocular, juega con normalidad y presenta una expresión facial acorde a un estado emocional de tranquilidad y simpatía. No se emite ningún diagnóstico, y tras la primera visita, la madre acude a una clínica privada de trastornos del neurodesarrollo. Descartan que se trate de un TDAH o un TEA, y la diagnostican de TND leve.

Posteriormente, la madre refiere un empeoramiento conductual, acompañado de alucinaciones auditivas y visuales. La madre cree que puede tener esquizofrenia paranoide o personalidad múltiple. Es por ello que se ingresa en psiquiatría infantil, para una mejor filiación diagnóstica.

Análisis y descripción de las conductas problemáticas

Durante el ingreso, puede constatarse la discrepancia entre el relato de la madre, lo objetivado por el psiquiatra, y lo observado en el colegio hospitalario:

Según el discurso de la madre la niña presenta episodios de heteroagresividad hacia terceros, autolimitados, que suelen coincidir con fiebre. Describe un rechazo persistente por los animales y cambios bruscos de humor, hiperactividad e inatención. El psiquiatra, por contra, observa una actitud oposicionista, desafiante y autoritaria de la niña hacia la madre, pues le insulta y agrede ante límites conductuales básicos. Observa un ánimo eutímico e interacciona correctamente con el terapeuta. En el colegio describen correcta adaptación, en ausencia de ansiedad de separación o dificultad para relacionarse. Sigue órdenes, respeta las normas de los adultos y no presenta inflexibilidad al cambio.

La madre describe alucinaciones visuales y auditivas, que la incitan a cometer actos violentos. Según la progenitora, la joven cree que la investigan desde el colegio. La madre refiere hiperestesia sensorial a ruidos y actitud de balanceo. En la entrevista con el psiquiatra no verbaliza clínica alucinatoria espontánea. La niña responde de forma evasiva, ofreciendo un discurso impreciso y cambiante. No se detecta repercusión afectiva o conductual de la clínica descrita por la madre. En el colegio no observan ninguno de estos comportamientos.

Según la progenitora, la menor realiza los deberes de forma compulsiva, presenta restricción de intereses (cuerpo humano, construcciones) y posee gran memoria. El psiquiatra describe que habla sin dificultades de sus amistades e intereses, que no

coinciden con el relato de la madre. Desde el colegio informan de que no sabe denominar los órganos del cuerpo, y que prefiere aplicaciones de princesas en tareas computerizadas. Describen un nivel de aprendizaje y capacidades memorísticas adecuadas para su edad. Tanto el psiquiatra como los maestros señalan tendencia por parte de la madre a exagerar las peculiaridades de la joven y preocupación acrecentada por parte de la madre.

Tras 14 días de ingreso, se descarta clínica psicótica o afectiva, confirmándose el diagnóstico de TND leve.

Al alta, la madre acude nuevamente al circuito médico privado. Es evaluada en una red privada de trastornos del neurodesarrollo, donde se procede a la repetición de pruebas físicas y evaluaciones neuropsicológicas, diagnosticándosele de TND grave y TDAH combinado, recomendándose el inicio de tratamiento con psicoestimulantes. La madre sigue acudiendo a salud mental infantil, exigiendo que se le pauten el tratamiento recomendado desde el ámbito privado.

El trato hiperfamiliar de la progenitora, la atención por distintas especialidades, la búsqueda de segundas opiniones, la atención en dispositivos privados, las pruebas complementarias anodinas, la búsqueda de diagnósticos y las particularidades de los progenitores contribuyen a la sospecha de un SMPP. Es por ello que realizamos un análisis de los registros, a través de la revisión de la historia clínica de la madre, pues es el único supuesto en el que dicho procedimiento está legalmente permitido, ya que de no ser así, no sería posible diagnosticar un SMPP, salvo que se obtenga evidencia de la fabricación de enfermedades. Obtenemos los siguientes datos de interés:

La madre es una mujer con tendencia a las somatizaciones, en seguimiento por distintas especialidades, psiquiatría y psicología clínica. Está diagnosticada de un trastorno adaptativo en el contexto de las dificultades de crianza con la hija y recibe tratamiento antidepresivo crónico. Presenta escasa capacidad de elaboración emocional, rigidez cognitiva, sentimientos de baja autoestima, ira e incompreensión. Tiende a la sobrevaloración de problemas reales y a la reconstrucción errónea de relatos reales. Destaca tendencia al histrionismo y teatralidad. Por otra parte, el padre está escasamente implicado en la crianza de la niña, adoptando un papel neutro e imparcial.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Desde un inicio planteamos que la manera de abordar este caso parte de comprender a la madre, considerando que el SMPP es un trastorno psiquiátrico en el que el progenitor induce enfermedades físicas y/o psíquicas en el menor, con un objetivo psicológico: recibir atención y cuidados médicos (Landa et al., 2014; Maida et al., 1999).

La principal meta es la normalización de la vida de la paciente en todos los ámbitos, así como facilitar un desarrollo físico-psíquico acorde a su edad.

Otra meta prioritaria es restablecer del vínculo deteriorado de la paciente con la madre.

Por último, cabe destacar la importancia de poner el SMPP en conocimiento del equipo médico, con el objetivo que no se convierta asimismo como agente mantenedor del maltrato.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos deben girar en torno a una situación que proteja a la menor.

Para ello, debemos abordar y restablecer el vínculo patológico entre la paciente y la madre, la cual solicita atención para sus propios problemas y dificultades a través de presentar a su hija como enferma. Por tanto, debemos enfocar la psicoterapia en el abordaje de los sentimientos de baja autoestima, frustración y rechazo.

Selección del tratamiento más adecuado

Por una parte, se realizó un abordaje psicoterapéutico individual de la paciente y en conjunto con la madre. Se facilitaron pautas educativas y de orientación en la crianza.

Además, se llevó a cabo una intervención cognitivo-conductual del TND, aplicando técnicas y estrategias de afrontamiento: técnicas de relajación y autocontrol, entrenamiento en resolución de problemas, habilidades sociales y valores prosociales.

Se estableció una coordinación entre la psiquiatra de la progenitora y el equipo de salud mental infantil, ofreciéndole un espacio de apoyo a modo individual.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos

Se tuvieron en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-5, concretamente los referidos al TDAH, TEA y TND.

Se aplicaron la Conners' Parent Rating Scale-Revised para familias (CPRS-R) y la Conners' Teacher Rating Scale-Revised para profesorado (CTRS-R), para la evaluación de un posible TDAH. Los resultados fueron significativamente discordantes entre la escala completada por el colegio y por la familia.

Cabe destacar que no existe ningún test psicológico ni psiquiátrico que permita diagnosticar *a priori* el SMPP, y que la sospecha viene desencadenada a partir de un cuadro atípico en el niño, que se apoya en la búsqueda de la evidencia que explique lo que no es un SMPP, la separación del niño del perpetrador sospechoso y el análisis de los registros.

Aplicación del tratamiento

Se realizan entrevistas quincenales durante los 3 primeros meses con la paciente y la madre. Posteriormente y hasta la fecha, se realizan visitas mensuales. Tienen una duración total de 40 minutos.

Por una parte se realiza seguimiento psiquiátrico y psicoterapéutico de la menor de forma individual y en conjunto con la madre. Inicialmente se mantuvo una dosis de neuroléptico baja, para controlar las alteraciones de conducta, retirándose progresivamente conforme se avanzó en el abordaje psicoterapéutico y restablecimiento del vínculo madre-hija.

Por otra parte, se establece un abordaje conjunto entre el servicio de salud mental infantil y el psiquiatra de adultos de la madre, con el objetivo de incidir en los sentimientos de baja autoestima, frustración, ira y aislamiento de la progenitora.

Dada la evolución favorable de la paciente y la madre, se decidió no notificar la situación a los servicios sociales, basándonos en el principio de causar el menor daño a la menor y teniendo en consideración las potenciales consecuencias negativas que ello podría desencadenar. Descartamos dicha notificación con el fin de evitar que la madre abandonara el seguimiento de entrada y evitar la posibilidad de que se llevara a cabo la separación de la paciente de su madre. Sin embargo, sí se notificó la situación de riesgo

al servicio de pediatría con el objetivo de no perpetuar la situación de maltrato infantil (Bórquez y Dresdner, 2015) a nivel hospitalario.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

En las sucesivas consultas, tras el abordaje anteriormente descrito, se ha observado una mejoría clínica, tanto de la madre como de la paciente.

La menor ha evolucionado hacia una mejoría en su conducta y en la interacción social y familiar, denotando un mayor control de su conducta agresiva y disminuyendo los comportamientos disruptivos.

La madre actualmente se encuentra más tranquila y distanciada del estado de salud de la hija.

Seguimiento

Actualmente se realiza seguimiento regular de la paciente, y también se le ha ofrecido a la madre la posibilidad de tener un espacio individual siempre que lo necesite. El seguimiento se realiza en estrecha coordinación con la psiquiatra tratante de la madre.

Durante los últimos meses y coincidiendo con la intervención psicoterapéutica dual, no se han constatado más procedimientos médicos que pudieran sugerir la persistencia de una situación de maltrato infantil.

Referencias

- Bartsch, C., Ribe, M., Schütz, H., Weigand, N., y Weiler, G. (2003). Munchausen syndrome by proxy: an extreme form of child abuse with a special forensic challenge. *Forensic Science International*, 137, 147-151.
- Bórquez, P., y Dresdner, R. (2015). Síndrome de Munchausen por poder. Revisión de un caso con resultado de parricidio. *Revista GPU*, 11(3), 284-290.
- Chaskel, R., Cujíño, M. F., Dávila, A., Sarmiento M. M., y Villareal, M. I. (2012). Síndrome de Munchausen por poder. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 11(2), 60-65.
- Forsyth, B. (2002). Munchausen Syndrome by Proxy. En M. Lewys (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (3ª Ed.) (pp. 645-678).

- Kliegman, R. M., Jenson, H. B., Behrman R. E; Stanton B. F. (1996). Abuse and neglect of children. En *Nelsons Textbook of Pediatrics*, (pp. 120-121), 18ª ed. Saunders Elsevier (Ed.).
- Landa, E., Alvites, M. P., Fortes, J. L. (2014). Síndrome de Munchausen por poderes: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 124(34), 791-795.
- Maida, A.M., Molina, M.E., Carrasco, X. (1999). Síndrome de Munchausen por poder: un diagnóstico a considerar. *Revista Chilena de Pediatría*, 70, 3.
- Motz, A. (2008). Violence against children. En Taylor & Francis Group (Eds.), *The psychology of Female Violence. Crimes against the body* (2ª Ed.) (pp. 13-110).

DETECCIÓN PRECOZ EN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y CONTROVERSIAS

Sussy Carolina Luperdi-Castro, Montserrat Civera-Arjona y Clara Bertó-García

Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia, España

Resumen

El Trastorno del espectro autista (TEA) constituye una de las patologías más graves de la infancia. El carácter crónico y gravedad de la patología, requieren un plan de detección precoz y un abordaje multidisciplinar, personalizado y permanente. Se describe que la edad de reconocimiento sintomático suele ser durante el segundo año de vida, mientras que la edad diagnóstica oscila entre los 3,1 años y 7,2 años según gravedad clínica. La heterogeneidad clínica del TEA y el desconocimiento del problema en ámbitos sanitarios y/o educativos dificultan la detección precoz del problema y su derivación a servicios especializados. Por otra parte, a nivel especializado el enfoque diagnóstico del lactante o niño pequeño exige un estudio integral del paciente, detección de signos de alarma, abordaje terapéutico y seguimiento oportunos. La valoración de un cuadro clínico complejo en edades precoces del desarrollo, puede llevar al clínico a plantear hipótesis diagnósticas alternativas y/o generar controversias respecto a la evolución o pronóstico del paciente. A través de la descripción de dos casos clínicos reales, se debatirán algunos aspectos polémicos relativos al estudio y curso evolutivo del TEA en edades precoces del desarrollo.

EARLY DETECTION IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND CONTREVERSIES

Abstract

Autism Spectrum Disorders (ASD) belong to the group of most serious pathologies of childhood. Chronicity and severity of the pathology require an early detection and multidisciplinary approach, personalized and permanent. Literature describes that the

age of symptomatic recognition is usually during the second year of life, while the diagnostic age ranges from 3,1 years to 7, 2 years (in accordance to clinical severity)

The clinical heterogeneity of ASD and the lack of awareness about the problem in the health or educational system, hinder the early detection and reference of the problem to specialized services. On the other hand, at the specialized level, the diagnostic approach of the infant or child requires a comprehensive study of the patient, detection of red flag signs, therapeutic approach and medical follow-up. The assessment of complex clinical picture at early developmental ages may lead the clinician to propose alternative diagnostic hypotheses and / or generate controversies regarding the evolution or prognosis of the patient. Through the description of two clinical cases, this chapter tries to discuss some controversial aspects regarding the study and evolutionary course of ASD at early ages of development.

Introducción

En la actualidad es creciente el interés de la comunidad científica por el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Su concepción como abanico espectral, plasmado dentro de las últimas modificaciones en guías internacionales incrementa cada día la concienciación y nivel de conocimiento de la patología en profesionales y padres. De la misma manera, el carácter crónico y gravedad de la patología, requieren un plan de detección precoz y un abordaje multidisciplinar, personalizado y permanente (Volkmar et al., 2014).

Actualmente la edad de reconocimiento sintomático suele ser durante el segundo año de vida, mientras que la edad diagnóstica oscila entre los 3,1 años y 7,2 años según gravedad (Sadock y Ruiz, 2015).

La gran heterogeneidad clínica del TEA implica las múltiples manifestaciones derivadas de deficiencias respecto a la comunicación e interacción social, así como la presencia de patrones restrictivos o repetitivos del comportamiento, intereses o actividades, ambos en diferentes niveles de gravedad y potencialmente asociados a otras comorbilidades como la presencia de discapacidad intelectual, deterioro del lenguaje o incluso otro diagnóstico del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (American Psychiatric Association, 2013).

En el proceso diagnóstico se encuentran implicados los núcleos familiares, el sistema sanitario de atención integral, el sistema sanitario de atención especializada, el sistema educativo y la red de servicios sociales comunitarios. La falta de reconocimiento de signos de alarma por parte de la red de apoyo descrita, en muchas ocasiones dificultan la detección y derivación precoces hacia los servicios de atención especializada, retrasando entonces el enfoque terapéutico (Fortea, Escandell y Castro, 2013).

Por otra parte es importante destacar la complejidad diagnóstica en edades precoces, puesto que es probable la ausencia de signos clínicos de aparición futura, según etapas del desarrollo. En muchos casos, de forma independiente al logro de diagnósticos específicos, el enfoque del lactante o niño pequeño en debe ir orientado al incremento de su calidad de vida, requiriendo para ello un planteamiento centrado en las dificultades del paciente (Direcció General de Regulació, 2012).

La valoración de un cuadro clínico complejo en edades precoces del desarrollo implican el conocimiento y trabajo continuo con poblaciones infantiles, el conocimiento exhaustivo de la historia personal y familiar del paciente, los hallazgos clínicos derivados de la exploración, la utilización de instrumentos específicos, la realización de pruebas auxiliares de pruebas complementarias, el diagnóstico diferencial con otras entidades, el trabajo terapéutico específico y seguimiento oportuno (Ferre, Palanca y Crespo, 2008).

Este capítulo está dedicado a la detección precoz del TEA en edades precoces y a su diferenciación con cuadros clínicos semejantes, generando entonces controversias respecto a la evolución o pronóstico del paciente.

Método

- Identificación del paciente 1

Pau es un niño de 18 meses, referido a la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) a través de su pediatra, quien solicitaba valoración psicopatológica al apreciar escaso contacto ocular y nulo reconocimiento de partes del cuerpo.

- Historia del problema 1

Requirió inducción del trabajo de parto con 41 semanas, finalizándose en cesárea y sin complicaciones posteriores. No presentó alteraciones del desarrollo psicomotor y las dificultades fueron objetivables de forma progresiva por parte de los padres, quienes deciden consultar con el pediatra.

- Descripción de las conductas problema 1

Los padres refieren que la alimentación es un tema complicado, pues Pau sólo come papillas, sin embargo duerme bien. De las visitas a la USMI, llama la atención la tranquilidad que tiene Pau cuando sus padres se retiran temporalmente de la consulta. Durante las primeras visitas la madre comenta que es un niño que “no suele hablar, pero lo entiende todo”. El seguimiento ha corroborado que el niño no es capaz de verbalizar palabras, pero sí de balbucear, demostrando además serias dificultades de comprensión.

Pau no suele buscar la interacción con los demás. No señala, y, aunque mira donde a él se le señala, esto suele suceder después de mucha insistencia. Además, no responde a su nombre. A pesar de lo anterior, busca el contacto físico muy a menudo, principalmente en los momentos de búsqueda de consuelo, cuando estira los brazos. Fuera de casa es muy introvertido, sólo establece contacto ocular con los miembros de la familia, situación corroborada en consulta a través del mantenimiento esporádico, escaso y poco sostenido del contacto ocular. Es un niño que sonríe y cambia de expresión de acuerdo al contexto.

Al momento de jugar, Pau coge los objetos y los tira, sin fijar la atención en ninguno en concreto. Se evidencia cierta tendencia al aislamiento y no responde a los ademanes que realizan los padres con los juguetes, prestando más atención a los objetos que al juego de dos. Tiene además una actitud muy pasiva cuando se hace la distinción mío, tuyo.

Los padres describen a Pau como un niño muy tranquilo, no suele coger rabietas y tolera el NO. Por otra parte, señalan que se fija mucho en los detalles de los juguetes (ej: tornillos de los juguetes, que mira siempre de una misma manera), rotando reiteradamente y tirando los objetos que se le presentan.

Es importante destacar que como parte de las exploraciones complementarias para el estudio del caso, el niño obtiene resultados patológicos en la audiometría practicada, diagnosticándose de hipoacusia izquierda.

- Identificación del paciente 2

Jose es un niño de 5 años derivado a la edad de 3 años a Neuropediatría tras detectar los padres y profesores dificultades en la relación con otros niños, escasa capacidad de aprendizaje y rabietas frecuentes. Se realiza el diagnóstico de TEA, derivándose posteriormente a Salud Mental Infantil por presentar un año después, conductas autolesivas persistentes.

- Historia del problema 2

Como antecedentes familiares relevantes, el abuelo paterno fallecido a través de un suicidio consumado. Al nacimiento, madre de 43 años y padre de 49. El paciente fue producto de una fertilización in vitro de óvulo donante y consecuente embarazo gemelar. La madre sufrió una amenaza de parto pretérmino con 28 semanas, que requirió dos dosis de corticoides. El parto fue vaginal con 36ss, instrumentado con ventosa, sin mayores complicaciones. (2900gr al nacer, Apgar 8-9). Requirió ingreso hospitalario durante 23 días en el segundo mes de vida, diagnosticándose de tos ferina. Como única comorbilidad médica, Jose sufre de broncoespasmos de repetición, para lo que hace uso de salbutamol a demanda. Las dificultades se identifican desde etapas muy precoces del desarrollo.

- Descripción de las conductas problema 2

A nivel psicomotor, se identifican torpeza y dificultades en la organización psicomotriz. A pesar de no presentar problemas relacionados a la introducción de la alimentación complementaria, la madre describe que se despierta muchas veces durante la noche y llora, o se autoagrede dándose golpes en la cabeza, y que siempre le ha costado separarse de ella, por lo que suelen dormir juntos.

A los 3 años el gabinete psicopedagógico del colegio informa dificultades en el desarrollo del lenguaje, describiendo que Jose apenas construía frases “de forma y contenido inadecuados para la edad”, además de ecolalia, y dificultad de comunicación

verbal y no verbal. En la valoración médica y logopédica se valora a Jose como un niño que levanta y fija la mirada en la persona que le llame por su nombre; describe un nivel léxico escaso para su edad, acompañado de hipoprosodia a nivel del discurso: un discurso plagado de frases repetitivas como “no puedo”, “no sé”, o del empleo irregular del pronombre yo; a pesar de lo anterior, destaca que conoce su nombre y apellido, entiende órdenes simples y que sí intenta expresarse: suele señalar con el dedo para solicitar lo que quiere, responde al interlocutor si se le da alternativa de respuesta, hace uso del NO como función de rechazo y en ocasiones lo intenta explicar verbalmente (aunque lo hace de forma incorrecta, es importante señalar que el niño es aún pequeño para diagnosticar una verdadera alteración psicopatológica a nivel del discurso).

Las primeras observaciones del colegio señalan que el niño no juega con los juguetes, que solo los saca y los mete en la caja, y que presenta un juego social ausente. Subsiguientes valoraciones han demostrado que al margen de sus dificultades de socialización y tendencia a jugar solo, Jose puede llegar a disfrutar del juego y hacer partícipe de su actividad lúdica a terceros: tanto adultos como otros niños.

A nivel comportamental, la principal queja de la familia y motivo e derivación, son las autoagresiones y heteroagresiones principalmente dirigidas a la madre y de presentación única en domicilio. Estas iniciaron con 8 meses, en el contexto de situaciones estresantes para el niño, como cambios de rutina, o ante pequeñas frustraciones y actualmente persisten en esas circunstancias, pero además ante la imposición de límites o sin factor desencadenante claro. En la actualidad necesita de un calendario de anticipación en casa.

Existen por otra parte intereses restrictivos por los árboles (pregunta mucho sobre ellos, quiere saber lo que hay dentro de ellos) y conductas repetitivas que se han ido manteniendo como correr de un lado a otro después de recibir la leche del desayuno, conductas estereotipadas consistente en la extensión de manos y actitud de prensión, conductas repetitivas como tocarse el pelo o la nariz o dar vueltas sobre sí mismo.

Establecimiento de las metas del tratamiento

En ambos pacientes, una vez clarificados los antecedentes somáticos, familiares, personales y las patentes dificultades relativas a los patrones alimentario y del sueño,

desarrollo psicomotor, comunicación, juego y comportamiento, se plantea como meta la corrección de los mismos y explotación de las potencialidades del paciente.

Objetivos terapéuticos

- Paciente 1:

Lograr la transición alimentaria a sólido, trabajar aspectos pragmáticos y no pragmáticos de la comunicación, así como la interacción social dentro y fuera del juego, concretar medidas necesarias para suplir el déficit otorrinolaringológico objetivado.

- Paciente 2.

Disminuir episodios de auto y heteroagresividad, lograr la normalización del patrón del sueño, trabajar las dificultades en el lenguaje, potenciar la interacción durante el juego, las habilidades sociales y psicomotrices.

Selección del tratamiento más adecuado

Para lograr los objetivos y metas antes propuestos, se plantea aplicar técnicas de estimulación temprana, dirigidas especialmente al desarrollo de terapias de lenguaje, terapia de juego y entrenamiento en habilidades sociales.

En el caso concreto del paciente 2, y con el fin de disminuir los episodios de agresividad y facilitar el trabajo de potencialidades se opta por instaurar además tratamiento neuroléptico en dosis bajas (Risperidona 0,25-0-0,25mg).

Aplicación del tratamiento

Sesiones programadas en centro de estimulación temprana, según régimen establecido.

Resultados obtenidos y seguimiento

Por ser un caso reciente, no disponemos de datos objetivables acerca del progreso evolutivo del paciente 1

En el caso del paciente 2, una vez instaurado el tratamiento neuroléptico se logra el uso de un juego imaginativo, sonríe, mantiene la interacción visual y han disminuido

casi totalmente las conductas auto y heteroagresivas. Esto ha permitido trabajar sobre otros aspectos deficitarios, observando de esta manera y reforzando el hecho de que pida objetos de forma espontánea, solicite ayuda cuando no puede realizar alguna tarea, se dirija al adulto a través del contacto ocular y/o llamándole por su nombre. Se ha observado además que el niño manifiesta preocupación espontánea cuando observa a algún familiar llorar, e intenta ajustar su conducta tras observar las expresiones de un adulto referente.

Observaciones

Se han presentado dos casos clínicos independientes, en los que se identifican aspectos clínicos propios de los trastornos del espectro autista, pero además aspectos clínicos no correspondientes con el mismo.

En el caso 1 es opulenta la clínica sugestiva del espectro, y, aunque es posible considerar como diagnóstico diferencial trastorno del lenguaje secundario al déficit auditivo objetivado, son patentes otras dificultades muy graves no necesariamente justificadas a través de lo anterior.

En el caso 2, la presentación clínica es variopinta, compartiendo también sintomatología propia del espectro, pero también contrapuesta. Los antecedentes familiares juegan un rol trascendental, pues la evidencia de un suicidio consumado de etiología no filiada en combinación con dificultades en el desarrollo social, motor y del lenguaje, tendencia al aislamiento y conductas auto/heterolesivas en un niño que presenta buena respuesta al tratamiento antipsicótico, deben encender nuestras señales de alerta diagnóstica.

Aunque la esquizofrenia de inicio en la infancia es una entidad que se caracteriza por síntomas psicóticos antes de los 13 años, no es una entidad que corresponda con ninguno de los casos presentados por tratarse de niños aún pequeños y en proceso de estructuración del pensamiento. La literatura sin embargo, describe que los niños de mayor riesgo presentan anomalías en el neurodesarrollo y dificultades motoras, del lenguaje y en las relaciones sociales. Actualmente no existe un método fiable para identificar a las personas con riesgo muy elevado de desarrollar esquizofrenia en una familia determinada.

En conclusión, los casos presentados nos demuestran que debemos apostar en todos los casos por una exploración psicopatológica cuidadosa, y omitir realizar diagnósticos iatrogénicos: ninguno de los casos cumple criterios únicos y exclusivos para realizar el diagnóstico de Trastorno del Espectro autista, sin embargo corresponden a pacientes muy graves en los que fundamentalmente se busca trabajar dificultades y potencialidades, y mejorar su calidad de vida. Por parte del equipo médico en edades muy precoces, el mensaje busca la actitud diagnóstica expectante de la evolución clínica.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Direcció General de Regulació. (2012). *PLA D'ATENCIÓ INTEGRAL A LES PERSONES AMB TRASTORN DE L'ESPECTRE AUTISTA (TEA)*. (Generalitat de Catalunya, Ed.) (1era Edición). Barcelona. Recuperado de http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/pla__tea_2012.pdf
- Ferre, N. F., Palanca, M. I., y Crespo, H. M. D. (2008). Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la red de salud mental. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2009.12.001>. Beebejaun
- Fortea, M. del S., Escandell, M. O., y Castro, J. J. (2013). Detección temprana del autismo: profesionales implicados. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 191–199. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/S1135-57272013000200008>
- Sadock, B., y Ruiz, P. (2015). Sinopsis de psiquiatría. Wolters Kluwer Health. Retrieved from <https://mx.casadellibro.com/libro-kaplan--sadock-sinopsis-de-psiquiatria-11-ed/9788416004805/2580282>
- Volkmar, F., Siegel, M., Woodbury-Smith, M., King, B., McCracken, J., State, M., y American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2014). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of*

the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53(2), 237–57.

Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.10.013>

INESTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN EL TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Montserrat Civera-Arjona, Clara Bertó-García, Belén Gago-Velasco y Sussy
Carolina Luperdi-Castro**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Universitario y Politécnico la
Fe, Valencia, España*

Resumen

Los Trastornos Generalizados del desarrollo, ahora clasificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª Edición (DSM5) (American Psychiatric Association, 2013) como Trastornos del Neurodesarrollo, engloban el espectro del Autismo. Las características clave del Autismo son: el inicio en la infancia, las dificultades en la interacción social recíproca, los problemas en las habilidades de comunicación verbal y no verbal, las alteraciones en la conducta o la presencia de intereses inusuales y restringidos y actividades estereotipadas (Vallejo y Leal, 2012). La detección de estos criterios en adultos para la filiación diagnóstica puede resultar controvertida. La prevalencia de dicho trastorno se encuentra en aumento en los últimos años, siendo del 1% en EEUU y otros países según DSM 5. El incremento de la prevalencia puede ser debido a criterios diagnósticos más amplios, mayor conocimiento de la entidad y/o mejora en el diagnóstico. El diagnóstico precoz es de gran interés ya que permitirá realizar una planificación temprana e intensa del tratamiento lo que mejorará el pronóstico de la enfermedad. Ante esto existe un hándicap: las formas leve-moderadas de enfermedad son detectadas de forma más tardía que las formas graves, siendo en ocasiones confundidas con otras entidades como la Esquizofrenia, T. de personalidad, T. afectivos, entre otras, impidiendo así el tratamiento precoz de las mismas y por consiguiente, empeorando el pronóstico de la enfermedad (Cabanyes-Truffino y García-Villamisar, 2004, Rodríguez-Barrionuevo y Rodríguez-Vives, 2002). El objetivo de este capítulo es presentar un caso clínico de una paciente diagnosticada a los 36 años de Trastorno del Espectro Autista, habiendo sido diagnosticada con otros trastornos psiquiátricos desde la infancia. Se mostrará como una visión transversal de la sintomatología del Trastorno del Espectro Autista puede llevar a

errores diagnósticos, siendo el análisis longitudinal de la clínica y del funcionamiento de los pacientes el mejor aliado para llegar a un diagnóstico preciso del cuadro.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, Diagnóstico tardío, Cambios diagnósticos, Diagnóstico diferencial, Trastorno Generalizado del desarrollo.

DIAGNOSTIC INSTABILITY IN DEVELOPMENTAL DISORDER: APROPOS OF A CASE

Abstract

Developmental Disorders, now classified in Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed (DSM 5) (American Psychiatric Association, 2013) as Neurodevelopmental Disorders, encompass the spectrum of Autism. The key features of Autism are: it starts at childhood involving difficulties in social interaction, problems with verbal and non-verbal communication skills, behavioral disturbances, the presence of unusual and restricted interests and stereotyped activities (Vallejo y Leal, 2012). For diagnostic filiations in adults the detection of these criteria may be controversial. The Autism prevalence has been increasing in the last years, being 1% in the US and other countries according to DSM 5. The prevalence increasing may be due to a broader diagnostic criteria, a better knowledge of the entity and / or improvement in the diagnosis. The early diagnosis is of great interest since it will allow an early and intense treatment planning which will improve the prognosis of the disease. Faced with this, there is a handicap: mild-moderate forms of disease are detected later than severe forms, being sometimes confused with other entities such as Schizophrenia, personality disorder and affective disorder, among others, impeding the early treatment of the disorder and therefore, worsening the prognosis of the disease (Cabanyes-Truffino y García-Villamizar, 2004; Rodríguez-Barrionuevo y Rodríguez-Vives, 2002). The aim of this chapter is to present a clinical case of a patient diagnosed at the age of 36 years of Autism Spectrum Disorder, after being diagnosed with other psychiatric disorders since infancy. It will be shown how a transversal view of the symptoms of Autistic Spectrum Disorder can lead to diagnostic errors, being the clinical longitudinal analysis and the response of the patients the best ally to reach an accurate diagnosis of the condition.

Keywords: Autistic spectrum disorders, late diagnosis, Diagnosis Change, Differential diagnosis, Generalized disorder of development.

Identificación de la paciente

El caso que se presenta trata de una paciente de 36 años, española, natural de Valencia. Nacida en una familia de *status* económico medio-alto. Estudió hasta 8º de EGB. No activa laboralmente. Soltera. Vive con sus padres. Describen una relación de dependencia con la madre y conflictiva con el padre. Tiene un hermano casado y con una hija de 33 años.

Análisis del motivo de la consulta

Paciente tratada desde los 4 años por distintos psiquiatras. Diagnosticada desde su seguimiento de TDAH, psicosis no especificada y trastorno esquizoafectivo, y tratada con diversos psicofármacos. Hace meses abandona la medicación y el seguimiento en salud mental. Es llevada por sus padres a puertas de urgencias de nuestro Hospital por mostrarse irritable, agresiva verbalmente hacia los padres, protagonizando conflictos diarios en el hogar y sin salir de casa. Todo ellos desde hace dos meses. La familia se encuentra desbordada.

Historia del problema

La paciente fue fruto de un embarazo normal. Parto instrumentalizado con ventosa. Hasta los 18 meses de vida fue un “bebé llorón e irritable”. Destaca un retraso en la adquisición del lenguaje y la deambulacion.

Durante su escolarización sufrió problemas de adaptación tanto con el estudio (bajo rendimiento académico) como con dificultades en la interacción social. No se relacionaba con el grupo de iguales, tampoco con su hermano. Ella recuerda la época escolar como un constante acoso (“fue un infierno”). Explica que los compañeros le insultaban, manipulaban y obligaban a hacer cosas que ella no quería. Presentó bajo rendimiento académico, teniendo que repetir 2 cursos de EGB. En 8º de EGB abandona los estudios.

Como aficiones describen un gran interés por la meteorología, representando en casa los partes meteorológicos a diario.

Desde que abandona el colegio y comienza la adolescencia, la paciente sale poco a la calle, tendiendo a aislarse en el domicilio. Si sale a la calle lo hace siempre acompañada de algún familiar, por miedo a encontrarse con algún ex compañero del colegio.

Durante la adolescencia se apunta a varios cursos de idiomas, contabilidad... que abandona. Comienza a presentar rituales obsesivos con la depilación: se depila brazos, cejas, flequillo, de forma excesiva y llamativa. Llega a despertar a la madre para que le revise la depilación. También muestra interés restringido por áreas como la geografía y meteorología. Presenta hipermnnesia para fechas y datos concretos.

Únicamente se relaciona con familiares más cercanos, destacando una relación de dependencia y sobreprotección por parte de la madre. Los padres aprecian que utiliza un lenguaje peculiar y farragoso en el que usa términos cultos inadecuadamente y neologismos, buscando aparentar un mayor nivel educativo.

Los padres la describen como una persona orgullosa, reivindicativa y desconfiada, con tendencia a calificar de “enemigo” a todo aquel que le establece límites o desacuerdo en sus deseos y opiniones.

Como únicos antecedentes médicos: amenorrea desde los 20 años, en seguimiento por el servicio de Ginecología y dislipemia. No hay antecedentes familiares de interés.

En cuanto al seguimiento psiquiátrico, comenzó a los 5 años de edad. Las dificultades en la interacción social y del rendimiento académico fueron atribuidas a un TDAH. Fue tratada con metilfenidato sin éxito. Durante los siguientes 10 años en seguimiento por el mismo psiquiatra quien cambia de diagnóstico al de Psicosis no especificada. Como tratamientos se usaron distintos neurolépticos (haloperidol y risperidona), dando como efectos secundarios “mareo”.

A los 22 años la paciente fue hospitalizada en la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria por presentar restricción alimentaria con pérdida de 25 kg de peso. La paciente explicaba que hacía año y medio, tras atragantarse con un trozo de hamburguesa tenía algo en la garganta que le obstruía el paso de los alimentos y que le podía llevar a la muerte si comía. Secundariamente a este pensamiento aparecieron sentimientos de impotencia, ánimo bajo e ideas pasivas de muerte. Durante el ingreso fue tratada con clorpromazina. Al disminuir la angustia la idea sobrevalorada de

atragantamiento desapareció y volvió a alimentarse con normalidad. Al alta fue diagnosticada de Trastorno de conversión (disfagia psicógena).

Desde entonces hasta los 36 años fue tratada por distintos psiquiatras, destacando escasa adherencia a los tratamientos por efectos secundarios. Es diagnosticada de Trastorno Esquizoafectivo. La clínica durante esa época es aislamiento social, fracaso en las actividades emprendidas, tendencia a la agresividad verbal, rigidez cognitiva, relación de dependencia con la madre e intereses restringidos (meteorología y geografía).

A los 36 años es traída a nuestro hospital por presentar un empeoramiento en el comportamiento con agresividad verbal hacia los familiares, conflictos diarios con éstos y aislamiento en el domicilio. Empeoramiento de la relación con los familiares que tenía cierto vínculo. Los padres describen un abandono del tratamiento psiquiátrico desde hace meses, con mala tolerancia a todos los tratamientos previos.

Análisis y descripción de la conducta del problema

Cuando valoramos a la paciente llama la atención un fenotipo peculiar con aspecto andrógino, maquillaje extravagante, casi ausencia de cejas por uso de depilación así como flequillo y parte frontal de cuero cabelludo depilado. Gestualiza de forma exagerada, con un movimiento constante de manos, tocándose repetidamente partes de la cara. Su discurso es logorreico, no presivo, poco concreto. Utiliza un lenguaje peculiar (términos cultos mal contextualizados y neologismos), extravagante y viscoso. Se centra en explicar los efectos secundarios de los psicofármacos: temblores, “espasmos o convulsiones,” y el contenido del discurso muestra una visión paranoide y sobrevalorada de su entorno, centrado en sus relaciones personales con sus familiares. Estas ideas le han hecho alejarse de su entorno familiar, el cual es el único en el que establece relaciones interpersonales. Utiliza un tono de voz alto y agresivo durante toda la entrevista. Refiere un ánimo hipotímico que atribuye a vivencias tempranas de la infancia. Presenta cogniciones negativas “no poder/aguantar más”, sin tener ideas de muerte. Nulo afecto en el discurso, sin ser capaz de describir relaciones objetales con calidez o figuras significativas. Padece insomnio de mantenimiento de semanas de evolución.

Establecimiento de las metas del tratamiento

En un primer momento se decide disminuir la irritabilidad y angustia psíquica de la paciente mediante ajuste farmacológico (olanzapina 20 mg/día y palmitato de paliperidona depot 150 mg/28 día). Para ello fue necesario realizar un ingreso a nivel hospitalario ya que existía una nula adherencia al tratamiento farmacológico a nivel ambulatorio dada la ausencia de conciencia de enfermedad, así como desconfianza hacia el personal sanitario.

Una vez pautado el tratamiento farmacológico que elimina la angustia psíquica e irritabilidad de la paciente, se comienza a realizar un tratamiento de enfoque cognitivo-conductual con el objetivo de capacitar a la paciente de técnicas de relajación, autocontrol, mejora de la introspección y habilidades socio-emocionales así como habilidades básicas de interacción social que permitan mejorar las relaciones familiares y aumentar el círculo social de la paciente.

En último lugar, tras la mejoría de los síntomas y la mejora en las relaciones a nivel familiar, se asesora a la paciente sobre cursos formativos y actividades sociales en su entorno por parte de Trabajo Social.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Disminuir la intensidad de ansiedad y angustia psíquica que aumentan los rasgos paranoides de la paciente, para posteriormente poder trabajar la mejora en habilidades básicas de interacción social, la introspección y reconocimiento de emociones. Modificar conductas desadaptativas y ampliar intereses diferentes a los de meteorología o geografía que movilicen a la paciente a interactuar con la sociedad. Uno de los objetivos fundamentales es la búsqueda de actividades gratificantes fuera del hogar y la realización de cursos de formación para disminuir el aislamiento social y capacitar a la paciente para una actividad laboral en un futuro.

Selección del tratamiento más adecuado

Por un lado, tratamiento psicofarmacológico con ansiolíticos tipo benzodiazepinas (diazepam 10 mg/8 horas) y neurolépticos (olanzapina 20 mg/día y palmitato de paliperidona depot 150 mg/28 día).

Por otro lado, tratamiento terapéutico basado en un enfoque cognitivo-conductual, con estrategias de modificación de conducta, recuperación y establecimiento de

relaciones sociales. También se trabajó la reestructuración cognitiva de pensamientos negativos y creencias distorsionadas detectadas.

Por último, orientación por parte de Trabajo Social para la realización de cursos de formación.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos

Se realizaron pruebas complementarias médicas para descartar un proceso médico orgánico:

1. RNM cerebral:

No se observan alteraciones de significación patológica valorable

2. EEG:

Estudio dentro de los límites de la normalidad

3. Estudio citogenético en sangre periférica: cariotipo 46, XX (normal de mujer)

4. Perfil hormonal: sin alteraciones

TSH 0.750 mU/L, T4 libre 1.24 ng/dL, FSH 1.9 mU/mL, LH 6.2 mU/mL, estradiol 90 pg/mL, progesterona 14.40 ng/mL, prolactina 9.1 ng/mL, hormona del crecimiento 3.14 ng/mL

Al mismo tiempo, se realizaron test psicométricos:

5. WAIS-IV (Wechsler adult intelligence scale - fourth edition):

Comprensión verbal 94, Razonamiento perceptivo 64, Memoria de trabajo 56, Velocidad de procesamiento 62

Escala total 63. No se consideran fiables los resultados, por posible sesgo por alteración en la forma y curso del pensamiento.

6. MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota)

Puntuaciones obtenidas no fiables

Posible esfuerzo realizado para exagerar problemas emocionales y dificultades de ajuste

Conclusión: Exageración de problemas o que el paciente se encuentre en un proceso psicótico

Las puntuaciones en el test sugieren un diagnóstico del espectro psicótico, debiendo ser tenidas en cuenta con prudencia

7. Escala Autónoma para la Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento (Belinchón et al., 2008)

Puntuación directa total: **55** (min 18-max 72). A partir de 36 se recomienda consultar con un profesional especializado.

Aplicación del tratamiento

Al comienzo el tratamiento requirió un ingreso de un mes en sala de agudos de psiquiatría, donde el abordaje terapéutico fue exclusivamente farmacológico. Al alta la paciente fue derivada a consultas externas tanto de psicología como de psiquiatría del Hospital de Día de pacientes con Trastorno Mental Grave. Se realizaron revisiones del tratamiento farmacológico semanales durante los primeros 3 meses, posteriormente cada dos semanas. El psicólogo llevó a cabo un tratamiento cognitivo-conductual con sesiones de una hora con una frecuencia inicialmente semanal, espaciándose éstas conforme mejoraba la evolución. Todas las sesiones fueron individuales.

Cuando la paciente mejoró a nivel de la conducta y comportamiento en relación a la interacción interpersonal, fue derivada a trabajo social para la búsqueda de cursos formativos y actividades lúdicas.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Una vez instaurado el tratamiento farmacológico durante el ingreso hospitalario la paciente mejoró en: discurso con menor verborrea y presión del habla (manteniendo el lenguaje extravagante característico); disminución de los síntomas de ansiedad tanto objetivamente como subjetivamente; buena tolerancia al tratamiento, sin hacer referencia a efectos secundarios de la medicación, que previamente era tema central de las consultas con el psiquiatra; sueño normalizado.

Cuando se puede realizar manejo a nivel ambulatorio se da de alta hospitalaria. Se mantiene el uso de tratamiento farmacológico, el cual ha ayudado desde su instauración hasta la actualidad (año y medio de tratamiento) a mantener bajos niveles de ansiedad y angustia psíquica, lo que ha permitido que la paciente pueda realizar un tratamiento psicoterapéutico, además de disminuir los conflictos en casa con los padres.

En cuanto al tratamiento psicoterapéutico basado en mejorar las habilidades en las relaciones sociales, la introspección, modular las emociones... Se ha observado una

mejoría significativa a nivel de las relaciones con el personal sanitario, con quiénes muestra respeto, espera a su turno de palabra, tolera la espera a su visita y en ocasiones se preocupa por los sentimientos del psicoterapeuta. No obstante, no ha sido capaz de apuntarse a cursos formativos o talleres en los que se relacione con gente nueva y tampoco ha retomado algunas relaciones familiares de las que se distanció en el proceso de la enfermedad.

Seguimiento

La paciente mantiene seguimiento por psicólogo y psiquiatra desde hace año y medio, con frecuencia de una o dos sesiones mensuales. La evolución es favorable, ya que las relaciones con sus familiares más cercanos han mejorado, disminuyendo la cantidad e intensidad de los conflictos en el hogar. No obstante mantiene dificultades en las relaciones interpersonales e intereses restringidos, mostrando además resistencia a realizar cursos o actividades en las que participen más personas.

Observaciones

La paciente descrita generó dudas en cuanto al diagnóstico. Si se realiza una visión transversal se puede pensar en un diagnóstico de patología afectiva o psicótica por el grado de ansiedad, angustia, cogniciones negativas, irritabilidad, ideas sobrevaloradas/delirantes y alteraciones del sueño. No obstante, si se realiza un análisis longitudinal del caso el diagnóstico más adecuado sería el de Trastorno del Espectro Autista por lo siguiente:

- Desarrollo anormal o alterado desde antes de los 3 años: retraso en deambulación y adquisición del lenguaje, alteración en relación con iguales

- Deficiencias en el funcionamiento personal, social, académico y ocupacional

1. Alteración cualitativa de la interacción social recíproca: fracaso del desarrollo de las relaciones con otros niños (compartir intereses, actividades o emociones), nula relación con compañeros.

2. Alteración cualitativa en la comunicación: uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso peculiar de palabras o frases, neologismos, lenguaje monótono y con una entonación peculiar

3. Hipermnesia

4. Formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general: adhesión de aspecto compulsivo a rutinas o rituales específicos (tricotilomanía), manierismos motores estereotipados y repetitivos (manierismos en mano derecha)

5. La sintomatología afectiva, psicótica y el paranoidismo detectados en la paciente se puede dar en pacientes con TEA en momentos de mayor angustia psíquica dadas las dificultades de afrontamiento que presentan.

Consideramos importante destacar la importancia del diagnóstico precoz en este tipo de pacientes dado que una intervención temprana será la clave para presentar un buen pronóstico funcional a largo plazo.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Belinchón, M., Hernández, J.M., Martos, J., Sotillo, M., Márquez, M.O. y Olea, J. (2008). *Escala autónoma para la detección del síndrome de Asperger y el Autismo de alto nivel de funcionamiento*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/escalaaautonoma.pdf>
- Cabanyes-Truffino, J. y García-Villamisar, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 39, 81-90.
- Rodríguez-Barrionuevo, A.C. y Rodríguez-Vives, M.A. (2002). Diagnóstico Clínico del autismo. *Revista de Neurología*, 34, 72-77.
- Vallejo, J. y Leal, C. (2012). *Tratado de psiquiatría*. España: Marbán.

INFLUENCIA DE LAS HABILIDADES MINDFULNESS DEL TERAPEUTA, EN LA MEJORA DE LA ALIANZA TERAPEUTICA CON ADOLESCENTES

Paula San Juan-Gutiérrez*, Carla M^a Cabrejas-Sánchez*, Xacobe Fernández
García**, Carlos Mirapeix***, Héctor Vergára González**** y Ángel
Estalayo*****

**Psicóloga Generalista Sanitaria en Fundación para la Investigación en Psicoterapia y
Personalidad (FUNDIPP); ** Psicólogo Clínico. FUNDIPP; *** Psiquiatra.
FUNDIPP; **** Pedagogo. IRSE- EBI; ***** Educador Social. IRSE- EBI*

Resumen

Antecedentes: La construcción de una buena relación terapéutica es el vehículo a través del cual pueden cobrar eficacia las técnicas de cualquier orientación terapéutica. Así, en la mayoría de estudios se encuentra una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia. La práctica del “Mindfulness”, que Jon Kabat-Zinn (2013) define como “Prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar”, facilita el desarrollo de actitudes como la atención, receptividad, paciencia y confianza. *Método:* Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en Google Scholar introduciendo los siguientes términos “alianza terapéutica”, “adolescentes” y “mindfulness”. Posteriormente, se seleccionaron aquellos artículos que más representativos. *Resultados:* La investigación empírica sobre el papel de la alianza terapéutica con los adolescentes ha sido hasta el momento muy escasa, pero se constata que la creación de una buena alianza con el adolescente en el inicio de la terapia, favorece o aumenta la conexión con y del adolescente en todo el proceso posterior. Para que el adolescente pueda percibir y experimentar un vínculo “emocionalmente significativo” y auténtico con el terapeuta, el terapeuta debe integrar estas actitudes como una expresión genuina de su personalidad y filosofía de vida. *Conclusiones:* Existen evidencias empíricas que respaldan que el entrenamiento en mindfulness y específicamente en la meditación de atención plena permite el desarrollo de importantes

actitudes terapéuticas, aumenta la empatía, mejora la calidad de la alianza terapéutica, la gestión de la ira, control atencional y la conciencia reflexiva.

Palabras Clave: Mindfulness, atención plena, relación terapéutica, vínculo, adolescente

INFLUENCE OF PSYCHOTHERAPIST'S MINDFULNESS ABILITIES IN THE TEENAGERS ENGAGEMENT

Abstract

Background: Building a sound therapeutic relationship is the means through which therapeutic methods become efficient. Thus, most scientific studies have found a significant relationship between the Alliance and the final result of psychotherapy. The practice of Mindfulness, defined as “paying attention to the present moment intentionally without judgement” by Jon Zabat Zinn, facilitates the development of skills such as attention, receptivity, patience and trust. *Method:* We carry out a bibliographic search on Google Scholar using the term “therapeutic relationship”, “teenager” “mindfulness”. A review was made of those articles that could be more representative. *Results:* Empiric research on therapeutic alliance with teenagers has been rather limited up to the moment. However, the bond between therapist and teenager would be much greater throughout the process when a solid alliance with the teenager is built at the beginning of the therapy. Hence, the therapist must accommodate those skills as a genuine expression of their personality and philosophy of life so that the teenager experiences an emotionally significant and authentic bond with the therapist.

Conclusions: There are empiric evidences supporting that training in mindfulness and, specifically, in full immersion meditation permits the development of relevant therapeutic skills, increases empathy and improves the quality of the therapeutic alliance, anger management, attention span as well as reflexive consciousness.

Keywords: Mindfulness, Full attention, therapeutic relationship, bond, teenager

Introducción

La alianza terapéutica representa la cualidad y fortaleza de la relación de colaboración entre el paciente y su psicoterapeuta, incluyendo los lazos afectivos entre ambos, tales como la confianza mutua, agrado, respeto y comprensión (Platt, 2008).

Para desarrollar una adecuada alianza, el terapeuta debe presentar cualidades esenciales como la capacidad de ser acogedor, la empatía, una actitud de interés en la demanda del consultante, formular las intervenciones como hipótesis, desarrollar una relación terapéutica personalizada, validar la experiencia del paciente, ser flexible, neutral, tener una actitud humanitaria de interés y permisiva, y estar atento a las fluctuaciones de la alianza (Fuentes, 2004).

La construcción de una buena relación terapéutica es el vehículo a través del cual pueden cobrar eficacia las técnicas de cualquier orientación terapéutica (Miró y Simón, 2012; Siegel, 2012). Así, en la mayoría de estudios se encuentra una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland, 2000).

Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica utilizando como fuente de búsqueda *Google Scholar* y como estrategia de búsqueda se introdujeron los siguientes términos: “alianza terapéutica”, “adolescentes” y “mindfulness”. Posteriormente, se seleccionaron los artículos más representativos sobre la temática. Los resultados de dichos artículos se dividieron en dos bloques: Alianza terapéutica con adolescentes y Alianza terapéutica y mindfulness

Resultados

Alianza terapéutica con adolescentes

La adolescencia es un período de la vida que transcurre entre la etapa infantil y la etapa adulta, y en la que aparecen cambios drásticos a nivel físico, sexual, psicológico y social. Las dificultades en la regulación emocional y disfunciones del self, son los factores que más se dan en los adolescentes que acuden a consulta. No obstante, los adolescentes que asisten a tratamiento suelen hacerlo motivados por otros –familia,

tutores y/o escuela-, ya que con frecuencia no perciben la disfuncionalidad de su conducta, lo que dificulta la asistencia y permanencia en el tratamiento (Kazdin, 2004). Esta reticencia inicial también se ha relacionado con las características propias de la edad: necesidad de autonomía, autodeterminación, autoconfirmación y desconfianza de la autoridad adulta (Russell, Shirk, y Jungbluth, 2008), lo que lleva a relativizar y desvalorizar la opinión de los adultos, siendo para los clínicos un desafío el establecimiento de una relación positiva con un sujeto adolescente.

Debido a que los adolescentes presentan dificultades en la etapa de establecimiento de la relación de ayuda y desisten de sus tratamientos en las sesiones iniciales (Kazdin, 2004); se enfatiza la relevancia de las primeras sesiones; destacándose que el contacto inicial con el sujeto adolescente en psicoterapia es crítico y la relación posterior dependerá en gran medida de lo que haya pasado en la primera consulta.

La investigación empírica sobre el papel de la alianza terapéutica con los adolescentes ha sido hasta el momento muy escasa (Shelef, Diamond, Diamond, y Liddle, 2005; Shirk y Karver, 2003). Pero existen estudios que evalúan las cualidades que el terapeuta debería tener para crear una adecuada alianza con el adolescente.

Así, Martin, Romas, Medford, Leffert y Hatcher (2006) en un estudio con adolescentes recogieron que éstos buscan que los terapeutas demuestren características útiles y relevantes, que los vean y traten como personas maduras y capaces, y que sean empáticos y puedan ofrecer consejos, de modo que se puedan sentir más seguros en sus decisiones.

Binder, Holgersen y Nielsen (2009) en su estudio encontraron relevante que el terapeuta explore lo que es importante para el adolescente y su motivo de consulta, lograr una relación simétrica terapeuta-adolescente, mantenerse concentrado en el problema del joven y hacerle sentir que se le está tomando en serio, ayudarle a otorgar significado a su problemática y emplear un lenguaje similar al de él durante la terapia.

Por tanto, son características específicas del terapeuta que facilitan una buena relación terapéutica con adolescentes, su capacidad para atender a las experiencias emocionales de los adolescentes; de presentarse como aliados del paciente y su capacidad de acordar metas con él. Son actitudes del terapeuta que no favorecen la alianza positiva el “empujar” a los pacientes a hablar, ser demasiado formales, o enfatizar la similitud de sus vivencias con las de sus pacientes (Karver et al., 2008). Si el adolescente percibe al profesional como prejuicioso, preocupado por un diagnóstico,

o intrusivo y autoritario puede producirse una interferencia y debilitamiento de la relación.

Alianza terapéutica y mindfulness

El Mindfulness o Atención Plena, se integra en Medicina y Psicología Occidental desde hace unos 30 años. Sin embargo, es una práctica antigua que se origina hace más de 2500 años, basada en las prácticas meditativas budistas.

El mindfulness consiste en mantener una presencia atenta y con conciencia en el momento presente, observando con aceptación y sin juzgar, los estímulos que surgen en esa observación, es decir, sin aplicar expectativas o creencias sobre esas emociones o pensamientos, liberándolos, sin apegarnos a ellos, desde la bondad y la compasión. Así se desprende de la definición de Jon Kabat-Zinn (2013): “Prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar”.

El desarrollo del mindfulness implica tres habilidades fundamentales: la *atención focalizada en un objeto* - se escoge un objeto en el que centrar la atención y cada vez que la atención se desvíe hacia otros pensamientos, se redirige cuidadosamente la atención al primer objeto. *El monitoreo abierto* - se centra la atención en los contenidos que predominen en la conciencia en ese momento, sin querer analizarlos o cambiarlos, manteniendo una actitud de interés y curiosidad. *La aceptación compasiva* - las técnicas de bondad amorosa y ecuanimidad fortalecen para soportar los hechos que experimentamos y permiten conocer con aceptación lo que surge en la conciencia. (Pollak, Pedulla y Siegel, 2015).

En el contexto del mindfulness, no se trata de evitar los eventos desagradables, sino de desarrollar un repertorio especial, más flexible y útil, para relacionarnos con los eventos desagradables.

El terapeuta mindfulness debe ser practicante activo del entrenamiento en atención consciente y cultivar en su vida las habilidades de observar sin juzgar, mente de principiante, mostrar compasión, aceptación de la experiencia tal y como es, etc.

Los resultados de un estudio descriptivo analítico relaciona cualitativo, (Rivera-Martínez, 2013), muestran que, un entrenamiento en mindfulness de 10 sesiones a un grupo de terapeutas, incide en el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas específicas a nivel cognitivo, afectivo e interaccional.

Los profesionales sanitarios confirman que las técnicas de meditación *mindfulness* sirven para mejorar la empatía y el afrontamiento ante el estrés, y disminuir la tendencia a cargar con las emociones negativas de los otros (Grepmaier, Mitterlehner, Loew, y Nickel, 2007).

Aggs y Bambling (2009), coinciden en afirmar que algunos de los beneficios que reporta el *mindfulness* en los terapeutas que lo practican regularmente son: el cultivo de la autenticidad y calidez, la empatía, la compasión, facilita el desarrollo de la escucha activa con interés genuino por el paciente, mantener el foco en el presente, o permanecer equilibrado a pesar de que el paciente esté con una intensa emoción. Esto, en parte es debido a que al focalizar en el aquí y en el ahora, al aumentar la capacidad de concentración, y mejorar la atención, se facilitan los procesos implicados en la auto observación y en la regulación emocional (Mirapeix, 2015).

Estos resultados de los que se benefician los terapeutas por un entrenamiento en *mindfulness*, se corresponden con los siguientes mecanismos de acción psicoterapéuticos: *La exposición*, -al contemplar los pensamientos, sentimientos y sensaciones sin evitarlos, se aumenta la tolerancia, disminuye la sensación de amenaza y se pueden regular más las conductas-. *Los cambios cognitivos*, -al comprender que los pensamientos son solo pensamientos y no un reflejo de la realidad, cambia el patrón de pensamiento y repercute positivamente en las respuestas físicas y psíquicas-. *La autorregulación*, - al ser más conscientes de lo que acontece, se ponen en práctica más respuestas de afrontamiento que facilitan el autocuidado-. *La aceptación*, - se aprende a responder de manera más adaptativa y a tolerar mejor las experiencias desagradables. *La integración de aspectos disociados del self*, - a través del aprendizaje experiencial, mantener la atención en el presente y ejercicios de aceptación se consigue la integración de experiencias disociadas-; *La clarificación de valores*, - a través de ejercicios se ayuda a identificar valores familiares, de trabajo, espiritualidad, etc.- *La relajación*, - la práctica continuada de *mindfulness* puede generar a largo plazo serenidad y calma-; y *La autocompasión*, - darse a uno mismo cariño y cuidado como se lo daría a alguien que quiere y que está sufriendo. (Pérez y Botella, 2006).

Por todo ello, se puede concluir, que el *mindfulness* favorece el cultivo de factores clave para una buena psicoterapia, y el desarrollo de habilidades o actitudes

terapéuticas que inciden directamente en el reforzamiento y éxito de la alianza terapéutica.

Conclusiones

El adolescente que acude a consulta se caracteriza en parte, por encontrarse en un ambiente invalidante (fracaso escolar, social, familiar) y por la evitación de sus experiencias emocionales, lo que genera más problemas comportamentales que llevan a un mayor grado de evitación. De ahí, la importancia de que el adolescente reconozca el espacio de terapia como un lugar de cuidado, respeto y comprensión y que las actuaciones terapéuticas se dirijan a acciones valiosas y que se enmarquen en una relación terapéutica centrada en la aceptación y en el aquí y en el ahora. (Padilla y Jiménez, 2014).

Para que el adolescente pueda percibir y experimentar un vínculo “emocionalmente significativo” y auténtico con el terapeuta, el terapeuta debe integrar las actitudes mindfulness como una expresión genuina de su personalidad y filosofía de vida (Rogers, 1985).

Existen pruebas preliminares de que la práctica del mindfulness por parte del terapeuta puede aumentar la sintonía emocional y su presencia terapéutica (Pollak, et al., 2015).

En estudios recientes se sugiere que en las alianzas terapéuticas de éxito, los terapeutas suelen ser cariñosos, empáticos, comprensivos, y receptivos, y se aproximan a sus pacientes con una actitud abierta y colaborativa (Norcross y Wampold, 2011). Con una práctica regular del mindfulness el terapeuta puede ser capaz de desarrollar y fortalecer dichas habilidades terapéuticas y así lo avalan las evidencias empíricas (Grepmaier et al., 2007; McCollum y Gehart, 2010; Mirapeix, 2015; Rodríguez et al., 2014; Shapiro, Brown y Biegel, 2007).

Por tanto, se considera que una formación en mindfulness por parte de los terapeutas ayuda a solventar las peculiaridades que tiene trabajar con los adolescentes. Proporciona seguridad en el proceso terapéutico, genera mayor aceptación ante las actitudes ambivalentes de los adolescentes durante las primeras sesiones terapéuticas, fomenta la empatía y la aceptación positiva del joven, y favorece la autenticidad y

calidez al terapeuta, generando las habilidades necesarias para obtener un resultado positivo en terapia.

Referencias

- Aggs, C., y Bambling, M. (2009). Teaching Mindfulness to Psychotherapists in Clinical Practice: A Standardised Training Program. *Counselling and Psychotherapy Research, 10*(4), 278-286.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., y Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 1027- 1032.
- Binder, P. E., Holgersen, H., y Nielsen, G. H. S. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 9*(4), 250-256.
- Fuentes, X. (2004). Construcción de la alianza terapéutica: algunos supuestos que la sostienen. *Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar, 18*, 79-84.
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., y Nickel, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry, 22*(8), 485-489.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *La práctica de la atención plena*. España: Editorial Kairós.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., y McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 16*(1), 15-28.
- Kazdin, A. E. (2004). Psychotherapy for Children and Adolescents. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 543-589). New York: Wiley and Sons.
- Martin, J., Romas, M., Medford, M., Leffert, N., y Hatcher, S. L. (2006). Adult helping qualities preferred by adolescents. *Adolescence, 41*(161), 127.
- McCollum, E. E., y Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*(3), 347-360.

- Mirapeix, C. (2015). Conciencia reflexiva del self relacional: mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia. *Revista Norte de Salud mental y Psiquiatría comunitaria*, 13(53), 35-45.
- Miró, M. T., y Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98.
- Padilla, D., y Jiménez, M. A. (2014). Experiencia clínica de Psicoterapia Grupal Contextual en Adolescentes con Problemas Emocionales. *Clínica Contemporánea*, 5(1), 53-68.
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 77-120.
- Platt, D. (2008). Care or control? The effects of investigations and initial assessments on the social worker-parent relationship. *Journal of Social Work Practice*, 22(3), 301-315.
- Pollak, S. M., Pedulla, T., y Siegel, R.D. (2015). *Sentarse juntos. Habilidades esenciales para una psicoterapia basada en el Mindfulness*. Biblioteca de Psicología, Desclée de Brouwer.
- Rivera-Martínez, F. (2013). *Efecto de un programa de entrenamiento en Mindfulness en el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas. Estudio descriptivo-relacional desde la Perspectiva de Psicólogos Clínicos de la Región Metropolitana* (Tesis doctoral). Universidad de Chile.
- Rodríguez, B., Melero-Llorente, J., Bayon, C., Cebolla, S., Mira, J., Valverde, C., y Fernández-Liria, A. (2014). Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychotherapy Research*, 24(2), 202-213.
- Rogers, C. (1985). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós.
- Russell, R., Shirk, S., y Jungbluth, N. (2008). First-session pathways to the working alliance in cognitive behavioral therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research*, 18(1), 15-27.

- Shapiro, S. L., Brown, K. W., y Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*, 105-115.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., y Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 689-698.
- Shirk, S. R., y Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 452-464.
- Siegel, D. (2012). *Mindfulness y psicoterapia. Técnicas prácticas de atención plena para psicoterapeutas*. España: Paidós.

EL PAPEL DE LA FUNCIÓN REFLEXIVA COMO FACTOR DE PROTECCION EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES

Carla M^a Cabrejas-Sánchez*, Paula San Juan-Gutiérrez*, Xacobe Fernández
García **, Carlos Mirapeix***, Hector Vergara González****, Ángel
Estalayo*****

* *Psicóloga Generalista Sanitaria en Fundación para la Investigación en Psicoterapia y
Personalidad (FUNDIPP); ** Psicólogo Clínico. FUNDIPP; *** Psiquiatra.
FUNDIPP; **** Pedagogo. IRSE- EBI; ***** Educador Social. IRSE- EBI*

Resumen

Antecedentes: La encuesta ESTUDES 2014-15, detecta que el alcohol, el tabaco y el cannabis, siguen siendo las drogas más consumidas por la población escolar de 14 a 18 años. La prevalencia del consumo entre adolescentes es muy elevada. *Método:* Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en Google Scholar introduciendo los siguientes términos “mentalización”, “factor de protección” y “consumo de sustancias”. Posteriormente, se seleccionaron aquellos artículos más representativos. *Resultados:* Los factores de protección en el consumo de drogas son aquellas variables que contribuyen a modular, prevenir o limitar el uso de drogas; es decir, que moderan o mediatizan los efectos de la exposición a riesgos. El término de “Mentalización” o “función reflexiva” se refiere a una actividad mental que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales. El grado de mentalización que se posee y el vínculo establecido por el paciente con las figuras de apego, son factores que influyen en los trastornos adictivos, actuando como factor de protección cuando hay una adecuada mentalización, o como factor de riesgo, cuando la mentalización es baja. El consumo de sustancias se analiza como una manifestación de la alteración en las habilidades de mentalización y en los trastornos de regulación del afecto. *Conclusiones:* La función reflexiva es un determinante clave para la organización del self, la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, cuya adquisición tiene lugar en el interior de las relaciones de apego tempranas. La relación entre los rasgos de personalidad y patrones

de apego inseguro, propio de los Trastornos Límite de Personalidad, podría estar mediada por un déficit en la función reflexiva. De ahí la importancia de intervenir de manera temprana en la función reflexiva, ya que la mentalización funciona como factor de protección frente al consumo de sustancias y otros trastornos.

Palabras Clave: sustancias, factores de protección, mentalización, función reflexiva, adolescencia

THE ROLE OF REFLECTIVE FUNCTION AS A FACTOR IN PROTECTIVE DRUG USE IN TEENS

Abstract

Background: Survey 2014-15 ESTUDES detects Alcohol, snuff and cannabis, drugs continue to be consumed by a percentage mayor of students 14 to 18 years. The prevalence of adolescents is very high. Variables Protective Factors contributing to child Those modular, prevent or limit the use of drugs This is, moderate or mediate the Effects of Exposure to Risk. *Method:* We carry out a bibliographic search on Google Scholar using the term “mentalization”, “protective factors” “drug consume”. A review was made of those articles that could be more representative. *Results:* The term "Mentalization" or "reflective function" refers to a mental activity that allows the understanding of self and others behavior terms of mental states and processes. Mentalization theory and attachment theory is explained as a factor in the addictive disorder and the risk factors and protection between parents and children. The substance is analyzed as a manifestation of impaired mentalizing skills and disorders affect regulation. *Conclusion:* Reflective function is a key determinant for the organization of self, emotional regulation and the establishment of satisfactory interpersonal relationships, the acquisition takes place inside early attachment relationships. The relationship between personality traits and patterns of insecure, self attachment limit of Personality Disorders, could be mediated by a deficit in the reflective function. Hence the importance of intervening early in the reflective function, as mentalizing works as a protective factor for substance abuse and other disorders.

Keywords: drug, protective factor, reflective factor, mentalization, teen, adolescence

Introducción

La encuesta *ESTUDES 2014-15* detecta que el alcohol, el tabaco y el cannabis, siguen siendo las drogas consumidas por un mayor porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años. La prevalencia del consumo entre los adolescentes es muy elevada (Becoña, 2000). Estudios epidemiológicos apuntan a un incremento en la tasa de trastornos psiquiátricos en la adolescencia, y muestran que tanto los problemas de internalización como de externalización aumentan durante esta etapa. En la historia natural de la mayoría de trastornos psiquiátricos, incluidos la depresión, el abuso y dependencia de drogas, trastornos bipolares, trastornos alimentarios, y trastornos psicóticos, el inicio de la adolescencia juega un papel muy importante en la aparición, organización y/o exacerbación de esos trastornos. (Bleiberg, 2013).

La “hipótesis de la puerta” (Kandel y Jessor, 2002), indica que el inicio del consumo de drogas legales precede al consumo de drogas ilegales, por tanto una edad más tardía en el inicio del uso de drogas correlaciona con una menor implicación en el consumo y una mayor discontinuidad en el uso (Kandel, Single y Kessler, 1976). Esto hace imprescindible que las intervenciones preventivas se centren en la adolescencia, etapa donde comienzan los consumos de sustancias.

Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica utilizando como fuente de búsqueda *Google Scholar* y como estrategia de búsqueda se introdujeron los siguientes términos: “mentalización”, “factor de protección” y “consumo de sustancias”. Posteriormente, se seleccionaron los artículos más representativos sobre la temática. Los resultados de dichos artículos se dividieron en dos bloques: Los factores de protección y la mentalización o función reflexiva.

Resultados

Los factores de protección

Los *factores de protección* son aquellas variables que contribuyen a modular,

prevenir o limitar el uso de drogas (Newcomb y Felix-Ortiz, 1992); por lo que moderan o mediatizan los efectos de la exposición a riesgos (Werner, 1989). El conocimiento sobre los factores de protección y la resiliencia es menos extensa, es más difusa y está bastante menos desarrollada en la investigación científica que el conocimiento sobre los factores de riesgo (Lösel y Bender, 2003).

Dentro del ámbito de las drogodependencias, la *Evaluación Nacional Cross-Site* distingue entre los factores de protección externos e internos. Y considera *factores externos* de protección aquellas circunstancias de los menores que les proporcionan oportunidades o influencias para evitar usar las drogas. El estudio midió 4 factores externos: la supervisión y el acompañamiento familiar; la integración y/o promoción escolar; la participación en actividades de prevención organizadas en la comunidad y la desorganización/organización social y los riesgos en el barrio o vecindario. Los menores se mueven desde la protección hacia los riesgos a medida que van creciendo, con un pronunciado descenso en dos de estos factores clave de prevención: la supervisión familiar y la prevención escolar. Cuando los menores se vuelven más independientes, están más influenciados y establecen más vínculos con su entorno comunitario. La apuesta de la prevención con estos menores es ayudarles a establecer relaciones positivas con su entorno.

Los factores internos son los procesos de desarrollo madurativo y emocional de los menores. El estudio National Cross-Site Evaluation midió 6 de ellos: el vínculo con la familia y con la escuela; la confianza en uno mismo; el autocontrol; la autoeficacia percibida y la autoconfianza/autoestima social.

Se analizó la asociación entre este conjunto de factores de riesgo y protección con el consumo de drogas, concluyendo que las influencias de la familia y la escuela son clave en la prevención para estos grupos de menores. El análisis sugirió que los factores de protección individuales están mediados por la influencia de los factores de protección externos identificados: los vínculos con la familia y con la escuela. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002)

Así mismo, el marco protector que incrementa la fortaleza personal y la resiliencia de los menores y adolescentes en entornos de mayor riesgo, además de los ya mencionados, integra los siguientes *rasgos protectores*:

La presencia de adultos disponibles que acompañen el crecimiento madurativo

del menor, proporcionando seguridad y una disciplina consistente que enseñe a los niños/niñas a autocontrolar su propia conducta, sin caer en el autoritarismo ni en la negligencia (Díez-Aguado y Martínez Arias, 2003).

Unas relaciones paterno-filiales afectivas y cálidas, caracterizadas por la *aceptación y la comunicación positiva*, que favorezcan la configuración de la autoestima personal en las primeras etapas adolescente (Muñoz-Rivas y Graña-López, 2001).

El apego emocional seguro con adultos durante los primeros años de vida, como consecuencia de mantener una relación positiva, significativa y continuada en el tiempo con un adulto que proporciona cuidados (padres, otro adulto significativo, un hermano mayor, un tutor, un consejero...).

Disponer de *modelos de identificación positivos y apoyos fuertes de fuera* de la familia. El modelado es uno de los procesos de aprendizaje básico para los niños/as, ya que éstos aprenden mediante la imitación, no solo de las conductas, sino también de los discursos y las actitudes.

Las consecuencias inmediatas de estas conclusiones son dos: por un lado que las intervenciones han de ser específicas para las diferentes franjas de edad y han de implementarse acordes con los diferentes momentos del proceso de maduración, ya que de este modo se conseguirá un mayor impacto y una mayor eficacia y por otro lado, que los vínculos significativos con la familia y la escuela deberían ser focos de atención destacados de las intervenciones preventivas protectoras con los menores más vulnerables. Un entorno familiar afectivo, caracterizado por un fuerte vínculo con los familiares y con un nivel de conflicto familiar controlado, de supervisión, con normas familiares claras sobre el comportamiento de los niños, de acompañamiento y de apoyo, reduce significativamente el riesgo de iniciación de drogas ilegales entre los menores vulnerables.

La mentalización o función reflexiva

El término de “Mentalización” (Fonagy, Steele, Stelle y Target, 1997) se refiere a una actividad mental que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales. La mentalización es evolutiva, cada vez más compleja y sólo se logra progresivamente. La orientación a otras mentes es parte del repertorio conductual de los bebés, así como una vía de desarrollo bien trazada.

Investigaciones en la infancia demuestran que los niños están dispuestos y son capaces de orientarse hacia otros seres humanos (Stern; 2004), y de reconocer y buscar una relación contingente (causa-efecto) entre sus señales emocionales (como el llanto de un bebé) y el resultado social de esa señal (Gergely, 2004).

Hallazgos como los de Spear (2007) sugieren que la adolescencia podría ser una etapa crítica en el desarrollo de la mentalización y la cognición social. Durante la adolescencia, la capacidad de atribuir significado emocional a las señales sociales, de regular las respuestas emocionales, y de inhibir las reacciones automáticas y defensivas en las interacciones sociales, madura al ser favorecida por una comunicación más rápida, eficiente y específica entre centros cerebrales especializados (Spear, 2007).

El grado de mentalización que se posee y el vínculo establecido con las figuras de apego son factores que influyen en los trastornos adictivos, como factor de protección si hay una adecuada mentalización y como factor de riesgo si la mentalización es baja. El consumo de sustancias se analiza como una manifestación de la alteración en las habilidades de mentalización y en los trastornos de regulación del afecto. (Söderström, 2009) La función reflexiva es un determinante clave para la organización del self, la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, cuya adquisición tiene lugar en el interior de las relaciones de apego tempranas (Mirapeix, 2014).

La relación entre los rasgos de personalidad y patrones de apego inseguro, propio de los Trastornos Límite de Personalidad, podría estar mediada por un déficit en la función reflexiva (Jennings, 2012). De ahí la importancia de intervenir de manera temprana en la función reflexiva, ya que la mentalización funciona como factor de protección frente al consumo de sustancias y otros trastornos.

El estadio de cambio, la función reflexiva, y la ventana de tolerancia emocional, son marcadores estratégicos progresivos que determinan el ritmo y la secuencia de las intervenciones en la terapia. Para Mirapeix (2014) un objetivo prioritario consiste en desarrollar intervenciones específicas que faciliten la función reflexiva, para mejorar la capacidad de auto y hetero observación del paciente consigo mismo y en sus relaciones interpersonales, así como en aquellos contextos sociales en los que se desenvuelven.

Conclusiones

La mentalización puede considerarse como un macrofactor de protección central frente al consumo de drogas en los adolescentes, que incluye otros factores de protección. La intervención temprana potenciando la mentalización, cuando se aprecian signos y síntomas precursores como el trastorno por uso de sustancias o los rasgos de personalidad límite, ha demostrado ser eficaz (Chanen et al., 2008)

El grado de supervisión por parte de la familia y el tipo de actitud de los padres es predictor de la conducta de consumo de drogas entre los menores vulnerables de menor edad. La familia continúa desempeñando un importante papel protector también durante la adolescencia, pese a que los adolescentes informan de una disminución de la supervisión y de la conexión con ella a medida que crecen. Por ello, fomentar la función reflexiva en las intervenciones preventivas con el adolescente y la familia es fundamental para aumentar la resiliencia y reducir la vulnerabilidad a los factores de riesgo.

El vínculo familiar, la supervisión y las actitudes de los padres, tienen una gran influencia en los grupos de iguales con los que los menores se relacionan y también en la decisión de utilizar o no drogas. Al mejorar la mentalización en los adolescentes, se favorecen varios aspectos, por un lado el autoconocimiento, la gestión emocional y el autocontrol como factores internos, y por otro mejora su capacidad para fomentar y mantener relaciones interpersonales saludables tanto con los adultos como con el grupo de iguales, como factor externo. El trabajo con la mentalización, se traslada a otros subfactores.

Por ello, en las intervenciones preventivas con adolescentes se recomienda incidir en la función reflexiva de éstos como factor de protección y así reducir los posibles riesgos derivados del consumo de sustancias.

Referencias bibliográficas

- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77, 25-32.
- Bleiberg, E. (2013). Mentalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 295 -330.
- Chanen, A. M, Jackson, H. J, McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., y Yuen, H. P.

- (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193, 477–84.
- Díez-Aguado, M. J., y Martínez, R. (2003). *Prevenir en Madrid. Programa de prevención de drogodependencias en contextos educativos del Ayuntamiento de Madrid*. Recuperado de <http://www.madridsalud.es/pdf/publicaciones/adicciones/folletos/PrevenirMadrid.pdf>
- ESTUDES. (2015). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2014-2015. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., y Target, M. (1997). *Reflective function manual for application to adult attachment interviews*. London: University College.
- Gergely, G. (2004). The role of contingency detection in early affect-regulative interactions and in the development of different types of infant attachment. *Social Behavior*, 13, 468-478.
- Jennings, T., Hulbert, C., Jackson, H., y Chanen, A. (2012). Social perspective coordination in youth with borderline personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 26, 126-140.
- Kandel, D.B., Single, E., y Kessler, R. C. (1976). The epidemiology of drug use among New York State High School students: distribution, trends, and change in rates of use. *American Journal of Public Health*, 66, 43-53.
- Kandel, D. B. y Jessor, R. (2002). *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Lösel, F. y Bender, D. (2003). Protective factors and resiliencia. En D. P. Farrington y J. W. Coid (Eds.), *Early prevention of antisocial behavior* (pp. 130-204). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mirapeix, C. (2014). Intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP. *Revista de Mentalización*, 1(II). Recuperado de: http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones_dirigidas_al_incre

mento_de_la_fr.pdf

- Muñoz-Rivas, M. J., y Graña-López, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Newcomb, M. D., y Felix-Ortiz, M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: cross-sectional and prospective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 280-96.
- Söderström, K. (2009). Minding the baby. Mentalization-based treatment in families with parental substance use disorder: Theoretical framework. *Nordic Psychology*, 61, 47-65.
- Spear, L. (2007). The Developing Brain and Adolescent - Typical Behavior Patterns: An Evolutionary Approach. In D. R. a. E. F. Walker (Ed.), *Adolescent Psychopathology and the Adolescent Brain* (pp. 9-30). New York, New York: Oxford University Press.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2002). *Making Prevention Effective for Adolescent Boys and Girls: Gender Differences in Substance Use and Prevention* (Monograph No. 4). The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.

NECESIDAD DE UN ENTORNO AMIGABLE PARA LA INTERVENCIÓN CON GENTE JOVEN: FILOSOFÍA YOUTH FRIENDLY

Xacobe Fernández-García^{*,***}, Carla M^a Cabrejas-Sánchez^{**,***} y Paula San Juan-Gutiérrez^{**,***}

Psicólogo Clínico; **Psicóloga General Sanitaria; *Fundación para la investigación en Psicoterapia y Personalidad (FUNDIPP)*

Resumen

Antecedentes: En la filosofía "Youth friendly" se plantea que existe una brecha entre la información a la que la gente joven debería acceder, y a la que accede (YouthFriendly, s.f.). Esta brecha puede ser muy negativa cuando se refiere a aspectos vitales para los jóvenes como las leyes que les afectan y la salud. Las dificultades para acceder a contenido importante provienen, fundamentalmente, de que el material y los servicios están hechos con valores y formatos muy alejados de su población objetivo. Así, la filosofía "Youth friendly" plantea que la gente joven debe poder participar y opinar sobre la elaboración de estos servicios y materiales, haciendo posible la reducción de la mencionada brecha. *Método:* Realizamos una búsqueda bibliográfica en PUBMED introduciendo el término "Youth friendly". Se hizo una revisión de aquellos artículos que pudieran ser más representativos de esta filosofía. *Resultados:* Lo que caracteriza a un centro "youth friendly" es la accesibles, aceptables, equitativos, apropiados y asequibles para los diversos grupos de jóvenes. Sus principales temáticas son la salud sexual, la contracepción y el aborto, el consumo de sustancias y otros problemas de salud mental como psicosis, depresión y suicidio. Esta filosofía está permitiendo la innovación en múltiples aspectos e intervenciones. *Conclusiones:* Actualmente, los esfuerzos por realizar acercamientos similares en el Estado Español son limitados y con poco apoyo institucional, aunque en la actualidad se empieza a debatir el la introducción de esta perspectiva en atención primaria (Goicolea, 2016). Seguramente, el futuro de la prevención y la intervención precoz en salud mental pasen por iniciativas de este tipo.

Palabras claves: Youth-Friendly, prevención, atención primaria, prormoción de la salud

A YOUTH FRIENDLY ENVIROMENT IS NEEDED FOR INTERVENTIONS WITH YOUTH PEOPLE: YOUTH FRIENDLY PHILOSOPHY

Abstract

Background: In the "Youth friendly" phylosophy there is a gap between the information young people should access and access ("YouthFriendly," s.f.). This gap can be very negative when it refers to vital aspects that young people should know, mainly, the laws that affect them and health. The difficulties in accessing important content come basically from the fact that the material and the services are made with values and formats that are very far from the reality of its target population. Thus, the philosophy "Youth friendly" states that young people should be able to participate and give an opinion on the elaboration of these services and materials, making possible the reduction of the mentioned gap. *Méthod:* We carry out a bibliographic search on PUBMED using the term "youth friendly". A review was made of those articles that could be more representative of this philosophy. *Results:* What characterizes a "youth friendly" center is accessibility, acceptability, fairness, appropriateness and affordability for various youth groups. We note how the concerns for these types of centers relate to sexual health, contraception and abortion, substance use and other mental health problems such as psychosis, depression and suicide. This view is enabling innovation in multiple aspects and interventions. *Conclusions:* Today, the spanish efforts to do something similar are few and with poor institutional support. In spite of this, some people talk about adapt our primary care and make it more youth friendly (Goicolea, 2016). For sure, prevention and early intervention have their future in this kind of initiatives.

Keywords: Youth-Friendly, prevention, primary health care, health promotion

Introducción

En la filosofía "Youth friendly" se plantea que existe una brecha entre la información a la que la gente joven debería acceder, y a la que accede (YouthFriendly,

s.f.). Esta brecha puede ser muy negativa cuando se refiere a aspectos vitales para los jóvenes como las leyes que les afectan y la salud. Las dificultades para acceder a contenido importante provienen, fundamentalmente, de que el material y los servicios están hechos con valores y formatos muy alejados de su población objetivo. Así, la filosofía "Youth friendly" plantea que la gente joven debe poder participar y opinar sobre la elaboración de estos servicios y materiales, haciendo posible la reducción de la mencionada brecha.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha editado ya varios manuales de cara a crear centros de salud "youth friendly" (Department of Maternal Newborn Child and Adolescent Health, 2012; McIntyre, 2002). Las inquietudes fundamentales en este tipo de centros son la salud sexual, la contracepción y el aborto, el consumo de sustancias y otros problemas de salud mental como psicosis, depresión y suicidio.

Lo que caracteriza a un centro "youth friendly" es la accesibilidad, aceptabilidad, equidad y ser apropiado y asequible para los diversos grupos de jóvenes.

Método

Realizamos una búsqueda bibliográfica en PUBMED introduciendo el término "Youth friendly". Posteriormente, se hizo una revisión de aquellos artículos que pudieran ser más representativos de esta filosofía y se han dividido en 4 bloques:

1. ¿Por qué un abordaje "youth friendly"?
2. Salud sexual y reproductiva en países en vías de desarrollo
3. Innovación en el tratamiento
4. Salud mental para gente joven

Resultados

1. ¿Por qué un abordaje "youth friendly" en la salud?

La percepción que tiene la gente joven de su salud, o de los servicios que se ocupan de la misma, puede ser muy diferente de la que tengan las personas adultas. Haller, Sanci, Patton y Sawyer (2007) evalúa los miedos y percepciones de los jóvenes sobre su salud encontrándose con una brecha más grande de la esperada.

Para solucionar esto, James (2007) considera que la atención a la gente joven debe recibir feedback de la misma. Estrategias como la creación de plataformas de ex-

pacientes que den feedback y sugerencias pueden ser útiles para la continua mejora de estos servicios.

Es importante formar equipos dispuestos a adquirir este enfoque (Scheve, Perkins y Mincemoyer, 2006). En muchas ocasiones, las actitudes previas del equipo sobre aspectos como la sexualidad de la gente joven, pueden no ser las más adecuadas (Warenius et al., 2006)

En la actualidad ya conocemos el impacto positivo de estas adaptaciones (Michaud, 2008; Tylee, Haller, Graham, Churchill y Sancí, 2007) por lo que todos los autores consideran la necesidad de implementar políticas en este sentido.

2. Salud sexual y reproductiva en países en vías de desarrollo

Una de las apuestas más claras se hace desde el ámbito sexual y reproductivo (Senanayake y Faulkner, 2003). Muchos de los artículos se refieren a la evaluación de las ideas y creencias de la sexualidad en gente joven y plantean como solución centros y programas youth friendly. A modo de ejemplo, Rasch, Silberschmidt, Mchumvu y Mmary (2000) observaron el poco acceso a los métodos anticonceptivos en adolescentes tanzanasas, así como la presencia de falsos mitos sobre cómo éstos podían transmitir VIH. Algunos estudios hablan sobre trabas culturales al acceso a la contracepción tanto en Tanzania (Chalamilla et al., 2006) como en Camerún (Meekers y Klein, 2002), Uganda (Flaherty, Kipp y Mehangye, 2005) Nigeria (Salako, Iyaniwura, Jeminusi y Sofowora, 2006), Suráfrica (MacPhail, Pettifor, Coates y Rees, 2008) o China (Wang, Lou y Gao, 2006).

El MEMA kwa Vijana project (Fox, 2000; Hayes et al., 2005; Obasi et al., 2006) es una iniciativa que introduce en los colegios de 20 comunidades rurales de Tanzania educación sexual y reproductiva. No se limitaba a dar clases de sexualidad, sino que incorporaba educación entre iguales y actividades extraescolares. Este tipo de actuaciones no son aisladas ni exclusivas, podemos ver iniciativas similares en Shangai (Lou, Wang, Shen y Gao, 2004) o Zambia (Goodrich, 1999).

Estas intervenciones están demostrando mayor aceptación que los servicios habituales (Erulkar, Onoka y Phiri, 2005; Mmari y Magnani, 2003), así como efectividad (Lou et al., 2004; Hayes et al., 2005) y coste-efectividad, prediciendo un abaratamiento de un 40% en la intervención (Terris-Prestholt et al., 2006). Como ya se expuso, la aceptación y la efectividad son criterios básicos para un entorno youth

friendly. Con respeto a la aceptabilidad, se pueden convertir en aceptables aspectos que antes no los eran, como en el caso de Vaughan et al. (2010) que convertían una screening potencialmente estigmatizador (un test de clamidia) en una opción aceptable.

3. Innovación en el tratamiento

La filosofía youth friendly invita a pensar en procesos de comunicación con influencia en la gente joven. Peralta, Deeds y Young (2002) analizan el comportamiento de los medios de comunicación y buscan adaptarlos a sus planes de prevención del VIH.

También existe la posibilidad de generar nuevas vías, como el uso de aplicaciones para móviles de cara a estudiar los factores que influyen en el consumo de alcohol (Kauer, Reid, Sancí y Patton, 2006) o para implementar autorregistros de estrés o estado de ánimo (Reid et al., 2009). Otra opción es una estrategia co-creadora de una plataforma online en salud (Whitehouse et al., 2013).

En esta línea, se están diseñando redes sociales específicas para el tratamiento (Alvarez-Jimenez et al., 2015; Gleeson et al., 2014).

4. Salud mental para gente joven

El abordaje de la salud mental en gente joven toma su especial significación en el terreno de la prevención en la psicosis. Para ello se usa el término Duration of Untreated Psychosis (DUP), siendo el paradigma lograr reducir este tiempo con fines preventivos.

Desde el principio, el grupo de McGorry (Berger, Fraser, Carbone y McGorry, 2006; Fraser, Berger y McGorry, 2006; McGorry, Killackey, Berger y Fraser, 2006; Wade et al. 2006) se estructura en un formato youth friendly especializado para la detección de las etapas precoces de la psicosis y el inicio del tratamiento.

En Australia se está siguiendo una estrategias de centros de atención primaria de salud mental llamados Headspace en los que se desestigmatizan los problemas de salud mental y se puede realizar intervención precoz (McGorry, 2007; Medlow, Kelk, Cohen y Hickie, 2010; Muir, Powell, y McDermott, 2012).

Esta estrategia la están siguiendo otros países, como Francia (Mauerhofer, Akre, Michaud y Suris, 2009), Suiza (Mauerhofer, Bertchold, Akre, Michaud y Suris, 2010) o Noruega (Hetlevik, Haug y Gjesdal, 2009).

Conclusiones

Actualmente, los esfuerzos por realizar acercamientos similares en el Estado

Español son limitados y con poco apoyo institucional, aunque se empieza a debatir la introducción de esta perspectiva en atención primaria (Goicolea, 2016). Seguramente, el futuro de la prevención y la intervención precoz en salud mental pasen por iniciativas de este tipo.

Referencias

- Alvarez-Jimenez, M., Alcazar-Corcoles, M. A., Gonzalez-Blanch, C., Bendall, S., McGorry, P. D., y Gleeson, J. F. (2015). Online social media: New data, new horizons in psychosis treatment. *Schizophrenia Research*, 166(1), 345-346.
- Berger, G., Fraser, R., Carbone, S., y McGorry, P. (2006). Emerging psychosis in young people-part 1: key issues for detection and assessment. *Australian Family Physician*, 35(5), 315.
- Chalamilla, G., Mbwana, J., Mhalu, F., Mmari, E., Majigo, M., Swai, A., ...Sandstrom, E. (2006). Patterns of sexually transmitted infections in adolescents and youth in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC infectious diseases*, 6(1), 1.
- Department of Maternal Newborn Child and Adolescent Health. (2012). *Making Health Services Adolescent Friendly - Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services*. Geneva: World Health Organization.
- Erulkar, A. S., Onoka, C. J., y Phiri, A. (2005). What is youth-friendly? Adolescents' preferences for reproductive health services in Kenya and Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health*, 9(3), 51-58.
- Flaherty, A., Kipp, W., y Mehangye, I. (2005). 'We want someone with a face of welcome': Ugandan adolescents articulate their family planning needs and priorities. *Tropical Doctor*, 35(1), 4-7.
- Fox, R. (2000). Tanzanian AIDS project works towards "good things for young people". *Lancet*, 355(9216), 1703.
- Fraser, R., Berger, G., y McGorry, P. (2006). Emerging psychosis in young people-part 2: key issues for acute management. *Australian Family Physician*, 35(5), 323.
- Goicolea, I. (2016). ¿Es posible una atención primaria amigable para las/los jóvenes en España? *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 241-243.
- Goodrich, R. (1999). AIDS and behaviour change in Zambia. *AIDS Analysis Africa*, 9(4), 5-6.

- Gleeson, J. F., Lederman, R., Wadley, G., Bendall, S., McGorry, P. D., y Alvarez-Jimenez, M. (2014). Safety and privacy outcomes from a moderated online social therapy for young people with first-episode psychosis. *Psychiatric Services, 65*(4), 546-550.
- Haller, D. M., Sancí, L. A., Patton, G. C., y Sawyer, S. M. (2007). Toward youth friendly services: a survey of young people in primary care. *Journal of General Internal Medicine, 22*(6), 775-781.
- Hayes, R. J., Chagalucha, J., Ross, D. A., Gavyole, A., Todd, J., Obasi, A. I., ...Grosskurth, H. (2005). The MEMA kwa Vijana project: design of a community randomised trial of an innovative adolescent sexual health intervention in rural Tanzania. *Contemporary Clinical Trials, 26*(4), 430-442.
- Hetlevik, Ø., Haug, K., y Gjesdal, S. (2009). Young people and their GP: a register-based study of 1717 Norwegian GPs. *Family Practice, 27*(1):3-8.
- James, A. M. (2007). Principles of youth participation in mental health services. *Medical Journal of Australia, 187*(7), 57-9.
- Kauer, S., Reid, S., Sancí, L., y Patton, G. (2006). Adolescent alcohol use and mobile phone experience sampling in a clinical setting: an innovative, youth friendly approach to research. *Acta Neuropsychiatrica, 18*(06), 255-256.
- Lou, C. H., Wang, B., Shen, Y., y Gao, E. S. (2004). Effects of a community-based sex education and reproductive health service program on contraceptive use of unmarried youths in Shanghai. *Journal of Adolescent Health, 34*(5), 433-440.
- MacPhail, C. L., Pettifor, A., Coates, T., y Rees, H. (2008). "You must do the test to know your status": attitudes to HIV voluntary counseling and testing for adolescents among South African youth and parents. *Health Education & Behavior, 35*(1), 87-104.
- Mauerhofer, A., Akre, C., Michaud, P. A., y Suris, J. C. (2009). Youth-friendly outpatient care. *Archives de Pediatrie: Organe Officiel de la Societe Francaise de Pediatrie, 16*(8), 1151-1157.
- Mauerhofer, A., Bertchold, A., Akre, C., Michaud, P. A., y Suris, J. C. (2010). Female adolescents' views on a youth-friendly clinic. *Swiss Medical Weekly, 140*(1), 18.
- McGorry, P. D. (2007). The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Medical Journal of Australia,*

187(7 Suppl), s53-6.

- McGorry, P., Killackey, E., Berger, G., y Fraser, R. (2006). Emerging psychosis in young people-Part 3: Key issues for prolonged recovery. *Australian Family Physician*, 35(5), 329.
- McIntyre, P. (2002). *Adolescent Friendly Health Services — An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization.
- Medlow, S., Kelk, N., Cohen, A., y Hickie, I. (2010). Facilitating early intervention: experiences of young people and implications for the shaping of headspace services. *Australasian Psychiatry*, 18(4), 335-339.
- Meekers, D., y Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 14(1), 62.
- Michaud, P. A. (2008). Adolescent medicine: from clinical practice to public health. *Georgian Medical*, 156, 61-65.
- Mmari, K. N., y Magnani, R. J. (2003). Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia. *Journal of Adolescent Health*, 33(4), 259-270.
- Muir, K., Powell, A., y McDermott, S. (2012). “They don”t treat you like a virus”: Youth-Friendly lessons from the Australian National Youth Mental Health Foundation. *Health and Social Care in the Community*, 20(2), 181–189.
- Obasi, A. I., Cleophas, B., Ross, D. A., Chima, K. L., Mmassy, G., Gavyole, A., ...Wight, D. (2006). Rationale and design of the MEMA kwa Vijana adolescent sexual and reproductive health intervention in Mwanza Region, Tanzania. *AIDS Care*, 18(4), 311-322.
- Peralta, L., Deeds, B. G., y Young, K. (2002). Promoting identification of HIV-infected youths: borrowing concepts from the media to reduce the HIV epidemic? *Journal of the Association for Academic Minority Physicians: the official publication of the Association for Academic Minority Physicians*, 13(2), 41-47.
- Rasch, V., Silberschmidt, M., Mchumvu, Y., y Mmary, V. (2000). Adolescent girls with illegally induced abortion Dar es Salaam: The discrepancy between sexual behaviour and lack of access to contraception. *Reproductive Health Matters*, 8(15), 52-62.

- Reid, S. C., Kauer, S. D., Dudgeon, P., Sanci, L. A., Shrier, L. A., y Patton, G. C. (2009). A mobile phone program to track young people's experiences of mood, stress and coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(6), 501-507.
- Salako, A. A., Iyaniwura, C. A., Jeminusi, O. A., y Sofowora, R. (2006). Sexual behaviour, contraception and fertility among in-school adolescents in Ikenne Local Government, south-western Nigeria. *Nigerian Journal of CLINICAL Practice*, 9(1), 26-36.
- Scheve, J. A., Perkins, D. F., y Mincemoyer, C. C. (2006). Fostering youth engagement on community teams. *Journal of Youth Development: Bridging Research and Practice*, 1(1), 0601PA003.
- Senanayake, P., y Faulkner, K. M. (2003). Unplanned teenage pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 17(1), 117-129.
- Terris-Prestholt, F., Kumaranayake, L., Obasi, A. I., Cleophas-Mazige, B., Makokha, M., Todd, J., ...Hayes, R. J. (2006). From trial intervention to scale-up: costs of an adolescent sexual health program in Mwanza, Tanzania. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(10), S133-S139.
- Tylee, A., Haller, D. M., Graham, T., Churchill, R., y Sanci, L. A. (2007). Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 369(9572), 1565-1573.
- Vaughan, D., O'Connell, E., Cormican, M., Brugha, R., Faherty, C., Balfe, M., y O'Donovan, D. (2010). "Pee-in-a-Pot": acceptability and uptake of on-site chlamydia screening in a student population in the Republic of Ireland. *BMC Infectious Diseases*, 10(1), 1.
- Wade, D., Harrigan, S., Harris, M. G., Wade, D., Harrigan, S., Harris, M. G., ...Harris, M. G. (2006). Pattern and correlates of inpatient admission during the initial acute phase of first-episode psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(5), 429-436.
- Wang, X. J., Lou, C. H., y Gao, E. S. (2006). Relationship between contraceptive use behavior and related knowledge and cognition among vocational high school students. *Zhonghua yu fang yi xue za zhi [Chinese journal of preventive medicine]*, 40(3), 184-188.
- Warenius, L. U., Faxelid, E. A., Chishimba, P. N., Musandu, J. O., Ong'any, A. A., y

Nissen, E. B. (2006). Nurse-midwives' attitudes towards adolescent sexual and reproductive health needs in Kenya and Zambia. *Reproductive Health Matters*, 14(27), 119-128.

Whitehouse, S. R., Lam, P. Y., Balka, E., McLellan, S., Deevska, M., Penn, D., ...Paone, M. (2013). Co-creation with TickiT: designing and evaluating a clinical eHealth platform for youth. *JMIR Research Protocols*, 2(2), e42.

YouthFriendly (s.f.). Recuperado el 28 de marzo de 2016 de <http://www.youthfriendly.co.uk/>

CONCEPTO Y MODELOS TEÓRICOS DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

Javier García-Castro^{*}, Daniel García-Piñera^{***}, Marta Martínez-Vicente^{***,****},
y Carlos Valiente-Barroso^{*,**}**

**Centro Universitario Villanueva-Universidad Complutense de Madrid, España;*

Universidad Internacional de la Rioja, España; ***Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España; *Universidad Internacional Isabel I de Castilla, España; *****Universidad Complutense de Madrid, España*

Resumen

Las funciones ejecutivas son aquellas habilidades cognitivas que nos permiten comportarnos de manera flexible para adaptarnos a entornos cambiantes. Estas funciones tienen, por tanto, una importancia crucial para la organización de la conducta, el pensamiento, la regulación de las emociones y la conducta social. Sin embargo, no existe en la actualidad un consenso sobre su conceptualización teórica. Si bien una buena parte de los investigadores ha defendido una concepción unitaria del constructo vinculada al factor G, persiste en la actualidad un debate abierto en torno a su naturaleza, el número de elementos que lo integran y la manera más adecuada de medirlos. El objetivo del presente artículo es ofrecer una panorámica general acerca de los modelos teóricos más representativos de las funciones ejecutivas que se han elaborado en las últimas cuatro décadas. Para ello hemos dividido los modelos seleccionados en cuatro categorías: modelos jerárquicos, temporales, de representación y específicos. Dentro de cada uno de estos grupos se revisarán modelos teóricos tan importantes como el de Norman y Shallice (1986), Baddeley y Hitch (1974), Fuster (1997) o los modelos factoriales (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki y Howeter, 2000). Finalmente, exponemos el *modelo integrador* de Tirapu-Ustárroz, Muñoz-Céspedes y Pelegrín-Valero (2003), una aproximación sintética resultado de la integración de diferentes propuestas empíricas y conceptuales.

Palabras clave: Funciones ejecutivas, modelo teóricos, neuropsicología

CONCEPT AND THEORITAL MODELS OS EXECUTIVE FUNCTIONS

Abstract

Executive functions include the skills of goal selection, inhibition, cognitive flexibility and planning that are necessary for the cognitive control of behavior and adaptation to changing environments. These cognitive skills are crucially involved in the behavior, thought, emotional and social regulation. However, there is no consensus on its theoretical nature. Many researchers have pointed out its unitary nature according to the G factor hypothesis, despite the fact that there is still no agreement about its quality, number of components and the most precise method of measurement. The present article shows a review of the most representative theoretical models about executive functions of the last four decades. We have classified the selected theoretical models into four main categories: hierarchical, temporal, representational and specific component models. Within each category, models of Norman and Shallice (1986), Baddeley y Hitch (1974), Fuster (1997) and factor models (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki and Howeter, 2000) will be reviewed. Finally, we propose the integrative model of Tirapu-Ustárroz, Muñoz-Céspedes y Pelegrín-Valero (2003), useful to understand the complexity of the executive functions as a theoretical construct and also to consider the different contributions as a whole.

Keywords: Executive functions, theoretical models, neuropsychology

Introducción

El ser humano necesita comportarse de una manera flexible para adaptarse a ambientes cambiantes y complejos con el fin último de garantizar su supervivencia. Para ello, precisa anticipar metas, establecer planes estructurados, mantener objetivos en el tiempo, pasar a la acción y supervisar el curso de su actuación para poder corregir eventuales errores. A estas habilidades cognitivas que nos permiten trazar planes de acción para conseguir metas de manera flexible es a lo que habitualmente denominamos *funciones ejecutivas* (FFEE).

No está claro cuáles y cuántos son los elementos principales en los que pueden descomponerse las FFEE. Los estudios realizados mediante la metodología del análisis

factorial aplicado a baterías de pruebas de evaluación neuropsicológica señalan la existencia de una serie de factores relativamente estable (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki y Howeter, 2000). Estos elementos componentes de las FFEE serían los siguientes: inhibición, memoria de trabajo, planificación, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones y monitorización.

Por otro lado, y a partir de datos lesionales observados tanto en la clínica como a través de estudios de neuroimagen, las FFEE se pueden localizar preferentemente en el lóbulo frontal, más concretamente en el córtex prefrontal. El córtex prefrontal ocupa una superficie del 30% del total de la corteza en el cerebro humano. Generalmente se distinguen tres áreas especialmente implicadas en el funcionamiento ejecutivo: el córtex prefrontal frontomedial, el córtex dorsolateral y el córtex orbitofrontal.

El córtex prefrontal frontomedial, concretamente delimitado por las áreas 32 y 24 de Brodmann, estaría muy relacionado con los factores motivacionales procedentes de estructuras subcorticales como el sistema límbico (Delgado-Mejía y Etchepareborda, 2013). Por su parte, la estructura de la corteza cingulada anterior desempeñaría también funciones determinantes en la resolución de conflictos que demandan respuestas contradictorias así como en el control atencional. Daños en esta área producirían un síndrome típicamente apático, caracterizado por la falta de iniciativa del paciente, dificultades para iniciar la acción y para mantener la atención.

Por su parte, el córtex prefrontal dorsolateral, fundamentalmente localizado en las áreas 9, 10, 45 y 46 de Brodmann, se encargaría de aquellos procesos que tienen que ver con la cognición más “fría”, es decir, la memoria de trabajo, la planificación y la imaginación de escenarios posibles encaminados a la resolución de un problema complejo (Delgado-Mejía y Etchepareborda, 2013). Lesiones en el córtex prefrontal dorsolateral producirían el síndrome disejecutivo, el cual se manifestaría por las dificultades del paciente para manipular temporalmente la información así como para establecer secuencias ordenadas de acción encaminadas a la consecución de una determinada meta.

Por último, el córtex orbitofrontal, ubicado en las áreas 11, 12 y 47 de Brodmann, recibiría múltiples conexiones procedentes del sistema límbico. Esta región se encargaría de la evaluación y regulación emocional, así como de la identificación de cambios en las condiciones del entorno que pueden suponer ventajas o amenazas

potenciales. El córtex orbito frontal destaca también por su papel en el control inhibitorio de la conducta, por lo que se considera fundamental para el desarrollo de la moralidad y el comportamiento social regulado por normas. Una lesión en esta región cerebral produciría un síndrome de desinhibición conductual, denominado también pseudopsicopático por la de adecuación a las normas de comportamiento social que produce.

El objetivo de este artículo es el de presentar una panorámica general de aquellos modelos teóricos que han tratado de elaborar una conceptualización comprehensiva sobre las FFEE. Sobre esto, es importante destacar que hacia la década de los años ochenta se produce un importante desarrollo conceptual en relación con el funcionamiento ejecutivo y su relación con el córtex prefrontal. Por último, queremos destacar que no existe en la actualidad un consenso sobre la naturaleza de las FFEE. Si bien algunos autores han defendido tradicionalmente una visión unitaria de este constructo (Duncan, 1995), otros han mantenido que existen múltiples e independientes procesos ejecutivos dentro del córtex prefrontal. Nosotros vamos a presentar a continuación algunos de los modelos que han marcado tendencia en el estudio de las FFEE.

Modelos jerárquicos

Los modelos jerárquicos proponen que la función principal de las FFEE es resolver situaciones conflictivas que demandan respuestas incompatibles al organismo. Estos modelos conciben el cerebro humano organizado jerárquicamente, de tal manera que ciertas estructuras tendrían un control superior sobre otras.

El modelo de modulación jerárquica propuesto por Stuss y Benson (1986) a mediados de los años ochenta sienta las bases de esta idea. Para estos autores, el córtex prefrontal ejercería un control supramodal sobre el resto de las funciones cognitivas superiores. Este control se haría efectivo precisamente a través de las funciones ejecutivas, las cuales ejercerían de manera efectiva ese control supramodal sobre el resto de procesos cognitivos.

Para entender este modelo, que es más topográfico que funcional, es preciso tener en cuenta que el córtex estaría organizado sobre un eje de funcionamiento anteroposterior. Así, las funciones más complejas y evolucionadas, y por tanto, más

recientes filogenéticamente, se situarían en el área 10 (polo frontal) y se corresponderían con las habilidades metacognitivas, es decir, el autoconocimiento y el control cognitivo. A continuación, en una franja cortical posterior, aparecerían las funciones ejecutivas propiamente dichas: la anticipación, selección de metas, planificación y monitorización. Más caudalmente, y ya en regiones de la corteza frontomedial basal, nos encontraríamos con la influencia de las estructuras límbicas sobre los procesos ejecutivos a través del drive, es decir, la energía motivacional para iniciar una acción y la organización temporal de la conducta. Por último, en las regiones corticales más posteriores, se ubicarían las funciones mentales superiores como la percepción, atención, memoria, lenguaje, etcétera, que estarían bajo el control de las regiones superiores anteriormente descritas.

Dentro de los modelos jerárquicos, el modelo de Norman y Shallice (1986) propone la existencia de un continuo de automaticidad-control entre la percepción de un estímulo y la emisión de una respuesta adecuada. En situaciones muy rutinarias y automáticas, la aparición de un estímulo apropiado elicitaría la emisión de una respuesta automática mediante la intervención de una estructura que estos autores denominan *esquemas de acción*. En una situación conflictiva en la que fuese necesaria la emisión de una conducta menos habitual, se activaría el *dirimidor de conflictos*, cuya función principal es desactivar esquemas más activados y activar esquemas menos activados, pero más apropiados a la situación. Por último, en situaciones novedosas para las que no tenemos una respuesta determinada, la intervención del *sistema atencional supervisor* (SAS) se encargaría de buscar soluciones alternativas y creativas, asumiendo el mayor grado de control atencional y ejecutivo adecuado a esa tarea.

Modelos temporales

Los modelos temporales proponen que la función principal de las FFEE es el mantenimiento y manipulación de la información de forma temporal con el fin de alcanzar una meta determinada.

Uno de los primeros modelos que concibió como estructura clave de las FFEE un almacén de trabajo con capacidad limitada fue el de Baddeley y Hitch (1974). Estos autores entendían que el cerebro tenía una capacidad limitada para retener y manipular información sencilla. Esta información podía ser verbal o visual, para lo cual existían

estructuras hipotéticas en el cerebro encargadas de procesar ese tipo de información: el *bucle fonológico* para la información verbal y la *agenda visoespacial* para la información visual. Ahora bien, cuando las demandas de la tarea son demasiado complejas, se requiere mantener información activa en la memoria o recuperar información de la memoria a largo plazo, se activaría una estructura que estos autores denominaron *ejecutivo central*, que se encargaría de realizar operaciones cognitivas actualmente consideradas como puramente ejecutivas: es decir, mantener la meta, planificar las acciones adecuadas para conseguirla y, por último, seleccionar los estímulos adecuados y descartar los irrelevantes para completar la tarea en cuestión. En las sucesivas reformulaciones del modelo se añadió un nuevo componente llamado *búffer episódico*, concebido como un almacén temporal de capacidad limitada capaz de recibir y trabajar con información muy diversa procedente de distintos módulos sensoriales del cerebro (Baddeley, 2000).

Por su parte, Fuster (1997) concibió como función principal del córtex prefrontal, y por ende, de las FFEE, la estructuración temporal de la conducta. Para este autor, el córtex prefrontal es una región capaz de integrar información muy diversa procedente del cerebro (motivacional, emocional, semántica, episódica, sensorial, etcétera) en una secuencia ordenada orientada a una meta. En este sentido, para una adecuada ordenación temporal de la conducta serían necesarias tres funciones: una retrospectiva, otra prospectiva y la capacidad para suprimir las posibles distracciones que pudieran perturbar este proceso.

Los modelos de memoria de trabajo nos permiten, combinados con las técnicas de neuroimagen, “ver” el cerebro en funcionamiento cuando un sujeto retiene y manipula temporalmente la información en el contexto de la realización de una tarea cognitiva. Según las investigaciones de Goldman-Rakic (1995), distintas regiones del córtex prefrontal se activarían en los diferentes estadios de la realización de una tarea que midiera memoria de trabajo. Así, por ejemplo, la codificación y manipulación del estímulo implicaría la activación de áreas dorsolaterales prefrontales, mientras que su retención demandaría la activación de regiones más ventrolaterales.

Modelos de representación

Frente a los modelos que tradicionalmente conciben a las FFEE como gestoras de información almacenadas en otras regiones del córtex, los modelos de representación se centran en el análisis del tipo de representaciones que se almacenarían también en el córtex prefrontal. Así, para Grafman (2002), las FFEE además de dirigir y “orquestrar” otros procesos cognitivos, estarían constituidas por *complejos de acontecimientos estructurados*, denominados en inglés *structuredeventcomplex* (SEC). Estos complejos contendrían información sobre la vinculación entre percepción y acción a través de una secuencia ordenada de acciones encaminadas a la consecución de un objetivo particular. Los SEC se irían adquiriendo con la experiencia, mediante un proceso abajo-arriba, por lo que al principio serían de carácter más episódico y ligados a situaciones concretas. En el curso del desarrollo ontogenético posterior se podrían formar SEC más abstractos y ser aplicados mediante un proceso arriba-abajo a situaciones concretas.

Modelos específicos

Los modelos específicos son en realidad un “cajón de sastre” en el que se incluyen modelos que se han centrado en aspectos muy concretos de las FFEE. Queremos destacar la importancia de los modelos factoriales aplicados al estudio y segregación de los elementos componentes de las FFEE. Concretamente, Miyake et al. (2000) encontraron tres factores principales relativamente independientes capaces de explicar una gran parte de la varianza de las pruebas que tradicionalmente se utilizan para evaluar FFEE. Estos factores serían: *actualización*, es decir, el mantenimiento, manipulación y actualización de la información en la memoria de trabajo; *inhibición*, o la capacidad para interrumpir cursos de acción más dominantes; y *alternancia*, o capacidad para cambiar de manera flexible entre distintas alternativas u operaciones. Otros trabajos añaden el componente de *velocidad de procesamiento* dentro de los elementos de las FFEE (Tirapu-Ustarroz, García-Molina, Luna-Lario, Roig-Rovira y Pelegrín-Valero, 2008).

Por su parte, la *hipótesis del marcador somático* (Damasio, 1994) ha tenido la virtud de incorporar la importancia de la información emocional en el proceso de toma de decisiones. Las conexiones del sistema límbico tanto con el córtex frontomedial a través de la corteza cingulada anterior, así como su relación con la corteza orbitofrontal, serían fundamentales para una valoración emocional de las situaciones reales, pero

también de los posibles escenarios imaginarios generados por la corteza dorsolateral prefrontal.

Por último, los modelos integradores tienen la virtud de sintetizar las diversas propuestas realizadas por los investigadores con el objeto de ofrecer una visión más general y comprensiva del complejo constructo que estamos tratando aquí. Uno de los más completos es el propuesto por Tirapu-Ustarroz, Muñoz-Cérpedes y Pelegrín-Valero (2003). Según esta propuesta integradora, entre el estímulo y la respuesta existiría un continuo de automaticidad y control siguiendo un ordenamiento jerárquico. Las conductas más automatizadas se realizarían en ausencia de control por parte de la consciencia. Las situaciones de conflicto activarían el *dirimidor de conflictos* propuesto por Norman y Shallice, mediante una combinación con la memoria de trabajo sin necesidad de apelar al *ejecutivo central*. Por último, en situaciones novedosas se activaría el SAS, lo cual supondría poner en funcionamiento toda la maquinaria de las funciones ejecutivas: *anticipación, selección de objetivos, planificación y monitorización*. Para que este proceso sea óptimo, el marcador somático imprimiría una valencia emocional a cada una de las alternativas generadas por las FFEE, anticipando emocionalmente lo placentero o aversivo de cada una de las soluciones imaginadas. El ser humano, por tanto, y como animal popperiano, puede imaginar y simular mediante experimentos mentales las posibles consecuencias de acciones que todavía no han sido ejecutadas y decidir entre ellas gracias al marbete de las emociones.

Conclusiones

En este breve artículo hemos querido poner de manifiesto cuál es el estado de la cuestión en relación con el concepto y teorización de las FFEE. Si bien no existe todavía un consenso acerca de la definición, naturaleza, elementos y consideraciones teóricas sobre este constructo (Stuss y Alexander, 2000), las revisiones teóricas son un buen punto de partida para tratar de obtener una imagen general que prescinda de los particularismos y tenga la capacidad de ofrecer una síntesis comprensiva. Los esfuerzos realizados por algunos autores para elaborar modelos integradores nos permiten vislumbrar la posibilidad futura de un campo más unificado en el que se observa la necesidad de un mayor número de investigaciones empíricas, teóricas y aplicadas a diferentes contextos. Los esfuerzos de la investigación futura deben ir encaminados, por

tanto, implementar soluciones constructivas en los diferentes ámbitos de intervención (clínico, educativo, social y organizacional), pero también, y relación con el asunto que hemos tratado aquí, a generar un marco teórico y conceptual común que permita la homogeneización de este complejo y crucial constructo de la cognición humana.

Referencias

- Baddeley, A. D. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 4, 417-23.
- Baddeley, A. D., y Hitch, G. J. (1974). Working memory. En G.A. Bower (Ed.), *The psychology of learning and cognition* (pp. 647-67). New York: Academic Press.
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Crítica Drakontos.
- Delgado-Mejía, I. y Etchepareborda, M. C. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas. Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 57(Supl 1), S95-S103.
- Duncan, J. (1995). Attention, intelligence, and the frontal lobes. En M. S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 721-733). Cambridge: MIT Press.
- Fuster, J. M. (1997). *The prefrontal cortex anatomy, physiology and neuropsychology of the frontal lobes*. Philadelphia, Lippincott Williams &Wilkins.
- Goldman-Rakic, P. S. (1995). Architecture of the prefrontal cortex and the central executive. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 769, 212-20.
- Grafman, J. (2002). The structured event complex and the human prefrontal cortex. En D.T. Stuss y R.T. Knight (Eds.), *Principles of frontal lobe function* (pp. 292-310). New York, Oxford University Press.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H. y Howeter, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “Frontal Lobes” tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.
- Norman, D. A., Shallice, T. (1986). Attention to action: willed and automatic control of behavior. En R.J. Davidson, G.E. Schwartz y D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation* (pp. 1-18). New York, Plenum Press.

Stuss, D. T., y Alexander, M. P. (2000). Executive functions and the frontal lobes: a conceptual view. *Psychological Research*, 63, 289-298.

Stuss, D. T., y Benson, D. F. (1986). *The frontal lobes*. New York, Raven Press.

Tirapu-Ustarroz, J., García-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Rovira, T., y Pelegrín-Valero, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo, I. *Revista de Neurología*, 46(12), 684-92.

Tirapu-Ustarroz, J., Muñoz-Cérpedes, J.M. y Pelegrín-Valero, C. (2003). Hacia una taxonomía de la conciencia. *Revista de Neurología*, 36(11), 1083-1093.

FUNCIONALIDAD EJECUTIVA ASOCIADA A LA METACOGNICIÓN Y SU INCIDENCIA EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO

Marta Martínez-Vicente***, ****, Javier García-Castro*, Daniel García-Piñera***** y
Carlos Valiente-Barroso* **

**Centro Universitario Villanueva-Universidad Complutense de Madrid, España;*

***Universidad Internacional de la Rioja, España; ***Universidad Nacional de
Educación a Distancia (UNED), España; ****Universidad Internacional Isabel I de
Castilla, España; *****Universidad Complutense de Madrid, España*

Resumen

Antecedentes: Existe una organización jerárquica de la corteza cerebral donde las áreas prefrontales, base de las funciones ejecutivas, juegan un papel esencial en la integración y respuesta de la información procedente del exterior. La mayoría de los autores identifican tales funciones con la memoria de trabajo, organización y planificación, inhibición de respuestas, flexibilidad cognitiva y capacidad atencional. Numerosos estudios explican la incidencia que sobre el rendimiento académico evidencian las estrategias metacognitivas, las creencias de control y la autoeficacia del aprendizaje. **Método:** Búsqueda bibliográfica en bases de datos españolas e internacionales para conocer el estado de la cuestión. **Resultados:** Considerando la diferenciación entre estrategias de aprendizaje cognitivas y autorregulativas, la relevancia de las funciones ejecutivas se posiciona por delante de un amplio espectro de variables que inciden en el rendimiento escolar de nuestros alumnos. Variables motivacionales, cognitivas, metacognitivas y emocionales que influyen considerablemente cuando un niño se enfrenta al aprendizaje efectuando actividades de planificación, dirección y control, determinantes de la significatividad del mismo. **Conclusiones:** Las funciones ejecutivas se desarrollan coincidiendo con las etapas de escolarización obligatoria y su disfuncionalidad se relaciona con el bajo rendimiento, incrementándose con la edad y exigencias académicas. Trabajar dentro de las aulas programas de entrenamiento de la memoria de trabajo, reflexividad y planificación mejora la inhibición, contribuyendo en la adquisición de estrategias metacognitivas de aprendizaje.

Palabras clave: Funciones ejecutivas, estrategias metacognitivas, rendimiento académico.

EXECUTIVE FUNCTIONALITY ASSOCIATED WITH METACOGNITION AND ITS IMPACT ON ACADEMIC PERFORMANCE

Abstract

Background: There is an organization hierarchical of the cerebral cortex where the areas prefrontal, base of the executive functions, play a role essential in it integration and response of information from of the outside. The most of the authors identify such functions with the memory of work, organization and planning, inhibition of responses, cognitive flexibility and attentional capacity. Numerous studies explain the incidence that on the academic performance show them metacognitive strategies, the beliefs of control and the self-efficacy of the learning. **Method:** Search bibliographic in Spanish and international databases to know the state of the question. **Results:** Whereas the distinction between cognitive and autorregulativas learning strategies, the relevance of the executive functions is positioned ahead of a wide range of variables that have an impact on the school achievement of our students. Motivational, cognitive, metacognitive and emotional variables that influence considerably when a child faces to the learning performing activities if planning, direction and control, determinants of the significance of the same. **Conclusions:** The executive functions are developed coinciding with the stages of compulsory schooling and its dysfunctional is related with the low performance, increasing with the age and academic demands. Work within the classrooms of reflexivity, planning and working memory training programs improve inhibition, contributing to the acquisition of metacognitive learning strategies.

Keywords: Executive functions, metacognitive strategies, academic performance.

Introducción

Aportaciones de investigaciones neurocientíficas sobre cómo aprende el cerebro, sirven de punto de partida para incorporarlas en el contexto educativo, explicando aspectos como el afrontamiento académico y posibles causas del fracaso escolar. Nace

la Neuroeducación, una nueva visión de la enseñanza basada en el cerebro que permite profundizar en los procesos de aprendizaje de los alumnos, al tiempo que en los de enseñanza de los docentes (Mora, 2013). Las últimas aportaciones de la Neurociencia explican el papel de las funciones ejecutivas en el rendimiento escolar y el manejo de estrategias de aprendizaje vinculadas a las mismas. Los estudios sobre funcionalidad ejecutiva, hasta hace poco, exclusivos de la neurología y la neuropsicología, enfatizan la importancia del córtex prefrontal en el control de los procesos y conductas relacionadas con dicho procesamiento ejecutivo. Con el nacimiento de la “neurociencia”, los educadores comienzan a reconocer los esfuerzos de psicólogos clínicos para explicar dificultades de aprendizaje, sobre todo en alumnos, que a pesar de sus óptimas capacidades cognitivas, presentan problemas de planificación, realización de trabajos grupales o resultados negativos en los exámenes (Meltzer, 2010).

Las funciones ejecutivas como conjunto de habilidades cognitivas y metacognitivas que permiten la dirección de la conducta hacia un fin determinado (Flores-Lázaro, Castillo-Preciado y Jiménez Miramonte, 2014) influyen en la capacidad de planificar, guiar y corregir la misma (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie y Evans, 1996). Algunos de los componentes implicados en estas funciones son la memoria de trabajo, la organización y planificación, la inhibición de respuestas, la flexibilidad cognitiva, el control emocional y la capacidad atencional (Diamond, 2013).

Durante la escolaridad los alumnos se enfrentan a la adquisición gradual y creciente de información, aprendiendo a organizar, asimilar y manejar cada vez mayores cantidades. Un camino en el que algunos no obtienen los niveles de rendimiento esperados según su potencial cognitivo, afectando a su desempeño académico y social, motivación, autoconcepto e incluso provocando elevados niveles de ansiedad y estrés. El reconocimiento por parte de los alumnos de las estrategias más útiles en la consecución del trabajo, así como la reflexión sobre su pensamiento y evaluación del propio proceso de aprendizaje -metacognición (Flavel, 1979)- afecta directamente a su rendimiento escolar. Este trabajo se propone como objetivo analizar la relación entre funciones ejecutivas, metacognición y rendimiento académico.

Método

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Dialnet, ISOC y PsycINFO de artículos disponibles en texto completo, en castellano e inglés, publicados los últimos quince años.

Resultados

Estudios previos mencionan conductas estereotipadas, comportamientos rutinarios, compulsividad, reacciones emocionales inadecuadas, falta de creatividad y originalidad, problemas de atención y de organización, como síntomas relacionados con la disfunción ejecutiva. La existencia de estos déficits ejecutivos se localizan en muchos trastornos prevalentes en la edad escolar, complicando la adaptación escolar y social en alumnos con trastorno del Espectro Autista, TDAH, discapacidad intelectual límite, dificultades específicas del lenguaje o del proceso de aprendizaje en general (Artigas-Pallarés, 2003 y Meltzer, 2007). Desde el punto de vista de la evaluación y la intervención educativa suscitan mayor interés las diferencias individuales considerando la propia diversidad, en el que cada alumno desarrolla un patrón evolutivo particular en la adquisición de las funciones ejecutivas, influyendo notablemente en el desempeño de habilidades metacognitivas y tareas dentro del proceso enseñanza-aprendizaje. Así, el éxito académico de los alumnos depende de sus habilidades para planificar, organizar la información, los materiales, el tiempo, flexibilizar las tareas, controlar y monitorizar las actividades o reflexionar sobre el trabajo realizado (Meltzer, 2010).

Las funciones ejecutivas son habilidades cognitivas vinculadas a la capacidad de seleccionar objetivos, organizar, planificar y mantener ese propósito mientras se ejecuta una tarea (Pennington y Ozonoff, 1996), cambiar de estrategias, inhibir las distracciones y autorregular el propio aprendizaje controlando el curso de la acción. En la resolución eficiente y eficaz de problemas son especialmente relevantes el control emocional, la inhibición, la memoria de trabajo, la monitorización, la planificación y la organización. Las estrategias de aprendizaje pueden ser cognitivas y autorreguladoras, estas últimas incluyen las metacognitivas, de control y gestión de recursos y las motivacionales (Suárez y Fernández, 2004).

Se considera la metacognición como un constructo multidimensional categorizado en dos componentes. El conocimiento metacognitivo referido al conocimiento de la

estrategia (conocimiento declarativo), de las tareas cognitivas (conocimiento procedimental) y de uno mismo (conocimiento condicional); y las habilidades metacognitivas superiores, autorreguladoras de la propia cognición y conducta (Thronsdén, 2011). Éstas sustentan los procesos de predicción, ejecución y evaluación en las tareas, permitiendo un aprendizaje profundo y transferible (Panadero y Alonso-Tapia, 2014), madurando posteriormente al conocimiento metacognitivo, entre los 11-12 años (Pennequin, Sorel y Mainguy, 2010).

Diversos estudios confirman el papel relevante de diversas funciones ejecutivas en el esfuerzo y persistencia ante una tarea y el proceso de aprendizaje en general (Meltzer, 201), pero desde perspectivas diferentes. Por un lado, la psicología y la educación analizan la metacognición, mientras que la neuropsicología profundiza en las funciones ejecutivas en contextos clínicos (Corso, Sperch, Inchausti y Furnagalli, 2013). La sinergia entre ambos componentes en diferentes edades y etapas educativas (Garner, 2009) debe ser objetivo común para trabajar interdisciplinariamente.

Durante los primeros años de vida acontecen cambios estructurales y funcionales del lóbulo frontal y el neocórtex prefrontal, cruciales para el provecho cognitivo, la funcionalidad ejecutiva y la organización lógica de la acción y el conocimiento. El desarrollo temprano puede explicar dificultades de aprendizaje en la etapa preescolar y escolar (Isquith, Crawford, Espy y Gioia, 2005), existiendo una correlación alta entre la prevalencia o no de disfunciones del desarrollo y el nivel cognitivo alcanzado durante los primeros cinco años comparado con los diez años, así como durante la adultez (Feinstein, y Bynner, 2004). Este desarrollo intelectual depende de la evolución de competencias como la lógica, la interacción social y las funciones ejecutivas (Sastre-Riba, 2006).

Existen diferentes fases en el desarrollo de estas funciones (Cassandra y Reynolds, 2005), siendo progresivo, asimétrico y a diferentes ritmos (Roselli, Jurado y Matute, 2008). Numerosos estudios apuntan la maduración de los componentes de dichas funciones en la etapa adulta (Pureza, Gonçalves, Branco, Grassi-Oliveira y Rochele, 2013), no obstante, los periodos donde se demuestra desarrollarse con mayor rapidez coinciden con las etapas de enseñanza obligatoria. Entre los 6 y 8 años aparecen conductas más organizadas y eficientes, el desarrollo del control inhibitorio tiene lugar entre los 12-14 años, y la flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo y resolución de

problemas complejos entre los 15-19 años de edad. Fundamentando así la evaluación de todos los aspectos relacionados con dificultades de adaptación o de aprendizaje en general y especialmente en niños y adolescentes con problemas específicas de carácter clínico como el TDAH o TEA (García, Rodríguez, González-Castro, Álvarez, Cueli y González-Pienda, 2013).

Se evidencian relaciones directas entre inteligencia fluida (factor g) con el rendimiento en pruebas de evaluación de las funciones ejecutivas (Carpenter, Just y Reichie, 2000); entre inhibición, flexibilidad cognitiva y fluidez verbal con el control cognitivo de los estudiantes en tareas, actuando como predictor en el rendimiento en matemáticas, lectura y escritura (Roebbers, Cimeli, Röthlisberger y Neuenschwander, 2012), enfatizando las habilidades de inhibición de respuestas y memoria de trabajo en el desarrollo cognitivo de infantes y adolescentes (Schneider, 2010).

Muchas de las disfunciones ejecutivas escolares se relacionan con la lectoescritura y el razonamiento matemático (García et al, 2013), mayores según van avanzando los niveles de escolarización, aumentando la complejidad de la información. Investigaciones recientes informan de relaciones significativas entre planificación, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo y control inhibitorio asociado al rendimiento matemático (Clark, Pritchard y Woodward, 2010), además del poder explicativo superior de la memoria de trabajo sobre el aprendizaje en esta área curricular (Toll, Van der Ven, Kroesbergen y Van Luit, 2011). En la misma línea Rodríguez, Llobet y Zorrilla (2012) encuentran en el funcionamiento ejecutivo un predictor importante en los diferentes niveles de rendimiento matemático, siendo la metacognición la que predice mejores resultados, mayores aún que las propias habilidades cognoscitivas y la regulación de la conducta.

García, Rodríguez, González-Castro, Álvarez-García y González-Pienda, (2016) analizan las diferencias en habilidades metacognitivas y de funcionamiento ejecutivo en dos grupos de alumnos con diferentes niveles de conocimiento metacognitivo. Así, concluyen que los estudiantes con un conocimiento metacognitivo alto utilizan frecuentemente estrategias metacognitivas en las fases de planificación, ejecución y evaluación. Un mayor conocimiento metacognitivo se relaciona con mejores habilidades metacognitivas; no obstante, el uso de estas habilidades es mayor en la fase de ejecución de la tarea y no tanto en la planificación previa y evaluación posterior (Montague,

Enders y Dietz, 2011). En situaciones de aprendizaje los niños tienden a mostrar pobres habilidades metacognitivas, pasando directamente a la acción. Son impulsivos y repetitivos empleando las mismas estrategias reiteradamente, a pesar de que no sean las más adecuadas, anclándose en el uso de estrategias de ensayo-error.

Las habilidades metacognitivas de predicción y evaluación se relacionan con la conciencia sobre las propias capacidades al realizar una tarea, diferenciando los estudiantes conscientes de que saben, los que tienen la ilusión de que saben, los que saben que no saben y los inconscientes de que no saben (Miranda-Casas, Acosta-Escareño, Tárraga-Mínguez, Fernández y Rosel-Ramírez, 2005).

Se constata la relevancia de las FE en la determinación de la conducta y el desempeño de los niños en contextos familiares, sociales y académicos, donde deben disponer de herramientas de evaluación fiables y válidas para valorar el aprendizaje significativo condicionantes del funcionamiento ejecutivo atendiendo a los correlatos cognitivos, afectivos y conductuales de tal constructo (García, González-Castro, Areces, Cueli y Rodríguez, 2014).

Discusión/Conclusiones

Concienciarse de la relación, conocimiento-habilidades metacognitivas, pondera necesariamente el desarrollo de ambos componentes bidireccionalmente. Por un lado, promoviendo el conocimiento de las estrategias metacognitivas como base del desarrollo subsiguiente de las habilidades metacognitivas y por otro, la intervención mediante la aplicación de este tipo de conocimiento en tareas reales dentro de las aulas (García et al, 2016). Se constatan los beneficios de la intervención en estrategias de aprendizaje autorregulado en todos los alumnos, pero primordialmente en aquellos con dificultades de aprendizaje y bajos niveles de rendimiento académico (González-Pienda, Fernández, Bernardo, Núñez y Rosário, 2014).

Comprender los mecanismos cerebrales que subyacen al aprendizaje, la memoria y la conducta, asociados a la genética, la edad y el entorno, resulta crucial para desarrollar estrategias educativas innovadoras diseñando programas de optimización del aprendizaje. Probados los beneficios de los datos aportados desde la neuropsicología al campo educativo, deben hacerse esfuerzos desde el contexto escolar tanto en la evaluación, como en la intervención propiamente dicha.

Referencias

- Artigas-Pallarés, J. (2003). Perfiles Cognitivos de la Inteligencia Límite. *Fronteras del Retraso Mental. Revista de Neurología*, 36(Supl 1), 161-167.
- Carpenter, P. A., Just, M. A. y Reichle, E. D. (2000). Working memory and executive function: evidence from neuroimaging. *Current opinion in neurobiology*, 10(2), 195-199.
- Cassandra, B. y Reynolds, C. (2005). A Model of the Development of Frontal Lobe Functioning: findings from a Meta-Analysis. *Applied Neuropsychology*, 12(4), 190-201.
- Clark, C. A., Pritchard, V. E. y Woodward, L. J. (2010). Preschool executive functioning abilities predict early mathematics achievement. *Developmental psychology*, 46(5), 1176.
- Corso, H. V., Sperb, T. M., Jou, G. I. D. y Salles, J. F. (2013). Metacognition and executive functions: Relationships between concepts and implications for learning. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 29(1), 21-29.
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.
- Feinstein, L. y Bynner, J. (2004). The importance of cognitive development in middle childhood for adulthood socioeconomic status, mental health, and problem behavior. *Child development*, 75(5), 1329-1339.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Flores-Lázaro, J.C., Castillo-Preciado, R.E. y Jiménez-Miramonte, N.A. (2014). Desarrollo de funciones ejecutivas, de la niñez a la juventud. *Anales de Psicología*, 30(2), 463-473.
- García, T., Rodríguez, C., González-Castro, P., Álvarez, D., Cueli, M. y González-Pienda, J.A. (2013). Executive Functioning in children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Reading Disabilities. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 179-194.
- García, T., González-Castro, M. P., Areces, D., Cueli, M. y Rodríguez, C. (2014). Funciones ejecutivas en niños y adolescentes: implicaciones del tipo de medidas

- de evaluación empleadas para su validez en contextos clínicos y educativos. *Papeles del Psicólogo*, 35 (3), 215-223.
- García, T., Rodríguez, C., González-Castro, P., Álvarez-García, D. y González-Pienda, J.A. (2016). Metacognición y funcionamiento ejecutivo en Educación Primaria. *Anales de Psicología*, 32(2), 474-483.
- Garner, J.K. (2009). Conceptualizing the Relations between Executive Functions and Self-Regulated Learning. *Journal of Psychology*, 143(4), 405-426.
- González-Pienda, J.A., Fernández, E., Bernardo, A.B., Núñez, J.C. y Rosário, P. (2014). Assessment of a self-regulated learning intervention. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, 1-9.
- Isquith, P. K., Crawford, J. S., Espy, K. A. y Gioia, G. A. (2005). Assessment of executive function in preschool-aged children. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 11(3), 209-215.
- Meltzer, L. (2007). *Executive Function and Education. From theory to practice*. New York: The Guilford Press.
- Meltzer, L. (2010). *Promoting executive function in the classroom*. New York: The Guilford Press.
- Miranda Casas, A., Acosta Escareño, G., Tárraga Mínguez, R., Fernández, M. I. y Rosel Remírez, J. (2005). Nuevas tendencias en la evaluación de las dificultades de aprendizaje de las matemáticas. El papel de la metacognición. *Revista de Neurología*, 40 (Sup11), 97-102.
- Montague, M., Enders, C. y Dietz, S. (2011). Effects of cognitive strategy instruction on math problem solving of middle school students with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 34(4), 262-272.
- Mora, F. (2013). *Neuroeducación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Panadero, E. y Alonso-Tapia, J. (2014). ¿Cómo autorregulan nuestros alumnos? Revisión del modelo de Zimmerman sobre autorregulación del aprendizaje. *Anales de Psicología*, 30(2), 450-462.
- Pennequin, V., Sorel, O. y Mainguy, M. (2010). Metacognition, executive functions and aging: The effect of training in the use of metacognitive skills to solve mathematical word problems. *Journal of Adult Development*, 17(3), 168-176.

- Pennington, B. F. y Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 37(1), 51-87.
- Roebbers, C. M., Cimeli, P., Röthlisberger, M. y Neuenschwander, R. (2012). Executive functioning, metacognition, and self-perceived competence in elementary school children: An explorative study on their interrelations and their role for school achievement. *Metacognition and Learning*, 7(3), 151-173.
- Pureza, J.R. Gonçalves, H.A., Branco, L., Grassi-Oliveira, R. y Rochele, P. (2013). Executive functions in late school: age differences among groups. *Psychology & Neuroscience*, 6(1), 79-88.
- Rodríguez, J.A., Llobet, M. y Zorrilla, L. (2012). Funcionamiento ejecutivo en niños de educación infantil con diferentes niveles de matemáticas valorado por los maestros. *Fòrum de Recerca*, 17. Doi: <http://dx.doi.org/10.6035/ForumRecerca.2012.17.52>
- Roselli, M., Jurado, M. y Matute, E. (2008). Las Funciones Ejecutivas a través de la vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 23-46.
- Sastre-Riba, S. (2006). Condiciones tempranas del desarrollo y el aprendizaje: el papel de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42(2), 143-151.
- Schneider, W. (2010). Metacognition and memory development in childhood and adolescence. *Metacognition, Strategy Use, and Instruction*, 2010, 54-81.
- Suárez Riveiro, J.M. y Fernández Suárez, A.P. (2004). *El aprendizaje autorregulado: Variables estratégicas, motivacionales, evaluación e intervención*. Madrid: UNED.
- Toll, S. W., Van der Ven, S. H., Kroesbergen, E. H. y Van Luit, J. E. (2011). Executive functions as predictors of math learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 44(6), 521-532.
- Wilson, A., Alderman, N., Burgess, P., Emslie, H. y Evans, J. (1996). *The Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome*. England: Thames Valley Test Company.

**SINDROME DISEJECUTIVO EN EL PADECIMIENTO DIABÉTICO,
PROBLEMAS EMOCIONALES Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
PROTECTORES**

Daniel García-Piñera* y Carlos Valiente-Barroso **,***

**Universidad Complutense de Madrid; **Universidad Internacional de la Rioja;*

****Centro Universitario Villanueva/Universidad Complutense de Madrid*

Resumen

Antecedentes: Existe una creciente prevalencia de la diabetes en la población mundial, la OMS prevé que para el año 2030, se convertirá en la séptima causa de muerte en el mundo. Pero la diabetes no se presenta sola, esta puede actuar como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos emocionales, entre los que destacan la depresión y se ha encontrado que existen mecanismos subyacentes en estas enfermedades. Sin embargo, hay variables que han demostrado tener un efecto neuroprotector como son el nivel educativo, la estimulación cognitiva y la práctica de ejercicio. **Objetivos:** Explicar de forma clara y concisa los mecanismos subyacentes asociados a la diabetes, la depresión y como afectan al conjunto de capacidades cognitivas y, como de qué manera, se pueden beneficiar de la adherencia al tratamiento a través de las variables que han demostrado ser neuroprotectoras. **Desarrollo:** Se tratarán los modelos factoriales de funciones ejecutivas así como los déficits cognitivos asociados a la diabetes, la comorbilidad con los problemas emocionales en estas personas. Se comentarán las estructuras cerebrales que se ven implicadas y cómo puede afectar a las capacidades cognitivas. Por último se hará mención de variables sociodemográficas que pueden favorecer el estado del paciente y actuar como neuroprotección. **Conclusiones:** Las personas que sufren diabetes tienen una alta probabilidad de sufrir algún trastorno emocional, además de déficits cognitivos que están asociados a la misma. Por ello es muy importante la labor del psicólogo de la salud en trabajar la adherencia del paciente a las variables neuroprotectoras.

Palabras claves: Cognición, Depresión, Diabetes, Síndrome disejecutivo

DYSEXECUTIVE SYNDROME IN DIABETIC SUFFERING, EMOTIONAL PROBLEMS AND PROTECTIVE SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS

Abstract

Background: There is an increasing prevalence of diabetes in the world population, the WHO predicts that by 2030, will become the seventh leading cause of death in the world. But diabetes is not presented alone, this may act as a risk factor in the development of emotional disorders, among them depression and found that there are mechanisms underlying these diseases. However, there are variables that have been shown to have a neuroprotective effect such as educational level, cognitive stimulation and exercise. **Objectives:** Explain clearly and concisely the underlying mechanisms associated with diabetes, depression and how they affect the set of cognitive abilities and, how, they can benefit from adherence to treatment through the variables that have proven neuroprotective. **Development:** Factorial models of executive functions and cognitive deficits associated with diabetes, comorbidity with emotional problems in these people will be addressed. The brain structures that are involved and how it can affect cognitive abilities are discussed. Finally mention will be made of sociodemographic variables that may favor the patient's condition and act as neuroprotection. **Conclusions:** People with diabetes have a high probability of having an emotional disorder, in addition to cognitive deficits that are associated with it. It is therefore very important to the work of health psychologist working patient adherence to the neuroprotective variables.

Keywords: Cognition, Depression, Diabetes, Dysexecutive syndrome

Antecedentes

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) se produce por la generación de resistencia a la insulina debido a una alta exposición a la misma por parte de sus receptores seguido de un fallo en el páncreas por la segregación excesiva de insulina (Stumvoll, Goldstein, y van Haeften, 2005). Este tipo de diabetes representa al 90% de los casos mundiales

(World Health Organization, 2014). Está asociado a un estilo de vida sedentario que, junto con la obesidad, son los factores desencadenantes de la patogénesis, aunque cuenta con un componente genético (Stumvoll et al., 2005). Cada vez está más claro que la DMT2 representa un factor de riesgo en el desarrollo de deterioro cognitivo y problemas emocionales (Prabhakar, Gupta, Kanade y Radhakrishnan, 2015). Debido a la alta prevalencia de la DMT2 y su implicación en el desarrollo de otros problemas de carácter cognitivo y emocional, nuestro objetivo es hacer un breve repaso de los mecanismos subyacentes en estas patologías, los déficits implicados y en las variables sociodemográficas que han demostrado tener valor neuroprotector.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica hemos utilizado las bases de datos MEDLINE, PubMed y PsycINFO. Las palabras clave para la búsqueda bibliográfica hemos usado: Diabetes mellitus, cognición, demencia, alzheimer, demencia vascular, funciones ejecutivas, depresión, ansiedad, fitness, ejercicio físico, reserva cognitiva, dieta, grasas y dieta mediterranea.

Desarrollo

Défictis cogntivos

La DMT2 suele afectar a la población adulta. Entre los problemas cognitivos observados entre las personas con DMT2 destacan los problemas de funcionamiento ejecutivo. Las funciones ejecutivas (FFEE) están localizadas mayormente en los lóbulos frontales (Tirapu-Ustárróz y Muñoz-Céspedes, 2005) y se definen como un conjunto de capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente (Lezak, 1982). Además, hay que sumar el hecho que durante el envejecimiento normal el lóbulo frontal y las FFEE son las más afectadas (Levine, Stuss y Milberg, 1997). Entre los modelos factoriales de funciones ejecutivas se han propuesto los siguientes componentes: alternancia (Miyake, Friedman, Rettinger, Shah, y Hegarty, 2001), memoria de trabajo, inhibición (Miyake et al., 2001; Ríos, Periañez, y Muñoz-Céspedes, 2004), fluidez verbal (Fisk y Sharp, 2004), flexibilidad cognitiva (Ríos et al., 2004), atención y spam de memoria (Boone, Pontón, Gorsuch, González, y Miller, 1998), velocidad de procesamiento y control de la interferencia (Ríos et al., 2004). Mientras que en personas que padecen diabetes se han encontrado déficits en su

velocidad psicomotora y la velocidad de procesamiento (Spauwen, Kohler, Verhey, Stehouwer y van Boxtel, 2013; Valiente-Barroso, Alvarado-Izquierdo y García, 2015), la memoria de trabajo y la atención (Spauwen et al., 2013; Valiente-Barroso et al., 2015), en la fluidez verbal (Tuligenga et al., 2014), la inhibición y control de la interferencia (Valiente-Barroso et al., 2015) y en la flexibilidad cognitiva (Nazaribadie et al., 2014) es decir la diabetes parece un factor de riesgo para el desarrollo de síndrome disejecutivo. Además, se han encontrado déficits en otras capacidades como son las visoconstructivas (Brands et al., 2007) y las habilidades de aprendizaje y memoria (Spauwen et al., 2013; Tuligenga et al., 2014). Estos déficits están muy relacionadas con los daños que sufren las áreas frontales, temporales, el hipocampo y el hipotálamo de las personas que padecen diabetes (Zhao y Alkon, 2001).

Problemas emocionales

La DMT2 también ha sido asociada con el trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad (Bruce, Davis, Cetrullo, Starkstein y Davis, 2013; Prabhakar et al., 2015; Starkstein et al., 2014). En estudios de cohorte se ha puesto de manifiesto el aumento de la prevalencia e incidencia de la depresión en la DM (Bruce et al., 2013; Gonzalez et al., 2008), así como la bidireccionalidad entre ambas o la importancia de cuál de las dos se manifieste antes para la buena adherencia del paciente (Bruce et al., 2013). En el caso de que ambas se presenten en una persona se ha relacionado con peor control metabólico, incremento de complicaciones asociadas a la diabetes, peor calidad de vida e incluso mayor índice de mortalidad que si se presenta sola la diabetes (De Groot, Anderson, Freedland, Clouse y Lustman, 2001), viéndose esto empeorado cuando la depresión se presenta después del diagnóstico de la diabetes. Aunque parece que existe un aumento de los síntomas depresivos cuanto peor es el control de la glucosa en ayunas o si no está tratada la diabetes, claros signos de peor adherencia al tratamiento (Gonzalez et al., 2008).

Los pacientes donde aparece antes la depresión buscan ayuda para este trastorno, por lo que el tener controlada la depresión ayuda a una mayor adherencia en el tratamiento cuando se presenta la dolencia diabética. Sin embargo, cuando aparece primero la diabetes y después la depresión, al no estar está controlada, se instaura una especie de indefensión por lo que ya no se busca ayuda o se da una peor adherencia al

tratamiento (Bruce et al., 2013). Además las probabilidades de que la depresión se presente en personas con diabetes es de 2-3 veces superior a que se de personas sin diabetes (Bruce et al., 2013; Prabhakar et al., 2015) y, se ha encontrado, que lo hace con un perfil de depresión-ansiosa (Starkstein et al., 2014). Los mecanismos subyacentes encontrados son hipersensibilidad o reactividad al estrés, una mala regulación del eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal (HPA), cambios en la plasticidad sináptica, alteraciones neuroanatómicas, neuroquímicas y cambios o déficits en la señalización de la insulina y una reducción en la producción de BDNF (Prabhakar et al., 2015).

Variables neuroprotectoras

Ejercicio Físico

La práctica regular de actividad física es una condición básica para el tratamiento integral de la diabetes, ya que uno de sus principales beneficios es que retrasa la aparición temprana de las complicaciones propias de este padecimiento (Cerezo, Yáñez, Aguilar y Mancilla, 2013). Además, el ejercicio beneficia el aprendizaje y mejora la retención, ya que se producen cambios neurobiológicos y funcionales, así como un incremento de la proliferación y supervivencia celular en el hipocampo (Brito, 2009; Erickson et al., 2011); estos efectos están mediados, en parte, por el incremento de la producción y secreción de BDNF y de su receptor tirosina kinasa (trkB) (Li et al., 2008; Rasmussen et al., 2009).

Reserva Cognitiva

En diferentes estudios clínicos y epidemiológicos ha sido confirmado que el nivel educativo y la estimulación cognitiva, así como las actividades de ocio, protegen al cerebro contra la manifestación de condiciones clínicas, incluidas las demencias (Valenzuela y Sachdev, 2006) y traumatismo craneoencefálico e ictus cerebral (Nunnari, Bramanti y Marino, 2014). Es más, estudios de intervención han mostrado que el entrenamiento y la estimulación cognitiva pueden tener un impacto en otras habilidades cognitivas (Park et al., 2014), la morfología (Lövdén et al., 2012), y la funcionalidad (McDonough, Haber, Bischof y Park, 2015).

También se ha observado en otras investigaciones con pacientes de DMT2 que un nivel educativo más bajo también mostraban un mayor número de complicaciones

asociadas a la diabetes a largo plazo (van der Meer y Mackenbach, 1999), más enfermedades cardiovasculares (Dray-Spira, Gary y Brancati, 2008) y un riesgo mayor de mortalidad general (Dray-Spira, Gary-Webb y Brancati, 2010) comparados con pacientes de DM con un mayor nivel educativo.

Conclusiones

Los déficits cognitivos asociados a la DMT2 configuran un síndrome disejecutivo, que se acompaña además de otros déficits. Además en la bibliografía se la reconoce como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales como la depresión, con la que ha demostrado tener una mayor comorbilidad. Esto puede ser explicado por la aceleración de la atrofia del cerebro que se produce durante la vejez y por la afectación más concreta de estructuras corticales y subcorticales, como el lóbulo frontal, temporal, el hipocampo y el hipotálamo. En todas estas estructuras se encuentran receptores de insulina que se ven afectados por la resistencia que se genera a la misma en la patología diabética, encontrándose una mayor población de ellos en el hipocampo y el hipotálamo, explicando así el desajuste que se provoca en el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. Además se produce un descenso en la producción de BDNF en el hipocampo.

Como se sabe, la DMT2 está muy influenciada por factores sociodemográficos, entre los que se ha encontrado que también pueden actuar como variables neuroprotectoras. Estas son el deporte que incrementa la proliferación y supervivencia celular en el hipocampo así como la producción y secreción de BDNF y de su receptor trkB; la reserva cognitiva la cual puede proteger de enfermedades y mortalidad asociadas a la DMT2. Las líneas futuras deberían centrarse en el trabajo de adherencia y modificación de conducta de los pacientes apoyándose en las variables que han demostrado ser neuroprotectoras para afianzar su robustez.

Referencias

- Boone, K. B., Pontón, M. O., Gorsuch, R. L., González, J. J., y Miller, B. L. (1998). Factor analysis of four measures of prefrontal lobe functioning. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 13(7), 585-595.

- Brands, A. M., Biessels, G. J., Kappelle, L. J., de Haan, E. H., de Valk, H. W., Algra, A., ...Utrecht Diabetic Encephalopathy Study Group. (2007). Cognitive functioning and brain MRI in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus: A comparative study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 23(5), 343-350. doi: 000100980 [pii]
- Brito, G. N. (2009). Exercise and cognitive function: A hypothesis for the association of type II diabetes mellitus and alzheimer's disease from an evolutionary perspective. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 1(1), 7-5996-1-7. doi:10.1186/1758-5996-1-7 [doi]
- Bruce, D. G., Davis, W. A., Cetrullo, V., Starkstein, S. E., y Davis, T. M. (2013). Clinical impact of the temporal relationship between depression and type 2 diabetes: The fremantle diabetes study phase II. *PloS One*, 8(12), e81254.
- Cerezo, K., Yáñez, G., Aguilar, C. A., y Mancilla Díaz, J. M. (2013). Funcionamiento cognoscitivo en la diabetes tipo 2: Una revisión. *Salud Mental*, 36(2), 167-175.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E., y Lustman, P. J. (2001). Association of depression and diabetes complications: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 619-630.
- Dray-Spira, R., Gary, T. L., y Brancati, F. L. (2008). Socioeconomic position and cardiovascular disease in adults with and without diabetes: United states trends, 1997–2005. *Journal of General Internal Medicine*, 23(10), 1634-1641.
- Dray-Spira, R., Gary-Webb, T. L., y Brancati, F. L. (2010). Educational disparities in mortality among adults with diabetes in the U.S. *Diabetes Care*, 33(6), 1200-1205. doi: 10.2337/dc09-2094 [doi]
- Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., ...Kramer, A. F. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(7), 3017-3022. doi:10.1073/pnas.1015950108 [doi]
- Fisk, J. E., y Sharp, C. A. (2004). Age-related impairment in executive functioning: Updating, inhibition, shifting, and access. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26(7), 874-890.

- Gonzalez, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. A., Collins, E. M., Serpa, L., Mimiaga, M. J., y Safren, S. A. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. *Diabetes Care*, *31*(12), 2398-2403. doi:10.2337/dc08-1341 [doi]
- Levine, B., Stuss, D. T., y Milberg, W. P. (1997). Effects of aging on conditional associative learning: Process analyses and comparison with focal frontal lesions. *Neuropsychology*, *11*(3), 367.
- Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, *17*(1-4), 281-297.
- Li, Y., Luikart, B. W., Birnbaum, S., Chen, J., Kwon, C., Kernie, S. G., ...Parada, L. F. (2008). TrkB regulates hippocampal neurogenesis and governs sensitivity to antidepressive treatment. *Neuron*, *59*(3), 399-412.
- Lövdén, M., Schaefer, S., Noack, H., Bodammer, N. C., Kühn, S., Heinze, H., ...Lindenberger, U. (2012). Spatial navigation training protects the hippocampus against age-related changes during early and late adulthood. *Neurobiology of Aging*, *33*(3), 620. e9-620. e22.
- McDonough, I. M., Haber, S., Bischof, G. N., y Park, D. C. (2015). The synapse project: Engagement in mentally challenging activities enhances neural efficiency. *Restorative Neurology and Neuroscience*, *33*(6), 865-882.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Rettinger, D. A., Shah, P., y Hegarty, M. (2001). How are visuospatial working memory, executive functioning, and spatial abilities related? A latent-variable analysis. *Journal of Experimental Psychology: General*, *130*(4), 621.
- Nazaribadie, M., Amini, M., Ahmadpanah, M., Asgari, K., Jamlipaghale, S., y Nazaribadie, S. (2014). Executive functions and information processing in patients with type 2 diabetes in comparison to pre-diabetic patients. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, *13*(1), 1.
- Nunnari, D., Bramanti, P., y Marino, S. (2014). Cognitive reserve in stroke and traumatic brain injury patients. *Neurological Sciences*, *35*(10), 1513-1518.
- Park, D. C., Lodi-Smith, J., Drew, L., Haber, S., Hebrank, A., Bischof, G. N., y Aamodt, W. (2014). The impact of sustained engagement on cognitive function in older adults: The synapse project. *Psychological Science*, *25*(1), 103-112. doi:10.1177/0956797613499592 [doi]

- Prabhakar, V., Gupta, D., Kanade, P., y Radhakrishnan, M. (2015). Diabetes-associated depression: The serotonergic system as a novel multifunctional target. *Indian Journal of Pharmacology*, 47(1), 4.
- Rasmussen, P., Brassard, P., Adser, H., Pedersen, M. V., Leick, L., Hart, E., ... Pilegaard, H. (2009). Evidence for a release of brain-derived neurotrophic factor from the brain during exercise. *Experimental Physiology*, 94(10), 1062-1069.
- Ríos, M., Periáñez, J. A., y Muñoz-Céspedes, J. M. (2004). Attentional control and slowness of information processing after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 18(3), 257-272.
- Spauwen, P. J., Kohler, S., Verhey, F. R., Stehouwer, C. D., y van Boxtel, M. P. (2013). Effects of type 2 diabetes on 12-year cognitive change: Results from the maastricht aging study. *Diabetes Care*, 36(6), 1554-1561. doi: 10.2337/dc12-0746 [doi]
- Starkstein, S. E., Davis, W. A., Dragovic, M., Cetrullo, V., Davis, T. M., y Bruce, D. G. (2014). Diagnostic criteria for depression in type 2 diabetes: A data-driven approach. *PloS One*, 9(11), e112049.
- Stumvoll, M., Goldstein, B. J., y van Haefen, T. W. (2005). Type 2 diabetes: Principles of pathogenesis and therapy. *The Lancet*, 365(9467), 1333-1346.
- Tirapu-Ustárroz, J., y Muñoz-Céspedes, J. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *Revista De Neurologia*, 41(8), 475-484.
- Tirapu-Ustárroz, J. Muñoz-Céspedes, J.M. y Pelegrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Revista De Neurologia*, 34(7), 673-685.
- Tuligenga, R. H., Dugravot, A., Tabák, A. G., Elbaz, A., Brunner, E. J., Kivimäki, M., y Singh-Manoux, A. (2014). Midlife type 2 diabetes and poor glycaemic control as risk factors for cognitive decline in early old age: A post-hoc analysis of the whitehall II cohort study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2(3), 228-235.
- Valenzuela, M. J., y Sachdev, P. (2006). Brain reserve and dementia: A systematic review. *Psychological Medicine*, 36(04), 441-454.
- Valiente-Barroso, C., Alvarado-Izquierdo, J. M., y García, E. G. (2015). Clinical and sociodemographic factors associated with cognitive impairment and

neuroprotection in diabetes patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E65.

van der Meer, J. B., y Mackenbach, J. P. (1999). The care and course of diabetes: Differences according to level of education. *Health Policy*, 46(2), 127-141.

World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Geneva, 2011.

Zhao, W., y Alkon, D. L. (2001). Role of insulin and insulin receptor in learning and memory. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 177(1), 125-134.

A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NAS PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE: RELATO DE UM CASO DE FOBIA ESPECÍFICA

Paula Saraiva-Carvalho, Sónia Alves y Cristina Brito

Departamento de Psicologia e Educação – UBI & Centro Hospitalar Cova da Beira

Resumo

Introdução: A terapia cognitivo-comportamental (TCC) recorre a técnicas cognitivas e comportamentais que permitem a mudança das estruturas disfuncionais, contribuindo para um alívio da sintomatologia e o desenvolvimento de estratégias para defrontar o problema (Shubina, 2015). Neste trabalho, apresentamos a utilização da TCC num caso de Fobia Específica. Este quadro clínico caracteriza-se por medo ou ansiedade marcados em relação a um objeto ou situação específica, que neste caso concreto diz respeito ao vento forte e trovoadas, sendo a situação fóbica evitada ou enfrentada com medo e ansiedade. **Objetivo:** Os objetivos principais consistiram em promover o confronto gradual com as situações fóbicas, levando a paciente a testar a validade das suas crenças catastróficas e desenvolver um padrão de pensamento mais adaptativo. **Método:** Utilização de estratégias comportamentais e cognitivas ao longo de 15 sessões, com periodicidade semanal, obtendo-se a remissão total da sintomatologia. **Resultados e Conclusão:** A utilização de estratégias como a reestruturação cognitiva e a exposição em imaginação permitiram promover a compreensão da função do medo, enquanto mecanismo de defesa do organismo; ajudar a paciente a encontrar explicações alternativas para as interpretações catastróficas e eliminar comportamentos de evitamento/fuga. Como conclusão, podemos referir que a TCC se mostrou eficaz na obtenção dos objetivos definidos, apresentando-se como uma terapia adequada na intervenção em Fobia Específica.

Palavras-Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Fobia Específica; Exposição em Imaginação

EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN ANXIETY DISORDERS: REPORT OF A SPECIFIC PHOBIA CASE

Abstract

Background: Cognitive-behavioral therapy (CBT) uses cognitive and behavioral techniques that allow changing dysfunctional structures, providing symptom relief and the development of coping strategies (Shubina, 2015). In this paper, an intervention with CBT with a patient who has a Specific Phobia is presented. This disorder is characterized by marked fear or anxiety towards a specific object or situation, in this specific case fear of strong winds and storms. The phobic situation is actively avoided, or endured with intense fear or anxiety. **Objective:** Therapy aimed to promote gradual confrontation with phobic situations, challenge the veracity of their catastrophic beliefs and additionally develop adaptive beliefs. **Method:** Use of behavioral and cognitive strategies through 15 sessions. The intervention allowed total remission of symptomatology. **Results and conclusion:** Using CBT techniques such as cognitive restructuring and imaging exposure strategies allowed for an understanding of the role of fear as a defense mechanism of the organism as well as finding alternative explanations for catastrophic interpretations and extinguishing avoidance behaviors. In conclusion, CBT has been found to be effective in the treatment of this Specific Phobia.

Key-Words: Cognitive-Behavioral Therapy; Specific Phobia; imaging exposure strategies

LA EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LAS PERTURBACIONES DE ANSIEDAD: RELATO DE UN CASO DE FOBIA ESPECÍFICA

Resumen

Introducción: La terapia cognitivo conductual (TCC) recurre a técnicas cognitivas y conductuales que permiten el cambio de estructuras disfuncionales, contribuyendo para

un alivio de la sintomatología y el desarrollo de estrategias para enfrentar el problema (Shubina, 2015). En este trabajo, presentamos la utilización de la TCC en un caso de Fobia Específica. Este cuadro clínico se caracteriza por miedo o ansiedad presentados en relación a un objeto o situación específica, que en este caso concreto respecta al viento fuerte o tormenta, siendo dicha situación fóbica evitada o enfrentada con miedo y ansiedad. **Objetivo:** Los objetivos principales consistieron en promover el confronto gradual con las situaciones fóbicas, llevando al paciente a testar la validez de sus creencias catastróficas y desarrollar un estándar de pensamiento más adaptativo. **Método:** Utilización de estrategias conductuales y cognitivas a lo largo de 15 secciones, con frecuencia semanal, obteniendo la remisión total de los síntomas. **Resultados y conclusión:** La utilización de estrategias como la reestructuración cognitiva y la exposición en imaginación permitieron promover la comprensión de la función del miedo, en cuanto mecanismo de defensa del organismo, ayudar al paciente a encontrar explicaciones alternativas para las interpretaciones catastróficas y eliminar comportamientos de evitación/ huida. Como conclusión podemos referir que la TCC se ha mostrado eficaz en la obtención de los objetivos definidos, presentándose como una terapia adecuada en la intervención de la Fobia Específica.

Palabras-Clave: Terapia Cognitivo Conductual; Fobia Específica; Exposición en Imaginación

Identificação da doente

Maria é uma mulher com 36 anos de idade, casada e tem uma filha com 16 anos. Da sua história de vida refere como acontecimentos significativos o falecimento do pai devido a um acidente de carro, quando a mãe se encontrava grávida dela de 6 meses. Cerca de um ano e meio depois, a mãe voltou a casar-se. A paciente resume a história da sua infância como muito triste, considerando que teve uma educação rígida, privada de afetos e que o padrasto bebia muito e batia-lhe. O relacionamento com os dois irmãos era bom, mas era mais próxima do irmão mais velho, que era quem a protegia do padrasto. Quando a Maria tinha 16 anos este irmão escorregou do telhado de uma casa e faleceu, referindo a paciente que este foi o pior dia da sua vida.

Atualmente trabalha numa fábrica de confeções e refere um bom relacionamento com o marido e filha. Maria apresenta alguma desmotivação, não sendo capaz de estabelecer objetivos de vida que gostaria de concretizar.

Motivo da Consulta

Foi encaminhada para as consultas de Psicologia pelo médico psiquiatra. Como principal motivo é mencionado o medo intenso de trovoadas e vento forte, acompanhado de ataques de pânico, sempre que o evento temido ocorre.

História do Problema

O medo de trovoadas surgiu quando estava na fábrica a trabalhar e começou a chover muito. A paciente refere que o edifício não tem boas infraestruturas e que por isso é frequente entrar a água da chuva, contudo, nesse dia a chuva era tão intensa que as chapas do teto começaram a vergar com o peso da água, acabando por cair. Recorda que se gerou uma grande confusão e que as pessoas corriam de um lado para o outro, a gritar. Diz que teve muito medo e que começou a sentir o coração acelerado e o corpo a tremer, refugiando-se na casa-de-banho, onde ficou trancada cerca de 20 minutos, até a chefe a ir chamar. Desde então, diz que já voltaram a ocorrer mais ataques de pânico. No sentido de tentar resolver o problema procurou ajuda de um médico psiquiatra e iniciou tratamento farmacológico.

Descrição dos Problemas

Maria refere que sempre que está mau tempo, como vento e trovoadas fortes, sente um grande medo e ansiedade que se manifesta por falta de ar, taquicardia, tremores nas mãos, boca seca e tonturas. Geralmente estes sintomas são acompanhados por pensamentos como “vai acontecer alguma coisa de mal”, “vai acontecer uma catástrofe”. O medo verifica-se sempre que ocorre uma forte tempestade e é específico ao vento e trovoadas, sendo o som destes elementos o que mais perturba a paciente. Geralmente o ataque de pânico atinge o seu pico em pouco tempo, tendo uma duração de 10 minutos. A sua frequência é muito variável já que é circunscrito à situação de medo, podendo decorrer várias semanas ou meses sem que se verifique nenhum episódio, ou vários numa mesma semana. Esta sintomatologia pode ser precipitada por

estímulos externos como o som do vento, o som da trovoada ou o vislumbre de um raio, ou por estímulos internos, nomeadamente estímulos cognitivos como os pensamentos de que “o tempo está a ficar escuro vai chover” e “vem lá muito mau tempo”. Os sintomas apenas diminuem de intensidade quando a tempestade começa a abrandar ou cessa. De modo a diminuir a ansiedade a Maria foge para alguma divisão onde o som não é tão intenso. Quando está no trabalho foge para a casa de banho, quando está em casa dirige-se para o rés-do-chão, onde o marido teve de construir um quarto para ela e coloca uns fones nos ouvidos de modo a encobrir os sons. Atualmente o problema interfere bastante nas várias áreas da sua vida. A nível familiar, sente-se incompreendida pelo marido e filha o que aumenta a sua ansiedade. A nível profissional, prejudica o seu desempenho, quer porque fica num estado de ansiedade muito elevado e a tremer, não conseguindo trabalhar, quer porque foge para a casa de banho permanecendo lá por longos períodos de tempo. A nível pessoal, evita sair de casa quando está mau tempo e quando sai, tem de voltar assim que as condições atmosféricas começam a piorar. Além disso, passou a ter de andar sempre acompanhada da medicação e verifica várias vezes por dia o estado meteorológico no telemóvel. A paciente fez generalizações passando a sentir-se incomodada com o som do mar pelo que deixou de ir de férias com a família para a praia.

Estabelecimento de objetivos de Intervenção

Como objetivo principal pretende-se promover o confronto gradual com as situações fóbicas. Como objetivos específicos propõe-se: promover a compreensão da função do medo, enquanto mecanismo de defesa do organismo; desenvolver um padrão de pensamento mais adaptativo e possibilitar a reestruturação dos esquemas nucleares disfuncionais.

Estudo dos objetivos terapêuticos

Neste caso clínico é fundamental a necessidade de promover o confronto gradual com as situações fóbicas (e.g. trovoada e vento fortes), aumentando a tolerância ao desconforto provocado pela exposição a estes acontecimentos e progressivamente conduzir a um fenómeno de habituação. Pretende-se, ainda, intervir sobre os pensamentos erróneos e disfuncionais, que contribuem para que a Maria interprete o

objeto fóbico como mais ameaçador do que realmente é. Alguns exemplos desses pensamentos são o receio de catástrofe iminente relacionado com as condições atmosféricas, supervalorizando os perigos e minimizando os elementos de segurança associados.

Seleção dos Tratamentos mais adequados

Considerando as dificuldades apresentadas pela doente, optou-se pela utilização da Terapia Cognitivo-Comportamental. Esta terapia objetiva a mudança cognitiva, ou seja, substituir as crenças cognitivas disfuncionais do paciente, por cognições mais funcionais e adaptadas à realidade (Beck, 2011). Considerando a interrelação entre cognição, comportamento e emoção, a mudança das crenças centrais e intermédias do paciente, permitirá o desenvolvimento de padrões comportamentais e emocionais mais adaptativos e duradouros (Saffi, Savoia y Neto, 2008). Na TCC o paciente é percebido como um agente ativo, sendo responsável pela melhoria da sua sintomatologia e manutenção dos ganhos obtidos na terapia (Young, 2003). O papel ativo é promovido através da educação acerca das suas dificuldades, bem como pela realização frequente de tarefas fora do contexto de consulta, que promovem o desenvolvimento de competências fornecidas pelo terapeuta (Beutler, Harwood y Caldwell, 2006).

Seleção e Aplicação das Técnicas de avaliação e análise dos resultados obtidos nesta fase

Através do recurso a entrevista semi-estruturada foram identificados e clarificados o motivo da consulta, compreenderam-se os problemas e sentimentos da Maria, elaboraram-se hipóteses e prepararam-se estratégias de resolução do problema e alternativas de mudança terapêuticas (Mateo y Sáez, 2005). A obtenção destas informações permitiu perceber que a Maria desenvolveu uma fobia a trovada e vento forte através de um processo de condicionamento. Assim, no dia em que presenciou o episódio ocorrido na fábrica, o barulho dos trovões, somado ao ruído da chuva e das pessoas a gritar, gerou um medo intenso na paciente, que começou a tremer e a chorar até conseguir refugiar-se na casa de banho. Nesta situação, um estímulo primariamente neutro, a trovada, foi emparelhado com um estímulo aversivo incondicionado, os intensos ruídos provocados pela queda das placas do teto e das pessoas a gritar. A partir

desse emparelhamento, a trovada tornou-se um estímulo condicionado provocando reações de ansiedade (e.g. batimento do coração acelerado, tremores, dificuldade em respirar) e comportamentos de fuga (e.g. fugir para a casa-de-banho). Posteriormente, a Maria terá efetuado generalizações passando a responder de forma semelhante a outros estímulos como o som do vento e o som do mar. Atualmente, o problema mantém-se devido aos comportamentos de evitamento e fuga (e.g. não sair de casa quando está mau tempo, fugir para a casa de banho ou rés-do-chão) e aos comportamentos de segurança (e.g. andar acompanhada da medicação S.O.S, ver o tempo várias vezes ao dia). Ocorre então um reforço negativo da esquiva fóbica, na medida em que estes comportamentos permitem por um lado, que Maria não tenha de se confrontar com o estímulo fóbico e como consequência, não experiencie a ansiedade por eles provocados, e por outro lado, reduzem a ansiedade e desconforto sentidos durante a vivência das situações fóbicas. Este reforço negativo por sua vez aumenta a probabilidade do comportamento de evitamento voltar a ocorrer, diminuindo as oportunidades de confronto com o estímulo fóbico das quais resultaria a constatação de que a suas expectativas catastróficas não se concretizaram. A esquiva da situação fóbica impede também a habituação, mecanismo natural para a extinção do medo. Neste sentido, torna-se fulcral eliminar comportamentos de segurança e os evitamentos/fugas, expondo gradualmente a doente aos estímulos fóbicos, mas também é imprescindível desenvolver um padrão de pensamento mais adaptativo, contribuindo para a desmistificação das interpretações catastróficas. A exposição, quer em imaginação, quer ao vivo, é o método de eleição no tratamento das fobias permitindo não só a habituação ao estímulo fóbico e a confirmação de que aquilo que o sujeito teme não vai ocorrer, como também a aquisição de estratégias para lidar com os sintomas físicos e crenças disfuncionais (Choy, Fyer y Lipsitz, 2007). De modo global, a exposição ao vivo permite a obtenção de resultados mais rápidos e duradouros (Davis, Olfendick y Öst, 2012), contudo a impraticabilidade da exposição ao vivo no tipo de fobia manifestado pela paciente levou à adoção da exposição em imaginação como técnica principal para a extinção do medo, auxiliada com a autoexposição.

Aplicação dos Tratamentos

Na fobia a tempestades e trovoadas, a exposição por imaginação tem sido utilizada com eficácia comprovada (Watt, 2015). Geralmente, de modo a aumentar a vivência das situações imaginadas recorre-se ao auxílio de novas tecnologias que permitem recriar as situações fóbicas (Krijn et al., 2004). Sendo o principal problema manifestado pela Maria o medo intenso do som da trovoadas e do vento, foram utilizados meios áudio de modo a recriar esses sons durante a imaginação das situações. O objetivo das estratégias de exposição consistiu em possibilitar o confronto com as situações temidas e proporcionar um estilo de resposta oposto àquele que a paciente estava habituada a utilizar.

A fobia é também mantida mediante fatores cognitivos que não favorecem a extinção do medo, entre eles estão os erros de processamento de informação que fazem com que a Maria interprete o objeto fóbico como mais ameaçador do que realmente é superestimando a sua associação com estímulos aversivos. Neste sentido, torna-se necessário a utilização de estratégias de Reestruturação Cognitiva, de forma a proceder a um debate lógico das evidências que sustentam as interpretações catastróficas e a ajudar a paciente a descatastrofizar e a encontrar explicações alternativas. Em seguida, passamos a descrever mais detalhadamente as principais estratégias utilizadas ao longo do processo terapêutico:

- **Psicoeducação** - forneceu-se o racional teórico acerca da fobia, fatores etiológicos e de manutenção e procedeu-se à elaboração do modelo idiossincrático da paciente explicando-se que os comportamentos de segurança e de evitamento/fuga perpetuam o quadro clínico, uma vez que impedem a desconfirmação das crenças erróneas. Explicou-se à paciente que o tratamento passaria pela eliminação destes comportamentos e a exposição gradual às situações fóbicas tendo como objetivo a habituação. A psicoeducação foi transversal ao longo da terapia, melhorando a compreensão que a paciente tem das suas dificuldades, bem como das estratégias a que pode recorrer, facilitando a mudança cognitiva a longo prazo (Beck, 2011).

- **Exposição em imaginação** – explicou-se que esta técnica visava, através da imaginação, recriar as situações fóbicas produzindo os sintomas de ansiedade que experimenta e assim criar habituação a eles, ao mesmo tempo que aprende a controlá-los. Neste seguimento começou por se realizar uma hierarquia das unidades subjetivas

de desconforto (USD's). A exposição em imaginação foi sempre acompanhada de sons da chuva, vento e trovoadas, de modo a aumentar a realidade com que as situações eram vivenciadas e permitir a exposição aos sons aversivos. Após cada sessão, foram debatidos com a paciente os sentimentos e pensamentos que emergiram no decorrer da exposição, recorrendo à reestruturação cognitiva para reorganizar crenças disfuncionais, sempre que necessário. Simultaneamente, ao longo das sessões e no intervalo entre elas, foi-se prevenindo os comportamentos de segurança e de evitamento/fuga, de modo a garantir que a paciente não voltava a socorrer-se destes. Procurou-se ainda reforçar positivamente os ganhos obtidos a cada sessão, assim como o seu empenho na realização dos exercícios, estimulando a sua autoconfiança e autoeficácia.

- **Reestruturação cognitiva** – consistiu na identificação e modificação de pensamentos automáticos, crenças centrais e intermédias, responsáveis pelo desenvolvimento de comportamentos desadaptativos. Para tal, a paciente aprendeu a identificar e questionar pensamentos automáticos, bem como erros de processamento da informação associados. Tal facilitou a posterior modificação das crenças intermédias e esquemas centrais, bem como a sua substituição por cognições mais realistas e adaptativas. Para a reestruturação cognitiva são úteis técnicas como o questionamento socrático, identificação e registo de pensamentos automáticos, experiências comportamentais, flecha descendente, descatastrofização, análise de vantagens e desvantagens, role-play e técnica da retribuição (Saffi, Savoia, y Neto, 2009). No caso da Maria utilizou-se com frequência a análise do cálculo da probabilidade, descatastrofização e testagem de evidências e de seguida procurou-se explorar as competências de *coping* da paciente para lidar com as situações fóbicas. Tal teve como propósito aumentar o sentimento de controlo sobre as situações e permitir o desenvolvimento de formas adaptativas de lidar com acontecimentos potencialmente perigosos.

Avaliação da Eficácia do Tratamento

Os objetivos definidos para o processo terapêutico com a Maria foram atingidos. Atualmente, a paciente revela uma melhoria significativa do humor e no que concerne à sintomatologia ansiosa, referindo utilização de estratégias de *coping* adequadas. A paciente eliminou os comportamentos de segurança, tais como andar acompanhada da

medicação S.O.S e deixar de ir ver o tempo a cada hora e terminou com os comportamentos de evitamento/fuga (e.g. ir para a casa-de-banho ou rés-do-chão). Além disso, neste momento a Maria consegue expor-se às situações geradoras de ansiedade e desenvolveu formas adaptativas de lidar com as situações.

Seguimento

Ao longo do processo terapêutico assistiu-se à remissão total da sintomatologia, pelo que a doente recebeu alta definitiva.

Referências

- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Beutler, L., Harwood, T. e Caldwell, R. (2006). A integração entre a terapia cognitivo-comportamental e a psicoterapia. Em K. Dobson (Ed.), *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais* (pp. 117-139). Porto Alegre: Artmed.
- Choy, Y., Fyer, A. J., e Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266–286.
- Davis, E. T., Ollendick, T. H., e Öst, L. (2012). *Intensive One-Session Treatment of Specific Phobias*. New York: Springer Science and Business Media.
- Krijn, M., Emmelkamp, P. M., Olafsson, R. P., e Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: a review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259–281.
- Mateo, C. M., e Sáez, S. C. (2003). La entrevista psicológica. Em C.M. Rosset (Ed.), *Evaluación psicológica: Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia* (pp. 23-25). Madrid: Sanz Y Torres.
- Saffi, F., Savoia, M., e Neto, F. (2009). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. Em A. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 285-298). Porto Alegre: Artmed.
- Shubina, I. (2015). Cognitive-behavioral therapy of patients with ptsd: literature review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 208-216.

Watt, M. C. (2015). Astrophobia (fear of thunder and lightning). Em I. Milosevic y R.E. McCabe (Eds.), *Phobias: the psychology of irrational fear* (pp. 36-37). California: ABC-CLIO.

Young, J. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos de personalidad*. São Paulo: Artmed.

REFLEXIONES ACERCA DEL PROCESO DE DUELO**Rocío Portero-García* y Belén López-Moya******Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid); ** Servicio Madrileño de Salud Mental***Resumen**

Antecedentes: En el presente trabajo se va a presentar un caso clínico de una paciente que acude al servicio de Psicología de un Centro de Salud Mental por una situación de duelo no resuelto, al cual atribuye síntomas ansioso-depresivos. Además, se hará mención de otros casos de pacientes con características y evolución similares. *Método:* Se expondrá la historia clínica y el procedimiento terapéutico seguido, siguiendo una “metáfora del iceberg” y trabajando, además del duelo por la pérdida de un ser querido, todo el conjunto más extenso de problemas que interfieren en la vida de la paciente. *Resultados y Conclusiones:* Es importante ser conscientes a lo largo del desarrollo del presente trabajo, de que los pacientes mejoran gracias a un trabajo psicológico fundado en la metáfora del iceberg, por el cual, no sólo trabajamos el motivo de consulta, el duelo, limitándonos rígidamente al mismo; sino que escuchamos a la paciente, hacemos caso de sus demandas personales y trabajamos de forma paralela y conjunta tanto el motivo de consulta como sus otras demandas. Además, este trabajo nos hace ver lo comunes que son los avances y retrocesos en todo trabajo psicológico. Si bien, esto no es algo negativo, sino que nos impulsa y ayuda a reflexionar acerca de lo importante que resulta adaptarse en cada movimiento nuestro, a la situación vital en que se encuentra cada paciente, sus necesidades en cada momento. Es importante desarrollar cierta flexibilidad y paciencia y, sobre todo, escuchar atentamente, mediante una escucha activa, todo aquello que el paciente tiene que decirnos. Y resulta fundamental, ser capaz de reconocer, aceptar y distanciarse en ocasiones de nuestras propias expectativas, proyecciones, contra-transferencias y necesidades como profesionales. Sólo de esta manera podemos llegar a buen puerto en cualquier tipo de tratamiento psicológico.

Palabras clave: duelo, iceberg, flexibilidad, escucha, tratamiento, metáfora.

REFLECTIONS ABOUT THE DUEL PROCESS

Abstract

Background: In this article, we will present a case report of a patient who came to a Psychology Mental Health Center for a situation of unresolved grief, which attributed anxious-depressive symptoms. In addition, we will mention another cases of patients with similar characteristics and evolution. *Method:* Medical history and therapeutic procedure will be discussed in this article, following a "Metaphor of the iceberg" and working, in addition to mourning the loss of a loved one, all the more extensive set of problems that interfere in the life of the patient. *Results and Conclusions:* It is important to be aware throughout the development of this work, that patients get better thanks to a psychological work founded in the iceberg metaphor, by which not only work the reason for consultation, the duel, rigidly limiting ourselves to it; but we hear the patient, make case for your personal demands and work parallel and jointly both the reason for consultation and their other demands. In addition, this work makes us see that the advances and setbacks are common in psychological work. Although, this isn't negative, but drives us and helps to reflect on the important thing that is adapted in each our movement, to the life situation in which each patient needs at every moment. It's important to develop flexibility and patience and listen carefully, through active listening, all that which the patient has to tell us. And it is fundamental to be able to recognize, accept, and distance themselves at times of our own expectations, projections, contra-transfers and needs as professionals. Only in this way we can reach fruition in any type of psychological treatment.

Keywords: duel, iceberg, flexibility, listening, treatment, metaphor.

Introducción

Según Freud, "en el duelo el sujeto ha experimentado una pérdida real del objeto amado y. en el proceso, que se prolonga un tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida, el sujeto pierde el interés por el mundo exterior sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido. Así, se concede al objeto toda la capacidad libidinal, impidiendo toda nueva ligazón" (Freud, 1917). El duelo no es considerado un

proceso patológico. Por el contrario, en el trabajo de duelo el Yo, golpeado por una pérdida real de objeto, pone en funcionamiento un mecanismo de elaboración de dicha pérdida que le permitirá, al cabo de un tiempo, conservar a ese objeto perdido en la realidad pero con renovada investidura libidinal para con él.

Freud establece una diferencia entre duelo y melancolía, según el cual:

- En el duelo la pérdida del objeto permanece en la conciencia, el ánimo es doloroso, cesa el interés por el mundo exterior, se pierde la capacidad de amar, existe una inhibición de actividades y la autoestima no disminuye.

- En la melancolía la pérdida del objeto es retirada de la conciencia, el ánimo es doloroso y cesa el interés por el mundo exterior, se pierde la capacidad de amar. Se caracteriza porque existe una inhibición de actividades con incesante y dolorosa introspección y la autoestima disminuye, apareciendo incesantes autorreproches y autoacusaciones.

Para Freud existen cuatro etapas para la elaboración del duelo:

1. Reconocimiento de la pérdida: Consiste en el reconocimiento de la pérdida, cuya aceptación es imprescindible, pues la negación conlleva la imposibilidad de todo desarrollo siguiente.

2. Sobreinvertimiento y retiro de cargas: Paulatino desligamiento libidinal del objeto perdido, mediante la sobrecarga de los recuerdos y vínculos tenidos con el objeto, alternando con momentos de retiro de estas cargas.

3. Aceptación, pérdida e identificación: El objeto perdido es incorporado al Yo y se mantiene allí mediante una identificación.

4. El yo vuelve a quedar libre y exento de inhibiciones: Se produce la reconexión con el mundo *objetal* y la reaparición de las posibilidades de investir nuevos objetos, quedando el Yo libre y exento de inhibiciones.

Sin embargo, para J. William Worden, el duelo es un “proceso natural y complejo que afecta a la totalidad de la persona. Durante este proceso la persona pasa por una serie de fases. Si el duelo se elabora de manera óptima, el transitar por estas fases implica llevar a cabo las cuatro “tareas”, que se suelen realizar de manera natural en el orden descrito a continuación, aunque hay veces en que se dan de manera no secuencial. Lo más importante es que se trabajen y culminen todas” (Worden, 2013). Estas tareas son:

1) Aceptar la realidad de la pérdida: Afrontamiento de la realidad de que el ser querido ha muerto y no volverá. Liberación del estado de shock inicial trabajando la negación. Para llevar a cabo esta tarea es de gran ayuda poder recordar a la persona fallecida y hablar sobre ella.

2) Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida: Trabajar el impacto emocional que produce la pérdida, identificando y expresando las emociones y sentimientos que afloran, puesto que la negación del dolor puede provocar más sufrimiento.

3) Adaptarse a un entorno en el que el fallecido ya no está: La persona fallecida ha dejado un espacio vacío: desarrollaba ciertos roles, asumía determinadas responsabilidades y daba significado a algunas partes de nuestro yo. Con su muerte, se pierde una parte de la propia identidad que habrá que reconstruir. Se deben asumir nuevas responsabilidades, desarrollar nuevas habilidades y asumir roles que antes no se desempeñaban. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es el de reflexionar acerca del tratamiento psicológico en pacientes que acuden a consulta por un duelo por el fallecimiento de un ser querido, así como múltiples demandas en relación a áreas conflictivas de su vida cotidiana. Para ello, se va a presentar un caso clínico de una paciente que acude al servicio de Psicología de un Centro de Salud Mental por una situación de duelo no resuelto, al cual atribuye síntomas ansioso-depresivos, entre otros. Además, se hará mención de otros casos de pacientes con características y evolución similares.

Se trata de pacientes en que, siguiendo una “metáfora del iceberg” dentro de la psicología y del funcionamiento de nuestra mente, la pérdida o duelo por una tercera persona es tan sólo la punta de un iceberg, lo que podemos observar y a lo que resulta más sencillo atribuir los síntomas, puesto que es lo que resulta en un determinado momento más saliente para la persona. Sin embargo, se trata sólo de una pequeña parte de un conjunto más extenso de problemas que están teniendo lugar en la vida de la persona y que quedan en esa zona no visible del iceberg, puesto que permanecen cubiertas por la pérdida. En cambio, al trabajar de forma conjunta e integrada todos estos problemas, de forma paralela al proceso de duelo, estas personas comienzan a

mejorar notablemente, al superar el “bloqueo” que les interfería significativamente en su vida cotidiana.

Método

Materiales/instrumentos

En el presente trabajo, los materiales e instrumentos fundamentales utilizados fueron la entrevista clínica para la recogida de datos, la clasificación de la CIE-10 para la elaboración de un diagnóstico, así como un tratamiento consistente en psicoterapia individual de corte cognitivo-conductual orientada al apoyo y afrontamiento de las áreas conflictivas de la paciente.

Procedimiento y Diseño

Se trata de un estudio de caso único (N=1). La metodología es descriptiva. Se expondrán los datos más importantes de la historia clínica y la intervención realizada con la paciente.

Participantes

Mujer de veinte años, derivada por su Médico de Atención Primaria mediante parte de interconsulta que dicta “cuadro de distimia, reactiva a fallecimiento de su madre”. La paciente refiere que hace “seis años y seis días” de la muerte de su madre y, desde entonces, se siente sobrecargada con las ocupaciones del hogar y “el cuidado de su hermano y de su padre”.

Natural de Madrid. Sin dificultades ni complicaciones asociadas al parto. Desarrollo normal. Recuerda una infancia feliz.

Refiere que siempre fue buena en los estudios. Al estar el colegio lejano a su domicilio, no estableció lazos estrechos con sus compañeros de clase, sino que su principal grupo de amigos eran niños de su barrio. En el colegio también tenía un grupo de amigas, sin embargo, describe que a los 7 años, su grupo de amigas habitual le dan de lado y comienza a juntarse más con chicos. Establece muy buena relación con una compañera de clase que vive cerca de su casa y con quien continúa la amistad en el instituto. Relata que en 1º de Bachiller discuten y ella le quita todos sus amigos, a raíz

de lo cual la paciente comienza a aislarse y acude a clase de forma muy irregular, permaneciendo días enteros metida en la cama, con estado de ánimo bajo, irritabilidad, labilidad emocional y pensamientos rumiativos acerca de su madre. Esta pérdida parece reactivar la pérdida dos años antes de su madre y comienza a recordarla con más frecuencia y de forma más dolorosa, cosa que no le había ocurrido hasta ese momento.

Refiere que su madre fallece de cáncer cuando ella tenía 14 años, tras un largo proceso de enfermedad. Inicialmente le diagnosticaron un cáncer de mama, que operaron en varias ocasiones y años después aparecieron metástasis cerebrales. Cuenta que la recuerda enferma la mayor parte del tiempo y que sentía que, cada vez que regresaba del hospital, “era menos ella”. Describe que durante el proceso de enfermedad, su madre fue cambiando su carácter, discutiendo más y encontrándose más triste e irritable.

La paciente refiere que cada vez se apartaba más de su madre, puesto que la veía débil y no quería ser un cargo para ella, para que no volviera a enfermar. Además, comenta que no soportaba ver que, con el transcurso de la enfermedad, su madre cada vez se encontraba más diferente y llegó a no ser capaz de reconocer a sus propios hijos, cosa que la paciente no soportaba, por lo que no quería verla y se encerraba en su habitación. Familiares de su madre han llegado a echarle en cara esta situación.

Cuenta que, tras la pérdida de sus amigos y tras permanecer un año y medio aislada en su cuarto leyendo, viendo series y evitando su vida cotidiana, una nueva compañera de instituto comienza a visitarla y supone para ella un impulso para hacer cosas juntas y salir de casa. Durante esos años también bajó su rendimiento escolar, pero no llegó a perder ningún año.

A partir de este momento, nota una mejoría en su estado anímico. En el verano de los 16 años conoce a su primera pareja importante, con quien ha tenido una relación hasta hace un mes, cuando ella misma decide romperla por razones personales.

Fue en Bachiller cuando comenta que se hizo consciente de que no se encontraba bien desde hacía tiempo, pero refiere que decidió esperar a acabar el instituto y empezar la universidad para iniciar una terapia psicológica, puesto que tenía miedo a que le afectase mucho y no le permitiese terminar sus estudios.

Estudia actualmente primero de Biología, tratándose de una carrera que le gusta y en la que está obteniendo buenos resultados académicos.

Comenta que tiene mala relación con su padre, con quien convive. Añade que ella siempre se encontró afectivamente más cercana a su madre.

Tiene una relación más próxima y de sobre-protección hacia su hermano de dieciséis años, al cual parece prestar demasiada atención y tratar como a un niño.

También se relaciona con frecuencia con sus tías maternas, que son las personas con las que más relación tiene en la actualidad. Las relaciones familiares, a excepción de con su padre y su tía paterna, son buenas en general.

En cuanto a sus apoyos sociales, destaca dos amigas cercanas, con quienes es capaz de abrirse y contarle sus problemas. Sin embargo, se describe como una persona muy tímida, a la que le cuesta mucho relacionarse y hablar de ella misma.

El primer día que acude al Centro de Salud Mental tenía una pareja con la cual llevaba tres años, pero durante los últimos meses, ella ha roto la relación.

Describe con preocupación una sensación de embotamiento afectivo “no soy capaz de sentir emociones por nada”.

Resultados

Tanto con la paciente sobre la cual se ha expuesto la historia clínica completa, como con otros casos con características, motivos y demandas análogas, con quienes se ha intervenido, se han trabajado en paralelo varios focos:

1.Motivo de consulta: Exploración sobre todo lo relacionado con el punto en que se encuentra del proceso de duelo por el fallecimiento con su ser querido.

2.Demanda: se abordan otros temas que solicitan los pacientes y son fruto de preocupaciones y malestar para ellos, por ejemplo, las relaciones sociales, la afectividad, la comunicación con familiares y con pares.

Para ello, se realizó una psicoterapia individual de corte cognitivo-conductual orientada al apoyo y afrontamiento de áreas conflictivas de cada paciente, con una media de quince sesiones de una hora y una frecuencia inicial semanal, que se fue espaciando según la evolución. El plan terapéutico va dirigido al trabajo paralelo, no sólo de la punta del iceberg, el duelo, sino también de la base, es decir, las áreas en que cada paciente expresa un sentimiento subjetivo de malestar y que le generan una interferencia más inmediata en su vida cotidiana.

Siguiendo la evolución de la paciente acerca de la cual nos centramos en este trabajo, inicialmente observamos una mejoría rápida de su estado de ánimo.

Por un lado, trabajamos mediante técnicas de entrenamiento en comunicación asertiva, la comunicación en el hogar, que mejora notablemente. Así, comienza a relacionarse más con su padre, realizan actividades juntos y se conocen mejor, lo que mejora el clima en el hogar y disminuye la ansiedad de la paciente.

Además, mediante técnicas como la activación conductual, la discusión de pensamientos irracionales o la exposición en imaginación, entre otras, se trabajan otros puntos fundamentales como son aumentar la relación con sus pares y la frecuencia y satisfacción en la realización actividades de ocio. De este modo, se observa una mejoría tanto en frecuencia como en sensación subjetiva en situaciones sociales y de entretenimiento, retoma algunas actividades que había abandonado, con una recuperación de la capacidad hedónica hacia las mismas. Aumenta además su capacidad para valorar sus propios logros en cada área, sus dificultades y también sus potencialidades.

Sin embargo, la situación de la paciente frente a la pérdida de su madre evoluciona más despacio. El trabajo de elaboración del duelo se realizó mediante un planteamiento basado en el enfoque de tareas de Worden (Worden, 2013). Observamos dificultades en el momento de profundizar acerca de acontecimientos concretos y, más intensamente, acerca de sentimientos: sentimiento de culpabilidad si no la trae a la mente continuamente y aceptación sentimientos ambivalentes hacia su madre, que le cuesta reunir en una visión holística de la misma. En conjunto, es un área que evoluciona más lentamente y ante la cual hay que tomar una actitud más cuidadosa, flexible y paciente, atendiendo a las necesidades de la paciente y adaptándose a ellas.

Al igual que ocurrió con esta paciente, otros casos que acudieron a terapia con motivos de consulta y demandas análogas, evolucionaron de forma muy similar. Al trabajar en paralelo las demandas de cada uno de ellos y su proceso de duelo, se pudo observar una mejoría rápida inicial relacionada con la mejoría en áreas que suponían dificultades para cada uno de ellos, sin embargo, al adentrarse más en el propio duelo, la mejoría fue más lenta y con mucha más necesidad de flexibilidad, adaptación y cautela.

Conclusiones

La flexibilidad es una herramienta fundamental en toda psicoterapia, convirtiéndose en algo imprescindible ser cuidadosos y tener presentes las necesidades y el ritmo propio de la persona que tenemos delante, tratando en todo momento, de adaptarnos a la situación, de ser dúctiles y atentos en la escucha, de tener paciencia. Sólo de esta manera, conseguiremos que la persona finalmente consiga completar su proceso de duelo y aceptar que se puede sentir bienestar de nuevo, recolocando esa pérdida en su mundo interno.

Referencias

Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Argentina: Paidós Ibérica.

Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo*. Argentina: Paidós Ibérica.

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE FOBIA ESPECÍFICA

Verónica Cabañas-Rojas, Irene Casanova-Menal, Josefa Morales-Mañas y Nuria de Andrés-González

UGS Salud Mental Campo de Gibraltar

Resumen

Antecedentes: en este trabajo se presenta el caso de una mujer de 30 años de edad, que solicitó cita y fue atendida en consulta de psicología, por presentar miedo intenso a conducir, con claros síntomas de ansiedad. Fue diagnosticada de Fobia Específica a conducir. Se realiza una revisión bibliográfica sobre las fobias: concepto, prevalencia y tratamiento. La **evaluación** de la paciente se realizó mediante una entrevista semi-estructurada, donde además de elaborar la anamnesis de la paciente, y explorar el origen del problema, elaboramos una lista con todas las situaciones que le generaban ansiedad, así como los síntomas cognitivos, emocionales y conductuales que manifestaba. Los **objetivos** marcados en la intervención consistieron en: modificar ideas y pensamientos erróneos sobre el tráfico y la autopercepción de competencia por parte de la persona; descondicionar la respuesta de ansiedad ante la conducción y eliminar las respuestas de escape o evitación ante las situaciones temidas. **Método:** Las primeras sesiones se centraron en proporcionar información sobre la ansiedad, enseñar a la paciente a identificar los síntomas de la ansiedad y los pensamientos automáticos negativos. Se aplicó un programa multicomponente que combinaba técnicas de relajación y estrategias cognitivo-conductuales para el control de la activación anticipatoria y el afrontamiento de la situación fóbica. Las técnicas empleadas fueron la exposición en vivo y las auto-instrucciones para evitarla anticipación de los pensamientos negativos. El **resultado** del tratamiento ha sido positivo, consiguiéndose la desaparición del problema en tan sólo 5 sesiones espaciadas a lo largo de dos meses.

Palabras clave: fobia específica, caso único, cognitivo conductual, exposición.

INTERVENTION IN A SPECIFIC PHOBIA CASE

Abstract

Antecedents: in this paper we present the case of a 30 year old woman, who requested an appointment and was treated in psychology consultation, because of intense fear of driving, with clear anxiety symptoms. The patient was diagnosed of Specific Phobia to drive. A bibliographic review on phobias is also carried out: concept, prevalence and treatment. The **evaluation** of the patient was made through a semi-structured interview, in addition to elaborating the patient's anamnesis, and exploring the origin of the problem, we elaborated a list with all the situations that generated anxiety, as well as the cognitive, emotional symptoms And behavioral problems that she presented. The **objectives** set in the intervention were: to modify ideas and faulty thinking about the traffic and self-perception of competence on the part of the person; Deconditioning the anxiety response to driving and eliminating escape or avoidance responses to feared situations. **Method:** The first sessions focused on providing information about anxiety, teaching the patient to identify the symptoms of anxiety and negative automatic thoughts. A multi-component program was applied combining relaxation techniques and cognitive-behavioral strategies to control anticipatory activation and coping with the phobic situation. The techniques used were live exposure and self-instruction to avoid anticipation of negative thoughts. **The result** of the treatment has been positive, obtaining the disappearance of the problem in only 5 sessions spaced within two months.

Keywords: specific phobia, single case, cognitive behavior, coping, live exposure.

Introducción

El miedo es una experiencia común para todos los seres humanos. Se trata de una experiencia con un importante valor adaptativo para la supervivencia frente a peligros reales (Marks, 1987). Cuando las sensaciones de miedo se generan en situaciones que no determinan una amenaza real, el miedo es reconocido como fobia (Capafons, 2001).

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) define la fobia específica (en adelante FE) como una ansiedad intensa ante un objeto o situación específica (p. ej.,

volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre), esta situación provoca un miedo inmediato, se evita activamente, la ansiedad que se manifiesta es desproporcionado a la situación, persiste más de 6 meses y ocasiona malestar en las diferentes áreas del paciente.

Según la CIE-10 se requiere la presencia de síntomas de ansiedad en relación con la situación temida o la contemplación de la misma.

Dentro de la categoría diagnóstica de FE, se incluyen un gran número de fobias que no siempre comparten las mismas características clínicas. Se han hecho distinciones entre diversas fobias específicas en cuanto a edad y tipo de comienzo, predominancia por sexos, patrón de respuesta fisiológica, experiencia emocional subjetiva, aprensión sobre las reacciones físicas o sobre aspectos externos de la situación, curso y tipo de tratamiento indicado (Lipsitz, Barlow, Mannuza, Hofmann y Fyer, 2002; Merckelbach, de Jong, Muris y van den Hout, 1996; Sosa y Capafons, 1995).

Las personas con fobia a conducir suelen informar de miedo a tener un accidente, quedar heridos, quedar atrapados en un atasco, atropellar a alguien, ser objeto del enfado o crítica de otros conductores, tener un ataque de pánico o un infarto o desmayarse (Antony y Barlow, 1997).

En general, la FE es el trastorno más frecuente de los trastornos por ansiedad y se encuentra de entre los de mayor prevalencia de entre todos los trastornos psicológicos. La prevalencia estimada se encuentra alrededor del 14,45 al 15,7% en mujeres y del 6,7 al 7,75% en hombres (Eaton, Dryman y Weissman, 1991).

En un estudio ESEMeD/MHEDEA, realizado en seis países europeos (entre ellos España) con 21.425 adultos, mediante entrevista y con criterios del DSM-IV-TR (Haro et al., 2006). La prevalencia anual de las FE fue 3,5% y la prevalencia-vida, 7,7% (3,6% y 4,5% en España); la razón entre mujeres/hombres afectados fue 2,5 (2,8 a 3,5 en España). Sin embargo, por cuestiones metodológicas, los datos del ESEMeD representan probablemente el límite inferior de la verdadera prevalencia (Kessler, 2007).

Para el caso que nos ocupa y según un estudio del Instituto MAPFRE de Seguridad Vial de marzo de 2005, el miedo a conducir afecta a un porcentaje de un 33,3% de la población española. Con respecto al género, los casos de mujeres con miedo a conducir, suponen un 64% del total.

La alta prevalencia de la FE en general y de la fobia a conducir en particular, hace notar la importancia de seguir investigando y avanzando en el tratamiento de este problema.

A principios del siglo XX las alternativas terapéuticas para las fobias se reducían básicamente al psicoanálisis. A partir de la obra de Wolpe (1958), la terapia de conducta cobró especial relevancia, y desde entonces la mayor parte de los tratamientos implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos, y difieren en alguno de los siguientes parámetros: presentación del estímulo fóbico, tipo de respuesta de los pacientes, tipo de ayudas para la inducción de la respuesta, o en la utilización o no de estrategias cognitivas.

Método

Identificación del paciente y motivo de referencia

P es una mujer de 30 años de edad, soltera, sin hijos y con estudios superiores. Con carnet de conducir y vehículo propio desde los 18 años.

P solicitó cita y fue atendida en consulta de psicología por presentar miedo intenso a conducir, con claros síntomas de ansiedad. En la primera entrevista, P manifestó experimentar los siguientes síntomas ante la idea de conducir:

- Síntomas físicos: opresión torácica, hiperventilación, tensión muscular, taquicardia, temblores y sensación de hormigueo.
- Síntomas cognitivos: miedo a perder el control del coche, miedo a tener un accidente y miedo a no ser capaz de reaccionar.
- Síntomas conductuales: evitaba coger el coche en la medida de lo posible y procuraba ir acompañada.

Historia del problema y descripción de las conductas problemáticas

La paciente refería que hacía dos meses perdió por un momento el control del coche en una curva, aunque pudo enderezarlo y evitar el accidente. Durante el mes siguiente a este incidente, había experimentado miedo intenso a viajar en coche tanto como conductora como de pasajera. No obstante, como debía acudir a clases de idioma

en otro pueblo, cuando acudió a consulta ya había comenzado a coger el coche estando acompañada y siempre por la misma ruta.

Estrategias de evaluación

Se exploró la sintomatología de la paciente usando las siguientes técnicas:

•**Entrevista clínica semiestructurada:** se exploró la anamnesis de la paciente, la historia del problema, las estrategias de afrontamiento utilizadas por ella hasta el momento, la sintomatología experimentada, los pensamientos asociados de P, las consecuencias que ella preveía que podían suceder, sus mayores temores, etc.

•**Jerarquía individualizada de situaciones temidas:** Se indagó sobre la ansiedad que generaban diversas situaciones, utilizando como medida la “**Unidad Subjetiva de Ansiedad**” (USA), en un rango de 0 a 100. Elaboramos una lista con todas las posibles situaciones que una persona puede encontrarse en la carretera. Todas los posibles tipos de vías posibles, combinadas con diferentes condiciones meteorológicas, con diferentes tipos de vehículos , con o sin compañía, como conductora principal o como copiloto, así como las distancias en km y la conducción por rutas conocidas/desconocidas. A cada una de estas situaciones, la paciente le asignó un número de USA, y las ordenamos de manera ascendente. De entre todos los ítems, elegimos 12. Los criterios fueron lograr una jerarquía bien graduada, contemplando el mayor número posible de escenarios.

Resultados de la evaluación

Los ítems elegidos fueron los siguientes. Conducir:

1. Por las calles de su pueblo: 30 USA.
2. En carreteras nacionales, acompañada: 40 USA
3. En carreteras nacionales, sola: 50 USA
4. En autovías/autopistas, acompañada: 60 USA
5. En autovías/autopistas, sola: 70 USA
6. Carreteras comarcales, acompañada: 70 USA
7. Carreteras comarcales, sola: 80 USA
8. En vías desconocidas, acompañada: 90 USA
9. En vías desconocidas, sola: 100 USA

10. En vías con curvas, acompañada: 100 USA
11. En vías con curvas, sola: 100 USA
12. Condiciones climatológicas adversas: 100 USA

Diagnóstico

El diagnóstico de fobia a conducir, se incluye dentro de la CIE-10 (manual que utilizamos en el Servicio Andaluz de Salud para diagnosticar) dentro de: **F40.2 Fobias específicas.**

Objetivos terapéuticos

Modificar ideas y pensamientos erróneos sobre el tráfico y la autopercepción de competencia por parte de la persona; descondicionar la respuesta de ansiedad ante la conducción y eliminar las respuestas de escape-evitación de las situaciones temidas. .

Tratamiento

Se aplicó un programa multicomponente que combinaba técnicas de relajación y estrategias cognitivo-conductuales para el control de la activación anticipatoria y el afrontamiento de la situación fóbica.

Las sesiones tenían una duración de 60 minutos y una frecuencia semanal-quincenal.

Primera sesión:

Entrevista clínica: elaboración de la anamnesis e historia del problema. Establecimiento conjunto de los objetivos terapéuticos. Se inicia la psicoeducación. Elaboramos jerarquía de estímulos. La exposición la realizará la paciente sin terapeuta, en ocasiones acompañada por algún familiar, en función del ítem seleccionado. El criterio para pasar de un ítem al siguiente fue lograr realizar con éxito el ítem, experimentando en dos ocasiones seguidas 0 nivel de USA. Al día siguiente, se empezaba por el ítem superado con éxito en la sesión anterior.

Segunda sesión:

La paciente comenta que se ha atrevido por su cuenta a realizar los dos primeros ítems de la jerarquía

Psicoeducación sobre la naturaleza de la ansiedad en general y la fobia a conducir, desde el modelo cognitivo-conductual.

La paciente comenta al final de la sesión, que aunque ha realizado con éxito los primeros ítems de la jerarquía, por las noches tiene problemas para dormir, debido a pensamientos rumiativos relacionados con la siguiente exposición. Acordamos que traerá un registro de dichos pensamientos.

Se acuerda continuar con la exposición.

Tercera sesión:

Trabajamos técnicas de desactivación fisiológica: respiración abdominal y relajación muscular progresiva. Acordamos que la paciente realizará diariamente en casa las técnicas de relajación y durante la conducción, la relajación diferencial de los músculos que no necesitaba para conducir.

Analizamos los pensamientos anticipatorios que siguen apareciendo.

Cuarta sesión:

La paciente continúa avanzando en la jerarquía de estímulos.

Trabajamos entrenamiento en autoinstrucciones para la regulación de pensamientos anticipatorios utilizando el autorregistro realizado la semana anterior.

Quinta sesión:

La paciente refiere haber realizado con éxito todos los ítems de la jerarquía. Refiere la desaparición de los pensamientos anticipatorios y el aumento de sus expectativas de autoeficacia. Realizamos de nuevo la valoración de las situaciones temidas.

Sexta sesión:

Revisión. Continúan conduciendo sin problemas. Se da alta terapéutica.

Resultados

El resultado del tratamiento ha sido positivo, consiguiéndose la desaparición del problema en tan sólo 5 sesiones espaciadas a lo largo de dos meses. En 9 de las 12

situaciones temidas, la ansiedad que experimentaba la paciente se redujo por completo. En las otras tres situaciones, ha habido una reducción considerable,

P refirió durante la tercera sesión de tratamiento, que tras haberse enfrentado con éxito a las 5 primeras situaciones de la jerarquía de estímulos, la ansiedad anticipatoria ante los estímulos restantes parecía haberse reducido. La paciente comentó que esa semana había aprovechado los días que había llovido para exponerse a esta situación temida, saltándose el resto de la jerarquía de estímulos. P indicó que al haber aumentado su percepción de autoeficacia se vio capaz de enfrentarse al mayor de sus miedos, con éxito.

En la última sesión, volvimos a valorar el nivel de USA experimentado por la paciente ante cada situación. Los resultados fueron los siguientes:

1. Por las calles de su pueblo: 0 USA.
2. En carreteras nacionales, acompañada: 0 USA
3. En carreteras nacionales, sola: 0 USA
4. En autovías/autopistas, acompañada: 0 USA
5. En autovías/autopistas, sola: 0 USA
6. Carreteras comarcales, acompañada: 0 USA
7. Carreteras comarcales, sola: 0 USA
8. En vías desconocidas, acompañada: 0 USA
9. En vías desconocidas, sola: 30 USA
10. En vías con curvas, acompañada: 0 USA
11. En vías con curvas, sola: 10 USA
12. Condiciones climatológicas adversas: 40 USA

Conclusiones

De las revisiones realizadas por Antony y Barlow (1997, 2002), Emmelkamp, Bouman y Scholing (1992), Marks (1987/1991), Rachman (1990) y Sosa y Capafons (2003) pueden extraerse las siguientes conclusiones: los tratamientos más investigados y eficaces para las fobias específicas son la exposición en vivo (EV) a las situaciones temidas y el modelado participante (una combinación de modelado y EV). La EV es más eficaz que el no tratamiento y el placebo y que otras intervenciones como la relajación, la reestructuración cognitiva, la exposición interoceptiva y el modelado en

vivo (Antony y Barlow, 2002; Menzies y Clarke, 1995) o diversas técnicas de exposición en la imaginación.

En esta intervención, el abordaje multicomponente ha resultado eficaz. Sería interesante comprobar el peso y la influencia que tiene cada técnica por separado.

La fobia a conducir es un problema que afecta a un número importante de personas en España, sobre todo a mujeres. Sería interesante establecer líneas de trabajo con las autoescuelas, donde pudieran usarse vehículos preparados con doble mando para casos específicos en los que la persona pueda bloquearse ante la exposición, pues aunque en la mayoría de los casos son solo miedos que no llegan a volverse realidad, sería interesante dar la oportunidad de crear jerarquías de exposición a estímulos más graduadas, si fuera necesario.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Antony, M. A. y Barlow, D.H. (1997). Fobia específica. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1) (pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI.
- Antony, M. A. y Barlow, D. H. (2002). Specific phobias. En D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders* (2ª ed.) (pp. 380-417). Nueva York: Guilford.
- Capafons, J. I. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para las Fobias Específicas. *Psicothema*, 13(3), 447-452.
- Eaton, W. W., Dryman, A. y Weissman, M. M. (1991). Panic and phobia. En L. N. Robins y D. A. Regier (Dirs.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study* (pp. 155-179). Nueva York: The Free Press.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K. y Scholing, A. (1992). *Anxiety disorders: A practitioner's guide*. Chichester: Wiley.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina Clínica*, 126, 445-51.

- Kessler, R. C. (2007). The global burden of anxiety and mood disorders: Putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(Suppl 2), 10-19.
- Lipsitz, J. D., Barlow, D. H., Mannuzza, S., Hofmann, S. G. y Fyer, A. J. (2002). Clinical features of four DSM-IV specific subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 471-478.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Marks, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 1: Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marks, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 2: Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1987.)
- Menzies, R. G. y Clarke, J. C. (1995). Individual response patterns, treatment matching, and the effects of behavioral and cognitive interventions for acrophobia. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 141-160.
- Merckelbach, H., de Jong, P.J., Muris, P. y van den Hout, M.A. (1996). The etiology of specific phobias: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 337-361.
- Rachman, S. (1990). The determinants and treatment of simple phobias. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12, 1-30.
- Sosa, C. D. y Capafóns, J. I. (1995). Fobia específica. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobles (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 257-284). Madrid: Siglo XXI.
- Sosa, C. D. y Capafóns, J. I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas*. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 235-245). Madrid: Pirámide.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN TRASTORNO BIPOLAR DURANTE INGRESO EN UNIDAD DE AGUDOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Isabel María García-Cuenca*, Jose Manuel Sanz-Cruces, Isabel Cano-Navarro*, Miguel Ángel Cuquerella-Adell*, María Ferrandis-Cortés* y Eva Carbajo-Álvarez*****

** Psicólogo Interno Residente. Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. CHGUV; **Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. CHGUV; ***Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Jefa Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. CHGUV*

Resumen

Estudio de caso único de paciente de 41 años que ingresa en unidad de agudos por descompensación depresiva en el contexto de un trastorno bipolar con mala evolución. Refieren inicio de los síntomas depresivos hace 4 meses, con sentimientos de tristeza y desesperanza, pensamiento negativo, aislamiento social, clinofilia y disminución del cuidado personal. La paciente vive con ambos padres y es la menor de cuatro hermanos. Presenta buenas relaciones sociales, no tiene pareja en la actualidad. Actualmente se encuentra tramitando una pensión. Nos planteamos iniciar tratamiento psicológico cognitivo-conductual durante el ingreso siendo nuestros principales objetivos realizar apoyo emocional, iniciar educación sobre el trastorno, aumento de la adhesión al tratamiento farmacológico y entrenamiento en estrategias cognitivo-conductuales para manejar los episodios maníacos y depresivos. Evaluamos a la paciente mediante una entrevista clínica e instrumentos específicos como el gráfico de vida, el resumen de síntomas y el gráfico del estado de ánimo. La paciente presentó durante el ingreso una evolución hacia un episodio mixto, posteriormente mejoró de forma progresiva, dándose de alta a los 15 días por estabilidad clínica. La paciente consiguió mejorar la información sobre su trastorno y empezó a poner en práctica técnicas cognitivo-conductuales, como el registro del estado de ánimo y la programación de actividades. Se continuó la intervención psiquiátrica y psicológica desde su centro de salud mental para profundizar en las estrategias aprendidas así como iniciar prevención de recaídas.

Palabras clave: trastorno bipolar, terapia cognitivo-conductual, unidad de agudos, caso clínico.

COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION IN BIPOLAR DISORDER IN ACUTE PSYCHIATRIC ADMISSION: A CLINICAL CASE

Abstract

A single case study of a 41-year-old patient admitted to the acute unit for depressive decompensation in the context of a bipolar disorder with poor outcome. They refer to the onset of depressive symptoms 4 months ago, with feelings of sadness and hopelessness, negative thinking, social isolation and decreased personal care. The patient lives with both parents and is the youngest of four siblings. He has good social relations, he has no partner at present. He is currently in the process of obtaining a pension. We intend to initiate cognitive-behavioral psychological treatment during admission, with our main objectives being to provide emotional support, initiate education about the disorder, increase adherence to pharmacological treatment and training in cognitive-behavioral strategies to manage manic and depressive episodes. We evaluated the patient through a clinical interview and specific instruments such as life chart, symptom summary and mood chart. The patient presented a progression to a mixed episode during admission, and then it progressively improved, being discharged at 15 days due to clinical stability. The patient was able to improve the knowledge about her disorder and began to implement cognitive-behavioral techniques, such as mood monitoring and scheduling activities. Psychiatric and psychological intervention was continued from his mental health center to deepen the strategies learned as well as initiate relapse prevention.

Key words: bipolar disorder, cognitive-behavioral therapy, acute care-unit, clinical case.

Introducción

En este capítulo nos gustaría profundizar en los tratamientos que han demostrado su eficacia para el trastorno bipolar a través de la presentación de un caso clínico llevado a cabo por psicólogos de la Unidad de Psicología Clínica del Hospital General Universitario de Valencia (HGUV) en un paciente ingresado en la Unidad de Agudos de Psiquiatría (UAP) del dicho hospital.

Identificación del paciente y motivo de consulta

Se trata de una paciente ingresada en la UAP debido a una descompensación depresiva en el contexto de un trastorno bipolar de años de evolución, con mal control a nivel ambulatorio.

En la historia de la paciente constan dos ingresos previos en la unidad, la primera en 1998 con diagnóstico al alta de trastorno psicótico agudo polimorfo y julio de 2013 por episodio maníaco. Entre ingresos ha presentado sintomatología subdepresiva que ha sido revertida con reajustes farmacológicos desde su Unidad de Salud Mental (USM) desde dónde se realizó el seguimiento de forma regular. De sus antecedentes psicopatológicos debemos destacar dos ingestas medicamentosas en 2003 y 2013. Antes del actual ingreso la paciente se encontraba en tratamiento únicamente psicofarmacológico. A nivel familiar no refieren antecedentes psiquiátricos.

Historia familiar, laboral y social

En referencia a su historia, la paciente es una mujer de 41 años, menor de cuatro hermanos y vive con sus padres. En la actualidad mantiene una relación muy estrecha con su madre, con tendencia a la sobreprotección, mientras que con su padre la relación es más bien distante. A nivel de fratría refiere que mantiene una buena relación con su hermano y una relación conflictiva con sus hermanas. La paciente estudió hasta 8º de EGB, desempeñando varios trabajos posteriores. Su último trabajo ha sido en limpieza y en la actualidad se encuentra tramitando una pensión. Además, la paciente mantiene buenas relaciones sociales y ha tenido varias relaciones de pareja de corta duración, la última en 2012.

Episodio actual y exploración psicopatológica

La paciente presenta clínica depresiva desde hace 4 meses. En el momento de la exploración del estado mental se encuentra consciente y orientada, tranquila y colaboradora. Presenta facies triste, disminución leve de la reactividad afectiva, sentimientos de tristeza y desesperanza, pensamiento negativo y pesimista sobre su situación vital. Además manifiesta aislamiento social, clinofilia y disminución del cuidado personal. No existe latencia de respuesta ni ideación autolítica.

Tras la exploración y estudio de su historia clínica la paciente es ingresada en la UAP del HGUV con diagnóstico de trastorno bipolar, con episodio actual depresivo.

Establecimiento de las metas de tratamiento

Mediante la reflexión del caso con el equipo profesional nos planteamos una intervención psicológica durante el ingreso, donde las metas del tratamiento, negociadas con la paciente y su familia, fueron mejorar la adherencia a la farmacoterapia y al tratamiento psicológico, mejorar el funcionamiento familiar, disminuir el número de recaídas y de hospitalizaciones y sobre todo mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de la paciente, tanto durante la duración de su ingreso, cómo tras el alta.

Establecimiento de objetivos terapéuticos

Para alcanzar las metas propuestas los objetivos terapéuticos fueron realizar una adecuada escucha activa y un acompañamiento emocional, aumentar la información que tenía la paciente sobre su trastorno, sus síntomas y su tratamiento, realizar un entrenamiento en estrategias psicológicas para manejar los episodios maníacos y depresivos, mejorar el manejo del estrés y favorecer una generalización de las conductas adaptativas adquiridas

Selección de los tratamientos más adecuados

Para seleccionar el tratamiento psicológico más adecuado revisamos la literatura científica, destacando la clasificación de tratamientos eficaces de Marino Pérez (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2010). En ella encontramos como tratamiento bien establecido para el trastorno bipolar la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual (Becoña y Lorenzo, 2001; Sevilá y Pastor, 2009) y la terapia familiar y marital.

Debido a las condiciones del contexto y de la paciente, junto a la elevada evidencia científica y el mayor conocimiento de la terapia por el terapeuta, seleccionamos la terapia cognitivo-conductual como tratamiento más adecuado.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación

A la hora de realizar la evaluación en trastorno bipolar existen diferentes técnicas, como la entrevista clínica no estructurada o las entrevistas clínicas estructuradas: *Cuestionario para los trastornos afectivos y la esquizofrenia* de Endicott y Spitzer (1978) o la *Entrevista clínica estructurada para el DSM* de Spitzer, Williams, Gibbon y First (1992). También encontramos diferentes escalas de observación como la *Escala de evaluación de la manía de Young* (Young, Biggs y Ziegler, 1978) o la *Escala para estados maníacos de Cassidy, Murry, Forest y Carroll* (1998).

Por otro lado, en la literatura científica también existen escalas de autoevaluación de la manía como la *Escala de autoevaluación de la manía de Altman* (Altman, Hedeker, Peterson y Davis, 1997) o el *Inventario chino de polaridad* (Zheng y Lin, 1994) y autoinformes que evalúan la depresión como el conocido *Inventario de Depresión de Beck II* (Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003).

Debido a las circunstancias y limitaciones del contexto únicamente contamos con la entrevista clínica y otros instrumentos específicos de evaluación que comentaremos más adelante. Al realizar la entrevista por el psicólogo a los pocos días del ingreso observamos un viraje de la sintomatología hacia un episodio de hipomanía, encontrando a la paciente hipertímica, activa, muy colaboradora durante la entrevista, verborreica pero fácilmente reconducible y presentando conciencia de enfermedad. Al realizar el análisis funcional nos encontramos como antecedentes del episodio depresivo que motivó el ingreso el abandono del tratamiento farmacológico, el estrés laboral, los conflictos familiares y la relación de dependencia con la madre, y como variables mantenedoras podemos destacar la propia reducción del nivel de actividad, el continuar sin tomar el tratamiento psicofarmacológico y los beneficios secundarios del rol de enfermo (como la atención por parte de su familia, dejar de buscar trabajo y poder conseguir una discapacidad laboral junto a una pensión económica).

A pesar de no haber podido aplicar cuestionarios o escalas validadas debido a las limitaciones del contexto terapéutico, sí que pudimos utilizar tres instrumentos

específicos que nos ayudaron además en la fase posterior de intervención (Ramírez-Basco y Rush, 1996; Sevillá y Pastor, 2009). En primer lugar destacamos el *Gráfico de vida* (figura 1), dónde recogemos la historia clínica de forma clara y visual en una línea temporal, sirviéndonos para comprobar la eficacia de determinados tratamientos farmacológicos, encontrar regularidades entre eventos estresantes y recaídas, predecir el curso particular del problema y además educar al paciente en el conocimiento del trastorno.

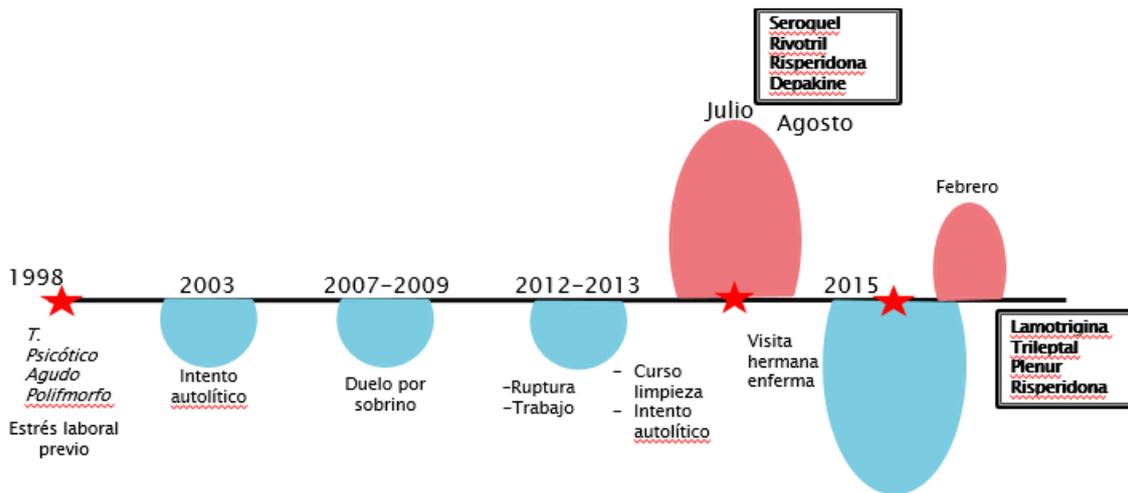


Figura 1. Gráfico de vida.

Nota. Color azul: episodio depresivo. Color rosa: episodio maníaco. Estrella: ingreso en unidad de agudos.

Otro instrumento utilizado ha sido el *Resumen de síntomas* (figura 2), dónde el paciente debe detallar sus síntomas según el episodio, ayudando a que el paciente aprenda más sobre su problema y mejore en la detección de los pródromos.

MANÍA	CONTROL	DEPRESIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Más ganas de salir • No puedo estar quieta • Más rapidez en todo • Me compro mucha ropa • Hablo mucho • Me arreglo más, me ducho 3 veces al día • Duermo menos (4-5h) • Pierdo peso porque como menos • Más contenta, eufórica • Estoy irritable • Muy abierta con la gente • Pienso mucho en muchas cosas 	<ul style="list-style-type: none"> • Salgo con amigos, cuento cosas • Me voy a ver tiendas • Hablo normal • Me arreglo • Me gusta ayudar a mis padres • Duermo 7-8 horas • Tengo ilusiones • Me preocupo por la gente • No me afectan tanto las cosas 	<ul style="list-style-type: none"> • No tengo ganas de salir ni de ver tiendas • Estoy todo el día acostada • No me pinto • No tengo ganas de ir a ver al psiquiatra • Me aísto de mis amigos, apago el móvil • No me apetece desayunar el café con leche • Duermo mucho (12 h) • Como más • Lloro, estoy triste • No me preocupo por mi madre

Figura 2. Resumen de síntomas.

Y por último aplicamos el *Gráfico del estado de ánimo* (figura 3), un autorregistro semanal dónde el paciente anota su estado de ánimo de forma diaria mediante una escala numérica.

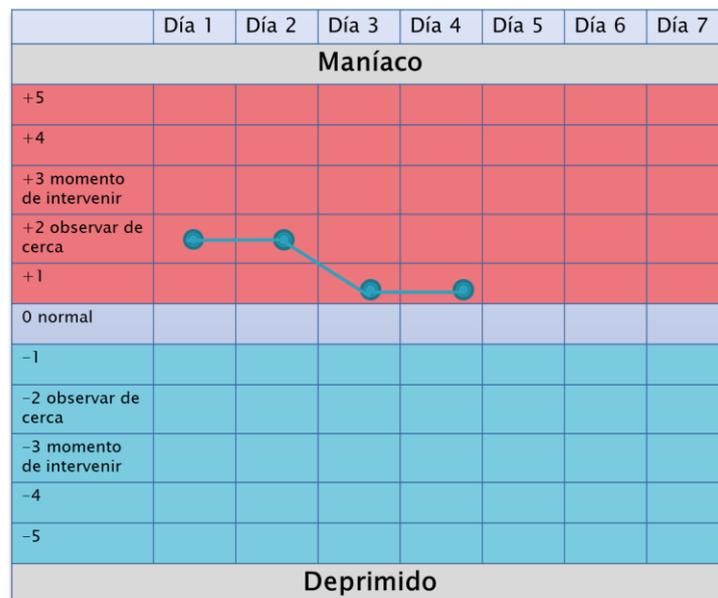


Figura 3. Gráfico del estado de ánimo.

Aplicación de los tratamientos

En referencia a la adherencia al tratamiento farmacológico, hoy sabemos que 4 de cada 10 pacientes eutímicos no toman correctamente su medicación (Colom y Vieta, 2004). Ramírez-Basco y Rush (1996) han analizado los principales problemas a la hora de tomar la medicación, clasificándolos en problemas de tipo personal (por ejemplo, estar bien y no ver la necesidad de continuar con el tratamiento, no querer cortar con la sensación de euforia, negar el problema, el estigma), problemas por el propio tratamiento (por ejemplo, efectos secundarios, horarios incompatibles, olvidos, vergüenza de tomar la medicación), problemas de tipo social (por ejemplo, consejos inadecuados de familiares o amigos, consejos médicos competitivos, mala relación con el médico, infraestructura médica complicada) e ideas contraproducentes (por ejemplo, “no quiero depender de la medicación”, “puedo controlarlo sin medicación”, “me puedo curar con yoga o acupuntura”. Como soluciones a estos problemas, Sevillá y Pastor (2009) proponen anticiparse a los problemas generando un plan de acción de forma previa, utilizar recordatorios específicos, facilitar información y educación al paciente y a su familia, entrenar en asertividad y terapia cognitiva para el trabajo con las ideas disfuncionales.

En nuestro caso, tras la evaluación y el fomento de la alianza terapéutica, iniciamos una *psicoeducación* adaptada a la paciente sobre su diagnóstico, los episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos y mixtos, los tipos de trastorno bipolar así como su curso habitual y tratamiento (Pino, Belenchón, Sierra y Livianos, 2008).

Después de la psicoeducación hicimos énfasis en las estrategias conductuales, debido a la fuerte interacción entre la bioquímica cerebral, los pensamientos, las emociones y la conducta manifiesta. Realizamos en entrenamiento en el *programa de actividades*, un listado de actividades agradables bien definidas que el paciente debe esforzarse en mantener en la fase de estabilidad del trastorno. Si nos encontramos en un episodio depresivo el paciente deberá realizar una activación conductual progresiva hasta volver a los niveles previos de actividad y en caso de episodio maníaco el paciente tendrá que reducir el número de actividades o realizar actividades de desaceleración (Sevillá y Pastor, 2009). En relación a estas técnicas, con la paciente trabajamos la regla de las 48 horas (esperar 48 horas antes de realizar una compra para facilitar el autocontrol, anotándolo en un papel y guardándolo en un cajón), lista de pros y contras

de nuevas actividades, actividades de estar sentado (escuchar música tranquila, leer, ver la TV, baños largos, ejercicios de relajación muscular, ejercicios de respiración, etc.) y elegir una persona de confianza como estrategia de control complementaria.

Además de técnicas conductuales, también iniciamos un entrenamiento en *técnicas cognitivas*. El primer punto fue realizar una psicoeducación sobre la relación entre los acontecimientos ocurridos, los pensamientos y la respuesta emocional, para pasar después a identificar y diferenciar los pensamientos maníacos (“no necesito tomar medicación”) y los pensamientos depresivos (“nadie me quiere”).

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

Al ingreso la paciente mostraba ánimo depresivo, teniendo una mejoría clínica progresiva, mostrándose cada vez más activa. A los 5 días con el nuevo antidepresivo presentó una crisis convulsiva, tónico clónica, de etiología farmacógena, por lo que se le retiró el medicamento. Posteriormente empezó a mostrarse inquieta, con tendencia a la irritabilidad y suspicacia, impresionando de episodio mixto, por lo que se introdujo un nuevo eutimizante y antipsicótico, pasando a clínica maniforme. Esta clínica se mantuvo unos días, manifestando una tendencia progresiva a la remisión. A los 15 días se le dio el alta a la paciente por estabilidad clínica, habiendo desaparecido las fluctuaciones sintomáticas, mostrando buena conciencia de enfermedad y buen apoyo familiar.

La paciente consiguió conocer mejor su diagnóstico y tratamiento, manifestando aceptación de la situación y buena adherencia al tratamiento. Empezó a poner en práctica técnicas cognitivo-conductuales, como el registro del estado de ánimo y la programación de actividades. La paciente al alta agradeció a los profesionales la atención recibida por todo el equipo multidisciplinar durante su ingreso.

Seguimiento tras alta

Tras el alta la paciente continuó su seguimiento en su USM de referencia tanto en psiquiatría como en psicología. Los aspectos que se acordaron para continuar trabajando de forma ambulatoria fueron las estrategias de discusión cognitiva con sus propios registros de pensamientos, habilidades sociales y de comunicación, mejora de la autonomía y toma de decisiones y fomento de un estilo de vida saludable (horarios de

sueño estables, hábitos regulares, manejo del estrés, evitar sustancias psicoactivas, mantener pauta farmacológica estable, etc.).

Un aspecto que sería fundamental para trabajar en la fase de estabilidad es la prevención de recaídas, entrenando a la paciente a identificar los síntomas tempranos de recaída (pensamientos, emociones o conducta), elegir algunos específicos para que se conviertan en su sistema de alarma y elaborar junto a la paciente un plan de acción para cuando aparezcan estos síntomas determinados (Sevillá y Pastor, 2009). Además sería importante explicar a persona de confianza estos síntomas para que avise si los percibe.

Observaciones

Creemos que nuestro trabajo es interesante al presentar un caso clínico de una paciente ingresada en una UAP, demostrando que el trabajo multidisciplinar es eficaz para reducir los síntomas del paciente, así como ayuda a mejorar su experiencia de ingreso. Además, al describir el caso realizamos un repaso por los tratamientos y técnicas que consideramos más adecuados para el trastorno bipolar.

Al tratarse de un estudio de caso, nuestro trabajo tiene los problemas de validez interna propios de estos estudios, ya que no es posible conocer a qué variables se debe la mejoría de la paciente ni medir el peso de cada una de ellas.

Con este caso, intentamos señalar la importancia de la figura del psicólogo clínico en las UAP, trabajando en equipos multidisciplinarios y en estrecha colaboración con las USM, para ofrecer el tratamiento más adecuado, eficaz y eficiente a los pacientes ingresados y ambulatorios.

Referencias

- Altman, E., Hedeker, D., Peterson, J. y Davis, J.M. (1997). The Altman self-rating mania scale. *Biological Psychiatry*, 42, 948-955.
- Becoña, E. y Lorenzo, M. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13(3), 511-522.
- Cassidy, F., Murry, E., Forest, K. y Carroll, B. J. (1998). Sing and symptoms of mania in pure and mixed episodes. *Journal of Affective Disorders*, 50, 187-201.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004). *Manual de Psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Medica.

- Endicott, J. y Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (2010). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P., y Livianos, L. (2008). *Trastorno Bipolar y Psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Ramírez-Basco, M. y Rush, J. (1996). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. New York: Guilford.
- Sanz, J., Perdígón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). *Clínica y Salud*, 3, 249-280.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (2009). *Tratamiento Cognitivo Conductual para el Trastorno Bipolar*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. y First, M. B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R. *Archives of General Psychiatry*, 42, 624-629.
- Young, R. C., Biggs, J. T. y Ziegler, V. E. (1978). A rating scale for mania. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.
- Zheng, Y. y Lin, K. M (1994). The reliability and validity of the Chinese polarity inventory. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 126-131.

TRATAMIENTO DE UN CASO DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL NO DELIRANTE MEDIANTE EXPOSICIÓN EN VIVO

María Elena Castillo-Peña y Sonia Estrella-Barajas

Psicólogas Internas Residentes. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 24 años con diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal (F45.2) atendida en Salud Mental desde 2012 con adherencia irregular. En 2013 acude su madre al equipo por preocupación marcada por el estado de la paciente, dada la negativa de ésta a acudir a las citas. Retoma seguimiento en la USMC en 2015. Presenta cambios bruscos de humor, irritabilidad, deterioro de la comunicación y convivencia familiar así como aislamiento social progresivo. Hasta 2014, mantiene oculto el motivo de sus frecuentes enfados. En las entrevistas individuales verbaliza autodesprecio, especialmente hacia su rostro. Manifiesta intensa angustia asociada a un ligero acné que interpreta como catastrófico. Pensamientos obsesivos continuos sobre el tema acompañados de conductas frecuentes de comprobación en el espejo. Aislamiento, evita el contacto por temor al rechazo de los demás. La madre informa que ha dejado las prácticas de la carrera y ha rechazado un trabajo que le han ofrecido.

El tratamiento seleccionado fue Terapia Cognitivo-Conductual, siendo empleada la Exposición en Vivo como paso previo a la reestructuración cognitiva a fin de mitigar las limitaciones en el funcionamiento diario a la mayor brevedad. Se realizaron 5 entrevistas, con una frecuencia semanal, para el seguimiento de la práctica de la exposición. Como tarea para casa se añadieron autorregistros. La técnica de exposición en vivo resultó efectiva en la reducción de la ansiedad y mejora de las relaciones sociales, flexibilizando sus interpretaciones catastróficas. La mejoría se ha mantenido en sesiones sucesivas, lo que ha facilitado el trabajo cognitivo.

Palabras clave: exposición en vivo, dismorfofobia, terapia cognitivo-conductual, cara

TREATMENT OF A CASE OF BODY DYSMORPHIC DISORDER THROUGH IN-VIVO EXPOSURE

Abstract

We present the case of a 24-year-old woman with diagnosis of Body Dysmorphic Disorder (F45.2) treated in Mental Health since 2012 with irregular adherence. In 2013, her mother asked help because she was worried about the state of the patient, because her daughter refusal to attend appointments. It resumes follow-up at the USMC in 2015. It presents sudden changes of mood, irritability, deterioration of communication and family coexistence as well as progressive social isolation. Until 2014, he keeps hidden the reason of his frequent annoyances. In individual interviews he verbalizes self-deprecation, especially towards his face. It manifests intense anguish associated with a slight acne that interprets as catastrophic. Continuous obsessive thoughts on the subject accompanied by frequent checks behavior in the mirror. Isolation, avoid contact for fear of rejection of others. The mother informs that she has left the career practices and has rejected a job that has been offered.

The treatment selected was Cognitive-Behavioral Therapy, with In-vivo Exposure being used as a step prior to cognitive restructuring in order to mitigate limitations in daily functioning as soon as possible. Five interviews were carried out, with weekly frequency, to follow the practice of exposure. Self-registration was added as a homework assignment. In-vivo exposure technique was effective in reducing anxiety and improving social relationships, making their catastrophic interpretations more flexible. Improvement has been maintained in successive sessions, which has facilitated cognitive work.

Key words: in-vivo exposure, cognitive-behavioral therapy, Body dysmorphic disorder, face

Identificación del paciente

Se presenta el caso de una paciente de 24 años de edad natural de Sevilla. Convive en el domicilio familiar junto con su madre, su padre, su hermana de 27 años y su

hermano de 18 años. Nivel sociocultural medio-alto. Está cursando último curso de Derecho.

Análisis del motivo de la consulta

La paciente presenta cambios bruscos de humor, irritabilidad, deterioro de la comunicación y convivencia familiar así como aislamiento social progresivo. Refiere intensa angustia asociada a un ligero acné que interpreta como catastrófico y pensamientos obsesivos continuos sobre el tema acompañados de conductas frecuentes de comprobación en el espejo.

En definitiva, a nivel psicofisiológico destaca angustia marcada que se manifiesta principalmente como opresión torácica y sudores. A nivel conductual destacan las conductas de evitación y los rituales de comprobación y tranquilización. Y a nivel cognitivo, distorsiones perceptivas y creencias irracionales junto con intenso temor al rechazo. La paciente relaciona toda esta sintomatología con un rechazo hacia sí misma y, en particular, hacia su orientación sexual sobre la que se encuentra confusa, lo que le ha provocado importantes limitaciones en su funcionamiento socio-ocupacional.

Historia del problema

Atendida en Salud Mental en 2012 por “cambios de humor”. En 2013, acude la madre de la paciente solicitando ayuda ya que observa un empeoramiento del clima familiar y descontrol de impulsos en su hija ante cualquier mínima frustración. La paciente se niega a acudir. Se dan pautas de conducta. En octubre de 2014, la paciente accede a venir con su madre. Refiere la madre que durante el verano ha comunicado a la familia lo que le ocurre “no se soporta”, “se ve llena de acné y rechaza su rostro”. La paciente a solas refiere que desde los 13 años empezó a sentir rabia al mirarse la cara y que intentaba tapar con maquillaje marcas de acné que le provocan ansiedad. Previamente había acudido al dermatólogo que le había referido que no observaba nada preocupante. En enero de 2015 falta a su cita, volviendo en abril de ese mismo año de urgencia por ansiedad y aislamiento. Desde este momento retoma seguimiento en el dispositivo e inicia tratamiento con buena adherencia y compromiso.

Análisis y descripción de las conductas problema

Se relatan las conductas problemas principales:

- a) Pensamientos obsesivos en torno a su rostro que llevan a comprobaciones y rituales: *“si tengo un granito no puedo salir”*; *“tengo que tener la cara perfecta para estar bien”*.
- b) Autoverbalizaciones negativas hacia su rostro.
- c) Comprobaciones: en el espejo cada 20-30 min tanto en casa como fuera. Ante un contacto en su rostro acude a comprobar que no se haya perjudicado o modificado el maquillaje.
- d) Rituales: maquillarse únicamente una vez al día, limpiezas faciales mañana y noche, elegir la postura en función de cómo la luz ilumine su cara.
- e) Evitar tomar el sol o comer determinados alimentos (chocolate) por la creencia de que pueden provocar un empeoramiento de su acné facial.
- f) Aislamiento tanto dentro como fuera del contexto familiar: no come con su familia, no sale con amistades, rechazo de unas prácticas de la carrera o no acudir al gimnasio. Se relaciona con el temor al rechazo y con la creencia de que el acné es una prueba de la imposibilidad de ser querida.
- g) Sensación de sentirse observada en la facultad o en la calle junto con temor a que pudieran mirarla con asco.
- h) Cambios de humor.
- i) Episodios de irritabilidad.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Desde una perspectiva funcional, como meta última se pretende mejorar el funcionamiento de la persona en su contexto a pesar de los síntomas. Las metas prioritarias que se establecieron fueron las siguientes:

- 1) La modificación de las autoverbalizaciones negativas sobre su rostro.
- 2) La modificación de las creencias irracionales sobre la apariencia física e imagen corporal.
- 3) La reducción de las conductas rituales y de evitación.

En general, se trata de modificar los hábitos que interfieren negativamente con su funcionamiento cotidiano, de aprender a tolerar la apariencia propia y de afrontar las situaciones que habitualmente evita.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Se definieron dos objetivos principales, acordados con la paciente:

1. Reducir la perturbación emocional asociada a las ideas dismorfofóbicas.
2. Reducir interferencia de las ideas dismorfofóbicas en el funcionamiento social y ocupacional.

Estos objetivos se concretan en la reducción de la convicción de las ideas dismorfofóbicas y la disminución de las conductas de evitación y rituales de comprobación. Dada la amplia gama de conductas evitativas y rituales, se escogieron aquellas que provocaban mayor malestar e interferencia en el funcionamiento diario de la paciente.

Selección del tratamiento más adecuado

Al partir del marco cognitivo-conductual, se seleccionó el tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismorfofóbico de Rosen. Los procedimientos terapéuticos utilizados son similares a los empleados en el tratamiento cognitivo-conductual de las fobias y del trastorno obsesivo-compulsivo.

Se decidió trabajar de forma individual con la paciente dada las limitaciones de tiempo y asistencia en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase

A través de la entrevista clínica y el uso de autorregistros, se identificaron las situaciones más temidas, los pensamientos más perturbadores y las conductas rituales que ocasionaban mayor interferencia.

Ordenadas de mayor a menor nivel de ansiedad se identificaron las siguientes escenas temidas en relación a su rostro:

1. Salir sin maquillaje.
2. Que la gente la mire con asco.

3. Que le toquen la cara.
4. Beso en la cara.
5. Que se le mueva el maquillaje.
6. Salir y relacionarse.
7. El sol.
8. Viajar.
9. Comer con gente en casa.
10. Comida perjudicial para la cara.

En cuanto a los pensamientos y creencias disfuncionales, se encuentra una importante necesidad de ser perfecta y tener la aprobación de los demás. Impresionan distorsiones cognitivas tales como el pensamiento todo o nada, el razonamiento emocional y la abstracción selectiva. A continuación se muestran ejemplos de los pensamientos más reiterativos:

“Siempre que me miro espero encontrar algo que no me guste en mi cara”.

“Siempre que me miro pienso que nunca voy a tener la cara bien del todo”.

“Cuando me veo mejor la cara siempre he esperado que me vaya a volver a empeorar”.

“Si mi cara está peor tengo la culpa porque he debido comer algo que haya podido afectar”.

Por último, en relación a los rituales destacan: mirarse constantemente en el espejo, quitarse el maquillaje nada más llegar a casa y limpiarse la cara, no salir de casa más al llegar una vez se ha quitado el maquillaje, mirarse en el espejo al llegar a casa, elegir la postura según la luz que ilumine su rostro, lavar la cara mañana y noche, y no comer alimentos “perjudiciales” (chocolate).

Aplicación del tratamiento

El tratamiento consta de tres componentes principales: psicoeducación, exposición en vivo (combinada con prevención de respuesta) y terapia cognitiva.

El primer componente de la terapia es la psicoeducación. Se le proporciona información al paciente sobre los distintos aspectos relacionados con el trastorno. Se le explica en qué consiste y cuáles son sus características. Dentro de este punto, es fundamental explicar la diferencia entre lo que es la apariencia física y la imagen

corporal (como constructo psicológico) ya que esta diferenciación juega un papel importante en el tratamiento. Se le explica, asimismo, cómo los pensamientos negativos inciden sobre las emociones y sentimientos hacia el cuerpo, así como sobre su percepción y las conductas hacia el mismo. De la misma manera, se le explica cómo las conductas de evitación y los rituales impiden la habituación y el normal desarrollo de la imagen corporal, al impedir la puesta a prueba de las creencias irracionales, y cómo están implicadas en el mantenimiento y agravación del trastorno. Se dedicaron 2 sesiones de 45 minutos.

Una vez desarrollado el componente psicoeducativo, se decidió emplear la Exposición en Vivo como paso previo a la reestructuración cognitiva a fin de mitigar las limitaciones en el funcionamiento diario a la mayor brevedad. Se realizaron 5 entrevistas de 45 minutos, con una frecuencia semanal, para el seguimiento de la práctica de la exposición de manera exclusiva. Como tarea para casa se añadieron autorregistros. Previamente se realizó un entrenamiento en relajación muscular progresiva para ser utilizada para el manejo de las respuestas de ansiedad.

En un primer momento, se propuso la exposición a la propia imagen de su cara ante el espejo. Debía contemplar su rostro todos los días en periodos cada vez más largos de tiempo. El objetivo es que la paciente sea capaz de contemplar las distintas partes de su cara sin malestar significativo y sin utilizar un lenguaje negativo sobre sí misma. Este ejercicio se utilizó también como entrenamiento de la paciente en detectar los pensamientos automáticos negativos que podían aparecer y el empleo del autorregistro. Posteriormente, se utilizó la jerarquía de situaciones más temidas desarrollada durante la evaluación, siendo seleccionada como más angustiante “salir de casa sin maquillaje”. Concretamos esta escena en salir diariamente a caminar al parque cercano a su casa con la consigna de permanecer en la situación hasta que la ansiedad se redujera a un cincuenta por ciento del nivel inicial (medida en unidades subjetivas de ansiedad, USA). En primer lugar, saldría a horas en las que hubiera menor afluencia de personas en el parque (media tarde) para progresivamente salir a horas de mayor afluencia. Paralelamente, debía rellenar su cuaderno de autorregistro incluyendo el nivel de ansiedad previo a la salida, el nivel posterior y los pensamientos automáticos aparecidos durante la Exposición en Vivo. En la quinta sesión de exposición se introdujo el componente “pensamientos alternativos” al autorregistro. En las sucesivas

entrevistas (que pasaron a tener una frecuencia quincenal), se dedicaban los 15-20 minutos iniciales a la revisión de las tareas de exposición, y el resto al trabajo cognitivo con las creencias disfuncionales. Progresivamente, se fueron añadiendo nuevas tareas de exposición una vez conseguido durante tres sesiones consecutivas un nivel de ansiedad igual o inferior a 30 USA. Las siguientes situaciones propuestas fueron ir a comprar el pan cada mañana a la panadería de su barrio sin maquillar y, posteriormente, ir al gimnasio sin maquillar. En casa debía comer en familia sin tener en cuenta para sentarte el lado de la cara que vieran sus familiares. Las tareas de exposición eran sumativas. Estos ejercicios se combinaron con la prevención de respuesta con objeto de impedir la realización de conductas de comprobación y acicalamiento. Se acordó reducir el número de veces al día de comprobaciones en el espejo a la mitad y las limpiezas faciales diarias de dos a una.

Por último, se ha utilizado el modelo de reestructuración cognitiva, inspirado en las técnicas de Beck o de Ellis. Este modelo se introduce en las dos sesiones psicoeducativas iniciales, pero se empieza a trabajar a partir de la quinta sesión de revisión de la Exposición en Vivo. Se trata de explicar a la paciente el modelo cognitivo-conductual, es decir, la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta. Tras las 5 entrevistas dirigidas exclusivamente al entrenamiento en identificación y registro de pensamientos automáticos y monitoreo de las tareas de exposición, en las siguientes sesiones se incorpora el trabajo cognitivo con dichos pensamientos. Se trabaja la flexibilización de las creencias disfuncionales a través del diálogo socrático y las pruebas de realidad que aporta la exposición con objeto de enseñar a la paciente alternativas y reducir el nivel de convicción y, por ende, el malestar. Para ejemplificarlo usaremos la primera tarea de exposición “salir a caminar por el parque sin maquillaje”. En este ejercicio la paciente experimentaba la sensación de que la observaban y el temor a que pudieran mirarla con asco. Esta sensación se mantuvo también en la situación de ir a comprar el pan e ir al gimnasio. Algunas de las preguntas formuladas para fomentar la reflexión fueron las siguientes:

¿Cómo sería para ti que te miraran con asco? ¿En qué notas que te miran con asco? ¿Qué necesitarías para decir que te están mirando con asco? ¿Qué tendría que pasar para estar 100% segura de que te miran con asco en el parque? Definamos

*gestos de asco, ¿has visto alguno de esos gestos dirigidos hacia ti en el parque?
¿Habría otras alternativas posibles?*

Evaluación de la eficacia del tratamiento

La técnica de exposición en vivo resultó efectiva en la reducción de la ansiedad. Para su medida se emplearon las Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA) experimentadas tras los ejercicios recogidos en los autorregistros. En el Gráfico 1, se muestra la evolución del nivel de ansiedad durante la primera semana de la tarea de exposición consistente en salir a caminar por el parque sin maquillaje:



Gráfico 1. *Registro de EV semana 1.*

Asimismo, se tuvo en cuenta el autoinforme de la paciente. Ésta refiere sentirse cada vez más cómoda durante los ejercicios de exposición, lo que asocia a una mejoría de su estado de ánimo y a un aumento de la percepción de control sobre sus pensamientos intrusivos, llegando a relativizarlos “estoy sobredimensionando” con la consecuente disminución del malestar y mejora de las relaciones sociales, flexibilizando sus interpretaciones catastróficas.

Actualmente, persisten las ideas dismorfofóbicas pero con menor intensidad y afectación funcional. Se ha producido una normalización de actividades, estando menos limitadas por pensamientos negativos sobre su cara e imagen. Aunque los rituales se

mantienen, se han reducido en número e interferencia. Ha retomado las salidas con compañeros y compañeras, el gimnasio, ha realizado viajes y se marcha de aupair a Londres durante uno meses para trabajar.

Estos cambios han sido confirmados a través de contacto telefónico con la madre de la paciente, que ha referido mejoría de las relaciones en el contexto familiar con disminución de los episodios de irritabilidad.

La mejoría se ha mantenido en sesiones sucesivas, lo que ha facilitado el trabajo cognitivo.

Seguimiento

La paciente sigue en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), que retomará a su vuelta de Londres tras los meses de trabajo como aupair.

Observaciones

Este caso pone de manifiesto la utilidad de la exposición en vivo en el tratamiento de la dismorfofobia dentro de un programa más amplio. Parece que su aplicación intensiva en momentos iniciales del tratamiento favorece el trabajo con creencias y distorsiones cognitivas, a fin de evitar la cronificación del trastorno. Podría ser conveniente su utilización sistemática en pacientes jóvenes de corta evolución para lo que se necesitarían más estudios de caso.

INTERVENCION EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO

**M^a Ascensión Albacete-Belmonte, Jesús O. Valera-Bernal, José J. García Arenas,
Antonia Sánchez-López y Jose M^a Gabari Ledesma**

Centro de Salud Mental de Lorca. Servicio Murciano de Salud

Resumen

Antecedentes: Los accidentes de tráfico graves no solamente pueden dejar secuelas físicas, sino también psicológicas, o ambas; por tanto, el tratamiento psicológico debe acompañar en muchas ocasiones a los tratamientos físicos o de rehabilitación. **Método:** Descriptivo. Presentamos a un paciente de 24 años, que ha sido tratado en nuestro Centro de Salud Mental, derivado por su médico de Atención Primaria y que presentaba un cuadro de estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2000), tras sufrir un accidente de tráfico grave y quedar con limitación física importante en la pierna derecha. Tras identificar al paciente, se analiza el motivo de su consulta, la historia del problema, las conductas problemáticas, se establecen las metas del tratamiento, es decir, el objetivo último de la intervención, que será tratar toda la sintomatología postraumática, para normalizar su funcionamiento personal, familiar, social y plantear su reorientación laboral, los objetivos terapéuticos concretos y se elige el tratamiento más adecuado, en este caso, se trata de la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma (Foa y Rothbaum, 1998), con la adaptación de las técnicas de relajación en grupo (optimizando uno de los recursos de nuestro centro, realizado por enfermería), más tratamiento farmacológico, se explicará cómo se le ha evaluado, las pruebas pasadas antes del tratamiento y los resultados obtenidos en esta fase, la aplicación de dicho tratamiento, la eficacia del mismo, demostrada a través de los resultados obtenidos en la fase de evaluación posterior. Por último, se comprobará con el seguimiento que la mejoría se ha mantenido tras el alta. **Resultados:** Presentamos la comparación entre las puntuaciones obtenidas en la evaluación pre y post-tratamiento, siendo los resultados favorables. **Conclusiones:** Con este caso, ponemos de manifiesto la importancia del tratamiento psicológico, en la recuperación de aquellas personas que han sufrido un accidente de tráfico grave.

Palabras clave: Tratamiento del trastorno de estrés postraumático. Accidentes de tráfico. Terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma. Estudios de casos. Series de casos. Caso clínico.

INTERVENTION IN A CASE OF POST TRAUMATIC STRESS DISORDER AFTER ACCIDENT

Abstract

Antecedents: Serious traffic accidents can not only leave physical, but also psychological, or both; Therefore, the psychological treatment must accompany in many occasions to the physical treatments or of rehabilitation. **Method:** Descriptive. We present a 24-year-old patient who was treated at our Mental Health Center, who was referred by his Primary Care Physician and who presented with a post-traumatic stress disorder (American Psychiatric Association, 2000), after suffering a serious traffic accident and remaining With significant physical limitation in the right leg. After identifying the patient, the reason for their consultation, the history of the problem, the problematic behaviors, the treatment goals are established, ie the ultimate goal of the intervention, which will be to treat all post-traumatic symptoms, to normalize their personal, family and social functioning and propose their reorientation of work, the specific therapeutic objectives and choose the most appropriate treatment, in this case, is cognitive-behavioral therapy focused on trauma (Foa and Rothbaum, 1998), with the adaptation of The techniques of group relaxation (optimizing one of the resources of our center, carried out by nursing), more pharmacological treatment, will be explained how it has been evaluated, the tests passed before the treatment and the results obtained in this phase, the application of Said treatment, the efficacy thereof, demonstrated through the results obtained in the subsequent evaluation phase. Finally, it will be checked with the follow-up that the improvement has been maintained after discharge. **Results:** We present the comparison between the scores obtained in the pre- and post-treatment evaluation, with favorable results. **Conclusions:** With this case, we highlight the importance of psychological treatment in the recovery of those who have suffered a serious traffic accident.

Keywords: Treatment of posttraumatic stress disorder. Traffic accident. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy. Case studies. Case series. Clinical case.

Introducción

Un accidente de tráfico grave es un hecho violento, inesperado e imprevisto, que se vive como una amenaza para la vida y para la integridad física y psíquica, lo cual va a provocar un fuerte estrés. Por este motivo, no solamente podrán haber secuelas físicas, sino también psicológicas, o ambas, y entre éstas últimas, según Esbec y Echeburúa (2015), el Trastorno de Estrés postraumático (TEPT) está entre las secuelas más comunes. La característica principal del mismo es la reexperimentación frecuente de los hechos traumáticos, acompañada de evitación de los estímulos a nivel conductual y cognitivo, un aumento de la activación psicofisiológica, miedos, embotamiento afectivo, indefensión y apatía. Por tanto, y precisamente porque pueden aparecer secuelas psicológicas, el tratamiento psicológico debe acompañar en muchas ocasiones, a los tratamientos físicos o de rehabilitación.

El caso presentado es un trastorno de estrés postraumático (TEPT) (American Psychiatric Association, 2000), explicamos cómo se ha analizado, cómo se han planteado sus objetivos, su evaluación (pre y post-test), y sobre todo, lo que se ha querido comprobar es que la Terapia individual Cognitiva-Conductual focalizada en el trauma (TCC-ft) (Foa and Rothbaum, 1998) se muestra efectiva para el tratamiento del TEPT (Nacional Institute of Clinical Excellence [NICE], 2005), con la adaptación de las técnicas de relajación en grupo (optimizando un recurso de nuestro centro, llevado a cabo por enfermería) y en combinación con el tratamiento farmacológico, en un número corto de sesiones y que esa efectividad, a través del seguimiento planteado, se comprueba que se mantiene en el tiempo, tras el alta en el Centro de Salud Mental (CSM).

Identificación del paciente

Varón de 24 años, soltero, y trabajaba repartiendo cerveza con un camión. Tenía el título de la E.S.O, pero no había continuado estudiando, porque quería trabajar.

Análisis del motivo de la consulta

Acudió el 5 de octubre de 2015 (casi 5 meses después del accidente), derivado por su médico de Atención Primaria (A.P.), por presentar sintomatología ansiosa-depresiva grave tras accidente de tráfico, quedando con una limitación física importante en la pierna derecha, no podía andar si no era con muletas.

En esa primera visita fue atendido por psiquiatría, para ajuste del tratamiento farmacológico que ya le había recetado su médico sin resultados y se derivó a psicología para iniciar tratamiento psicológico, siendo su primera consulta el 28 de octubre de 2015. En esta cita el paciente refería seguir encontrándose triste, muy irritable, sin ganas de vivir porque su vida ya no merecía la pena, le daba todo igual, ya no podía andar bien, ni trabajar, le daba miedo montarse en coche, pasar por el lugar del accidente, ni tenía ganas, ni quería salir con los amigos, también le molestaba que viniesen a visitarlo porque odiaba darles pena, se encerraba en su habitación y apenas estaba con su familia, no tenía ganas de hablar, tenía pesadillas relacionadas con accidentes, se despertaba sobresaltado y sudando y por el día se acordaba mucho de lo que había sucedido, le venían imágenes y se calentaba la cabeza sin parar, pensando cómo había podido ocurrir.

Historia del problema

El paciente sufrió un accidente de tráfico el 14 de mayo de 2015, se encontraba trabajando, otro camión se salió de una curva y chocó contra él. Sabe que estuvo en la unidad de cuidados intensivos del hospital una semana y después ya recuerda el tiempo que estuvo en planta (tres semanas). Le operaron de la pierna derecha, quedando con secuelas físicas y con la rehabilitación posterior tampoco se obtuvo mejoría, necesitando muletas para andar. Recordaba con amargura la impotencia y la rabia que sentía, pero que por no hacer sufrir a sus padres se las tragaba.

Desde que salió del hospital había evitado pasar por el lugar del accidente, evitaba montar en coche, sólo lo hacía cuando no tenía más remedio, para ir a rehabilitación y a sus visitas médicas y siempre iba en tensión continua. Sentía que su vida se había parado aquel 14 de mayo de 2015.

Análisis y descripción de las conductas problema

Presentaba un estado de hiperreactividad continua (respuestas exageradas a cualquier estímulo), imágenes y recuerdos intrusivos del accidente durante el día, insomnio de conciliación y de mantenimiento, pesadillas sobre accidentes, miedo intenso a montar en coche, a pasar por el lugar del accidente, con conductas de evitación, aislamiento familiar, social y abandono de actividades de ocio, dificultades de concentración y memoria y estado de ánimo deprimido.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Tratar toda la sintomatología postraumática, para normalizar su funcionamiento personal, familiar, social y plantear su reorientación laboral.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Se concretaron en los siguientes:

- Disminuir su nivel de ansiedad.
- Estabilización de su estado de ánimo.
- Restauración del sueño.
- Afrontamiento de situaciones temidas y evitadas.
- Retomar relaciones familiares, sociales y actividades de ocio.
- Reorientación laboral.

Selección del tratamiento más adecuado

Fue atendido por psiquiatría en su primera visita, para ajustarle el tratamiento farmacológico ya pautado en A.P. En psicología, el tratamiento de elección, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica de alta calidad para el TEPT, como la National Institute of Clinical Excellence (2005), fue la terapia individual cognitivo-conductual focalizada en el trauma (TCC-ft) (Foa and Rothbaum, 1998), con algunas

adaptaciones, como las técnicas de relajación en grupo (para optimizar uno de los recursos de nuestro centro, llevado a cabo por enfermería).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase

En la primera visita en psicología, tras la entrevista y confirmación del diagnóstico: trastorno de estrés postraumático, se llevó a cabo la evaluación inicial, con las siguientes pruebas y resultados:

- BSQ-Cuestionario de sensaciones corporales (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984), con una puntuación de 35 y cuyo rango es (0-68); a mayor puntuación, mayor gravedad de los síntomas.
- STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994), con un STAI-E (Pc=95) y un STAI-R (Pc=99).
- DTS-Escala de trauma de Davidson (Davidson et al., 1997), en su versión validada en España por Bobes et al. (2000), cuya puntuación total oscila entre 0 y 136 puntos, siendo el resultado en este caso de 104, más del doble del punto de corte, situado por los autores en 40.
- BDI-Inventario de depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), que alcanza una puntuación de 29, situando la intensidad de la depresión en moderada, estando el rango de ésta entre 17 y 29.

Aplicación del tratamiento

En psicología se llevaron a cabo once sesiones, con una duración de 45 minutos cada una y con un periodo entre sesiones según la agenda del CSM; en psiquiatría cuatro y en grupo de relajación seis, llevado a cabo por enfermería semanalmente y con una duración de 90 minutos cada sesión.

Tratamiento farmacológico:

- Escitalopram 20mg: 1-0-0
- Lorazepan 1mg: si ansiedad
- lormetazepan 2 mg: ½ si insomnio

El alta en psiquiatría fue dada un mes antes de psicología, el 26 de mayo de 2016. Continuaba con la misma medicación, no requiriendo hipnóticos para dormir y con la indicación de que el seguimiento de la misma, se llevara a cabo en Atención Primaria.

Tratamiento psicológico:

En la primera sesión se llevó a cabo la entrevista clínica y se le pidió el relato de lo vivido, de la forma más completa posible. Se confirmó el diagnóstico: trastorno de estrés postraumático y se procedió a hacer la evaluación inicial.

En la segunda se le hizo una devolución al paciente, donde se le informó de su patología, de los síntomas de la misma, se plantearon las metas y objetivos a conseguir y se le explicó el tipo de tratamiento que llevaríamos a cabo: que trabajaríamos las reexperimentaciones y recuerdos del suceso, hablando una y otra vez sobre ellos, para atribuirles nuevos significados y quitarles la carga emocional que presentaban, los pensamientos distorsionados que habían surgido a raíz del trauma, se le enseñó el concepto de pensamiento distorsionado, que los trabajaríamos con ejercicios, autorregistros de detección de ideas distorsionadas, emociones, situaciones y cómo se haría mediante reestructuración cognitiva para generar pensamientos alternativos y racionales. También se le explicó la influencia de esos pensamientos distorsionados sobre la conducta y sobre el mantenimiento del malestar. Que al mismo tiempo que trabajábamos a nivel cognitivo, trabajaría sobre la ansiedad, cuándo y cómo surge, su duración y técnicas para controlarla, como las respiraciones y la relajación. Este aprendizaje lo haría en grupo, con enfermería y se llevaría a cabo de forma paralela tras esta segunda visita, hasta un total de seis sesiones. También se le planteó que actuaríamos a nivel de conducta, con tareas inter-sesiones, de exposición en vivo, gradual a lo temido y a situaciones evitadas, se le aclararon las características y el fundamento de dichas exposiciones y lo que se esperaba de él en esa fase. Y para terminar se le remarcó que todo este tratamiento iba dirigido a alcanzar los objetivos propuestos, concretados con él y encaminado todo hacia una meta, recuperar su funcionamiento normal a nivel personal, familiar, social y poder hacer una reorientación laboral.

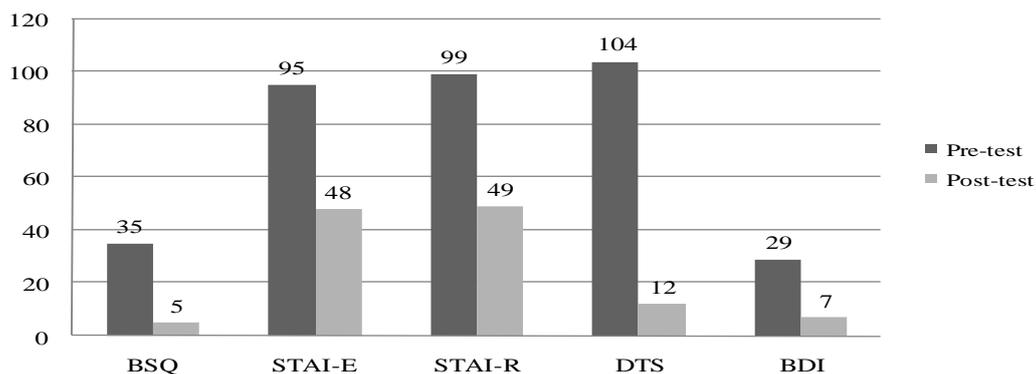
De la tercera a la décima sesión se llevó a cabo todo el trabajo que le explicamos en la segunda visita, tanto a nivel cognitivo, como a nivel conductual, introduciendo gradualmente la exposición en vivo a todas las situaciones temidas y evitadas por el

paciente. Conforme avanzábamos en las sesiones y él iba mejorando, fuimos planteando esa reorientación laboral, que al final consistió en su decisión de retomar sus estudios, se planteo hacer un modulo de grado medio (informática), para después buscar trabajo.

En la sesión once y última, el 1 de julio de 2016, se evaluó la eficacia del tratamiento, dado que se procedió a dar el alta en psicología por mejoría, tras alcanzar todos los objetivos y metas propuestos. Además, se pactó con él dos sesiones de seguimiento, a los tres y seis meses, para comprobar que la mejoría se mantenía.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Para evaluar la eficacia del tratamiento pasamos las mismas pruebas que en la



evaluación inicial y comparamos los resultados con los obtenidos en la misma. Aquí presentamos de forma gráfica dichos resultados (ver Figura1).

Figura 1. Comparación entre puntuaciones pre y post-tratamiento. BSQ: Cuestionario de sensaciones corporales. STAI-E: Cuestionario de Ansiedad Estado. STAI-R: Cuestionario de Ansiedad Rasgo. DTS: Escala de trauma de Davidson. BDI: Inventario de Depresión de Beck.

En la gráfica observamos su mejoría y la buena evolución que ha tenido con el tratamiento.

Seguimiento

Tras el alta en psicología por mejoría, el 1 de julio de 2016, se plantearon dos sesiones de seguimiento con el paciente: a los tres meses (octubre 2016) y a los seis (enero 2017).

En la sesión de octubre pudimos comprobar que la mejoría se mantenía, y que se encontraba bastante contento y motivado, pues había empezado el módulo de informática.

Queda pendiente la sesión de seguimiento a los seis meses (enero 2017).

Discusión/Conclusiones

Con este caso, ponemos de manifiesto la importancia del tratamiento psicológico para las secuelas emocionales que aparecen tras sufrir un accidente de tráfico grave, y por tanto, concluimos que debe acompañar a los tratamientos físicos o de rehabilitación.

La Terapia Cognitiva-Conductual focalizada en el trauma (TCC-ft) (Foa y Rothbaum, 1998) se muestra efectiva, para el tratamiento del TEPT (National Institute of Clinical Excellence, 2005), con la adaptación de las técnicas de relajación en grupo (optimizando un recurso de nuestro centro, llevado a cabo por enfermería) y en combinación con el tratamiento farmacológico, dados los resultados obtenidos y en tan poco número de sesiones.

En este caso la reorientación laboral ha sido clave en su mejoría.

Con esta terapia (TCC-ft) y la adaptación utilizada se optimiza el coste-beneficio en el servicio público de salud, en nuestro caso: el Servicio Murciano de Salud.

Uno de los puntos débiles de este caso, es no saber cuál es el efecto real de cada uno de los tratamientos por si solos, puesto que aquí se combinaron tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV-TR* (4ª. Ed.). Washington, D.C.: Author.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E. y Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.

- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, E., González, M. P., ...Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 207-218.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobics cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., ...Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Esbec, E., Echeburúa, E. (2015). Secuelas psíquicas en víctimas de accidentes de tráfico: un análisis clínico y pericial a la luz del nuevo baremo español de 2015. *Revista Española de Medicina Legal*, 41(4), 212-221.
- Foa, E. y Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive –Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Nacional Institute of Clinical Excellence, NICE. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Recuperado de [http:// www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1994). *STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.

CASO CLÍNICO: DESDE EL DESCARTE DE SIMULACIÓN HASTA LA INTERVENCIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL EN UN TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS (TRASTORNO POR DOLOR)

Casado Morales, María Isabel* y Laguna Bonilla, Sara**

**Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid; **Máster Inteligencia Emocional e Intervención en Emociones y Salud. Universidad Complutense de Madrid*

Resumen

Se considera dolor crónico a aquel que persiste más de tres meses, englobando diversas patologías como lumbalgia, fibromialgia, artrosis o cefaleas. Las cifras de prevalencia indican que en Europa el dolor crónico afecta al 19% de la población. En España este porcentaje se sitúa en el 11%, siendo la duración e intensidad del dolor mayor que en el resto de países. Centrándonos en la lumbalgia, objeto de este trabajo, en España el 70–80% de la población general, en algún punto de su vida, sufrirá dolor lumbar. Se presenta el caso de un paciente pendiente de valoración de Incapacidad Laboral Definitiva, tratado en la Unidad del Dolor del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid). Es remitido para la evaluación de una posible simulación de síntomas de lumbalgia ya que la clínica y hallazgos en la exploración no coinciden con las pruebas de imagen. Tras una primera evaluación exhaustiva, se descarta un proceso de simulación, y se admite el diagnóstico de Trastorno de Síntomas Somáticos, según los criterios del DSM–5 300.82 (F45.1), con predominio de síntomas de dolor, persistente y grave y con un claro déficit de conductas de afrontamiento eficaces hacia el dolor y la presencia de conductas de evitación. Se inicia un tratamiento cognitivo-conductual, cuyo objetivo es dotar al paciente de herramientas eficaces que le permitan una reducción y manejo del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos asociados; siguiendo el protocolo propuesto por Moix y Kovacs (2009), que incluye técnicas de desactivación fisiológica, manejo de la atención, reestructuración cognitiva, manejo de emociones, higiene del sueño y prevención de recaídas. Finalmente se presentan los resultados obtenidos.

Palabras clave: Dolor crónico, simulación, lumbalgia, tratamiento cognitivo – conductual.

**CASE: FROM DISCARD OF SIMULATION TO COGNITIVE
BEHAVIOURAL THERAPY IN A SOMATIC SYMPTOM DISORDER (PAIN
DISORDER)**

Abstract

Pain is considered chronic if persists for more than three months. It includes several pathologies such as lower back pain, fibromyalgia, arthritis or headaches. The prevalence in Europe indicates that chronic pain affects around 19% of the population. In Spain, the prevalence is just 11%, but the duration and intensity of the pain is greater than in other countries. If we focus on lower back pain, the subject of this work, in our country around 70-80% of the general population will suffer back pain at some point in their lives. This work depicts the case of a patient who was to be assessed for a disability and was treated in the Pain Unit of the University Hospital 12 de Octubre (Madrid). We were to discard a possible simulation of back pain symptoms, because the clinic and discoveries on exploration did not match with the scans. After an exhaustive evaluation, the simulation process was discarded. We admitted the diagnosis of Somatic Symptoms disorder, according to the DSM-5 300.82 (F45.1) with predominant symptoms of pain, persistent, severe and clear lack of effective coping behaviours towards pain, and the presence of avoidance behaviours. Cognitive-behavioural therapy is initiated, whose main objective is to provide the patient with effective tools that allow a reduction and management of pain, disability and negative mood states; following Moix and Kovacs (2009), which includes physiological deactivation techniques, care management, cognitive restructuring, management of emotions, sleep hygiene and relapse prevention protocol. Finally, the results are presented.

Keywords: Chronic pain, simulation, low back pain, cognitive behavioural therapy.

Identificación del paciente

Varón de 28 años, con nivel sociocultural/económico medio-bajo. Actualmente se encuentra en situación de desempleo, a la espera de resolución sobre la petición de Incapacidad Laboral Definitiva. Convive con su pareja, con la que lleva ocho años de relación.

Análisis del motivo de consulta

Es remitido desde la Unidad del Dolor del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid) para la evaluación de unaposible simulación de síntomas, ya que la clínica y hallazgos encontrados en la exploración no coinciden con las pruebas de imagen realizadas.

Historia del problema

Refiere dolor en zona lumbar, que tras 30-40 minutos de marchairradia al miembro inferior izquierdo, con aparición de calambres y quemazón, sin pérdida de fuerza ni sensibilidad. Camina ayudado de bastón.

Análisis y descripción de las conductas problemáticas

El primer objetivo fue la evaluación de la posible simulación de síntomas, a partir de la detección de patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Se utilizaron dos pruebas que proporcionan dicha información: *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas –SIMS-* (González-Ordi y Santamaría, 2009), y el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado- MMPI-2-RF* - (Ben-Porath, Santamaría y Tellegen, 2009) que aporta una medida de validez para la detección de exageración de síntomas.

Los resultados de ambas pruebas indican que las respuestas respecto a síntomas relacionados con los trastornos son consistentes con los síntomas descritos en un trastorno genuino.

En el SIMS, el punto de corte a partir del cual habría sospecha de simulación para la puntuación total es >16 . Como puede observarse el paciente ha obtenido una puntuación de 8. (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Puntuaciones Directas SIMS

<i>Test y Escala SIMS</i>	<i>PD</i>
Psicosis - Ps	0
Det. Neuro. - Dn	2
Trast. Amnesicos - Am	1
Baja Inteligencia - Bi	1
Trast. Afectivos - Ta	4
TOTAL	8

Por su lado, las puntuaciones obtenidas en las escalas de validez del MMPI-2-RF se encuentran dentro de la media poblacional (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Puntuaciones Directas y Totales en las escalas de validez MMPI-2-RF

<i>Test y Escala - MMPI2RF</i>	<i>PD</i>	<i>PT</i>
VRIN-r	6	53
INTR-r	10	57
Infrecuencia - F-r	7	57
Psicop. Infrec. - Fp-r	3	54
Quejas Som. Infrec. - Fs	1	47
Validez Sint. - FB-s	12	61
Virtudes inusuales - L-r	8	69
Validez ajuste - K-r	3	38

Tras estos resultados se decide descartar un proceso de simulación y se pasa a evaluar las conductas de dolor. Los resultados evidenciaron conductas problema relacionadas con el dolor y conductas de evitación a causa del dolor.

- Cognitivo*: Visión catastrofista sobre su salud, sesgo atencional hacia el dolor, pensamientos anticipatorios de dolor.

- Fisiológico*: Elevada activación fisiológica.

- *Conductual*: Evitación de relaciones sexuales y déficits de comunicación con sus familiares.

Establecimiento de las metas del tratamiento

La meta final será dotar de herramientas al paciente para el correcto manejo del cuadro de dolor y disminuir las conductas de evitación.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Tras el establecimiento de las conductas problema, se plantean los siguientes objetivos terapéuticos específicos: reducción de la actividad autonómica simpática; modificación tanto de la visión como de los sesgos atencionales; reducción y modificación de los pensamientos anticipatorios de dolor; instauración de un patrón de sueño adecuado.

Además se propuso la reducción de las conductas de evitación derivadas del dolor: relaciones sexuales y comunicación de síntomas a su madre y pareja.

Selección de los tratamientos más adecuados

El tratamiento seleccionado se encuentra dentro del marco cognitivo-conductual (Moix y Casado, 2010) siguiendo el protocolo propuesto por Moix y Kovacs (2009). En el epígrafe ‘Aplicación del tratamiento’ se exponen los módulos adaptados.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación

La evaluación inicial se comenzó con una entrevista semiestructurada a través del Cuestionario Multimodal de Lazarus (1981). Después se utilizaron escalas auto informadas.

Como medida descriptiva del impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida el *Cuestionario de Salud– SF-36* – (Alonso, Prieto y Antó, 1995). Para la valoración de las características cualitativas y cuantitativas del dolor el *Cuestionario de Dolor de McGill– MPQ* – (Lahuerta, Smith, y Martínez-Lage, 1982). Las estrategias de afrontamiento en dolor crónico se cuantificaron a través del *Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico – CAD* – (Soriano y Monsalve, 2002). Por último se

introdujo una medida de ansiedad a través del *Inventario de Respuestas y Situaciones de Ansiedad-ISR*A – (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994).

Cumple con los criterios diagnósticos A, B y C para *Trastorno de Síntomas Somáticos* [300.82] (F45.1) con predominio de dolor, persistente y grave, según clasificación diagnóstica *DSM-5* (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

Aplicación del tratamiento

La terapia constó de 22 sesiones a lo largo de 9 meses.

A continuación se expone la adaptación del protocolo propuesto por Moix y Kovacs (2009):

• *Introducción a la terapia.* A través de la ‘Teoría de la Puerta’ (Melzack y Wall, 1965) se explicó cuáles eran los factores que ‘abrían’ y que ‘cerraban’ la puerta al dolor. Se realizó psicoeducación sobre ansiedad y su relación bidireccional con el dolor, cómo la ansiedad puede actuar como desencadenante o agravante del dolor pero, a su vez, el dolor puede aumentar los niveles de ansiedad al ser un estímulo estresante (Casado y Urbano, 2001).

• *Respiración y relajación.* El objetivo fue reducir la activación fisiológica. Primero se le entrenó en Respiración Diafragmática y posteriormente en Relajación Autógena de Shultz, siendo un tipo de concentración pasiva que, gracias a sugerencias autoinducidas, permite alcanzar un estado de desconexión general (Miró, 2006). Se eligió la relajación autógena y no la relajación muscular progresiva ya que al ser un paciente con dolor músculo-esquelético la tensión en ciertas zonas puede aumentar la respuesta de dolor.

• *Manejo de la atención.* Los procesos atencionales están claramente implicados en la percepción del dolor. El objetivo fue redirigir su atención hacia situaciones cotidianas alejándola de la experiencia de dolor. Se le entrenó en el manejo a través de ejercicios realizados tanto en consulta como en su vida diaria; en ellos tenía que redireccionar la atención hacia estímulos externos, propioceptivos o imágenes mentales.

• *Reestructuración cognitiva.* Se entrena en la detección de los pensamientos y distorsiones cognitivas más recurrentes asociados a la experiencia de dolor, para posteriormente realizar su discusión y modificación. Algunos de los pensamientos

automáticos negativos más recurrentes eran: “*nunca me voy a curar*”, “*siempre me va a doler*”, “*si estoy así con mi edad qué va a ser de mí dentro de diez o veinte años*”, entre otros.

• *Manejo de emociones, asertividad y habilidades comunicativas.* En este módulo se identificaron aquellas emociones como miedo, ansiedad, ira, culpa, etc. que facilitan la ‘entrada’ al dolor y se procedió a entrenarle en su manejo y control.

El problema en la comunicación se debía a que tanto su madre como su pareja le otorgaban un rol de enfermo con el que no estaba de acuerdo, por lo que optaba por no expresar cómo se sentía. Para subsanar esa situación se le entrenó en diferentes técnicas de comunicación asertiva a través de role-playing.

• *Relaciones sexuales.* Tanto el paciente como su pareja referían déficit en las relaciones sexuales debido a la anticipación de la experiencia de dolor. A través del manejo de la atención se le entrenó para que redirigiera su atención a la actividad sexual en lugar de a estímulos dolorosos.

• *Higiene del sueño.* El paciente presenta problemas tanto en el inicio como en el mantenimiento de sueño. Para ayudar a recuperar un patrón de sueño adecuado se creó un protocolo de higiene del sueño. Los elementos clave fueron fijar una hora de acostarse y levantarse, la no realización de actividades como ver películas o jugar a videojuegos en la cama, y la eliminación de siestas.

• *Prevención de recaídas.* En esta última sesión se realizó un repaso de las técnicas aprendidas, se le explicó cuál es la diferencia entre caída y recaída, cuáles son las señales de aviso de las recaídas y qué pasos dar en el caso de que se detecten.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

Se realiza una evaluación a partir de pruebas de autoinforme en tres momentos: Pre, Inter (a los 4 meses) y Post tratamiento.

Con respecto al SF-36, se observa un aumento en todas y cada una de las escalas, así como en la puntuación total, pasando de una puntuación de 15’7 a 38’8 sobre 100. Es reseñable además la dimensión ‘cambio de salud’ ya que refleja la creencia por parte del paciente de que su salud es mejor tras el tratamiento, pasando de una puntuación de 10 a 75 sobre 100 (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Puntuaciones Directas Pre, Inter y Post-Tratamiento SF – 36

	Función Física	Función Social	Salud Mental	Vita.	Dolor	Percep. Salud	Cambio salud	Rol Físico	Rol Emo.	Total
	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>
PRE	25	22,5	44	20	10	20	10	0	0	15,7
INTER	50	55	52	45	32,5	35	50	50	33,3	44,8
POST	30	42,5	60	35	10	30	75	30	66,6	38,8

Con respecto al MPQ, y como era esperable, el paciente no informa de cambios en las características del dolor, de una puntuación PRI TOTAL de 52 se pasa a una puntuación de 54 sobre 78, es decir, el paciente continuo calificando de la misma manera la experiencia cualitativa del dolor (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Puntuaciones Directas Pre, Inter y Post-Tratamiento MPQ

	PRI Sensorial	PRI Emocional	PRI Valorativo	PRI Miscelánea	PRI Total
	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>
PRE	25	10	5	12	52
INTER	23	9	4	11	47
POST	28	11	4	11	54

En relación a los datos obtenidos por el CAD, se observa mejoría tanto en la variable catarsis como en la variable distracción. La variable distracción aumenta de una puntuación directa de 17 a 21 por lo que sugiere que el paciente está realizando un correcto manejo de la atención, redirigiendo ésta hacía estímulos distintos al dolor. Además la variable catarsis, aumentando su puntuación directa de 10 a 15, sugiere que ha aumentado la expresión emocional con su madre y pareja. Cumpliendo así los objetivos propuestos respecto a estas conductas problema (Ver Tabla 5).

Tabla 5

Puntuaciones Directas Pre, Inter y Post-Tratamiento en el CAD

	Catarsis	Distracción	Autocontrol Mental	Autoafirmación	Búsqueda de infor.
	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>	<i>PD</i>
PRE	10	17	13	20	19
INTER	5	18	15	15	18
POST	15	21	14	20	16

Y finalmente, los resultados referidos a las medidas de ansiedad a través del ISRA, sugieren que se han cumplido los objetivos relacionados con la activación fisiológica y con los pensamientos automáticos negativos. Como puede observarse ha habido una mejora en estos dos factores; en el caso del cognitivo se pasa de un centil 85 (ansiedad severa) a un 15 (ansiedad mínima), por otro lado en el factor fisiológico se pasa de un centil 85(ansiedad severa) a un 55 (ansiedad moderada) posicionándose en la media poblacional. Por último destacar que en el área situacional F4 -*Ansiedad ante las situaciones cotidianas*- ha habido también un descenso pasando de un centil 90 (ansiedad severa) a un 55 (ansiedad moderada), este cambio es de especial relevancia ya que el dolor le acompaña a lo largo del día en las actividades cotidianas (Ver Tabla 6).

Tabla 6

Puntuaciones Directas y Centiles Pre, Inter y Post-Tratamiento en el ISRA

	Cognitivo		Fisiológico		Motor		Rasgo_T		F1		F2		F3		F4	
	<i>PD</i>	<i>PC</i>	<i>PD</i>	<i>PC</i>	<i>PD</i>	<i>PC</i>	<i>PD</i>	<i>PC</i>	<i>PD</i>	<i>PC</i>	<i>PD</i>	<i>PC</i>	<i>PD</i>	<i>PC</i>	<i>PD</i>	<i>PC</i>
PRE	89	85	47	85	11	15	147	65	28	15	5	15	38	70	25	90
INTER	35	20	25,5	50	17	20	74,5	25	33	15	4	15	37	70	15	80
POST	28	15	28	55	14	20	70	25	23	10	4	15	50	85	8	55

En cuanto a los resultados del tratamiento a nivel cualitativo, destacar que se alcanzaron de forma satisfactoria los objetivos propuestos, otorgando las herramientas



adecuadas para el manejo del dolor. Se logró un mayor control sobre la activación fisiológica, disminuyeron tanto los pensamientos anticipatorios como la visión catastrofista sobre salud y se redujo la atención hacía el dolor. Además, consiguió mantener relaciones sexuales con su pareja de manera regular, aumentó la comunicación con sus familiares y se consiguió instaurar un adecuado patrón de sueño.

Observaciones

Tras los resultados se pone de manifiesto los beneficios de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con dolor crónico (Moix y Casado, 2010) y la importancia de evaluar la simulación, en caso de sospecha. Porque si bien los pacientes simuladores no se beneficiarían de la terapia (no se implicarían en un tratamiento que mejorara su estado de salud), el problema mayor sería no llevar a cabo un tratamiento en un paciente del que se sospecha simulación, sin comprobarlo objetivamente.

En este caso, los avances y mejorías del paciente con la terapia corroboran, a posteriori, la indicación de no estar ante una simulación.

Referencias

- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ben-Porath, Y.S., Santamaría, P. y Tellegen, A. (2009). *MMPI-2-RF: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado: manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Casado, M.I. y Urbano, M.P. (2001). Emociones negativas y dolor crónico. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 273-282.
- González-Ordi, H. y Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lahuerta, J., Smith, B.A. y Martínez-Lage, J.M. (1982). An adaptation of the McGill Pain Questionnaire to the Spanish language. *Schmerz*, 3, 132-134.

- Lazarus, A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA*. Madrid: TEA.
- Miró, J. (2006). *Dolor Crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Moix, J. y Casado, M.I. (2010). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50
- Moix, J. y Kovacs, F.M. (2009). *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico*. Barcelona: Paidós.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22.

LA PÉRDIDA DE UN MIEMBRO POR AMPUTACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ainoa Búa-Fernández*, Ana María Rico-de la Cruz y Patricia Tena-García***

**Residente de Psicología Clínica. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla;*

***Psicóloga Clínica*

Resumen

Mujer de 31 años, ingresada en medicina interna, por necrosis en ambos pies y pendiente de cirugía de amputación, por enfermedad tromboembólica, que es valorada por el servicio de Salud Mental de Enlace, debido a la dificultad que presenta para aceptar su situación médica, el estado de ánimo depresivo y la irritabilidad generada por el dolor. La paciente presenta un miedo intenso a la posible pérdida de ambos pies y de funcionalidad. También presenta una gran incertidumbre sobre su evolución física. Todo esto le genera un elevado grado de ansiedad, inquietud y tristeza. La meta del tratamiento es la aceptación y adaptación a su nueva situación física. Los objetivos terapéuticos son: Expresión emocional, validación de sus sentimientos y reacciones, reorganización de la imagen corporal, afrontar la pérdida y favorecer el duelo. La evaluación se realizó a través de la entrevista clínica. El tratamiento se llevó a cabo a través de sesiones de psicoterapia individual, desde un enfoque integrador, diarias de media hora de duración durante los dos meses de ingreso hospitalario. Se dividió en dos fases: pre-quirúrgica (verbalización de temores, validación de ansiedades, valoración de recursos propios) y post-quirúrgica (trabajar el duelo, reestructuración corporal y funcional, disminuir la percepción de discapacidad). También se realizaron cuatro entrevistas familiares, para favorecer la adaptación de la familia a la nueva situación. Tras finalizar la intervención, se realizó una entrevista de evaluación donde se constató la ausencia de psicopatología, un reajuste emocional y funcional más adecuado y el establecimiento de objetivos realistas a corto y medio plazo. Se realizó un seguimiento telefónico de la paciente a los tres meses, perdurando la mejoría clínica.

Palabras clave: Apoyo y Tratamiento Psicológico, Duelo, Cirugía de amputación, Servicio Salud Mental de Enlace e Interconsulta.

LOSS OF LIMB BY AMPUTATION: A REPORT OF CASE

Abstract

A 31 years old woman admitted to Internal Medicine, necrosis in both feet and pending amputation surgery, by thromboembolic disease, which is assessed by the Mental Health Service at the hospital, due to the difficulty to accept the medical situation, the depressed mood and irritability caused by pain. The patient presents an intense fear of the possible loss of both feet and of functionality. She also presents great uncertainty about her physical evolution. All this generates a high degree of anxiety, restlessness and sadness. The goal of treatment is to accept and adapt to the new physical situation. The therapeutic objectives are: Emotional expression, validation of their feelings and reactions, reorganization of body image, coping loss and favoring grief. The evaluation was performed through the clinical interview. The treatment was carried out through sessions of individual psychotherapy, from an integrative approach, daily of half an hour during the two months of hospitalization. It was divided into two phases: pre-surgical (verbalization of fears, validation of anxieties, assessment of ego resources) and post-surgical (working grief, body and functional reconstruction, decrease the perception of disability). Four family interviews were also carried out in order to facilitate the adaptation of the family to the new situation. At the end of the intervention, an evaluation interview was performed to verify the absence of psychopathology, a more adequate emotional and functional readjustment, and the establishment of realistic objectives in short and medium term. The patient was monitored by telephone at three months, and the clinical improvement persisted.

Key words: Psychological Support and Treatment, Brief, Amputation Surgery, Hospital Mental Health Service.

Introducción

El servicio de Enlace e Interconsulta de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío es un programa creado como tal en 2009, dando forma estructurada a

un tipo de atención que se venía realizando por el personal de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío hasta el momento. El objetivo de dicho programa fue dar respuesta a la demanda de atención por problemas emocionales y/o alteraciones psicopatológicas presentes en población ingresada, que inciden en su proceso de enfermedad y/o interfieren en la recuperación del/la paciente durante su hospitalización.

La filosofía del programa implica alcanzar un modelo de trabajo biopsicosocial entre todos los especialistas encargados de la asistencia a los/las pacientes tratados/as.

El equipo de trabajo del servicio está formado por una enfermera especialista en Salud Mental, y varios facultativos especialistas de área, una Psicóloga Clínica, y unapsiquiatra, junto a residentes pertenecientes a las especialidades de Psicología Clínica, Psiquiatría y Enfermería de Salud Mental.

Los pacientes acceden al programa derivados formalmente desde los distintos servicios y unidades del hospital, a través de hojas de Interconsulta. En ocasiones, la demanda surge del propio paciente, sin embargo, en otras, es la familia, o el propio profesional quien decide que es necesario realizar la interconsulta.

La condición de enfermedad es un evento determinante y desestabilizador para cualquier ser humano que tiene impacto en todas sus áreas de ajuste, por tanto, el acompañamiento psicológico que se realiza durante todas las etapas de la enfermedad, se vuelve un recurso para favorecer el ajuste del paciente amputado.

La amputación es la técnica más antigua de cirugía. Actualmente el campo de aplicación es más reducido, aunque se constata que en EEUU una de cada 200 personas tienen un miembro amputado. El 50% de los pacientes amputados precisan ayuda psicológica en alguna de las fases del proceso de rehabilitación. En un estudio realizado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, 81% eran del miembro inferior; éstas eran en mayor medida consecuencia de problemas vasculares, mientras que las amputaciones de miembros superiores se daban más comúnmente de forma traumática (Rodríguez, Del Pino y Pons, 2001).

En relación a los factores que intervienen en la adaptación psicológica a la amputación, cabe destacar el tiempo transcurrido desde la recepción de la noticia hasta la cirugía. La perspectiva de amputación crea en la persona miedos y sentimientos de inseguridad y amenaza. Por otro lado, el pronóstico es peor si la amputación es

imprevista. La ansiedad prequirúrgica puede provocar alargamiento del tiempo de recuperación, requerir mayor cantidad de analgésicos, o provocar la cronificación de Trastornos depresivos y Trastornos de ansiedad. De modo que es aconsejable comenzar el tratamiento de forma preventiva antes de la intervención y continuar durante todo el proceso de rehabilitación. Durante la intervención postquirúrgica es importante desarrollar y optimizar estrategias de afrontamiento, negociar y establecer metas, reestructurar el esquema corporal, acompañar en el proceso de duelo y disminuir la percepción de incapacidad y minusvalía.

Existen herramientas específicas desarrolladas desde el enfoque cognitivo-conductual para la reducción del malestar psicológico en pacientes amputados. En este sentido, es importante desarrollar la confianza de la persona en sus propias acciones, ya que mayor será la intención de actuar y de establecer metas altas. También se debe prestar atención a la autofocalización de la propia persona: diferenciar aspectos del yo que están ocultos y la conciencia general del individuo como ser social. Por último, atender a la familia es un aspecto clave a la hora de ajustar expectativas y reducir la percepción de discapacidad.

Identificación del paciente

Mujer de 31 años, natural de Sevilla, está soltera, convive con su hija de 14 años y su pareja actual. Es la pequeña de 2 hermanos. Estudios secundarios, en situación de desempleo. Nivel socio-económico medio-bajo. Buenas relaciones familiares, apoyo social y familiar percibido.

Análisis del motivo de consulta

Al primer contacto se encontraba hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío, por enfermedad tromboembólica de origen autoinmune, con afectación de miembros inferiores (Síndrome de Raynaud), pendiente de intervención para amputación. Se cursó hoja de interconsulta a Salud Mental por iniciativa de su médico referente en UCI, solicitando apoyo psicológico de esta paciente por presentar intensa ansiedad e inquietud. Tras realización de la primera entrevista desde este Servicio se detecta ánimo triste y miedo significativo hacia el futuro, con pensamientos rumiativos acerca de la pérdida de

funcionalidad tras la intervención. Presentaba irritabilidad generada por el dolor intenso en ambos pies, así como también dificultades para manejar este dolor e ineficacia percibida del tratamiento analgésico. Insomnio de conciliación y disminución de apetito y peso.

Historia del problema

La paciente refiere no haber consultado en Salud Mental en el pasado. La sintomatología actual aparece de forma reactiva a enfermedad médica grave, detectada tras acudir al Servicio de Urgencias del Hospital de la Mujer (Hospital Virgen del Rocío) por presentar intenso dolor abdominal y aumento de sensación de acorchamiento en los pies (presente de forma leve durante los 5 años previos). Dado el origen incierto se decide el ingreso en planta para estudio pormenorizado. Durante el ingreso se produce un deterioro clínico progresivo de la isquemia en miembros inferiores, por lo que se traslada a Unidad de Cuidados intensivos. Los síntomas psicológicos predominantes en este momento de la evolución de la enfermedad estaban relacionados con ansiedad y miedo, dado el proceso agudo y los altos niveles de dolor percibido. En ausencia de mejoría se informa a la paciente de que deberán optar por cirugía de amputación, por lo que tras esta noticia la clínica afectiva empeora significativamente, del mismo modo que aumenta la percepción de discapacidad y la sensación de pérdida de sentido de la vida.

Análisis y descripción de las conductas problema

Las conductas problema están relacionadas con el miedo intenso a la pérdida de ambos pies y de funcionalidad. También presenta una gran incertidumbre sobre su evolución física. Todo esto le genera un elevado grado de ansiedad, inquietud y tristeza.

Como factor predisponente la paciente presenta un estilo de afrontamiento centrado en la emoción y características de personalidad que recuerdan al cluster B (Díaz, 2015).

En cuanto a los precipitantes del inicio del problema, cabe señalar la presencia de una enfermedad médica grave, la situación de largo ingreso hospitalario y la estancia en UCI, además de las limitaciones en el nivel de actividad y funcionamiento previos.

En el mantenimiento de estas conductas problema encontramos sentimientos de duelo y desesperanza, pensamientos negativos que disminuyen la motivación y cambios significativos en la imagen corporal.

Establecimiento de las metas de tratamiento

La meta del tratamiento fue la aceptación y adaptación a su nueva situación física.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Como objetivos terapéuticos se planificó como prioritario favorecer la expresión emocional, validar los sentimientos y reacciones de la paciente, reorganizar la imagen corporal, y afrontar la pérdida y favorecer el duelo.

Selección de los tratamientos más adecuados

Se llevó a cabo un tratamiento psicoterapéutico y de apoyo desde un enfoque integrador, basado en las características particulares del caso y considerando la amputación como un acontecimiento vital estresante.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase.

La evaluación consistió en una entrevista de valoración inicial, entrevistas con familiares y pareja de la paciente, y la aplicación de escalas digitales del dolor.

Aplicación de los tratamientos

La intervención ha sido llevada a cabo por dos terapeutas mujeres (Psicólogas Internas Residentes). Se ha supervisado el caso por parte de otra profesional facultativa de Psicología Clínica, de mayor experiencia. La juventud de las terapeutas ha podido favorecer la creación de una mayor alianza terapéutica con la paciente, mostrándose siempre colaboradora y participativa en las entrevistas. Refirió alto nivel de satisfacción con el apoyo percibido.

El tratamiento se llevó a cabo a través de sesiones de psicoterapia individual diarias, de media hora de duración durante los dos meses de ingreso hospitalario. Se dividió en dos fases: la pre-quirúrgica, dirigida a la verbalización de temores, validación

de ansiedades, y valoración de recursos yoicos; y la post-quirúrgica, centrada en trabajar el duelo, en la reestructuración corporal y funcional, y en disminuir la percepción de discapacidad. También se realizaron cuatro entrevistas familiares, para favorecer la adaptación de la familia a la nueva situación (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

La última sesión se dedicó a valorar de forma conjunta los resultados obtenidos a través de una entrevista de valoración, donde se pudo reflexionar sobre todo el proceso que había transcurrido. Por lo tanto, la evaluación de eficacia consistió principalmente en observaciones clínicas de las profesionales y en la expresión subjetiva de la paciente ante las intervenciones clínicas.

Se trata de un estudio descriptivo de caso único AB. No se ha llevado a cabo análisis estadístico de datos.

Seguimiento

Tras finalizar la intervención, se realizó una entrevista de evaluación donde se constató la ausencia de psicopatología, un reajuste emocional y funcional más adecuado y el establecimiento de objetivos realistas a corto y medio plazo. Se realizó un seguimiento telefónico de la paciente a los tres meses, perdurando la mejoría clínica.

Observaciones

A pesar de que no existen protocolos específicos para el tratamiento psicológico de pacientes amputados, y de que tan solo se haya demostrado la eficacia de las Técnicas Cognitivo Conductuales, decir que gracias a esta experiencia hemos podido comprobar en primer lugar, la importancia de estructurar el tratamiento psicológico en dos fases, la prequirúrgica y la postquirúrgica. Las peculiaridades encontradas en este caso y similares hacen necesario diferenciar el tipo de atención e intervención en función de la fase en la que nos encontremos. Concretamente, la intervención prequirúrgica es importante de cara a conseguir un mejor ajuste y reducir miedos y ansiedades; y la intervención postquirúrgica para evitar la cronificación del duelo y potenciar estrategias de afrontamiento (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

Consideramos que en estos casos es más importante atender a los recursos que dispone el terapeuta y los objetivos a alcanzar, que el empleo de técnicas de tratamiento específicas. En este sentido se hace necesario proporcionar al paciente apoyo y contención, facilitando la expresión de sentimientos y constituyendo una figura explícita de vínculo. Tomar parte activa en la problemática del paciente y normalizar el sufrimiento ayuda a reducir el exceso de emociones (Vargas-Mendoza y Villavicencio, 2011).

En conclusión, la mayoría de pacientes amputados consiguen una adaptación y rehabilitación física satisfactoria. Sin embargo, es frecuente que hayan tenido que pasar por períodos en los que han experimentado profundas alteraciones emocionales, por lo que la intervención psicológica puede ayudar, a corto plazo a reducir la presencia de reacciones emocionales disfuncionales, y medio-largo plazo a evitar el empeoramiento o la cronificación psicopatológica, así como también a favorecer el proceso de adaptación a los cambios futuros.

Referencias

- Díaz, A. (2015). *Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar en pacientes amputados de miembro inferior* (Tesis doctoral). Escuela profesional de psicología. Lima.
- Remor, E. Arranz, P., y Ulla, S. (2003). Intervención psicológica en pacientes amputados. En P. Arranz y E. Remor (Eds.), *El Psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 463-487). Bilbao, España: Descleéde Brouwer.
- Rodríguez, M., Del Pino, R., y Pons, Y. (2001). Epidemiología de la amputación en nuestro medio, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. *Gaceta Sanitaria*, 17, 7-32.
- Vargas-Mendoza, J.E., y Villavicencio, J. M. (2011). Niveles de resiliencia en pacientes recientemente amputados: Consejos para fortalecerla. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 5(1), 3-20.

PACIENTE CON TRASTORNO DELRANTE CRONICO Y DIAGNÓSTICO DE ENCEFALITIS HERPÉTICA: PERFÍL NEUROPSICOLÓGICO

María Burillo-Gonzalvo*, María José García- Rubio*, María Pilar

Delgado-Miguel**, Isabel Laporta-Herrero*** y Ricardo Robles-Martínez****

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza); **Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar (Zaragoza); *Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (Servicio Navarro de Salud); ****Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)*

Resumen

Introducción: La encefalitis Herpética es una enfermedad de origen viral cuyas manifestaciones clínicas más comunes son las cefaleas, náuseas, y fiebre. Las secuelas afectan gravemente el sistema nervioso central, por lo que es necesario hacer un diagnóstico y tratamiento a tiempo para minimizar el daño cerebral. El propósito del presente trabajo es identificar el perfil neuropsicológico de una paciente con encefalitis herpética, con el fin de delimitar sus secuelas y valorar su posible derivación a neurorehabilitación. **Método:** Estudio de caso, de tipo descriptivo. **Resultados:** Paciente, mujer de 44 años diagnosticada de encefalitis herpética es derivada a la unidad de Psicopatología del Hospital Universitario Miguel Servet para evaluación neuropsicológica. Constan antecedentes de Trastorno por ideas delirantes. En la actualidad presenta alteraciones en su conducta consistentes en inquietud motora, dificultad para quedarse sola, incapacidad para mantener una entrevista, labilidad emocional y llanto fácil. No se objetiva en ningún momento ideación delirante en relación a la patología referida. Durante la evaluación neuropsicológica la paciente se muestra inquieta, incapaz de mantener la atención en la tarea, siendo necesario reconducirla constantemente. Administramos WAIS IV y obtiene puntuaciones extremadamente bajas en todas las pruebas: En los 4 índices; Comprensión verbal, Razonamiento perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento obtiene una puntuación de 50 y en Cociente de inteligencia total obtiene una puntuación de 40. **Conclusiones:** Por todo ello, consideramos que se trata de una paciente con graves

secuelas a nivel neuropsicológico y afectivo tras el reciente proceso neurológico sufrido, que unido al trastorno mental previo le incapacita para la autogestión de su vida conllevando con ello un alto grado de dependencia.

Palabra clave: Encefalitis Herpética, Evaluación Neuropsicológica, Trastorno por ideas delirantes e Incapacidad.

PATIENT WITH CHRONIC DELIRANT DISORDER AND DIAGNOSIS OF HERPETIC ENCEPHALITIS: NEUROPSYCHOLOGICAL PERFIL

Abstract

Background: Herpetic encephalitis is a viral disease whose most common clinical manifestations are headache, nausea, and fever. The sequelae seriously affect the central nervous system, so it is necessary to make a diagnosis and treatment in time to minimize brain damage. The purpose of the present work is to identify the neuropsychological profile of a patient with herpetic encephalitis, in order to delimit their sequelae and assess its possible derivation to neurorehabilitation. **Method:** Case study, descriptive type. **Results:** A 44-year-old female diagnosed with herpetic encephalitis is referred to the Psychosomatic Unit of the Miguel Servet University Hospital for neuropsychological evaluation. They have antecedents of Disorder by delusional ideas. At present, she presents alterations in her behavior consisting of motor restlessness, difficulty staying alone, inability to maintain an interview, emotional lability and easy crying. No delirious ideation is ever objectified in relation to the referred pathology. During the neuropsychological evaluation the patient is restless, incapable of maintaining the attention in the task, being necessary to retrace it constantly. We manage WAIS IV and obtain extremely low scores in all tests: In the 4 indexes; Verbal comprehension, perceptual reasoning, working memory and processing speed gets a score of 50 and in total intelligence quotient gets a score of 40. **Conclusions:** Therefore, we consider that it is a patient with severe sequelae at the neuropsychological and affective level after the recent neurological process suffered, which, together with the previous mental disorder, incapacitates her for the self-management of her life, leading to a high degree of dependence.

Word Keys: Herpetic encephalitis, neuropsychological evaluation, Disorder of delusional ideas and inability.

Introducción

La encefalitis herpética es una infección grave del sistema nervioso central que está causada en la gran mayoría de los casos por el virus herpes simple tipo 1 (VHS). Los primeros casos que encontramos en la literatura corresponden a Hipócrates, en el siglo V a.c. donde expuso el primer caso de encefalitis herpética y un estudio realizado por Hamilton en 1790 presentando la neuropatología de un caso producido por paperas. (Scheld, Whitley y Durack 1997). La incidencia varía entre los estudios pero está, en general, entre un 3.5% y 7.4% por cada 100.000 pacientes /año.

Su presentación clínica es variable y siempre precedida por un proceso febril inespecífico. Puede presentarse con carácter letal o leve y crónica, dependiendo de la virulencia del germen. Los síntomas más frecuentes son cefalea, vómitos, náuseas, hiperestesia, dolor de cuello, espalda y extremidades, debilidad y fatiga. También pueden presentarse alteraciones del estado de conciencia junto a síntomas psiquiátricos y signos neurológicos como psicosis, agresividad, alucinaciones visuales, trastornos conductuales, alteración en el movimiento y convulsiones tónico-clónicas entre otros.

Con frecuencia hay síntomas psiquiátricos variables y trastornos del comportamiento. Pueden presentarse síntomas ansioso-depresivos, irritabilidad, trastornos del comportamiento alimentario con bulimia o anorexia y síntomas del síndrome de Klüver-Bucy, que puede aparecer en casos de lesiones bilaterales en los lóbulos temporales y que rara vez se presenta de forma completa. Este síndrome cursa con agnosia visual, desinhibición del comportamiento oral y sexual con bulimia e hipersexualidad, "placidez" con abolición de las reacciones emocionales de miedo y cólera. (Caparros-Lefebvre et al., 1996)

La encefalitis herpética provoca graves alteraciones neuropsicológicas, los pacientes que sobreviven presentan con frecuencia trastornos mnésicos, que pueden cursar aisladamente, sin deterioro de otras áreas cognitivas. Incluso pacientes que tienen buena evolución y presentan una puntuación normal en el Miniexamen cognoscitivo pueden presentar deterioro de memoria cuando se examinan con los test

apropiados y muestran incapacidad para reincorporarse a la actividad laboral (Gordon, Selnes, Hart, Hanley y Whitley, 1990).

El síndrome amnésico provocado por la encefalitis herpética es heterogéneo. Puede variar desde una amnesia grave con síndrome de Korsakoff con amnesia anterógrada y retrógrada variable (que se relaciona con la existencia de en hipocampo bilaterales) hasta grados menores de amnesia, con predominio de afectación de la memoria verbal en los casos de mayor afectación izquierda o con predominio de afectación de la memoria visuoespacial en los casos de mayor afectación derecha. El deterioro de memoria acontece para la memoria episódica y puede suceder también en la memoria semántica (se ha descrito la alteración selectiva de categorías específicas dentro de este tipo de memoria). Algunos pacientes pueden presentar déficit de funciones ejecutivas (Caparros-Lefebvre et al., 1996; Gordon et al., 1990; Kapur et al., 1994).

Diferentes estudios de caso se han realizado con el fin de identificar las características clínicas de esta entidad, los posibles cuadros con los que se debe hacer un diagnóstico diferencial y las diversas enfermedades a las que puede evolucionar, pero sin embargo son pocos los estudios encontrados que hayan explorado el campo neuropsicológico.

Método

Participantes

Se presenta el caso clínico de una paciente diagnosticada de Encefalitis herpética que es derivada desde el Servicio de Neurología a la Unidad de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace del Hospital Universitario Miguel Servet en el que se solicita identificar el perfil neuropsicológico de la paciente con el fin de delimitar sus secuelas y elaborar el plan de rehabilitación.

Material e instrumentos

Protocolo de Evaluación que se utilizó; CAMDEX-R (breve batería neuropsicológica CAMCOG), (Screening). Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos (WAIS IV), (Inteligencia general). Test de aprendizaje verbal España

Complutense (TAVEC), (Memoria y Aprendizaje). Trial Marking test (TMT-A),(Atención). Test de Vocabulario de Boston, (Lenguaje).Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST), (Función ejecutiva).

Procedimiento

La evaluación se ha llevado a cabo mediante sesiones individualizadas, de una hora de duración cada una.

Diseño

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

Resultados

Identificación del paciente

Mujer de 42 años, está casada y es madre de una hija de 22 años. Convive con su esposo, aunque existe un apoyo continuo de su hermana y de su hija. En su historia clínica, constan antecedentes de atención en Salud Mental, con diagnóstico de Trastorno por ideas delirantes.

Análisis del motivo de la conducta

La paciente es traída a Urgencias en julio del 2015 en ambulancia por presentar un cuadro de fiebre, confusión, alteración del lenguaje y desconexión del medio. En el servicio de Urgencias presenta una crisis tónico-clónica generalizada. Se realiza un TAC cerebral y punción lumbar compatible con encefalitis herpética. Se inicia antibioterapia con cefotaxima y Vancomicina y Aciclovir, dejando solo este último. Ante empeoramiento la paciente ingresa en UCI durante tres días con un diagnóstico de encefalitis herpética con afectación fronto-temporo-parietal izquierda, tras mejoría, es trasladada al Servicio de Neurología.

Descripción del problema

Durante el ingreso la paciente presenta alteraciones en su conducta consistentes en inquietud motora, necesidad de estar paseando constantemente, dificultad para quedarse sola, incapacidad para mantener una entrevista, labilidad emocional y llanto

fácil. No se objetiva en ningún momento ideación delirante en relación a la patología referida pero la paciente se muestra intranquila, en ocasiones enfadada y reticente a la presencia y comentarios de algunos miembros de su familia, e incluso del equipo médico. No se observan alteraciones en la esfera instintivo vegetativa, normorexia y normosomnía. Así mismo, observamos déficits cognitivos importantes en diferentes áreas, por lo que finalmente, se decide realizar evaluación neuropsicológica.

Evaluación

Durante la misma, la paciente se muestra inquieta, incapaz de mantener la atención en la tarea, siendo necesario reconducirla constantemente para continuar con la administración de la prueba. Nombra a algunos familiares cercanos y se producen fluctuaciones en su conducta, pasa del llanto al enfado sin impresionar de afectación emocional. Aunque colabora, constantemente su interés está en finalizar la evaluación, refiriendo miedo sin concretar el motivo. Se observa cierta angustia durante la ejecución de las tareas, lo que puede interferir en el rendimiento de la misma. Impresiona de que la paciente no realiza un adecuado insight respecto a su rendimiento.

Perfil neuropsicológico

CAMDEX-R (breve batería neuropsicológica CAMCOG). La paciente muestra una orientación parcial en tiempo y espacio, siendo más adecuada en persona. Se observa moderada alteración en el lenguaje; expresión verbal muy alterada, pobre rendimiento en fluidez verbal, denominación verbal moderadamente alterada. Comprensión verbal levemente alterada. Alteraciones importantes en memoria; La memoria remota muestra serias dificultades en el recuerdo y respecto a la memoria de trabajo también hay grandes dificultades, mostrando imposibilidad de recordar tanto material visual como verbal recientemente presentado. También se encuentra alterada la memoria inmediata. En atención y cálculo obtiene puntuaciones significativamente bajas en ambas. En praxias muestra una puntuación en la media sin embargo, en funciones ejecutivas obtiene una puntuación significativamente baja.

Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS IV). Obtiene puntuaciones extremadamente bajas en todas las pruebas (los límites de la normalidad se encuentran entre 8 y 12 en puntuaciones escalares). Cubos: (Pe: 1) Evalúa la

capacidad de análisis y síntesis visual y la reproducción de dibujos geométricos abstractos. Semejanzas: (Pe: 1) Mide la capacidad para expresar las relaciones entre dos conceptos, el pensamiento asociativo y la capacidad de abstracción verbal. Dígitos: (Pe: 3) Evalúa la atención y la resistencia a la distracción, la memoria auditiva inmediata y la memoria de trabajo. Matrices: (Pe: 1) Mide procesamiento de información visual, razonamiento abstracto, razonamiento fluido y procesamiento simultáneo. Vocabulario: (Pe: 2) Refleja el nivel de educación, la capacidad de aprendizaje, la formación de conceptos verbales y la riqueza verbal y semántica del ambiente en el que se desenvuelve la persona evaluada. Aritmética: (Pe: 1) Esta prueba evalúa la capacidad de conceptualizar y expresar verbalmente conceptos numéricos. También mide la capacidad de concentración y la resistencia a la distracción en el proceso de resolución de problemas. Búsqueda de símbolos: (Pe: 1) Evalúa rapidez y precisión perceptiva y velocidad para procesar información visual simple. Puzles visuales: (Pe: 3) Mide capacidad para analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos, establecer relaciones entre partes y razonamiento no verbal. Información: (Pe: 1) Se relaciona con los intereses, experiencias y lecturas del paciente. La memoria remota es un requerimiento importante en esta prueba así como la formación cultural. Clave de números: (Pe: 1) Evalúa, la rapidez y destreza visomotora, el manejo de lápiz y papel y la capacidad de aprendizaje asociativo. Letras y números: (Pe: 1) Evalúa atención, concentración y memoria de trabajo. Balanzas: (Pe: 3) Mide la capacidad para comparar, establecer analogías y el razonamiento cuantitativo. Comprensión: (Pe: 2) Evalúa la comprensión y expresión verbal, el juicio práctico, el sentido común y la adquisición e interiorización de elementos culturales. Cancelación: (Pe: 1) Mide la vigilancia, atención selectiva, velocidad de procesamiento visual y rapidez y coordinación visomotora. Figuras incompletas: (Pe: 2) Requiere la identificación de objetos y utensilios familiares, e implica la capacidad de discriminar los elementos esenciales frente a los no esenciales. En las escalas generales las puntuaciones también son extremadamente bajas. En Escala Total obtuvo una puntuación escalar de 40, en Memoria de trabajo 50, en Velocidad de procesamiento 50, en Comprensión verbal 50 y razonamiento perceptivo 50.

Test de aprendizaje verbal España Complutense (TAVEC). No se observa una curva de aprendizaje homogénea, presenta dificultad para realizar un aprendizaje completo en el quinto ensayo, lo que supone un rendimiento inferior a la media. Utiliza

ocasionalmente las estrategias de aprendizaje semánticas y seriales. Muestra susceptibilidad a la interferencia que puede producir nueva información en el proceso de aprendizaje y memoria. La retención de la información tanto a corto como a largo plazo muestra importantes alteraciones. En el índice de discriminabilidad y en el sesgo presenta una puntuación significativamente alterada. Hay un número elevado de falsos positivos en la prueba de discriminación lo que indicaría dificultades para discriminar las palabras aprendidas del resto.

Trail Making Test Forma A (TMT-A). Inicia el ejercicio de forma correcta, pero perdió la secuencia. Se le orientó de nuevo en el ejercicio y volvió a empezar, pero de manera lentificada, hasta que perdió de nuevo la concentración. No logra ejecutar la tarea de manera correcta. Una de las dificultades añadidas para realizar esta prueba fue el intenso temblor que presentaba en las manos.

Test de Vocabulario de Boston. El lenguaje en general se encuentra alterado. La expresión verbal está muy alterada, con una fluidez semántica muy pobre, con errores sintácticos y de semántica. Era capaz de formar palabras pero su conversación era inteligible, presentaba ecolalia y pobre ensamblaje de oraciones. Anomia moderada. Incapacidad para repetir de forma voluntaria material abstracto, puede haber compromiso mnésico. La comprensión verbal se encuentra alterada pero en menor medida. Lectura comprensiva conservada y lenguaje expresivo escrito comprensible pero algo alterado.

Wisconsin (WCST). La paciente no logra mantener más de una categoría lo que indica que el funcionamiento ejecutivo está alterado. En las categorías que la prueba presenta cualitativamente (forma, color, cantidad), no logra hacer inferencia sobre la relación y no podía comprender por qué se le decía “no”, frente a la ejecución. Alto porcentaje de errores perseverativos.

Diagnóstico

Alteraciones cognitivas y emocionales secundarias a encefalitis herpética.

Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos en las diferentes pruebas realizadas la paciente muestra graves alteraciones en diferentes dominios. En memoria de trabajo, se

muestra incapaz de procesar y almacenar la información reciente y de aprender de sus experiencias, mostrando en algunos momentos continuas perseveraciones. Se observa imposibilidad para el mantenimiento, manipulación y transformación de información en la mente. En relación a la velocidad de procesamiento se objetiva bradipsiquia e incapacidad para procesar tanto la información automática como la aprendida. El área del lenguaje se encuentra alterada de forma sustancial resultando su expresión verbal habitualmente incomprensible y estando también la comprensión oral alterada, aunque en menor medida. En razonamiento abstracto presenta importante alteración en todos los aspectos relacionados con la abstracción, con la capacidad de comparar resultados, elaborar inferencias y establecer relaciones abstractas. Así mismo, imposibilidad de generar objetivos, desarrollar planes de acción para conseguirlos (secuenciar pasos) y elegir el más adecuado en base a la anticipación de consecuencias.

Por todo ello, consideramos que se trata de una paciente con graves secuelas a nivel neuropsicológico y afectivo tras el reciente proceso neurológico sufrido, que unido al trastorno mental previo le incapacita para la autogestión de su vida conllevando con ello un alto grado de dependencia.

Podemos concluir entonces, que las secuelas afectan gravemente al sistema nervioso central, por lo cual resulta imprescindible la realización de un plan de neurorehabilitación, que dadas las características del cuadro, debería partir de los procesos atencionales y del refuerzo del lenguaje pasando por el control emocional para finalmente abordar procesos de memoria y funciones ejecutivas.

Referencias

- Caparros-Lefebvre, D., Girard-Buttaz, I., Reboul, S., Lebert, F., Cabaret, M., Verrier, A., ...Petit, H. (1996). Cognitive and psychiatric impairment in herpes simplex encephalitis suggest involvement of the amygdalo-frontal pathways. *Journal of Neurology*, 243, 248-256.
- Gordon, B., Selnes, O.A., Hart, J., Hanley, D.F., y Whitley, R.J. (1990). Long-term cognitive sequelae of acyclovir treated herpes simplex encephalitis. *Archives of Neurology*, 47, 646-647.
- Kapur, N., Barker, S., Burrows, E.H., Ellison, D., Brice, J., Illis, L.S., ...Loates, M. (1994). Herpes simplex encephalitis: Long term magnetic resonance imaging

and neuropsychological profile. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 57, 1334-1342.

Scheld, J. Whitley, y Durack, D. (1997). Infections of the central nervous system. En W. John y Gnann (Eds.), *Meningitis and encephalitis caused by mumps virus* (pp. 169-176 y 411-415) (2da Ed.). Philadelphia.

PSICOSIS Y LUDOPATÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sara García-Marín*, Isabel M^a De Haro-García** y Nereida Martínez-Pedrosa***

Psiquiatra de C.S.M. Lorca*; *Psicóloga Clínica C.S.M. Lorca*; ****Psiquiatra*

Hospital Universitario de Vinalopó

Resumen

Introducción: Presento el caso de un hombre de 36 años afecto de una patología mental grave (Esquizofrenia Paranoide) y una de las adicciones comportamentales más difíciles de trabajar, la ludopatía. El trastorno mental grave presentó una evolución compleja inicial, con dos ingresos hospitalarios (el primero por abandono de tratamiento y posteriormente por intento autolítico), con mejor adaptación posterior hasta la obtención de un puesto laboral normalizado y conciencia de su enfermedad psicótica (aunque presenta aislamiento social). En esta fase de estabilidad, identifica problemática de control de impulsos y adicción al juego. Comenta adicción a tragaperras y quinielas, con grado de ludopatía según nivel SOGS 14/19. El paciente, en fase precontemplativa, no desea tratamiento psicológico. Presenta además tinte depresivo asociado a la patología comportamental por la conciencia de situación límite personal y familiar. Escala de Beck 16 puntos. **Objetivos:** Asistencia a las citas psicoterapéuticas, registro de sus conductas adictivas (realización de auto-registros regulares). Responsabilidad en la tarea rigurosa del tratamiento psiquiátrico. Recuperación del episodio depresivo asociado. **Método:** Utilización del modelo motivacional (conciencia de enfermedad) y modelo cognitivo-conductual; auto-registros sin exigencias terapéuticas, habilidades de entrenamiento en técnicas sociales y relacionales interpersonales. Consolidación con técnicas de prevención de recaídas para el mantenimiento de abstinencia. **Resultados:** Las pruebas diagnósticas nos muestran resultados positivos en; Depresión (Escala de BECK 7 puntos), Auto-registros (disminuye frecuencia de consumo, hasta obtener uso limitado a apuestas deportivas), SOGS (nivel de gravedad mucho más bajo; 5/19). **Conclusiones:** El tratamiento es eficaz y está diseñado para evitar que sus mecanismos de defensa no resulten un obstáculo en el tratamiento. Incremento de capacidad personal

de autogestión y posibilidad de mantener ahorros económicos. Aceptación del ambiente de su uso de apuestas deportivas.

Palabras clave: Psicosis, Ludopatía, Auto-registros, Depresión

PSYCHOSIS AND PATHOLOGICAL GAMBLING, IN RELATION TO A CASE

Abstract

Introduction: This case is a 36 years old men that suffers Paranoid Schizophrenia and pathological gambling. Psychotic disease was at least initially complicated. He was twice hospitalised (the first one because of his withdraw from medical treatment and the second one for suicide attempt).After that, he started to improve till he was be able to get a standardized job. He became aware of his mental disease, although he keep this isolation. In this state, the patient could talk about this impulse control disorder and pathological gambling. He suffers from slot machine and sports bets addiction, with high level (according SOGS 14/19). This patient was in precontemplation state and he did not want any psychological treatment. He also suffered from depression symptoms closely-related to family and economic problems due to pathological gambling. Beck scale 16 points. **Objectives:** To keep psychotherapeutic appointments and make a record of his gambling uses (with regular self-reports). To take psychiatric treatment under his responsibility. The recovery of depression disease related. **Method:** We used motivational model (to realise his mental disease) and cogitive-behavioural model; self-reports without any therapeutic request, social and relational abilities training. Relapse prevention techniques to remain abstinent. **Resoult:** Diagnosis tests show positive resoult in: Depression (Beck scale, 7 points), Self-reports (lower consume, keeping only sport bets use), SOGS (lower level ; 5/19). **Conclusions:** Treatment is useful and it has been designed to avoid any personal resistance. We work to increase the capacity of economic self-management, in order to save up. His family has assumed his sport bets use.

Keywords: Psychosis, Addiction to gambling, self-reports, depression,

Introducción

La ludopatía es un cuadro adictivo siempre complejo, con importante problemática psicosocial asociada. En este caso de patología dual confluyen, además de una de las adicciones más difíciles de trabajar, un trastorno mental muy grave (la esquizofrenia paranoide), presentándose un tratamiento individualizado y su resultado clínico.

Identificación del paciente

Hombre de 36 años, con antecedentes personales de Esquizofrenia Paranoide diagnosticada a los 18 años (comienzo de sintomatología depresiva a los 16-17 años). Intervenido de una fractura de cúbito izquierdo por un accidente laboral, tiene tendencia a la hipotensión. Consulta a los 7 años (solo tuvo una única atención por parte de psicología) con dispositivo Infanto-Juvenil por disfemia, enuresis y trastorno de déficit de atención Consumo esporádico de cannabis en la adolescencia y adultez temprana (no actual), hábito tabáquico (1 paquete diario) Requirió un ingreso en la primera fase de su enfermedad por alteraciones conductuales en contexto de abandono de tratamiento farmacológico. Posteriormente es ingresado a los pocos meses por un intento autolítico grave (intento de defenestración en su domicilio) en una nueva descompensación psicótica (en contexto de incremento de consumo de cannabis y suspensión voluntaria de tratamiento farmacológico). Fue derivado al alta a dispositivo de Rehabilitación y tras éste, a talleres prelaborales con buena adaptación y rendimiento muy adecuado. Ha mantenido tratamiento ambulatorio (psiquiátrico y psicológico) privado y público (alternante) desde el inicio, llegando a alcanzar compensación psicopatológica en la esfera psicótica de larga data y abandono de cannabis. Mantiene de forma crónica episodios de autorreferencialidad (sin presencia de alucinaciones auditivas) en momentos que asocia a mayor cansancio o alteración de horario de las tomas de tratamiento. El paciente es capaz de identificar (y criticar)lo descrito por la alta conciencia personal que tiene de su trastorno mental grave. Presenta también sintomatología deficitaria negativa que le permite adaptación a su vida diaria. Tratamiento farmacológico actual: Aripiprazol 10 mgs 1-1-0, Olanzapina 5 mgs 0-0-1, Alprazolam 0,5 mgs 1-1-1

No refiere antecedentes personales psiquiátricos de interés. Es soltero (nunca ha tenido pareja), vive en domicilio familiar (medio rural) con sus padres mayores (afectos de patologías médicas que permiten el mantenimiento de su autonomía). Tiene dos hermanas mayores independizadas (ambas casadas y la mayor de ellas, con un hijo de 5 años). Trabaja regladamente en un almacén hortofrutícola en sistema de turnos. Su grupo de amigos se limita a los de la adolescencia (con relaciones esporádicas) y ocasionalmente con algún compañero de trabajo.

Análisis del motivo de consulta

Durante la fase más tardía y estable en sintomatología positiva (2009), el paciente identifica problemática de control de impulsos y adicción al juego. Lo expresa en consulta de forma espontánea, accediendo a que pueda explorarse este aspecto.

Historia del problema

Señala inicio con recreativos a los 11-12 años, con afectación escolar asociada (previamente se había caracterizado por ser buen estudiante). Posteriormente comienza uso de máquinas tragaperras y quinielas (por proximidad a su casa; abren un salón recreativo en la acera de enfrente). Mantiene adicción ludópata, reforzada tras inicio laboral. Presenta un Grado de ludopatía según nivel SOGS de 14. El paciente, en fase precontemplativa, no desea tratamiento psicológico. Los riesgos económicos (el paciente gasta el 90% de su nómina laboral) son minimizados por control externo (su madre), pero persisten cuando no tiene que justificar pequeños gastos, llegando incluso a falsificar la firma de su madre en la cuenta conjunta. El paciente acepta varios contactos con psicología. Identifica el juego como un sustitutivo de actividad social y se avergüenza de su comportamiento en el núcleo familiar. Francas dificultades ante los límites impuestos por terapeuta previo experto en ludopatía ante la abstinencia a juegos, por especial interés en apuestas deportivas. En su historia se reflejan etapas de ruptura en relación a dificultad de adaptación a pautas por alta rigidez. Presenta tinte depresivo asociado a la patología comportamental y a su conciencia de situación límite personal y familiar. La escala de Beck muestra 16 puntos. La hipótesis terapéutica es la Ludopatía como respuesta evitativa a factores sociales y problemáticos en general.

Se intenta inicialmente trabajar el control de estímulos dentro de la conciencia de problemática adictiva que presentaba el paciente. El alto nivel de rigidez personal (asociado a dificultades vinculares en relación a su patología psicótica de base), complejizan la dinámica habitual de tratamiento.

Análisis y descripción de las conductas problema

- Jugar sin control (la intención terapéutica sería aumentar la sensación de control)
- Dificultades de aceptación de límites (teniendo que trabajar el control estimular)
- Crisis depresiva asociada (plantear disminución sintomatológica y/o superación de la misma, en relación a lo adictivo y caracterial)

Establecimiento de las metas del tratamiento

Conseguir conciencia de enfermedad adictiva (ludopatía) y por lo tanto responsabilidad y cumplimiento de prescripciones psicoterapéuticas. Recuperación del episodio depresivo asociado. Trabajo de control de estímulos en el marco de rigidez caracterial.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Asistencia a las citas psicoterapéuticas, que permitan asegurar la vía de trabajo; sin interposición de límites rígidos, con flexibilidad y motivación. En este contexto se acuerda con el paciente (por solicitud expresa del mismo) el mantenimiento de uso de juego adecuado en referencia a apuestas deportivas. Como estrategia conductual clave se utiliza el Registro de sus conductas adictivas, con realización de auto-registros regulares. Se utiliza este instrumento (más allá de su validez y utilidad conocidas) por ser un mecanismo previo en el paciente (quién solía realizar registro mental de sus cuentas mensuales como método de control de la fantasía de su ahorro). Responsabilidad en la tarea rigurosa del tratamiento psiquiátrico.

Selección del tratamiento más adecuado

1ª etapa: Se pretende trabajar la Conciencia de enfermedad mediante el modelo motivacional y modelo cognitivo-conductual (auto-registros).

2ª etapa: En esta etapa se trabaja la Superación del deseo y el Síndrome de abstinencia. Se realiza a través del Modelo cognitivo-conductual (elaboración de auto-registros sin exigencias terapéuticas)

3ª etapa: Es la etapa donde se introducen las Habilidades y entrenamiento en técnicas sociales y relacionales interpersonales con el modelo cognitivo-conductual para mejorar el espectro social como margen terapéutico.

4ª etapa: Última etapa, la de Consolidación. Se utilizan Técnicas de prevención de recaídas enfocadas al mantenimiento de la abstinencia personal.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase: Se utiliza la escala SOGS (Lesieur et Blume, 1987, validada en España en 1994) (Echeburúa, Báez y Páez, 1994) al inicio del tratamiento terapéutico específico y tras 6 meses del mismo. Realización de Auto-registros con la frecuencia de consumos mensuales (de máquinas tragaperras y/o apuestas deportivas). Escala de Depresión de BECK (versión BDI-II) previa al inicio de intervención psicoterapéutica y posterior a los 6 meses de tratamiento.

Aplicación de tratamiento

Se realizaron citas programadas quincenales donde se trabajaban dos aspectos; mensualmente se revisan los auto-registros, con el objetivo de aumentar la sensación de control sobre la conducta adictiva. En todas (aquellas donde no se trabajaba sobre los auto-registros y las que sí se hacía) se trabajaba la motivación hacia el cambio. En la tercera etapa, ante la normalización de los auto-registros, se inician las habilidades y técnicas sociales, basadas en el marco cognitivo-conductual. Finalmente, en la última etapa, se consolida la abstinencia (a juego de tragaperras) y se trabaja en el uso controlado de las apuestas deportivas (electivo en su caso), con técnicas de prevención.

Evaluación de la eficacia/y o efectividad de los tratamientos

Las pruebas diagnósticas realizadas nos muestran resultados positivos en: Depresión (Escala de BECK inicial de 16 puntos y resultado a los 6 meses posteriores de 7 puntos); Auto-registros (donde se aprecia disminución de frecuencia de consumo de juego, hasta obtener abstinencia de tragaperras y uso limitado a apuestas deportivas);

SOGS (partiendo de un nivel inicial de 14 puntos hasta alcanzar un nivel de gravedad a los 6 meses mucho más bajo, 5).

El tratamiento fue eficaz y estaba diseñado para evitar que sus mecanismos de defensa no resultaran un grave obstáculo en el tratamiento, pudiendo ser utilizados para avanzar en el mismo.

Seguimiento

Tras 6 meses de tratamiento, mantiene reducción personal de uso de juego (no limitada por terapia, tal y como se pactó inicialmente) en relación a intereses personales. Se aprecia un incremento de su capacidad personal de autogestión y posibilidad de mantener ahorros económicos (realidad que no había sido posible desde el inicio de su actividad laboral). Se trabajó así mismo la aceptación y normalización del ambiente familiar de su uso de apuestas deportivas (sin necesidad de control materno de gastos); esto generó un clima de mayor confianza hacia el comportamiento del paciente, con menor posibilidad de vivencias persecutorias ni culposas por su parte (y mejora de su autoestima). Actualmente se mantiene el trabajo de reforzamiento psicosocial con entrenamiento en habilidades sociales de la vida cotidiana, pudiendo haber realizado el paciente importantes avances (queda semanalmente con compañeros de trabajo).

Observaciones

Desafortunadamente es habitual que la riqueza sintomatológica de la esquizofrenia o lo esquizo-afectivo eclipse la sintomatología comportamental adictiva, manteniendo a estas patologías inexploradas en la práctica clínica (Yakovenlo, Clark, Hdgins y Goghari, 2016). Pese a esto, es extraordinariamente común la confluencia de ambas, llegando la presencia de patología psicótica a multiplicar por cuatro la posibilidad de problemática con el juego (Haydock, Cowlshaw, Harvey y Castle, 2015). En el caso que nos ocupa, la relación con el juego comenzó en la adolescencia (momento vital de grandes cambios y donde este aspecto no estaba muy considerado en su época). La búsqueda de sensaciones y la impulsividad son dos variables relacionadas con la aparición y mantenimiento de juego patológico, siendo la segunda parcialmente mediadora de la aparición de ansiedad, ansiedad fóbica, depresión y psicosis y

claramente mediadora de somatizaciones, trastorno obsesivo-compulsivo e ideación paranoide (Estevez, Herrero-Fernández, Sarabria y Jauregui, 2015).

En nuestro caso, el paciente no había manifestado la sintomatología comportamental hasta cierta estabilidad de los síntomas psicóticos positivos, mostrando la ludopatía en su caso un medio de sustitución de la sociabilización (tan altamente compleja en su caso). Este nivel de sustitución relacional interpersonal por la ludopatía no es exclusivo de psicóticos, presentando los grandes jugadores situaciones en las que tratan y piensan en las máquinas tragaperras como seres humanos, sintiendo atracción por ellas, llegando a individualizarlas, intercambiando con estas “compañeras” diálogos verbales. El jugador gradualmente siente empobrecerse su autoimagen y experimenta experiencias de pérdida de contacto con sus propios intereses, capacidades y deseos (Autonomov DA., 2011).

A nivel clínico y con fines terapéuticos, se decidió iniciar el tratamiento bajo el modelo cognitivo conductual basado en la evidencia científica (Echeburúa, Gómez y Freixa, 2011), con un programa específicamente adaptado a las necesidades, idiosincrasia y patología concomitantes del paciente. En el estudio referido, el grupo terapéutico obtenía menor número de episodios de juego y menor cantidad de dinero gastados en ellos, pudiendo considerar beneficiosa a la terapia cognitivo-conductual como coadyuvante en patología dual.

Es altamente probable que el mayor error cometido con el paciente fuera la tardanza de inicio de tratamiento específico. No se valoró de forma adecuada la conducta de abuso, retrasando el beneficio potencial de la terapia. La evidencia implica que el cuerpo clínico debería tener en cuenta esta área en pacientes con psicosis e introducir de forma rutinaria, la valoración de la problemática con el juego en la exploración básica real. (Aragay et al., 2012)

Referencias

- Aragay, N., Roca, A., García, B., Marqueta, C., Guijarro, S., Delgado, L., ...Vallés, V. (2012). Pathological gambling in a psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 9-14.
- Autonomov DA. (2011). Psychic experience of pathological machine gamblers. *Zhurnal Nevrologii I Psikhiatrii Imeni S.S. Korsakova*, 111(9), 10-11.

- Echeburúa, E., Báez, C., y Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificaciones de Conducta*, 20(6), 74-93.
- Echeburúa, E., Gómez, M., y Freixa, M. (2011). Cognitive-behaviour altreatment of pathological gambling in individuals with chronic schizophrenia: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 808-814.
- Estevez, A., Herrero-Fernández, D., Sarabria, I., y Jauregui, P. (2015). The impulsivity and sensation-seeking mediators of the psychological consequences of pathological gambling in adolescence. *Journal of Gambling Studies*, 31(1), 91-103.
- Haydock, M. Cowlshaw, S., Harvey, C., y Castle, D. (2015). Prevalence and correlates of problema gambling in people with psychotic disosders. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 122-9.
- Yakovenlo, I., Clark, C. M., Hdgins, D. C., y Goghari, V. M. (2016). A qualitative analysis of the effects of co morbid disordered gambling diagnosis with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 171(1-3), 50-55.

ORIENTAR AL CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL

Simara de Sousa Elias*, **Ednéia Albino Nunes Cerchiari**** y **João Baptista de Almeida Junior*****

*Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD);

**Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Brasil; **Centro Universitário Salesiano UNISAL de Campinas

Resumen

Antecedentes: La reforma psiquiátrica de 1970 impulsó un proceso de reformulación del modelo de atención con la participación de profesionales, comunidad y familia atención de Salud Mental. Luego vino la necesidad de acciones de intervención para hacer más eficaz el papel de la familia en el tratamiento de sus pacientes. En esta dirección, la investigación *El papel de los familiares de pacientes con trastorno mental*, en Programa de Maestría Profesional en Educación para la Salud de la Universidad de Estado de Mato Grosso do Sul (UEMS), objetivó elaborar una *Guía Práctica de Cuidados* para ayudar a las familias de los pacientes con trastorno mental. **Método:** Para conocer la perspectiva de la familia en relación con el trastorno mental de la paciente con hospitalización en el Hospital Universitario del interior de Mato Grosso do Sul fueron grabadas conversaciones sobre los problemas y las formas de superar en estos pacientes, según el enfoque de Educación Popular de Paulo Freire. La investigación obtenía la aprobación de la Comisión de Ética con los seres humanos de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). **Resultados:** La investigación dio voz a los familiares y recogió conocimiento que, en la *Guía*, sirvió como modelo para otras familias que viven la misma experiencia del cuidado diario del paciente en la residencia. **Conclusiones:** La *Guía Práctica para Cuidar de los Familiares de Pacientes con Trastorno Mental: orientación y aclaraciones* permite: hacer de cada familia una protagonista en atención de salud mental; ayudar los familiares de pacientes con trastorno mental, en la percepción, comprensión y preparación de los cuidados con los enfermos; disminuir significativamente los pacientes en el hospital; reducir el gasto público; fomentar los órganos de Salud Mental para adoptar modelos que promuevan la inclusión de la familia durante todas las fases de tratamiento.

Palabras Clave: Esquizofrenia; Salud Mental; Psiquiatría; Psicología Clínica

GUIDING THE FAMILY CARETAKER OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDER

Abstract

Introduction: The psychiatric reform of 1970 propelled a process of reformulation of the care model with the participation of professionals, community and family Mental health care. Then came the need for actions to make more effective the role of the family in the treatment of their patients. Considering this need, the research carried on in the Professional Master's Program in Health Education at the State University of Mato Grosso do Sul (UEMS), whose title is “*The Role of Family Members of Patients with Mental Disorder*”, aimed to draw up a *Practical Guide of Care* to assist the families of patients with mental disorder. **Methodology:** In order to understand the family perspective in relation to the mental disorder of the patient, conversations about the problems and ways of overcoming in these patients were recorded, according to the popular education approach of Paulo Freire. The research was approved by the Ethics Committee with Human Beings at the Federal University of Mato Grosso do Sul (UFMS). **Results:** The study gave voice to family caretakers and collected knowledge that, in the preparation of the *Guide*, served as a role model for other families who have the same experience of the daily care of a patient in home care. **Conclusions:** The *Practical Care Guide for Family Members of Patients with Mental Disorder: guidance and clarifications* allows each family to be an active agent of mental health care and helps, as a partnership, the relatives of patients with mental disorder, to perceive, understand and prepare the protection in relation to their sick ones; it also decreases significantly the hospitalization of the patients, thus reducing state spending. In addition to this, it encourages the organizations for Mental Health services to adopt practices that promote the inclusion of family during all phases of care and treatment.

Keywords: Schizophrenia; Mental Health; Psychiatry; Clinic Psychology

Introducción

Con la Reforma Psiquiátrica en 1970, que promovió un proceso de reformulación del modelo asistencial con la participación de los profesionales, la comunidad y la familia en el cuidado de la Salud Mental, surge la necesidad de acciones que hacen más eficaz el papel de la familia en el cuidado/tratamiento, realizado en residencia del paciente, en consonancia con los servicios substitutivos al Hospital Psiquiátrico como: Centros de Atención Psicosocial – CAPs, Ambulatorios de Salud Mental, Unidades Básicas de Salud, Hospitales Públicos y Unidades de Pronto Atendimento – UPAs.

En esa dirección, se desarrolló una investigación intitulada “El protagonismo de los Familiares de Pacientes con Trastorno Mental”, en Maestría Profesional en Enseño en Salud de la Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). La investigación tuvo aprobación del Comité de Ética con Seres Humanos de la Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), registro CAAE n° 32441814.7.0000.0021 y parecer n° 746.259 y, igualmente, de la Comisión de Ética en Investigación, Enseño y Extensión del Hospital de la Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD), respetando la Resolución n° 466/2012 sobre investigación que envuelve seres humanos.

No hay como negar el impacto generado en la familia en razón de la enfermedad psíquica de uno de sus miembros. Además del estrés y el cansancio perceptibles, hay falta de información, falta de preparación en términos de acogimiento y grande inseguridad en los cuidados. Cuando el Trastorno Mental es comprendido por la familia y, consecuentemente, la expectativa en relación al paciente es reducida, se hace más fácil para los familiares experiencias exitosas en relación a los cuidados.

Debido a las dificultades de comprensión por la familia, del diagnóstico, tratamiento y pronóstico del Trastorno Mental, se constata la necesidad de los Centros de Atención Psicosocial II, Ambulatorios de Salud Mental, Unidades Básicas de Salud, Hospitales Públicos y Unidades de Pronto Atendimento de cumplir su papel de modo efectivo, mediante la inclusión de las familias en los espacios domésticos de cuidado, dirigiéndoles la atención para escucha de sus dudas y fragilidades en relación al acogimiento, en domicilio, del paciente con Trastorno Mental, después del periodo de internación.

La presente investigación buscó conocer, en la perspectiva de la familia y con base en el abordaje de la Educación Popular, las dificultades de los familiares de

pacientes con Trastorno Mental, sujetos esos con internación en el Hospital Universitario. El estudio dio voz a las familias para que relatasen los problemas y los modos de superación visando la elaboración de un **Guía Práctico**, a servir de “modelo de conducta” para otras familias que necesitan de orientación pues viven la misma experiencia del tratamiento diario de paciente en domicilio.

Con los datos se elaboró el “**Guía Práctico de Cuidados para Familiares de Pacientes con Trastorno Mental: orientaciones y esclarecimientos**” que posibilita hacer con que cada familia sea un agente protagonista en el cuidado de la salud mental; que auxilia, al modo de un compañero, los familiares de pacientes con Trastorno Mental, en la percepción, comprensión y preparo de cuidados en relación a sus entes enfermos; que visa disminuir el número de reinternaciones del paciente con Trastorno Mental y, en consecuencia, reducir los gastos públicos decurrente de esas internaciones; además de incentivar los órganos de servicios de Salud Mental a adoptaren modelos que favorezcan la inclusión de la familia durante todas las fases del cuidado y tratamiento.

El **Guía Práctico de Cuidados** fue escrito en lenguaje popular y trae informaciones sobre: los significados de Trastorno Mental, Esquizofrenia y Trastorno Afectivo Bipolar – origen, distinción, sintomatología y tratamiento; los procedimientos de acogimiento y cuidado del paciente en el domicilio; modos de inserción de la familia en la vida del enfermo y de este en el convivio familiar, en el uso de medicación y en los casos de insomnio, falta o exceso de apetito, gestos de autocuidado, entretenimiento y religiosidad; sobre el perfil de cuidador y sustituto y las actitudes de los miembros de la familia frente los conflictos en residencia; los derechos del paciente cuanto al Beneficio Asistencial y a las formas de internación y tratamiento en el CAP, su relevancia, situaciones en que deben ocurrir, realización de visitas por la familia en ambiente hospitalario y sobre la presencia de la Red de Atención Psicosocial en Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Método

La investigación, de naturaleza cualitativa, adoptó una metodología inspirada en el paradigma de la Educación Popular del pedagogo brasileño Paulo Freire (2002; 2012). El abordaje propició, a través de diálogos gravados, una relación de cambio de

saberes entre los grupos familiares, en la esfera popular, y los agentes de salud de la comunidad científica.

El escenario de estudio fue el Hospital Universitario de Dourados, Mato Grosso do Sul, y fueron realizadas visitas al domicilio de cada uno de los pacientes. Los sujetos de la investigación fueron las respectivas familias de los pacientes internados con Trastorno Mental y que obtuvieron alta hospitalaria durante el periodo de la colecta de datos.

Resultados

Los relatos apuntaron desafíos vivenciados, principalmente, por las personas responsables por el cuidado del paciente con Trastorno Mental en el espacio doméstico, respecto a la comprensión del significado del Trastorno Mental; entendimiento de Esquizofrenia y Trastorno Afectivo Bipolar (origen, definición, sintomatología y tratamiento); aspectos procedimentales (uso de medicación, convivio familiar, entretenimiento, autocuidado, actitud frente a los conflictos y tensiones en la familia, acogimiento del paciente en el domicilio del cuidado, inserción de la familia en la vida del ente enfermo, definición de cuidador y sustituto, insomnio, religiosidad, exceso o falta de apetito, adquisición, de Beneficio Asistencial); falta de conocimiento sobre el tratamiento (función y relevancia del Centro de Atención Psicosocial, situaciones en que la internación debe ocurrir, como internar, realización de visita por la familia en ambiente hospitalario y Red de Atención Psicosocial en Dourados/MS).

Los datos fueron colectados de 27 de agosto a 29 de octubre de 2014 y se refieren a cinco pacientes internados en la enfermería de psiquiatría del Hospital Universitario de Dourados: dos sujetos del sexo masculino y tres del sexo femenino; un paciente entre 20 a 29 años; dos entre 30 a 39 años; uno entre 40 a 49 años y uno entre 50 y 59 años.

Los hallazgos corroboraron con el estudio de Barros (2012), en que hay mayor prevalencia de pacientes del sexo femenino internados de la enfermería de psiquiatría del Hospital General investigado y la franja etaria de 20 a 39 años prevaleció 50% en relación a las demás. En cambio, en el estudio de Sousa, Silva y Oliveira (2010) es constatado que 70,15% de los pacientes internados era del sexo masculino y la franja etaria prevalente es de 30 a 49 años, totalizando 48,71%, o sea, hay una relativización de los estudios.

Más estudios necesitan realizarse en relación a esa cuestión, una vez que Gomes, Nascimento y Araújo (2007) afirman que los hombres buscan menos los servicios de salud, en consecuencia del estereotipo de masculinidad. Las inferencias se basan en la dificultad que los hombres tienen cuanto al cuidado personal, el miedo de descubrir que están enfermos, pasando a ser vulnerables y al recelo de exponerse físicamente. De esta misma forma, Santos y Siqueira (2010) explican que as mulheres teriam maior facilidade de identificar os sintomas, admiti-los e buscar ajuda.

Se constató que la franja etaria predominante comprende sujetos que, a pesar de las limitaciones de la enfermedad psíquica, se encuentran en edad activa (Sousa et al., 2010). Datos en consonancia con los autores que aseguran que, así como en otras fases de la vida, la edad adulta puede ser generadora de cuestionamientos internos y ansiedad que, por su vez, pueden desencadenar trastornos mentales (Miranda, Tarasconi y Scotegagna, 2008; OMS, 2001).

En los casos de internación fueron encontrados: 02 diagnósticos de Esquizofrenia Paranoide, 02 de Trastorno Afectivo Bipolar y 01 de Trastornos Mentales de Dependencia. Datos próximos a los principales diagnósticos encontrados en el estudio de Barros (2012) fueron: 22% de Trastornos Psicóticos; 28% de Trastornos Afectivos, subdividiéndose en 16% de Trastorno Depresivo y 12% de Trastorno Afectivo Bipolar; y 27% de Trastornos relacionados al uso de sustancia psicoactiva.

Del contenido de los diálogos con las familias emergieron cuatro categorías para análisis: 1ª Características de la familia del paciente; 2ª Histórico de enfermedad del paciente; 3ª Dificultades de la familia con el paciente egreso; 4ª Dinámica familia-paciente en la medicación y cuidados y; 5ª Situaciones del paciente en reposo, nutrición, entretenimiento, espiritualidad y afectividad.

El **Guía Práctico de Cuidados** fui elaborado con base en los relatos de las dificultades enfrentadas por las familias en el acogimiento del paciente con Trastorno mental después de alta hospitalaria. El libro fue editado en forma de preguntas/respuestas y trae orientaciones y cuidados que la familia debe adoptar con el paciente en domicilio. En términos de estructura, presenta tres partes: una introducción explicativa y pedagógica; datos objetivos y procedimientos con la idea de “qué hacer” y; por fin, informaciones sobre la Red de Atención Psicosocial para atendimento a las personas portadoras de enfermedades mentales.

Discusión/Conclusiones

El estudio posibilitó conocer la perspectiva de la familia en relación al Trastorno Mental del ente familiar con reinternaciones en el Hospital Universitario y coger subsidios para el **Guía Práctico de Cuidados** para los familiares de ese paciente. La narración de la historia del paciente y la descripción de su alta hospitalaria, en las declaraciones de los familiares, contribuyeron para una mejor comprensión de tiempo/espacio en que ocurrió el acto de enfermarse, además de la percepción de cuál es el entendimiento de la familia sobre esa coyuntura.

Los análisis confirman hallazgos anteriores: la representatividad de la figura materna o femenina en las tareas de cuidado domiciliario; la presencia, en la mayoría de los casos, de una única cuidadora, denominada “cuidador principal”, que no cuenta con la colaboración de otros familiares para minimización de la sobrecarga de los cuidados.

Se evidenció aún, por la fragilidad del entendimiento de la familia sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, la necesidad de los servicios substitutivos cumplieren efectivamente su papel, mediante la inclusión de los familiares en los espacios de cuidado propuestos por la Reforma Psiquiátrica, dando más atención a sus dificultades y dudas en relación al acogimiento del paciente con Trastorno Mental en domicilio, después del periodo de internación.

Otras constataciones fueron: la necesidad de un “cuidador principal” que sirva de referencia para el tratamiento; la dependencia de un tercero para desplazar el paciente al Centro de Atención psicosocial – CAPS y de alguien externo al ambiente familiar en relación a uno u otro; imprevisibilidad de comportamiento del paciente; y el desempleo del cuidador o del paciente que agrava la situación de tratamiento.

Se destaca también el cambio en la adhesión al tratamiento con medicamentos por la mayoría de las familias. La terapia farmacológica, que era una dificultad inicial para los cuidadores, pasa a ser una práctica domiciliar constante y segura, en el periodo pos-internación, frente a dos problemas que se agravan con el comportamiento imprevisible del paciente. Se nota la representatividad de la terapia farmacológica en todos los contextos abordados, los cuales asocian el tratamiento solamente a la ingestión de medicación, excluyendo alternativas de tratamientos en los CAPs, espacio este que podrá ser mejor investigado en el futuro, principalmente en lo que se refiere a la causas

que imposibilitan el acceso a esos servicios y/o a la centralidad en el enfoque orgánico, asociado al manejo terapéutico exclusivo por el profesional médico y en el abordaje con medicamento, conforme puntuado por otros estudios.

Con la distribución del **Guía Práctico de Cuidados**, se espera que los familiares tengan mejores condiciones de preparo para recibir su paciente en casa y se sientan más seguros cuanto a la disponibilidad del servicio a ofrecer de escucha y auxilio en la resolución de problemas que vengán a ocurrir, así como en relación a sus derechos y deberes. De esta forma, el **Guía** podrá ser utilizado en otras localidades y constituirse en estrategias de cuidados, que seguramente van a reflejar de manera positiva en el bienestar y en la salud mental del familiar a ser atendido por la familia.

Se concluye, entonces, por la necesidad de las familias conocieren más las novedades de tratamiento disponibles a los pacientes con Trastorno Mental. Para eso, los profesionales de la Red de Servicio de Salud mental deben estar preparados y a disposición para orientar esas familias, principalmente en relación al diagnóstico y a las actitudes que deben tomar frente a una crisis.

Para ese fin, se sugiere la adopción de la metodología inspirada en el paradigma de la Educación Popular en el campo de los cuidados con salud familiar como posibilidad de una relación de cambio de saberes entre los grupos familiares, en la esfera popular, y los profesionales de salud, de la comunidad científica. La Educación en Salud proporciona tal aproximación por medio del diálogo para la construcción de la emancipación y autonomía de las personas que hacen parte del proceso. Al aplicar la metodología de abordaje interpersonal en el cotidiano institucional, se entiende que hubo una contribución significativa en la construcción del SUS en términos de equidad, integralidad, universalidad y participación social.

Referencias

- Barros, R. E. M. (2012). *Re-internações psiquiátricas-influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento* (Doctoral dissertation). Universidade de São Paulo.
- Freire, P. (2002). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2012). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Gomes, R., Nascimento, E.F. y Araújo, F.C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços. *Caderno de Saúde Pública*, 23(3), 565-574.
- Miranda, C.A., Tarasconi, C.V., y Scortegagna, S.A. (2008). Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 249-257.
- OMS. (2001). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Brasília.
- Santos, E. G., y Siqueira, M. M. de. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246.
- Sousa, F.S.P., Silva, C.A.F., y Oliveira, E.N. (2010). Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. *Revista Escola de Enfermagem da USP [online]*, 44(3), 796-802.

MEJORÍA CLÍNICA EN UN GRUPO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ENFOCADO AL AUTOCONTROL

Inés Bello-Pombo, Ángela Lorente-Murcia y Silvia Bravo-Gómez

PIR Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Resumen

Antecedentes: En la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena se realizan intervenciones grupales de corte cognitivo-conductual enfocadas a la mejoría clínica de sintomatología ansioso-depresiva, impulsiva, psicótica leve, obsesiva, etc. a través de técnicas como psicoeducación, autocontrol, reestructuración cognitiva, activación conductual de un año de duración y de frecuencia semanal. El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de esta intervención de un año de duración de un grupo cognitivo-conductual centrado en la psicoeducación de los síntomas y estrategias básicas de afrontamiento de los mismos. **Método:** Evaluación pre-post de 8 pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave a través de medidas sintomáticas como el SCL-90-R y escala de autoestima, tanto al inicio de la intervención grupal como al finalizar ésta. **Resultados:** Los resultados indican una mejoría clínica aunque no significativa en las escalas sintomáticas y una mejoría clínica significativa en la escala de calidad de vida y satisfacción global ($p=0,03$). Con respecto a la autoestima, ha sufrido modificaciones en la evaluación post después de la intervención psicoterapéutica. **Conclusión:** Es clara la eficacia de estas intervenciones tal y como destaca la literatura; sin embargo, la complejidad de estos pacientes y la baja muestra pueden distorsionar el resultado. Otra conclusión interesante es que la reducción total de la sintomatología no es necesaria para lograr una adecuada satisfacción vital, y tampoco parece que la autoestima esté relacionada con una mayor o menor sintomatología, lo que supondría la posibilidad de nuevos abordajes desde la aceptación y el bienestar, aunque es necesario tomar estos resultados con precaución.

Palabras clave: Trastorno mental grave, rehabilitación

CLINICAL IMPROVEMENT IN A GROUP OF PATIENTS WITH SEVERE MENTAL DISORDER FOCUSED TO AUTOCONTROL

Abstract

Background: In the Unit of Rehabilitation of Mental Health of Cartagena, group interventions of cognitive-behavioral cut are realized focused to the clinical improvement of symptomatology anxious-depressive, impulsive, psychotic light, obsessive, etc. Through techniques such as psychoeducation, self-control, cognitive restructuring, behavioral activation of one year duration and weekly frequency. The objective of this study is to evaluate the efficacy of this one-year intervention of a cognitive-behavioral group focused on psychoeducation of symptoms and basic coping strategies. **Method:** Pre-post evaluation of 8 patients diagnosed with Severe Mental Disorder through symptomatic measures such as SCL-90-R and self-esteem scale, both at the beginning of the group intervention and at the end of the group intervention. **Results:** The results indicate a clinical improvement, although not significant in the symptomatic scales and a significant clinical improvement in the scale of quality of life and overall satisfaction ($p = 0.03$). With regard to self-esteem, it has undergone modifications in post-psychotherapy assessment. **Conclusion:** The effectiveness of these interventions is clear, as the literature highlights; However, the complexity of these patients and the low sample may distort the outcome. Another interesting conclusion is that the total reduction of the symptomatology is not necessary to achieve adequate life satisfaction, nor does it seem that the self-esteem is related to a greater or lesser symptomatology, which would imply the possibility of new approaches from acceptance and well-being. Although it is necessary to take these results with caution.

Keywords: Severe mental disorder, rehabilitation

Introducción

La atención a las personas que padecen esquizofrenia y otros trastornos mentales graves es un objetivo prioritario para los servicios públicos de salud mental. Las personas con estos diagnósticos constituyen uno de los grupos de personas con trastorno

mental más vulnerable, lo que quiere decir que tiene un mayor riesgo de desarraigo y marginalidad; por ello, requieren redes bien coordinadas entre los diferentes servicios sociales y sanitarios, además de profesionales bien formados y la implementación de programas de intervención probadamente eficaces.

Los sistemas comunitarios se caracterizan por las respuestas adaptadas que presentan a las necesidades concretas de los distintos grupos y personas con dificultades que acuden a ellos. Por lo que las necesidades detectadas en estos dispositivos son muy amplias. Por todo ello es importante diferenciar y agrupar a pacientes con problemas más o menos comunes en términos de necesidades de atención, lo que abarca más allá del diagnóstico, y que incluye personas con diagnóstico de esquizofrenia o psicosis (la mayor parte) y gran número de personas diagnosticadas de trastorno de personalidad. En este sentido, hay un consenso en la definición de un grupo de pacientes que presentan unas características que favorecen una atención preferente por los servicios de salud mental (Shepherd, 1996). A este grupo de pacientes se le denomina personas con Trastorno Mental Grave (desde ahora TMG). Su consideración preferente deriva de tres tipos de valoraciones:

- Presentar una serie de problemas múltiples y graves, que afectan de manera sistemática a varias áreas de su vida, así como a su funcionamiento personal y social, incluyendo su propia capacidad para solicitar y/o colaborar en su propia ayuda.

- El presentar la máxima prioridad para la salud comunitaria, por las consecuencias familiares y sociales que pueden llegar a ser graves en algunos casos (lo que puede justificar en ocasiones el mantenimiento del sistema tradicional para atender a estos pacientes).

- La existencia de intervenciones por parte de los profesionales que mejoran las dificultades de estos pacientes y permiten niveles de ajuste adecuados, modificando positivamente la tendencia a la cronificación del proceso.

Hay también un consenso creciente (Ruggeri, Lesse, Thornicroft, Bisoffi y Tansella, 2000) en las dimensiones a incluir en la definición de TMG. Aunque sigue habiendo cierta diversidad en cuanto a los criterios concretos a aplicar, lo que afecta a las estimaciones de prevalencia. De todas maneras, se suelen considerar tres dimensiones:

- El diagnóstico, en el que se incluyen fundamentalmente las llamadas psicosis funcionales (esquizofrenia y otras psicosis delirantes, psicosis afectivas), y algunos tipos de trastornos graves de la personalidad.

- La duración del proceso y de la utilización de recursos sanitarios y sociales.

- Las alteraciones en varios aspectos como son la conducta social y las relaciones sociales, el funcionamiento en la vida cotidiana, y el trabajo. También se tiene en cuenta la existencia de un medio social próximo poco tolerante y/o agotado.

En definitiva, el concepto de TMG hace referencia a las personas con trastorno mental que llevan más de dos años en situación continuada de desprotección personal, que necesitan ayuda económica pública, son incapaces de mantener una red personal de apoyo social, que necesitan ayuda para cubrir aspectos básicos cotidianos, que presenta una conducta social inadecuada, y que requiere intervención sanitaria frecuente, y a veces, protección jurídica. En nuestro contexto, estos pacientes se caracterizan por presentar trastornos de larga evolución, tener altos niveles de discapacidad social, requerir apoyo durante mucho tiempo, por presentar baja adherencia al tratamiento, y que frecuentemente: tienen dificultades en mantener la vinculación y conexión con los servicios sociales y sanitarios (lo que se traduce en elevadas tendencias al abandono y/o desaparición de los programas), incumplen constantemente las citas, no superan los requisitos de los programas, forman parte de listas de espera constantes para acceder a recursos nuevos, y viven solos o con padres muy ancianos, lo que dificulta tanto la adherencia al tratamiento como su propio autocuidado.

En la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena se realizan intervenciones grupales de corte cognitivo-conductual enfocadas a la mejoría clínica de sintomatología ansioso-depresiva, impulsiva, psicótica leve, obsesiva, etc. a través de técnicas como psicoeducación, autocontrol, reestructuración cognitiva, activación conductual de un año de duración y de frecuencia semanal. El objetivo del presente capítulo es evaluar la eficacia de esta intervención de un año de duración en una terapia grupal de corte cognitivo-conductual centrado en la psicoeducación de los síntomas y estrategias básicas de afrontamiento de los mismos para pacientes con diagnóstico compatible con TMG.

Método

Participantes

Pacientes con diagnóstico compatible con criterios de Trastorno Mental Grave que han estado acudiendo durante un año de manera regular a la terapia grupal de corte cognitivo-conductual realizada en el Centro de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena.

Materiales

Escala de Autoestima de Rosenberg: Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno/a mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Es una escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9, 10) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40. Existen diversos estudios que apoyan sus adecuadas características psicométricas en diversos idiomas (Curbow y Somerfield, 1991; Hagborg, 1993; Kaplan y Pokorny, 1969; Kernis y Grannemann, 1991; Roberts y Monroe, 1992; Rosenberg, 1965; Shahani, Dipboye y Phillips, 1990; Silbert y Tippett, 1965), que señalan que la consistencia interna oscila entre 0.77 y 0.88.

Cuestionario de 90 síntomas -SCL 90R- (Derogatis, 1977): Se trata de una escala autoaplicada que está constituida por 90 ítems, cuyos contenidos están relacionados con un amplio espectro de manifestaciones psicopatológicas. Cada ítem se puntúa en una escala de 0-4 (0= nada en absoluto, 1= un poco, 2= moderadamente, 3= bastante, 4= mucho o extremadamente), según se hayan experimentado cada uno de ellos durante la semana previa a la aplicación de la prueba. Los resultados permiten obtener un perfil sintomatológico así como tres índices globales de malestar. Las nueve dimensiones evaluadas son: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo; y tres escalas adicionales: el Índice de Gravedad Global (GSI), el Total de Síntomas

Positivos (PST), y el índice de Malestar Positivo (PSDI). Cuenta con unas propiedades psicométricas apropiadas y estables a través del tiempo, países, grupos de edad y tipos de población evaluada (pacientes versus no pacientes). La fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a $r = 0.70$ en la mayoría de los estudios de Habilidad test-retest y en torno a 0.80 en los análisis de consistencia interna (Derogatis, 1994; Derogatis y Savitz, 2000). La versión utilizada es la adaptación española realizada por González, de las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez (2002).

Procedimiento y Diseño: Evaluación pre-post de 8 pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave a través de medidas sintomáticas como el SCL-90-R y escala de autoestima, tanto al inicio de la intervención grupal como al finalizar ésta.

Resultados

Los resultados indican una mejoría clínica aunque no significativa en las escalas sintomáticas y una mejoría clínica significativa en la escala de calidad de vida y satisfacción global ($p=0,03$).

Tabla 1

Resultados obtenidos en la escala SCL-90

SCL-90-R (Diferencias medias)	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI
Pre-post	Pre-post	Pre-post	Pre-post	Pre-post	Pre-post	Pre-post	Pre-post	Pre-post	Pre-post	Pre-post	Pre-post	Pre-post
0,75	0,72	0,80	1,37	1,18	0,57	1	0,26	0,66	0,85	16,2	0,64	
Significación	0,133	0,072	0,13	0,04 (*)	0,081	0,315	0,075	0,543	0,22	0,06	0,03 (*)	0,086

(*) $p < 0,05$

Como puede observarse en la Tabla 1, existe una disminución significativa en la subescala de Depresión (1,37; $p < 0,05$). Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas. También hayamos otra diferencia significativa entre el pre y el post test en la subescala de PST (16,2; $p < 0,05$).



La puntuación de esta subescala refleja el total de síntomas positivos que presenta el paciente, contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva.

También se aprecia una mejoría clínica, aunque no significativa, en la mayoría de los pacientes, que se ve ejemplificada por el dato de la subescala del Índice de Severidad Global (0,85; $p=0,06$). El GSI es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar ya que combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.

Con respecto a la autoestima (ver Tabla 2, a continuación), ha sufrido modificaciones en la evaluación post después de la intervención psicoterapéutica.

Tabla 2

Resultados obtenidos en la Escala de Autoestima de Rosenberg

Autoestima Media (pre)	Autoestima Media (post)	Significación
27,4	24,4	0,001
Autoestima media	Autoestima baja	

Discusión/ Conclusión

Como conclusiones principales es clara la eficacia de estas intervenciones en la disminución de sintomatología depresiva o relacionada con el espectro de la depresión, así como una disminución acusada en el índice de síntomas positivos. Dicho Índice hace referencia tanto a la sintomatología depresiva como a la restante sintomatología posible ya comentada previamente al hablar del instrumento de medida SCL-90-R. Esta combinación facilita que la severidad de los síntomas presentes disminuya, lo que favorece un afrontamiento más adecuado del trastorno y los síntomas asociados al mismo.

Es clara la eficacia de estas intervenciones tal y como destaca la literatura; sin embargo, la complejidad de estos pacientes y la baja muestra pueden distorsionar el resultado. Otra conclusión interesante es que la reducción total de la sintomatología no es necesaria para lograr una adecuada satisfacción vital, y tampoco parece que la autoestima esté relacionada con una mayor o menor sintomatología, lo que supondría la posibilidad de nuevos abordajes desde la aceptación y el bienestar, aunque es necesario tomar estos resultados con precaución.

Referencias

- Curbow, B. y Somerfield, M. (1991). Use of the Rosenberg Self-esteem Scale with adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 113-131.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual* (Third Edition). Minneapolis: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R. y Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care setting* (pp. 297-334). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Versión of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- González, J.L., de las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hagborg, W.J. (1993). The Rosenberg Self-esteem Scale and Harter's Self-perception Profile for adolescents: a concurrent validity study. *Psychology in the Schools*, 30, 132-136.
- Kaplan, H.B., y Pokorny, A.D. (1969). Selfderogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 421-434.
- Kernis, Mh., Granneman, B.D. y Mathis, L.C. (1991). Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 80-84.
- Roberts, J.E. y Monroe, S.M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: prospective findings comparing three conceptualisations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 804-812.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G, Bisoffi, G. y Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155.
- Shahani, C., Dipoye, R.L. y Phillips, A.P. (1990). Global self-esteem as a correlate of work related attitudes: a question of dimensionality. *Journal of Personality Assessment*, 54, 276-288.

- Shepherd, G. (1996). Avances recientes en Rehabilitación Psiquiátrica. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp. 1-22). Madrid: Siglo XXI.
- Silbert, E. y Tippett, J.S. (1965). Self-esteem: clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, *16*, 1017-1071.

ANÁLISIS DE LA PARENTALIDAD EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE, QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Ana M. Rico-de la Cruz*, Almudena Blanco González*, Gloria Bellido-Zanín* y Antonio Vázquez-Morejón**

**Psicólogas Clínicas; **Psicólogo Clínico. Coordinador de Unidad de Salud Mental Comunitaria Guadalquivir. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Resumen

Antecedentes: En las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) se trata a un número de pacientes con trastornos mentales graves (TMG) que son padres. Las personas con TMG tienen las mismas aspiraciones y afrontan los mismos retos asociados a la paternidad que las demás personas. Las connotaciones positivas de la maternidad y la paternidad contrastan con las connotaciones negativas que suscita la realidad de la enfermedad mental grave. *Objetivo:* El presente trabajo pretende analizar el número de pacientes con diagnóstico de TMG que conviven con hijos menores a su cargo. *Método:* Se realizó una revisión del censo de pacientes diagnosticados de TMG, que se encontraban en activo en ese momento y una búsqueda detallada de su situación familiar, a través de sus historias clínicas y de entrevistas con sus referentes facultativos y de enfermería. *Resultados:* En total, existen 747 pacientes diagnosticados de TMG, de los cuales sólo 226, el 30% tienen hijos. Siendo el número de pacientes que conviven con sus hijos menores de edad de 75, es decir, el 10% del número total de personas con diagnóstico de TMG. *Conclusiones:* Aunque las personas con diagnóstico de TMG que son padres, es menor que la población en general, sus necesidades en cuanto a la crianza de sus hijos son las mismas que para el resto de la población, con el estrés añadido del trastorno y las consecuencias derivadas. Por todo ello, consideramos la necesidad de incorporar en las USMCS intervenciones terapéuticas que les puedan ayudar en la tarea de crianza y educación de los hijos.

Palabras Clave: Parentalidad, Trastorno Mental, Infancia, Prevención

ANALYSIS OF PARENTALITY IN PERSONS WITH DIAGNOSIS OF SERIOUS MENTAL DISORDERS, THAT COME TO A COMMUNITY MENTAL HEALTH UNIT

Abstract

Background: Community Mental Health Units treat a number of patients with severe mental disorders who are parents. People with severe mental disorders have the same aspirations and face the same challenges associated with paternity as other people. The positive connotations of motherhood and paternity contrast with the negative connotations of the reality of serious mental illness. *Objective:* The present study aims to analyze the number of patients diagnosed with severe mental disorders who live with minor children in their care. *Method:* A review of the census of patients diagnosed with severe mental disorders who were active at the time and a detailed search of their family situation, through their clinical histories and interviews with their facultative and nursing referents, was carried out. *Results:* In total, there are 747 patients diagnosed with severe mental disorders, of which only 226, 30% have children. The number of patients living with their children under 75 years of age, or 10% of the total number of people diagnosed with severe mental disorders. *Conclusions:* Although people with a diagnosis of severe mental disorders who are parents are less than the general population, their needs for raising their children are the same as for the rest of the population, with the added stress of the disorder and the consequences derived. Therefore, we consider the need to incorporate in the Community Mental Health Units therapeutic interventions that can help them in the task of raising and educating the children.

Key words: Parentality, Mental Disorder, Childhood, Prevention

Introducción

La Convención sobre los Derechos del niño define a la familia como “grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros”. Proteger y brindar apoyo a las familias debe ser una prioridad para

todos los poderes públicos (Barudy y Dantagnan 2005). El derecho a tener hijos y criarlos es reconocido como un derecho humano elemental por las Naciones Unidas. El artículo 18 de la Convención pone de manifiesto la obligación de los Estados Partes a prestar la asistencia apropiada a padres y madres en el desempeño de sus funciones. Ello implica ofrecer a los progenitores competencias parentales, orientación y servicios básicos que les ayuden a garantizar el correcto desarrollo de sus hijos e hijas. Sin embargo, no existen estándares que definan con exactitud qué significa ser un buen padre o una buena madre, sino un amplio abanico de tendencias basadas en investigaciones y opiniones de expertos que intentan despejar la incógnita sobre la crianza ideal. En medio de todas estas teorías y propuestas se encuentran los responsables de la crianza, muchas veces desorientados o superados por el exceso de información y las dudas. Si a esto añadimos el padecer un Trastorno Mental Grave, se complejiza aún más la crianza de los hijos y los deberes de las instituciones públicas, como los servicios de Salud mental, con estos padres.

La paternidad y maternidad de personas con Trastorno Mental Grave es un hecho controvertido y un aspecto secundario e incluso olvidado en los programas de Salud Mental. Las personas con enfermedad mental tienen las mismas aspiraciones y afrontan los mismos retos asociados a la paternidad, maternidad que las demás personas. Ser padres tiene unos aspectos positivos que contrastan con el estigma y la discriminación que suscita la enfermedad mental (Sánchez y Sanz, 2004). Es necesario apoyar a estas familias, para lo cual sería imprescindible un trabajo coordinado con todos los agentes de salud que intervienen. Este aspecto es necesario cuando se trabaja con padres con enfermedad mental grave que tienen a su cargo menores, para que se establezcan relaciones con otros entornos, personas o actividades donde los menores puedan desarrollar identificaciones estables y positivas con otras figuras, y conocer otros modos de relación y comunicación, con el objetivo de que obtengan un desarrollo normalizado y una imagen positiva de sí mismos.

Los problemas de pareja, las tensiones y desacuerdos entre miembros de la familia, la marginación social y la carencia de apoyos son frecuentes entre las familias con algún enfermo mental. Los miembros de la familia temen ser agredidos físicamente por el miembro psicótico de la familia y los ingresos económicos se hallan limitados por

la enfermedad, dejando a los niños en una vulnerabilidad económica, así como emocional y biológica (Dunn, 1993).

Los teóricos del vínculo y del apego, han dado mucha importancia a la relación que establece el niño con sus progenitores, para su desarrollo posterior. Spitz enfatizó la importancia para el desarrollo del niño de la reciprocidad en las interacciones afectivas materno-filiales (Spitz, 1969). Por su parte, Mahler consideró el vínculo parental como un elemento esencial para el niño, a la vez que destacó la importancia del carácter interactivo de la relación madre-hijo (Mahler, 1975). Bowlby teorizó que el vínculo, que comienza en la infancia con una relación continua y cálida con la madre u otra figura de apego, es la piedra angular de la salud mental del adulto (Bowlby, 1951; Bowlby, 1969). Stern enfatizó la naturaleza intersubjetiva del proceso de desarrollo y le asignó una importancia crítica a la interacción afectiva de la figura parental con el niño (Stern, 1985).

Hay una falta de conocimiento sobre los recursos y derechos de los padres con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, siendo necesaria la coordinación entre Salud Mental y Servicios de Protección a Infancia y Adolescencia (Park, 2006).

El objetivo del presente trabajo es conocer el número de pacientes diagnosticados con Trastorno Mental Grave, que acuden a tratamiento a una Unidad de Salud Mental Comunitaria y conviven con sus hijos a cargo menores de edad, para poder realizar a posteriori una reflexión sobre los mismos y valorar las intervenciones que han recibido al respecto así como proponer posibles intervenciones, encaminadas a la mejora de las habilidades parentales.

Método

Participantes

Los pacientes que fueron incluidos en el análisis fueron todos aquellos que estuvieran en el momento del estudio en tratamiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria y tuvieran un diagnóstico que se incluya dentro del Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Quedan incluidos, por tanto, las siguientes categorías diagnósticas: Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; F30-F39 Trastornos afectivos bipolares y Trastornos de la personalidad.

Materiales

Los materiales usados fueron el programa informático de Historia Digital para obtener el listado de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave.

En cuanto a los recursos humanos, la búsqueda fue realizada por dos Residentes de Psicología Clínica de cuarto año.

Procedimiento

Se realizó una revisión del censo de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Graves, que se encontraban en tratamiento en el momento de la revisión. Una vez obtenido el censo, se realizó una lectura detallada de su historia clínica para conocer su situación familiar, y analizar en el caso de aquellos que eran padres, si tenían hijos menores a su cargo, con los que convivían. En un segundo momento, se mantuvo entrevistas con los Facultativos Especialistas de Área de Psicología y Psiquiatría así como con sus referentes de Enfermería para comprobar los datos que se habían obtenido a través de la Historia Clínica.

Diseño

Se trata de un diseño exploratorio, tratándose de un estudio piloto para identificar una problemática y las necesidades de la misma, con el objetivo de darle respuestas adecuadas.

Resultados

Tras analizar los resultados, se obtuvo un censo de 747 personas que tienen un diagnóstico de Trastorno Mental Grave (Trastornos psicóticos, Trastornos afectivos bipolares y Trastornos de la Personalidad). Sólo 226, el 30% del total tienen hijos, incluyendo mayores y menores de edad. De estos 151 tienen hijos mayores de edad, algunos de los cuales siguen conviviendo en el hogar familiar y otros están independizados. Siendo el número de pacientes, con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, que son padres de hijos menores de edad, de 75, es decir, el 10% del número total de personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave. Si lo diferenciamos por sexo obtenemos que 39 hombres y 36 mujeres tienen hijos menores de edad. Si

analizamos este número de pacientes con hijos menores de 18 años, se observa que únicamente 56 conviven con sus hijos, mientras que 19 no conviven con sus hijos, estando los menores a cargo de otros allegados o en régimen de acogida o adopción.

Discusión

Estos datos indican como la paternidad o maternidad en personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, es menor que en el resto de la población. Muchos de estos trastornos aparecen en la adolescencia o primera juventud, lo que les impide tener una pareja y crear su propia familia, por lo que las estadísticas indican que la probabilidad de que tengan hijos es menor. Además algunos trastornos, como los trastornos del espectro psicótico, conllevan un aislamiento social, lo que les impide, en mayor medida establecer relaciones de pareja. Sin embargo, a pesar de ser menor que en el resto de la población, es mucho más frecuente de lo que se cree entre los profesionales de Salud Mental. Esto puede ser debido a los estereotipos y el estigma asociado al Trastorno Mental Grave, a la escasa atención prestada a estas situaciones y a la menor accesibilidad de estas personas a los servicios o a los abandonos de seguimiento por temor a la pérdida de custodia.

Muchos de estos trastornos aparecen en la adolescencia o primera juventud, lo que les impide tener una pareja y crear su propia familia, por lo que las estadísticas indican que la probabilidad de que tengan hijos es menor.

Es de destacar, cómo en un alto porcentaje de la muestra, se ha producido una retirada de la custodia de los hijos. La mayoría de las veces, sin embargo, aun no perdiendo la custodia, los cuidados y educación de los hijos quedan a cargo de otro familiar (pareja, abuelos, tíos,...), desligando al padre/madre de estas responsabilidades, sin que esto beneficie ni a los padres ni a los hijos ni a su relación. Cuando pueden hacerse otra vez cargo de estos cuidados éste supone un aumento del estrés que agrava la enfermedad. (Rullas, Grandes y Rodríguez, 2011). En la muestra de Dipple, Smith, Andrews y Evans (2002) la pérdida de los hijos tenía su reflejo en la psicopatología de más de la mitad de las mujeres de la muestra incluyendo delirios megalomaniacos y de filiación mantenidos en el tiempo, delirio de Capgras o pseudociosis entre otras manifestaciones clínicas. La mayoría de las mujeres, seguían sufriendo por estas

pérdidas que se unían a otras experimentadas desde el ingreso hospitalario como la pérdida de salud, del rol de madre, de la relación con los niños, de la relación con sus parejas, de los derechos como madres o de la libertad personal. Estas pérdidas no se habían elaborado ni se les había prestado atención en la clínica.

Para los padres y madres con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, existe un silencio en las consultas en relación al tema de la maternidad. Lo explican por la falta de interés de los profesionales y por su temor a la pérdida de custodia. También consideran que existe una valoración negativa de la actuación de los servicios sociales, considerando que sólo dan ayuda en momentos de crisis y para retirarles a los niños. (Ramos et al., 2016).

Por último, es de destacar las implicaciones asistenciales, que tiene este estudio: En el caso de las madres, se debe conocer la existencia de hijos o no, los deseos de ser madre y las pérdidas o duelos. También será conveniente establecer programas asistenciales, en formato grupal, dónde se genere un espacio en el que plantear las dificultades y escuchar experiencias de personas en situaciones similares, a la vez que ir introduciendo necesidades de los hijos y formas de relación más adaptativas entre padres/madres e hijos.

Referencias

- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Dipple, H., Smith, S., Andrews, H., y Evans, B. (2002). The experience of motherhood in women with severe and enduring mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 336-340.
- Dunn, B., (1993). Growing up with a psychotic mother: A retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatric*, 63, 177-189.
- Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Madrid: Marymar.
- Park, J.M. (2006). *Involment in the child welfare system among mothers with serious mental illness*. Recuperado el 4 de Abril de 2016, de www.psychiatryonline.org

- Ramos, R., Núñez, M., Piñeiro, S., Mella, S., García-Luengo, S., Currás, M., y Viz, M. del C. (2016). Maternidad y trastorno mental grave. *Norte de Salud Mental*, 14, 55-65.
- Rullas, M., Grandes, A., y Rodríguez, E. (2011). *Habilidades de crianza en personas con trastorno mental grave*. Recuperado el 21 de noviembre de 2016, de <https://amsm.es/2011/04/14/habilidades-de-crianza-en-personas-con-trastorno-mental-grave>
- Sánchez, P., y Sanz, L. (2004). Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas. *Psicopatología de Salud Mental*, 4, 99-107.
- Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

**PROPUESTA DE GRUPO TERAPÉUTICO PARA TRABAJO CON LA
PARENTALIDAD EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.
IMPORTANCIA PARA LAS MADRES Y PADRES.
PREVENCIÓN PARA LOS HIJOS E HIJAS**

**Almudena Blanco-González*, Ana M. Rico-de la Cruz*, Gloria Bellido-Zanín* y
Antonio Vázquez-Morejón****

**Psicólogas Clínicas; **Psicólogo Clínico. Coordinador de Unidad de Salud Mental
Comunitaria Guadalquivir. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Resumen

Antecedentes. Dentro del entorno de la Salud Mental, en relación a padres y madres con Trastorno Mental Grave que tienen a su cargo menores, es necesario un trabajo comunitario y coordinado con el objetivo de prevenir el malestar psicológico y las dificultades en el desarrollo de hijos e hijas. Por esto, nos planteamos la creación de un proyecto grupal de abordaje de la parentalidad con los objetivos de darle un lugar a la paternidad en personas con Trastornos Graves de Salud Mental. *Método.* El proyecto consiste en crear un grupo de en torno 15 sesiones quincenales de dos horas de duración con mujeres y hombres con diagnósticos de Psicosis y Trastorno Bipolar con hijos a su cargo. Las tareas del grupo serían el asesoramiento acerca de formas alternativas de paternaje, y, la generación de apoyo mutuo entre pacientes. *Resultados.* Al tratarse de un proyecto, los resultados del grupo no están disponibles, pero ante la bibliografía revisada el contenido de las sesiones propuestas está planteado para cumplir con la demanda y las necesidades teóricas de padres e hijos. *Conclusiones.* De la bibliografía revisada se desprende el valor del rol de padre o madre para estas personas y la importancia de la intervención sobre la parentalidad como prevención en hijos e hijas. Además, encontramos en estas personas, necesidades similares a las del resto de la población con el estrés añadido de su trastorno y los temores derivados. Algo que nos resultó importante en el diseño del grupo es la importancia de la transmisión de información sobre aspectos del trastorno a las niñas y los niños acorde a la edad.

Palabras Clave: Parentalidad, Trastorno Mental, Terapia grupal, Prevención

**PROPOSAL OF THERAPEUTIC GROUP FOR WORKING WITH
PARENTALITY IN PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL DISORDERS.
IMPORTANCE FOR PARENTS. PREVENTION FOR CHILDREN**

Abstract

Background. Inside of the Mental Health environment, in relation to parents with Severe Mental Illness who are in charge of minors, it is necessary a community and coordinated work with the objective of preventing psychological distress and difficulties in the development of children. For this reason, we propose the creation of a group project to approach parenting with the objective of give a place to the paternity in people with Serious Mental Health Disorders. *Method.* The project consists of creating a group of around 15 biweekly sessions of two hours of duration with women and men with diagnoses of Psychosis and Bipolar Disorder with children in their charge. The tasks of the group would be advice on alternative forms of paternity, and the generation of mutual support between patients. *Results.* As it is a project, the results of the group are not available, but before the bibliography reviewed, the content of the proposed sessions is designed to meet the demand and theoretical needs of parents and children. *Conclusions.* From the bibliography reviewed, we see the value of the role of father or mother for these people and the importance of intervention on parenting as prevention in children. In addition, we find in these people, similar needs to those of the rest of the population with the added stress of their disorder and the fears derived. Something that was important to us in the design of the group is the importance of the transmission of information about aspects of the disorder to children according to age.

Key words: Parentality, Mental Disorder, Group Therapy, Prevention

Introducción

La paternidad y maternidad de personas con Trastorno Mental Grave es una asignatura olvidada y casi un tabú dentro de la Salud Mental, a pesar de ser un aspecto importante de la vida y de tener gran impacto en las posteriores generaciones.

Según Park, existe una falta de conocimiento acerca de recursos y derechos de las pacientes madres y de sus hijos, una necesidad de coordinación entre Salud Mental y Servicios de Protección a la Infancia y Adolescencia. Además aparecen circunstancias específicas de esta población, como son la falta de recursos sociales para sus necesidades concretas, menos cuidados prenatales con mayor abuso de alcohol, tabaco y otras drogas con sus consecuentes dificultades obstétricas, y, altos niveles de estrés parental, con problemas en la puesta de límites y pobre satisfacción en la relación padres – hijos. (Park, 2006)

Nicholson en una encuesta a madres con esta problemática, encontró que éstas expresan la importancia de este rol para ellas y consideran que los Servicios están fragmentados en la atención que les proveen. Encuentra también un alto riesgo en los hijos de sufrir dificultades emocionales, comportamentales y de desarrollo si no existe intervención y que un gran porcentaje de estas madres tienen retirada de la custodia de éstos. En relación a sus preocupaciones, aparecen la dificultad para acceder a recursos sociales, la necesidad de aprender pautas, capacidades parentales, y, cómo comunicarse con sus hijos, cómo entenderles y fomentar que se puedan expresar. Añade que muchas de estas personas se criaron en hogares con múltiples “secretos”, abusos y adicciones, y, desean hacer las cosas de otra manera. (Nicholson y Henry, 2003).

En ese sentido, otros autores también encuentran que múltiples mujeres con Trastorno Mental Grave Diagnosticado (TMGD) han pasado por situaciones de abuso y negligencia, lo cual contribuye a la falta de conocimientos y capacidades parentales. (Nicholson, Sweeney y Geller, 1998)

Continuando con los intereses y necesidades de estas mujeres, se encuentra que los hijos les habían dado mayor felicidad y sentido a sus vidas pero que cuentan con dificultades añadidas al ejercicio de su maternidad ante los inconvenientes derivados de su trastorno y el uso de fármacos. Hablan del temor a la aparición de un trastorno mental en su descendencia tanto por aspectos genéticos como por sus circunstancias vitales. Les preocupan el estigma y el tabú acerca del trastorno mental, los cuidados que les son ofrecidos a sus hijos por las instituciones cuando ellas no están disponibles durante una crisis. Acerca de los servicios, hablan del temor a la retirada de sus hijos y la falta de interés de los profesionales en relación a sus funciones como madres. Como ideas, plantean la necesidad de apoyo durante su proceso de maternaje, respiro familiar

para los hijos, actividades fuera de casa, apoyo para las madres dentro de casa,... (Díaz-Caneja y Johnson, 2004).

Otro autor habla de las características de los trastornos que suponen un factor estresante para los niños (Solantaus, 2010):

- Duración
- Síntomas poco perceptibles o que solo aparecen en casa
- Falta de conocimiento de otras realidades sociales
- Interrupciones repentinas de las rutinas diarias, inestabilidad en las relaciones, “promesas incumplidas”
- El secreto del trastorno mental dentro y fuera de la familia, y, la falta de información
- Intensidad de los síntomas
- Edad de los niños
- Casos en los que ambos padres tienen un trastorno.

A nivel de tratamiento encontramos que las estrategias de Intervención Psicosocial que han encontrado evidencia de eficacia son aquellas que incluyen: Tratamiento Asertivo Comunitario, Psicoeducación familiar, Empleo Protegido, Entrenamiento en Habilidades, automanejo de síntomas, intervenciones cognitivas y tratamiento integrado para trastornos comórbidos. (Bond, Drake, Mueser y Latimer, 2001). Además de que específicamente las mujeres con psicosis necesitan ayuda en el planteamiento de un cuidado alternativo durante los episodios de crisis. (Howard, Kumar y Thornicroft, 2001).

Tras estos hallazgos en la revisión bibliográfica, en la Unidad de Salud Mental Comunitaria Guadalquivir perteneciente a la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla planteamos un grupo acorde a ellos para personas dentro del censo de TMGD de este centro.

Método

Como trabajo del aspecto de la parentalidad planteamos la realización de un grupo terapéutico con los objetivos de:

- Darle un lugar a la paternidad en personas con trastornos graves de Salud Mental

- Generar un espacio en el que plantear dificultades y escuchar experiencias de personas en situaciones similares
- Introducir necesidades de los hijos y formas de relación más adaptativas entre padres/madres e hijos
- Fomentar el conocimiento más que responsabilizar por su situación y características

Participantes

Para posibilitar la realización, dentro del encuadre introducimos como criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres del censo de TMGD: Psicosis y Trastornos del espectro Afectivo Graves
- Edad superior a los 18 años
- Derivación a criterio de referentes y tras entrevista por terapeutas grupales
- Aceptación por su parte del tratamiento psicológico
- Aceptación por su parte del formato grupal

Como criterio de exclusión consideramos que las personas que se encuentren en una crisis aguda de su trastorno no estarían en un momento propicio para la adquisición de información y debate, pudiendo participar de nuevas convocatorias.

Materiales

Realizamos un encuadre semiestructurado con las sesiones preestablecidas pero con la participación activa de los asistentes. Se contempla la utilización de distintas técnicas como, modelado, instrucciones, role-playing,...

El contenido de las sesiones es el siguiente:

- I. Presentación del grupo, encuadre, normas y participantes
- II. Planteamiento de puntos fuertes y puntos a mejorar de cada familia.

Introducción de aspectos de parentalidad bientratante y las características a potenciar como padre y madre

- Disponibilidad múltiple: diversidad de espacios y experiencias
- Espacios afectivos
- Espacios íntimos

- Espacios lúdicos
- Espacios de aprendizaje
- Estabilidad
- Accesibilidad
- Fomento de las potencialidades
- Coherencia entre el lenguaje digital y analógico (Barudy y Dantagnan, 2005)

III. Descripción de las características evolutivas de los niños por edades y necesidades a cubrir por etapas (González y Román, 2012).

- 0 a 12 meses
- 12 a 36 meses
- 3 a 6 años
- 6 a 10 años
- 10 a 18 años

IV. Planteamiento explícito de las necesidades de los niños:

1. fisiológicas
2. de estimulación cognitiva

3. afectivas; introduciendo aspectos a fomentar para lograr un vínculo seguro dentro de las posibilidades de los padres

4. sociales; debatiendo acerca de la necesidad de autoestima, normas, límites y sanciones, valores,... Discusión acerca del castigo físico y sus repercusiones (Barudy y Dantagnan, 2005).

V. Comunicación eficaz dentro de la familia y resolución de conflictos (González, Martín y Roig, 2013).

VI. Indicaciones por pasos para tratar el tema del trastorno mental parental teniendo en cuenta la edad del menor (Solantaus, 2010)

VII. El papel de los hijos en la familia e ideas para preservar el rol propio a su edad. Creación de un plan de crisis. Trabajo con mitos relacionados con el tema

VIII. Cierre del grupo contemplando las dudas y feedback.

Procedimiento

Tras el análisis del censo de personas con TMGD consideramos que sería importante plantear cada caso a los profesionales, Psicólogos Clínicos, Psiquiatras,

Enfermeros o Auxiliares de Enfermería y Trabajadora Social para conocer más a fondo el caso y valorar conjuntamente la idoneidad de la intervención. Tras esto, los posibles candidatos serían entrevistados por una de las terapeutas grupales y valorados cuantitativamente con cuestionarios que contemplen tanto su sintomatología como sus capacidades parentales. Si la valoración cumple los criterios de inclusión y el posible participante acepta el tratamiento psicológico y grupal, éste inicia el grupo. Tras la finalización, se valorará la satisfacción objetiva y subjetivamente, y, se realizará un análisis postgrupal utilizando los mismos instrumentos que en el pregrupo.

Diseño

Se trata de un grupo de en torno a 15 sesiones con frecuencia quincenal y con dos horas de duración, con un número de entre 10 y 15 participantes. Como tarea del grupo está el asesoramiento en maneras alternativas de paternaje, y, apoyo mutuo entre pacientes.

Resultados

Observamos en la bibliografía, primeramente, la importancia que existe entre el vínculo madre / padre e hijo y el valor del rol que tiene ser padre o madre para las personas con TMGD. Existe una demanda real por parte de éstos acerca de que la parentalidad y las características específicas en estos casos sean contempladas y abordadas por los sistemas de tratamiento ante sus múltiples necesidades y miedos. Resaltamos la intervención con las madres y padres como prevención de problemas actuales y futuros en los hijos, dentro de la cual sería imprescindible la introducción de aspectos que ayuden a la transmisión de información sobre características del trastorno a las niñas y los niños teniendo en cuenta su edad.

Al ser un proyecto, los resultados del grupo no están disponibles pero ante la bibliografía revisada, el contenido de las sesiones propuestas está planteado para cumplir con la demanda y las necesidades de padres e hijos.

Discusión

Reiteramos la importancia de tener en cuenta la parentalidad de las personas que acuden a los Servicios de Salud, destacando a las personas con trastornos graves ya que

tienen más carencias en este ámbito fruto de su historia y sus circunstancias actuales. A pesar de haber encontrado mucha bibliografía demostrando este punto, no existen muchas publicaciones que hablen de intervenciones individuales o grupales concretas. Por esto, parte de nuestro objetivo es estudiar los resultados una vez se realice el grupo.

A nivel de encuadre nos continuamos planteando criterios de inclusión en relación a los tipos de trastorno y la posibilidad de que en el grupo exista la interdisciplinariedad en los profesionales, introduciendo Trabajo Social ya que en la bibliografía aparece la necesidad de información acerca de recursos y derechos como padres y madres.

Consideramos importante tener en cuenta las movilizaciones que pueden surgir en los participantes respecto a su propia historia como hijos que son de sus propios padres, y, mantener el respeto a los pacientes como progenitores de sus hijos a pesar de su problemática. También reflexionamos acerca de que las ideas y pautas que se plantean son ideales y difíciles de llevar a cabo, dejando claro que los padres en general no son perfectos y se equivocan, así reduciendo las exigencias. Queremos hacer énfasis en la importancia de la introducción de las necesidades de los menores por edades y la atención a recibir por parte de las figuras de apego, la ruptura de mitos en torno al cuidado y al trastorno en relación a la parentalidad, énfasis en las conductas disfuncionales que pueden surgir en la interacción, y, la posibilidad de creación de planes de crisis para los padres teniendo en cuenta la atención de las hijas e hijos.

Referencias

- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., y Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141 – 159.
- Díaz-Caneja, A., y Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers. A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 472 – 482.
- González, R., Martín, S., y Roig, S. (2013). *Queriendo se entienden las familias. Guía de intervención sobre parentalidad positiva para profesionales*. Madrid: Save the Children España.

- González, R., y Román, Y. (2012). *¿Quién te quiere a ti? guía para padres y madres: cómo educar en positivo*. Madrid: Save the Children España.
- Howard, M., Kumar, R., y Thornicroft, G. (2001). Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 427 – 432.
- Park, J. M. (2006). *Involment in the child welfare system among mothers with serious mental illness*. Recuperado el 4 de Abril de 2016, de <http://www.psychiatryonline.org>
- Nicholson, J., Sweeney, E.M. y Geller, J. L. (1998). Mothers with mental illness: II. Family relationships and the context of parenting. *Psychiatric Services*, 49, 643-649.
- Nicholson, J., y Henry, A. D. (2003). Achieving the goal of evidence-based psychiatric rehabilitation practices for mother with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(2), 122-130.
- Solantaus, T. (2010). *Kids Streghts. Kids in the context of Mental Disorders. Modul 1 Let's talk about children. When the parents has mental health problems. Modul 2 The Impact of Parental Mental Vulnerability on Children. Modul 3 The importance of providing information to parents and children relating to possible mental vulnerability*. Recuperado el 4 de abril de 2016, de <https://www.strong-kids.eu>

NEW INTERACTIONS IN FATHER-MOTHER-BABY TRIAD: CHALLENGES TO CONTEMPORARY CLINICS

Carine Valéria Mendes Dos Santos and Isabel Cristina Gomes

Psychology Institute, University Of São Paulo

Abstract

Child care, especially in early childhood, has been ascribed as an exclusive assignment to the wife/mother since early times. However, there is a growing participation of men in baby and young child care nowadays. This phenomenon is gradually modifying parental roles related to genre and is also creating new dynamics of psychic functioning within family arrangements. Thus, studies that focus on the essential role of fathers as caregivers in child development are added up to those classical studies on mother-baby relationships. This paper follows that assumption and reports a doctoral research in progress which aims to investigate interactions in father-mother-baby triads in the city of Maceió/Brazil. It is intended, therefore, to discuss demands created by these new interactions and some challenges these demands bring to clinical practice and research. The study is based on a psychoanalytic and psychosocial approach that assumes that mothers' difficulties in dealing simultaneously with work and baby care, fathers' insecurity in full caregiving, couples' competitiveness and obstacles to achieve cooperation and mutually satisfactory action, cultural contradictions in traditional and contemporary gender references and couples' conflicts in the maintenance of child care are central problems. Given these issues, both man and women redefine themselves in their roles as parents in order to favour a more egalitarian care division, which does not mean homogenization of roles. These changes extend to clinical and therapeutical family care and convene professionals dealing directly with early childhood issues to try to understand the transformations by which these nuclear/heterosexual/monogamous family are passing through.

Keywords: Baby, Parents-Child Relationships; Psychoanalysis; Clinical Psychology.

Introduction

We define the traditional family model, governed by patriarchal ideology, to score contemporary changes in the production and maintenance of relational dynamics in the family. The space, the functions and roles of female and woman have been restricted to domestic environment and childcare was a prerogative of female identity. The male and man counterpart has had broad access to public spaces and undisputed ownership of authority and power over other family members (Viala, 2011).

While childcare has been assigned to women, men have been taken aside and affectively excluded from children's demands, especially in early childhood. It has happened for a long time, established as natural and accepted as an irreversible fact for men and women (Trifan, Stattin and Tilton-Weaver, 2014).

Although the polarized assignments that place women as home and children caretakers and men as authorities and financial providers still remains in contemporary society, there is a growing revolution challenging this previously established model. These disputes occur directly, i.e. in social movements such as feminism which fights against male dominance as a regulatory enforcement, and indirectly, by the emergence of new gender benchmarks which focus on a progressive change of the roles and functions of men and women in the family (Schulz and Rost, 2012).

Traditional and contemporary references coexist simultaneously and it has been observed that flexible and democratic processes are requiring discussions on what constitutes parental practices. The contemporary woman extends her identity to encompass multiple social roles which are not restricted to motherhood: she becomes a financial provider as well, investing on her technical and academic qualification and professional career. On the other hand, the man is replaced in the family environment taking care functions presented as "womanly" as the maintenance of the household chores and children care (Stevens, 2015; Zvara, Schoppe-Sullivan and Dush, 2013).

There has been also a growing interest of men in participating in child and baby care, a paradigmatic fact which replaces father-baby relations in a more direct interaction, not necessarily mediated by mothers. In this context, women have acted ambivalently, sometimes by simplifying their companions' access to children and care,

other times restricting or even depreciating the fathers' place as caregivers (Kosakowska-Berezecka et al., 2016; Rehel, 2014).

One can see that, especially in relation to childcare, it is still difficult for women to relinquish their roles as primary caregivers, because this has been a long part of female identity. In this context, it is also possible to refer to women who feel overwhelmed by having to divide among many functions, while their partners' participation do not happens effectively in housework (Quek, Knudson-Martin, Orpen and Victor, 2011; Ruitenbergh and Beer, 2014).

The scientific literature has increasingly explored these new parenting and gender references concerning contemporary family. Psychoanalysis makes room to think about the father role as a caregiver in the children psychic formation process and development. Psychosocial studies investigate micro and macro impacts of new roles and parental functions in redefining male and female beings.

According to these assumptions, this study aims to investigate the interaction processes emerging from the triad father-mother-baby due to new parental references and discuss the implications of these changes in clinical contexts that deal with family, marital and childcare.

Method

This study reports a doctoral research in progress and was developed from an adaptation of the *Mother-Baby Relationship Observation Method* which was designed by the psychoanalyst Esther Bick to observe family contexts. The method is qualitative and psychoanalytic based and aimed to provide a comprehensive analysis of familiar contexts and interactive processes (Bick, 1968; Oliveira-Menegotto, Menezes, Caron and Lopes, 2006).

Participants

Two triads (father-mother-baby) from the city of Maceió/Brazil.

Instruments

Observation reports and semi-structured interview transcriptions.

Procedures

Observations occurred for three months (from the 6th to the 9th month since babies' birth), weekly, lasting 1 hour and focused on capturing interactions during daily activities of these familiar triads. An interview was made with each couple after the three months observations. The interview was recorded on audio and transcribed.

Results

Based on what was observed and considering the impact of new family dynamics to the contemporary clinical context, we present below some relevant issues:

Motherhood x Career: women who are investing in their own qualification and professional careers have presented sufferings and difficulties related to the overloading of functions. In scientific literature, some papers focus on what has been called a triple working day, the division of women's time and effort between educational qualification, professional career and family life. Therefore, the overload is accentuated by the non-participation or selective participation of some men in domestic activities and children care. Women are still placed as responsible for domestic environment, even when they contribute equally to financial provision. Women observed in this study showed negative representations of maternity leave ending and their return to work, because this moment was understood as a painful separation from the baby and a way of neglect in relation to their place as primary caregiver.

Fathers Insecurity: it has been observed that men who participated in this study had insecurities when assuming the role of caregivers to their babies. These insecurities were at times reduced by mothers trust on fathers' performances as caregivers. However, at other times, these mothers showed derogatory attitudes or restrictions in relation to their companions' attitudes. It was noticed that mothers' place next to the child is still highly valued by men and women, even when men are actively caregivers. Fathers who try to insert in childcare can present themselves as learners and build a new place as they feel safer to make the daily care, or they can conform to the position of auxiliary companions, keeping a secondary and indirect role in relation to their children.

Parental Competitiveness: as fathers are acquiring skills and acting in ways that are most effective in caring for their children, it was also observed that, throughout the implementation of the daily care, couples showed behaviors of competitiveness in

relation to the efficiency of care and the type of attention for the child. Soon, men began to also claim a place of distinction and women were sometimes threatened in his privileged place in view of the increasing paternal insertion. This conflict was regarded as a reflection of the ambivalence men and women have in relation to changes in gender stereotypes and, consequently, to new parental roles of men and women. While women argue for a more equal division of responsibilities, this speech has limitations related to uncomfortable feeling women themselves show when they see men can perform care as efficiently as they do. Also, if men understand that their companions have a privileged status because they are mothers, the engagement to their child and desire to be recognized as caregivers create the need to contest dominant maternal care.

Cooperative Dynamics: the contemporary scientific literature has developed the idea of egalitarian family and mentioned the more democratic division of tasks in the family, referring both paid and domestic work. The definition of dual-career couples to refer to couples where both members contribute to the financial success and also invest in a professional career can be also presented in this literature. Therefore, the egalitarian ideals serve to establish a democratic and cooperative dynamics in the family. Difficulties occur when the egalitarian ideal is only discursively present, because continuing care and practices are still unequally assigned and inflexible. Some men, enshrined in a privileged position of domination and power, resist to redefine their roles and functions. Because of that, what is feminine can still be understood and rejected as inferior and associated with a character of emasculation. Women, on the other hand, try to get out of subjugation and defend with more intensity the egalitarian ideals. However, with regard to motherhood, they keep an attitude of resistance to share childcare and leave their omnipotence role as caregivers. Furthermore, those who do not identify with motherhood and do not wish to have children, suffer pressures and social criticisms by building an identity that unlinks womanhood and motherhood. These women, who often prefer to invest exclusively in a professional career, are seen as incomplete and even less of a women, which shows how female identity is still invariably tied to motherhood in the social imaginary.

Traditional X Contemporary: comparing observation notes and interviews transcriptions it was noticed that speeches have not often matched the couples practices. These contradictions are correlated to the simultaneous presence of contemporary

references concerning the egalitarian family model and traditional references concerning the patriarchal family model. It is important to discuss, therefore, about the establishment of a transitory period between family models, the gradual transformation of the processes of parenthood construction and how it can impact on children's psychological formation.

Discussions/Conclusion

Considering the issues previously presented, it is possible to discuss about their impacts in the contemporary clinical context of family, couples or babies/children care. Changes in the dynamics of family functioning, restricted to heterosexual and monogamous families in this study, bring aspects that need to be considered for different contexts of clinical care. It gives new meaning to current perspectives and requires updating practices and theories.

It is necessary to understand parental construction process as something that happens both for men and women and is in permanent redesign due to situational demands throughout children's development. It is already possible to decentralize the mother as a caregiver and include the father as a present and engaged caregiver as well when discussing children care. There are currently studies in which, in cases of maternal postpartum depression or psychosis, the father is asked to act as primary caregiver and repair the affective deficiencies that could possibly affect the baby. Other studies that explore the skin-to-skin contact between the parent and the premature baby have been also developed (Frizzo and Piccinini, 2007; Helth and Jarden, 2013).

On clinical spaces for family care it is necessary to convene the father as an essential element to understand the family dynamics and to be a possible agent for transformation and conflict resolution. The role of the father as caregiver needs to be legitimized and considered as self-evident, in order to society starts to question his absence and not his presence.

Contemporary clinics should also try to understand motherhood meanings for each woman, taking care not to be a space and a speech which limits female identity. In this way, the suffering generated by the performance of multiple roles must be understood and contextualized according to individual desires and subjective conflicts, but also in a macrossocial context.

The emergence of multiple demands for men and women bring parental and marital conflict, which requires to the clinical psychologist new perspectives to contemporary reference and the difficulty to reconcile them to traditional constraints present in various social arenas.

Finally, clinical space becomes a place of research and analysis of social structures and symptoms which relate to these paradigmatic changes. It brings benefits and freedoms and also results in psychic suffering which demands care. Observe the effects that these changes bring to the processes of children's psychic formation and parents' social construction is essential and enables the expansion of the current understanding of contemporary family functioning.

Acknowledgment

Grant #2015/24335-7, São Paulo Research Foundation (FAPESP).

References

- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.
- Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2007). Maternal depression and father-mother-baby triadic interaction. *Psicol. Reflex. Crit.*, 20(3), 351-360.
- Helth, T. D. & Jarden, M. (2013). Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(3), 114-121.
- Kosakowska-Berezecka, N., Besta, T., Adamska, K., Jaskiewicz, M., Jurek, P. & Vandello, J.A. (2016). If my masculinity is threatened i won't support gender equality? The role of agentic self-stereotyping in restoration of manhood and perception of gender relations. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(3), 274-284.
- Oliveira-Menegotto, L. M., Menezes, C. C., Caron, N. A. & Lopes, R. C. S. (2006). The Bick infant observation method: clinical aspects. *Psicología Clínica*, 18(2), 77-96.

- Quek, K. M. T., Knudson-Martin, C., Orpen, S. & Victor, J. (2011). Gender equality during the transition to parenthood: A longitudinal study of dual-career couples in Singapore. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(7), 943-962.
- Rehel, E. M. (2014). When dad stays home too: paternity leave, gender, and parenting. *Gender & Society*, 28(1), 110-132.
- Ruitenbergh, J. & Beer, P. (2014). Exploring the social origins of dutch mothers' ideal family lives. *Sex Roles*, 70, 315-328.
- Schulz, F. & Rost, H. (2012). Division of housework, maternity leave and the policy of parenting benefit in Germany. *Journal of Family Research*, 24(1), 27-45.
- Stevens, E. (2015). Understanding discursive barriers to involved fatherhood: the case of Australian stay-at-home fathers. *Journal of Family Studies*, 21(1), 22-37.
- Trifan, T. A., Stattin, H. & Tilton-Weaver, L. (2014). Have authoritarian parenting practices and roles changed in the last 50 years? *Journal of Marriage and Family*, 76, 744-761.
- Viala, E. S. (2011). Contemporary family life: a joint venture with contradictions. *Nordic Psychology*, 63(2), 68-87.
- Zvara, B. J., Schoppe-Sullivan, S. J. & Dush, C. K. (2013). Fathers' involvement in child health care: associations with prenatal involvement, parents' beliefs, and maternal gatekeeping. *Family Relations*, 62, 649-661.

RELACIÓN ENTRE EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y ESTADO EMOCIONAL EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER

Sonia González-Fernández*, **Concepción Fernández-Rodríguez***, **Marino Pérez-Álvarez***, **Celina Padierna-Sánchez**** y **José Luis Besteiro-González***

**Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo; **Centro de Salud Mental de Mieres.
Servicio de Salud del Principado de Asturias*

Resumen

Antecedentes: Se plantea que una menor implicación en actividades valiosas y la evitación inflexible de pensamientos, sentimientos y recuerdos relativos al proceso oncológico pueden tener un papel central en las dificultades emocionales y en la calidad de vida de los supervivientes de cáncer. **Método:** Se analizó este supuesto mediante un estudio predictivo transversal. Se evaluó el estado emocional, la calidad de vida y la flexibilidad psicológica en una muestra de 41 supervivientes. **Resultados:** En torno a la mitad de las personas de la muestra presentaban malestar emocional clínicamente significativo. La evitación explica un porcentaje alto de la varianza en ansiedad, depresión, distrés general y calidad de vida. Una menor implicación en actividades relevantes contribuye, de manera más específica, a explicar la variabilidad en la depresión. Las variables predictoras seleccionadas explican un porcentaje muy alto de la variabilidad en las dificultades emocionales y en la calidad de vida (entre $R^2 = 0,687$ y $R^2 = 0,836$, $p < 0,05$). **Conclusiones:** Se destacan las implicaciones clínicas de estos resultados.

Palabras clave: cáncer, evitación experiencial, depresión, ansiedad, calidad de vida.

RELATIONSHIP BETWEEN EXPERIENTIAL AVOIDANCE AND EMOTIONAL STATE IN CANCER SURVIVORS

Abstract

Background: This study analyses the premise that less time spent carrying out valuable activities and inflexible avoidance of thoughts, feelings and memories related to the

oncological process may play an important role in the emotional problems of cancer survivors. Method: The analysis was carried out using a cross-sectional predictive study. Emotional state was evaluated, as was quality of life and psychological flexibility in a sample of 41 survivors. Results: Approximately half of those in the sample suffered from clinically significant emotional distress. Avoidance explained a high percentage of the variance in anxiety, depression, general distress and quality of life. A lesser degree of involvement in valuable activities contributed, more specifically, to explaining variability in depression. The predictor variables selected explained an extremely high percentage of the variability in emotional problems and quality of life (between $R^2 = .687$ and $R^2 = .836$, $p < .05$). Conclusions: The study also focuses on the clinical implications of these results.

Keywords: cancer, experiential avoidance, depression, anxiety, quality of life.

Introducción

Una parte importante de los supervivientes de cáncer presentan problemas físicos y psicológicos relacionados con la enfermedad y su tratamiento (Aaronson et al., 2014). Estas dificultades pueden interferir en el mantenimiento de roles importantes para ellos (Fernández et al., 2011).

Frente a estos problemas y limitaciones, y a la propia experiencia de recibir el diagnóstico y tratamiento de un cáncer, es frecuente experimentar pensamientos, sentimientos y recuerdos desagradables. Una reacción habitual a estas experiencias es intentar evitarlas. Los intentos de evitar/controlar las experiencias desagradables tienen el propósito de aliviar el malestar asociado a las mismas. Sin embargo, se asocian a problemas emocionales (Donovan-Kicken y Caughlin, 2011). Estos intentos de control generarían más malestar, contribuirían a su mantenimiento y limitarían la implicación en áreas vitales importantes.

En los supervivientes de cáncer se plantea así una posible situación marcada por una menor implicación en actividades valiosas y un patrón de respuesta centrado en evitar experiencias internas desagradables. De acuerdo al modelo de flexibilidad psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014), consideramos que esta situación puede tener un papel central en las dificultades emocionales de los supervivientes oncológicos.

Se analiza este supuesto estudiando las relaciones entre patrones de evitación y distrés emocional, ansiedad y depresión.

Método

Participantes

Supervivientes oncológicos demandantes de consejo y/o tratamiento psicológico en la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología (Universidad de Oviedo). Criterios de inclusión: edad entre 18-70 años; situación clínica en fase libre de enfermedad oncológica documentada con informe médico actualizado. Criterios de exclusión: deterioro físico y/o cognitivo que dificultase la comprensión y cumplimentación de los instrumentos de medida.

La muestra final se compuso de 41 personas, 35 mujeres y 6 varones, con edades comprendidas entre 34 y 67 años ($M = 52,2$; $DS = 8,05$). Los tipos de cáncer más frecuentes fueron cáncer de mama (70,7%) y cáncer de pulmón (7,3%). Desde el final del tratamiento había transcurrido una media de 3 años y 9 meses (rango: 1 mes - 17 años).

Instrumentos

- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS; Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala ha mostrando una fiabilidad de 0,80 para cada una de las subescalas y una validez de 0,70 (Aaronson, Bullinger y Ahmedzai, 1988).

- Inventario Breve de Síntomas-18 (BSI-18; Derogatis, 2001). Varios estudios muestran la buena fiabilidad y validez del inventario y avalan su uso en pacientes oncológicos (Galdón et al., 2008; Zabora et al., 2001).

- Cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30 versión 3.0 (Aaronson et al., 1993). Diferentes estudios prueban las garantías psicométricas del instrumento (Aaronson et al., 1993). Los estudios de validación con población española de la tercera versión de este cuestionario (Arrarás et al., 2002; Arrarás et al., 2008) muestran resultados similares a los encontrados en estudios de validación previos y avalan su uso en población española.

- Versión breve del “Inventario para la depresión de Beck” de 1978 (BDI-IA) basada en su subescala cognitiva-afectiva (BDI-IA-SCA; Beck y Steer, 1993). Sanz y García-Vera (2007) encontraron coeficientes $\alpha > 0,70$ en tres muestras españolas y un índice aceptable de precisión diagnóstica (área bajo la curva ROC = 0,81).

- Escala de Observación del Recompensa desde el Entorno (EROS; Armento y Hopko, 2007). Se empleó la adaptación española del EROS (Barraca y Pérez-Álvarez, 2010) que cuenta con datos que avalan su fiabilidad ($\alpha = 0,86$) y validez.

- Cuestionario de Aceptación y Acción - II (AAQ-II; Bond et al., 2011). La traducción al español de este cuestionario mostró buena consistencia interna ($\alpha = 0,88$) y las puntuaciones se relacionaron significativamente con medidas generales de psicopatología y de calidad de vida (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

- Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs; Kanter, Mulick, Busch, Berlin y Martell, 2007). La adaptación española del BADs (Barraca, Pérez-Álvarez y Lozano, 2011) mostró ser una escala válida y con consistencia interna (entre $\alpha = 0,76$ y $\alpha = 0,90$).

Procedimiento

Durante un periodo de 9 meses, a todas las personas que cumplían los criterios de selección, se les informó, de forma oral y escrita, de los objetivos y procedimientos del estudio y de las garantías de confidencialidad en la evaluación y tratamiento de datos. Seguidamente, se les solicitó por escrito su consentimiento informado.

Cada participante cumplimentó de forma autónoma las pruebas de evaluación. La realización de las pruebas ocupó aproximadamente 20-30 minutos.

Diseño

Se empleó un diseño predictivo transversal. Se obtuvieron los estadísticos descriptivos correspondientes en función del tipo de variable. Para determinar las variables que predicen las puntuaciones en ansiedad, depresión, distrés general y calidad de vida, se realizaron análisis de regresión lineal múltiple mediante pasos sucesivos. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 22.

Resultados

Ansiedad, depresión y distrés general

En las Figuras 1 y 2 se recogen los porcentajes de participantes de la muestra según los resultados en ansiedad, depresión, somatización y distrés general.

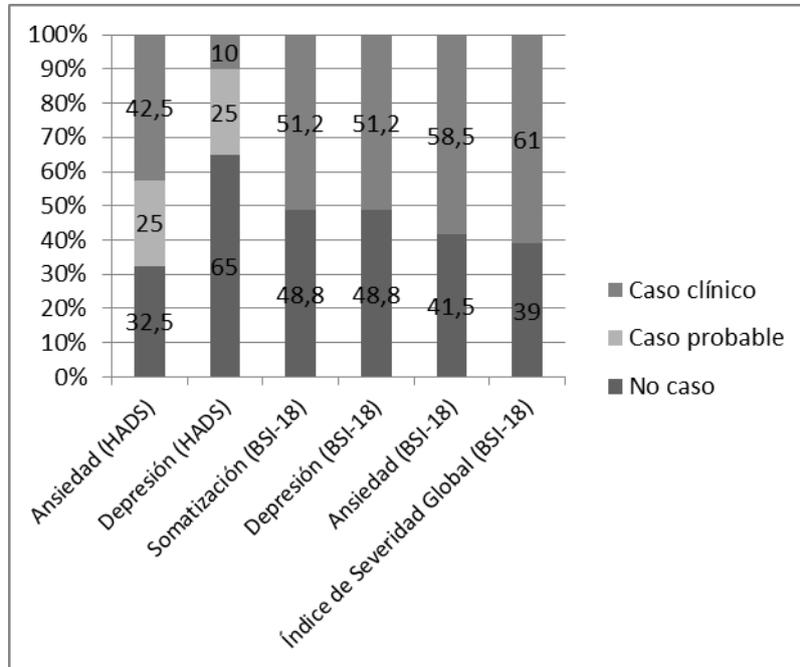


Figura 1. Resultados en la HADS y en el BSI-18.

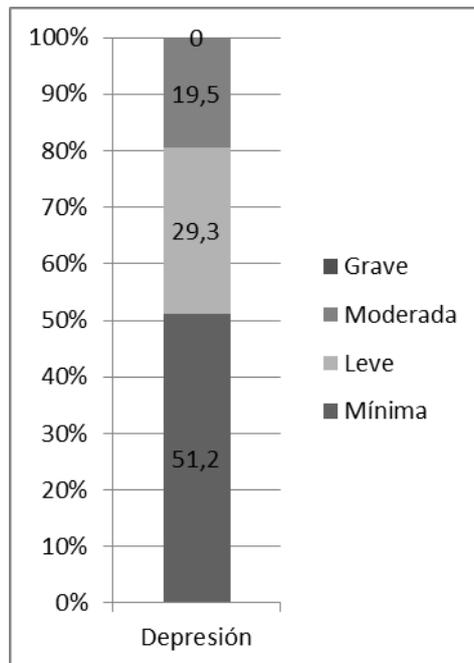


Figura 2. Resultados en el BDI-IA-SCA.

Calidad de vida

En la Tabla 1 se recogen los estadísticos descriptivos de la muestra en las escalas e ítems de calidad de vida.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos en las escalas/ítems del QLQ-C30

	QL2	PF2	RF2	EF	CF	SF	FA	NV	PA	DY	SL	AP	CO	DI	FI
M	62,61	80,68	75,64	60,26	64,10	70,08	39,17	5,98	27,14	19,66	41,02	17,95	14,53	12,82	20,51
DS	22,45	19,03	29,33	25,39	29,99	30,15	26,82	18,92	29,23	30,32	38,59	31,39	25,12	26,06	32,09

Nota: QL2: Salud/calidad de vida global. PF2: Funcionamiento físico. RF2: Funcionamiento de rol. EF: Funcionamiento emocional. CF: Funcionamiento cognitivo. SF: Funcionamiento social. FA: Fatiga. NV: Náuseas y vómitos. PA: Dolor. DY: Disnea. SL: Insomnio. AP: Pérdida de apetito. CO: Estreñimiento. DI: Diarrea. FI: Impacto financiero.

Activación/evitación psicológica

En la Tabla 2 se recogen los estadísticos descriptivos de la muestra en las escalas y subescalas de activación/evitación psicológica.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos en las medidas de activación/evitación psicológica

	EROS	AAQ-II	BADS				
			A	AT	AS	E/R	T
N	40	39	40	40	40	40	40
M	27,59	25,77	23,10	9,94	6,98	21,85	92,34
DS	6,90	10,36	9,33	7,91	9,26	12,63	30,05

Nota: Dimensiones de la BADS: A: Activación. AT: Afectación del trabajo/rendimiento académico. AS: Afectación de la vida social. E/R: Evitación/rumia. T: BADS total.

Relación entre variables

Regresión lineal múltiple. Las variables predictoras se seleccionaron en base a resultados previos del equipo de investigación y los datos recogidos en la literatura. Como tales se consideraron el EROS, el AAQ-II, las cuatro dimensiones del BADS, las subescalas de fatiga (FA) y dolor (PA) y el ítem de insomnio (SL) del QLQ-C30. Se cumplieron los supuestos de normalidad y homocedasticidad multivariable requeridos para realizar el análisis de regresión lineal múltiple. En la Tabla 3 se presentan los resultados del análisis de regresión lineal múltiple.

Tabla 3

Datos de las ecuaciones de regresión lineal múltiple

Var. dep.	Var. pred.	N	B	Error típ.	Sig.	Tolerancia	R²
HADS-A	AAQ-II	37	0,15	0,07	0,04	0,43	0,54
	FA		0,06	0,02	0,00	0,77	0,64
	BADS E/R		0,12	0,05	0,03	0,48	0,69
HADS-D	EROS	36	-0,28	0,08	0,00	0,41	0,68
	FA		0,04	0,02	0,02	0,70	0,74
	AAQ-II		0,10	0,05	0,04	0,43	0,77
BSI-18 GSI	FA	37	0,33	0,06	0,00	0,53	0,72
	AAQ-II		0,39	0,13	0,00	0,75	0,79
	SL		0,08	0,04	0,04	0,59	0,81
BDI-IA-SCA	AAQ-II	38	0,38	0,05	0,00	0,47	0,81
	BADS E/R		0,09	0,04	0,04	0,47	0,84
	BADS E/R		0,21	0,05	0,00	0,55	0,62
BDI-IA-SCA ^a	E/R	38	-0,29	0,09	0,00	0,55	0,71
	EROS						
QL2	FA	38	-0,49	0,09	0,00	0,76	0,59
	AAQ-II		-0,81	0,23	0,00	0,76	0,69

Nota: Var. dep: Variable dependiente. Var. pred.: Variables predictoras. ^a: Sin incluir el AAQ-II entre las variables predictoras en el análisis de regresión lineal múltiple.

Las variables AAQ-II, FA y evitación/rumia de la BADS (BADS E/R) determinan el 68,7% de la variabilidad de las puntuaciones en la subescala de ansiedad de la HADS. En la subescala de depresión, las variables EROS, FA y AAQ-II explican el 76,9% de las diferencias en las puntuaciones. Tres variables, FA, AAQ-II y SL, determinan el 81,1% de la variabilidad de las puntuaciones en el BSI-18 GSI.

Las variables AAQ-II y BADS E/R explican el 83,6% de las diferencias en el BDI-IA-SCA. Al realizar el análisis de regresión lineal múltiple para el BDI-IA-SCA excluyendo entre las variables predictoras el AAQ-II, se encuentra que el 70,5% de la variabilidad de las puntuaciones viene determinada por las variables BADS E/R y EROS. Para el QL2, el análisis muestra que el 69,3% de la variabilidad de las puntuaciones viene determinada por la FA y el AAQ-II.

Discusión/Conclusiones

En los supervivientes oncológicos, el abandono/menor implicación en actividades de la vida cotidiana y la evitación inflexible de pensamientos, sentimientos y recuerdos relativos al proceso oncológico, se sugiere que desempeña un papel central en la presencia de dificultades emocionales. El presente estudio se diseñó para evaluar los patrones de evitación experiencial entre supervivientes oncológicos y su relación con el distrés emocional, ansiedad, depresión y calidad de vida percibida.

En torno a la mitad de las personas de la muestra presentaban malestar emocional clínicamente significativo. Con los diferentes instrumentos de evaluación empleados, todos de uso extendido y con adecuadas garantías de medida, los resultados fueron consistentes. Observándose siempre mayor presencia de ansiedad que de depresión. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos en numerosos estudios (Mitchell, Ferguson, Gill, Paul y Symonds, 2013). La calidad de vida de los participantes, en general, estaba deteriorada.

Los resultados del análisis de regresión indican que las puntuaciones en los instrumentos que miden flexibilidad psicológica predicen un porcentaje muy alto de la variabilidad de las puntuaciones en los instrumentos que miden dificultades emocionales. Todos los análisis incluyen, entre las variables predictoras, al menos una de las medidas de evitación. Resultados que apoyan el papel de la evitación como un elemento común de las distintas dificultades emocionales. Los valores en el EROS se

presentan como una variable predictora de las puntuaciones en los instrumentos que miden depresión. Este dato corrobora el papel de una menor implicación en actividades reforzantes en la depresión. La fatiga (QLQ-C30) se encuentra entre las variables predictoras de las variables clínicas HADS-A, HADS-D, BSI-18 GSI y QL2. Según este resultado, la fatiga también parece tener un papel importante en las dificultades emocionales y en la calidad de vida de los supervivientes oncológicos. Este síntoma podría dificultar el mantenimiento de actividades valiosas y favorecer un contexto en el que la evitación y la rumia serían más probables. Gillanders, Sinclair, MacLean y Jardine (2015) también recogen los resultados de análisis de regresión que apoyan el papel de la flexibilidad psicológica en las dificultades emocionales y en la calidad de vida de las personas tras el cáncer.

En definitiva, los resultados indican que la ansiedad, la depresión y el distrés general de los supervivientes oncológicos se relacionan con un patrón de respuesta basado en la evitación. En la depresión, además de la evitación, se encuentra una menor implicación en actividades relevantes. En base a estos resultados, se considera importante que la evitación y la implicación en actividades se tengan en cuenta con el objetivo de prevenir, evaluar y tratar las dificultades emocionales de los supervivientes oncológicos.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por la Ficyt (Ref. BP13141) y por el Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España (Proyectos I+D+I. Ref. PSI2014-55594-P).

Referencias

- Aaronson, N.K., Bullinger, M., y Ahmedzai, S. (1988). A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results in Cancer Research*, *111*, 231-249.
- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, *85*, 365-376.

- Aaronson, N.K., Mattioli, V., Minton, O., Weis, J., Johansen, C., Dalton, S.O., et al. (2014). Beyond treatment - Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. *EJC Supplements*, 12, 54-64.
- Armento, M. E., y Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, 38, 107-119.
- Arrarás, J.I., Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, M., Martínez, E., et al. (2002). The EORTC QLQ-C30 (Version 3.0) Quality of Life questionnaire: Validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 249-256.
- Arrarás, J.I., Villafranca, E., Arias, F., Domínguez, M.A., Lainez, N., Manterola, A., et al. (2008). The EORTC Quality of life questionnaire QLQ-C30 (Version 3.0). Validation study for Spanish prostate cancer patients. *Archivos Españoles de Urología*, 61, 949-954.
- Barraca, J., y Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, 16, 95-107.
- Barraca, J., Pérez-Álvarez, M., y Lozano, J.H. (2011). Avoidance and Activation as Keys to Depression: Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 998-1009.
- Beck, A.T., y Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Derogatis, L.R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Donovan-Kicken, E., y Caughlin, J. P. (2011). Breast cancer patients' topic avoidance and psychological distress: The mediating role of coping. *Journal of Health Psychology*, 16, 596-606.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J.M., y Fernández, R. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 27, 278-291.

- Galdón, M.J., Dura, E., Andreu, Y., Ferrando, M., Murgui, S., Pérez, S., et al. (2008). Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory-18 in a Spanish breast cancer sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 533-539.
- Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M., y Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 300-311.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., y Wilson K.G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S., y Martell, C. R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 191-202.
- Mitchell, A.J., Ferguson, D.W., Gill, J., Paul, J., y Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy control: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 14, 721-732.
- Ruiz, F.J., Langer, A.I., Luciano, C., Cangas, A.J., y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25, 123-129.
- Sanz, J., y García-Vera, M.P. (2007). Análisis psicométrico de las versiones breves del “Inventario para la Depresión de Beck” de 1978 (BDI-IA). *Psicología Conductual*, 15, 191-214.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Jacobsen, P., Curbow, B., Piantadosi, S., Hooker C., et al. (2001). A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. *Psychosomatics*, 42, 241-246.
- Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ARCHIE COCHRANE, PSICOTERAPIA Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA; UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Jon Iñaki Etxeandia-Pradera y Juan José García-Orozco

Médico Interno Residente (MIR) de la especialidad de Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia

Resumen

Antecedentes: El médico escocés Archie Cochrane (1909-1988) fue una figura fundamental en el desarrollo de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) o Medicina Basada en Pruebas (traducción al castellano más aproximada del original en inglés Evidence-based medicine o EBM). Como es conocido, el propio Cochrane se sometió a psicoterapia en su juventud. Método: Se realiza una revisión y síntesis de la literatura existente al respecto en publicaciones científicas indexadas en motores de búsqueda como PubMed. Resultados: Entre 1931 y 1934 Cochrane se sometió a psicoanálisis con el alemán Theodor Reik, uno de los primeros discípulos de Sigmund Freud. La terapia resultó ineficaz, dado que continuó con su disfunción sexual (probablemente de causa orgánica), y volvió a Londres convencido de que su tratamiento psicoanalítico carecía de base científica. Esta experiencia y su posterior vivencia como preso de los nazis en la Segunda Guerra Mundial, en campos de prisioneros de guerra en los que asistió como médico a compañeros enfermos sin evidencia que respaldara la decisión de realizar unas intervenciones u otras a sus pacientes, marcarían su vida académica posterior, que culminó en su influyente libro *Efectividad y Eficiencia* (1972). Cochrane sugirió que dado que los recursos son siempre limitados, deberían emplearse para dar una asistencia que haya demostrado ser efectiva en estudios bien diseñados, siendo los más fiables los ensayos aleatorizados controlados. La organización Cochrane continúa con su legado revisando de una manera sistemática la información procedente de las investigaciones del ámbito sanitario, incluida la salud mental. Conclusiones: La aproximación a la biografía de Archie Cochrane nos permite conocer mejor a este promotor de la medicina basada en la evidencia y la influencia que en su carrera académica tuvo su propia experiencia como paciente de psicoanálisis en su juventud.

Palabras clave: Cochrane, ensayos aleatorizados controlados, efectividad, eficiencia, psicoterapia.

ARCHIE COCHRANE, PSYCHOTHERAPY AND EVIDENCE-BASED MEDICINE; A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract

Background: The Scottish doctor Archie Cochrane (1909-1988) was a fundamental figure in the development of Evidence-based medicine (EBM). It is well known that Cochrane himself attended psychotherapy during his youth. **Method:** we conducted a review and summary of the available literature collected through scientific papers published in journals that are indexed in search engines such as PubMed. **Results:** From 1931 to 1934 Cochrane attended psychoanalysis with Theodor Reik, one of Sigmund Freud's first disciples. The therapy proved inefficient, as he continued with his sexual dysfunction (probably of organic cause), and thus returned to London convinced that his psychoanalytic treatment lacked scientific base. During World War II he was made prisoner of war by the nazis and assisted as a doctor fellow prisoners, facing the lack of evidence when making decisions about the best intervention to be performed for his patients. These experiences influenced his academic career, which culminated in his influential book *Effectiveness and Efficiency* (1972). Cochrane proposed that due to resources being limited they should be used to provide an assistance that has been proved to be effective in well designed studies, especially randomized controlled trials. The Cochrane organization follows his legacy conducting systematic reviews about data obtained through medical research, mental health included. **Conclusions:** This review about Archie Cochrane's life makes us know more about this promoter of evidence-based medicine and the influence that his own experience with psychoanalysis as a patient during his youth had in his later academic work.

Keywords: Cochrane, randomized controlled trials, effectiveness, efficiency, psychotherapy.

Introducción

El médico escocés Archie Cochrane (1909-1988) fue una figura fundamental en el desarrollo de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) o Medicina Basada en Pruebas (traducción al castellano más aproximada del original en inglés *Evidence-based medicine* o EBM). Como es conocido, el propio Cochrane se sometió a psicoterapia en su juventud.

Mediante esta revisión de la literatura científica disponible se pretende realizar una aproximación a la vida de Cochrane, incluida su propia experiencia como paciente de psicoterapia, y la relación de la misma con su posterior labor como promotor de la medicina basada en la evidencia y defensor de la necesidad de desarrollar estudios bien diseñados (como los ensayos aleatorizados controlados) para evaluar la efectividad de los procedimientos y ayudar en la toma de decisiones.

Método

Participantes

Se trata de una revisión llevada a cabo por médicos internos residentes de psiquiatría en formación sobre lo publicado acerca de la vida de Archie Cochrane. Este médico escocés fue uno de los principales promotores de la medicina basada en la evidencia, corriente que ha marcado el desarrollo de la investigación sanitaria en los últimos años, incluido el ámbito de la salud mental y la evaluación sobre la efectividad de sus tratamientos (como la psicoterapia).

Materiales

Los materiales empleados han sido artículos publicados en revistas científicas del ámbito sanitario indexadas en el principal motor de búsqueda de este ámbito (PubMed), consituyendo fuentes secundarias. Durante la elaboración de la revisión se han empleado ocasionalmente a modo de consulta adicional fuentes terciarias, en forma de tratados o libros, si bien a nivel de contenido no aportaron información adicional sobre el tema que se trata.

Se hizo una selección del material, eligiéndose el que más solidez, claridad y

detalle contenía. Se evitó la bibliografía que únicamente abordaba el tema del presente capítulo de forma tangencial, ya que esta información se encontraba ya incluida y más desarrollada en los artículos que finalmente se incluyeron para esta revisión.

Procedimiento

Se realizó una cuidadosa selección y revisión de artículos clínicos fundamentalmente de bases de datos electrónicas, tanto de revistas especializadas en el ámbito de la salud como de otras revistas más generales sobre el campo médico y sanitario.

Posteriormente se ha integrado y estructurado la información más relevante de manera cronológica, buscando así una aproximación más adecuada a los avatares vitales y la obra de Cochrane siguiendo una secuencia lógica explicativa y con una estructuración de orientación pedagógica. Se pretende así fomentar la claridad y comprensión de los contenidos expuestos, además de fomentar la reflexión en el posible lector de este capítulo.

Diseño

Se trata de una revisión bibliográfica no sistematizada, que sintetiza la literatura sobre el tema en las principales publicaciones científicas que se encuentran recogidas en los motores de búsqueda de referencia para el sector médico y sanitario.

Resultados

Archie Leman *Archie* Cochrane nació en Galashiels (Escocia), localidad situada al sur de la ciudad de Edimburgo, en el seno de una familia acomodada vinculada al sector de la industria textil. Su padre falleció en la batalla de Gaza cuando él tenía 8 años de edad, y perdió en edades tempranas a sus dos hermanos (uno por una neumonía tuberculosa y otro por un accidente de moto). Padecía la enfermedad de la porfiria, que le acompañaría a lo largo de su vida, y en su infancia también sufrió tuberculosis. Mantuvo una buena relación con su hermana mayor Helen (Chalmers, 2008).

Tras formarse en Gales e Inglaterra, se graduó con honores en ciencias naturales en el King's College de Cambridge. Además de por su expediente académico, en su época estudiantil destacó por su implicación en la práctica deportiva, como por ejemplo

el rugby. Después de graduarse continuó estudiando tejidos en sendos laboratorios de Cambridge y Toronto, pero abandonó al considerar estas investigaciones triviales y poco gratificantes.

Entre 1931 y 1934 Cochrane se sometió a psicoanálisis por una disfunción sexual (aneyaculación) con Theodor Reik; este psicólogo era uno de los primeros discípulos de Sigmund Freud, el neurólogo austríaco creador de la corriente. Para poder realizar su psicoanálisis, Cochrane tuvo que desplazarse a lo largo de Europa (por Berlín, Viena y La Haya) siguiendo a su analista Reik, ante la persecución que sufrían los judíos como él en pleno auge del antisemitismo y el nazismo en el continente. En su periplo aprendió alemán y enraizó su pensamiento antifascista; además, durante esos años recibió clases de medicina, hizo varias publicaciones médicas y se formó él mismo en los fundamentos del psicoanálisis; en este sentido, cabe señalar que llegó a publicar un artículo sobre Élie Metchnikoff y el *instinct de la mort* (Stavrou, Challoumas y Dimitrakakis, 2014). La terapia resultó ineficaz, dado que Cochrane continuó con su disfunción sexual, probablemente de causa orgánica (Macleod, 2007). De esta forma volvió a Londres para proseguir en la *University College Hospital* con sus estudios de medicina, convencido de que el tratamiento psicoanalítico carecía de base científica (Shah y Chung, 2009).

Poco después, y siendo aún estudiante de medicina, fue voluntario en el frente republicano de la Guerra Civil española como ayudante de ambulancia (1936). A su regreso a Gran Bretaña terminó sus estudios de medicina (carrera que había estudiado a caballo entre Viena, Leiden y Londres) y obtuvo el título en 1938, pasando después a labores de residente e investigador.

En la Segunda Guerra Mundial se alistó como médico en las fuerzas británicas, pero fue hecho prisionero de guerra por los nazis en la caída de Creta (1941). Hasta su liberación en 1945 pasó por distintos campos de prisioneros de guerra (Salónica en Grecia, y Hildburghausen, Elsterhorst y Wittenberg an der Elbe en Alemania), prestando asistencia médica a otros compañeros presos enfermos (edemas, tuberculosis, etc.). La experiencia de carecer de evidencia que respaldara la decisión de realizar unas intervenciones u otras a sus pacientes, así como el temor a que algunas de las intervenciones médicas resultaran más perjudiciales que beneficiosas, marcaría su vida

académica posterior. Durante su tiempo como prisionero de guerra escribió poesía como una forma de defensa ante la aflicción.

Continuó su formación en Londres y Filadelfia, a través de la Fundación Rockefeller. Durante su etapa londinense de aprendizaje sobre salud pública en la institución *London School of Hygiene & Tropical Medicine* tuvo como maestro al epidemiólogo y estadístico inglés sir Austin Bradford Hill, quien años después demostraría la conexión entre tabaco y cáncer de pulmón, además de ser el autor de los criterios de causalidad que llevan su nombre y que tendrían un impacto decisivo en la investigación médica que llega hasta nuestros días. En Filadelfia (Pensilvania, Estados Unidos) estuvo un año en el *Phipps Institute for the Study, Treatment and Prevention of Tuberculosis*, desarrollando un interés por los estudios radiológicos de tuberculosis pulmonar y los errores intra e interobservador .

Tras este periodo formativo desarrolló su carrera académica en Gales (fundamentalmente vinculado a la Universidad de Cardiff), iniciando una serie de estudios en torno a enfermedades respiratorias en las cuencas mineras de la zona (Rhondda Fach). Sus investigaciones, que destacaron por sus seguimientos (*follow-up*), recibieron un notable reconocimiento e hicieron que fuera recibiendo puestos de mayor responsabilidad, así como diversas distinciones. Entre los múltiples estudios en los que participó a lo largo de los años cabe resaltar su papel como autor junto a Peter Edwood en el primer ensayo que relacionaba la aspirina o ácido acetilsalicílico con una reducción de eventos cardiovasculares.

En 1972 publicó el libro *Efectividad y Eficiencia*, que es considerado su obra principal y la culminación de su carrera académica. Cochrane sugirió que dado que los recursos son siempre limitados, deberían emplearse para dar una asistencia que haya demostrado ser efectiva en estudios bien diseñados. Fue un gran impulsor de los ensayos aleatorizados controlados, al considerarlos los estudios más fiables, y crítico con el hecho de que buena parte de la práctica médica no contara con el respaldo de una evidencia sólida. Su trabajo tuvo eco internacional e influyó en la organización de los sistemas de salud de diversos países, incluido el *National Health Service* (NHS) británico.

Esta actitud curiosa, crítica y perseverante de Cochrane tuvo también eco en su esfera personal y familiar. Cuando su hermana mayor Helen había sido diagnosticada de

demencia, Archie estudió el caso y descubrió que tanto ella como él mismo tenían porfiria. Preocupado por la posibilidad de que otros familiares sufrieran también la enfermedad, inició una recogida de muestras urinarias y fecales y logró recabarlas en 152 de los 153 familiares con los que contactó.

Archie Cochrane falleció el 18 de junio de 1988, tras unos últimos años de vida aquejado de cáncer en los que había estado cuidado por sus familiares viviendo con el hijo y la nuera de su hermana Helen. Había permanecido soltero, y entre sus aficiones se encontraban la jardinería y la colección de arte y escultura moderna. Él mismo redactó su obituario para el *British Medical Journal*, una de las principales y más prestigiosas revistas del ámbito médico a nivel internacional, en el que incorporaba el siguiente fragmento:

“Fue un hombre con una porfiria grave que fumaba demasiado y que no tuvo el consuelo de una esposa, una creencia religiosa o un premio al mérito – pero no lo hizo tan mal”

Tras su fallecimiento se creó la organización Cochrane, que está compuesta actualmente por 37.000 voluntarios de 130 países y continúa así con su legado. Esta institución revisa de una manera sistemática la información procedente de las investigaciones del ámbito sanitario, incluyendo revisiones sobre las distintas psicoterapias y la evidencia acerca de su eficacia a la hora de tratar diversos trastornos mentales. La organización se ha convertido en un referente internacional en el ámbito de las ciencias de la salud por el rigor y el impacto de sus revisiones (Hill, 2000).

Discusión/Conclusiones

La aproximación a la biografía de Archie Cochrane nos permite conocer mejor a este promotor de la medicina basada en la evidencia y la influencia que en su carrera académica tuvo su propia e insatisfactoria experiencia como paciente de psicoanálisis en su juventud.

Esta revisión resulta asimismo un recordatorio sobre la importancia de que la asistencia sanitaria se haga siguiendo procedimientos y tratamientos que han demostrado su efectividad, tanto para ofrecer al paciente la mejor asistencia posible como para contribuir mediante un uso adecuado y eficiente de los recursos a la sostenibilidad del sistema de prestaciones con el que contamos.

En este sentido, los profesionales del ámbito de la salud mental tenemos también el deber de que los procedimientos y tratamientos (incluida la psicoterapia) que utilicemos para cada paciente cuenten con un respaldo en forma de evidencia científica, en aras de no incurrir en prácticas sin pruebas sobre su efectividad que resulten ineficaces o incluso contraproducentes o dañinas para nuestros pacientes y para que éstos puedan beneficiarse de los tratamientos más adecuados y efectivos para su trastorno mental.

Agradecimientos

A los compañeros residentes de salud mental (MIR, PIR y EIR), al Dr. Francisco Bellver (impulsor del proyecto a partir del cual surgió esta revisión) y a los adjuntos implicados en la docencia de los residentes del servicio por dedicarnos su tiempo e interés en transmitirnos conocimientos.

A los pacientes, por ser fuente continua de aprendizaje, motivación y crecimiento personal.

Referencias

- Chalmers, I. (2008). Archie Cochrane (1909-1988). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(1), 41-44.
- Hill, G. B. (2000). Archie Cochrane and his legacy. An internal challenge to physicians' autonomy? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(12), 1189-92.
- Macleod, S. (2007). Cochrane's problem: psychoanalysis and anejaculation. *Australasian Psychiatry*, 15(2), 144-7.
- Shah, H. M., y Chung, K. C. (2009). Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(3), 982-988.
- Stavrou, A., Challoumas, D., y Dimitrakakis, G. (2014). Archibald Cochrane (1909–1988): the father of evidence-based medicine. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 18(1), 121-124.

TERAPIAS BIOLÓGICAS EN SALUD MENTAL. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Juan José García-Orozco*, Jon Iñaki Etxeandia Pradera* y Sara Diego Castaño**

**Residente de la especialidad de Psiquiatría (MIR). Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Valencia; **Residente de la especialidad de Psicología Clínica (PIR). Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Valencia*

Resumen

Introducción: Habitualmente en la práctica asistencial en Salud Mental tanto pública como privada, los terapeutas suelen usar técnicas o tratamientos que pueden englobarse entre las llamadas psicoterapias o farmacoterapias. Sin embargo, existen unas técnicas menos difundidas en la práctica clínica, pero más conocidas en investigación, que pueden enmarcarse dentro de las llamadas terapias físicas. Estas incluyen técnicas validadas, con mayor o menor soporte empírico. Entre ellas se encuentran: la privación de sueño, la fototerapia, la Estimulación Magnética Transcraneal (EMT), la Estimulación del Nervio Vago (ENV), la Estimulación Craneal Profunda (ECP), la Terapia Magnetoconvulsiva (MST) y la psicocirugía. Se pretende ofrecer una síntesis actualizada de las técnicas antes mencionadas y sus ámbitos de aplicación clínica. Todo ello con la finalidad de lograr la difusión y comprensión de dichos tratamientos entre la comunidad de profesionales de la Salud Mental. **Método:** Se realizó una búsqueda y selección de información relevante en fuentes bibliográficas primarias, secundarias y terciarias tanto españolas como inglesas hasta septiembre de 2015. Finalmente se eligieron los contenidos con mayor nivel de evidencia e interés para los profesionales de la Salud Mental. **Resultados:** Se obtuvo una revisión sintética y actualizada, sobre los principios fundamentales en los que se basan cada técnica, así como de las indicaciones clínicas de las Terapias Físicas con mayor nivel de evidencia. Todas ellas, tenían indicación para la depresión; la mayoría también en trastornos obsesivo-compulsivo y del espectro ansioso; y solo la estimulación magnética transcraneal y la terapia magnetoconvulsiva tenían indicaciones en trastornos afectivos y psicóticos. **Conclusión:**

A pesar de su escasa su difusión, las Terapias Físicas, son un conjunto terapéutico, que han demostrado utilidad clínica y constituyen herramientas adicionales de la que dispone el terapeuta para tratar y mejorar la Salud Mental de sus consultantes en su práctica asistencial habitual.

Palabras clave: Terapias Biológicas, Salud Mental, Fototerapia, Nervio Vago.

BIOLOGICAL THERAPIES IN MENTAL HEALTH. A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Abstract

Introduction: Usually in clinical practice in Mental Health both public and private, therapists often use techniques or treatments that can be included in psychotherapy or pharmacotherapy approaches. However, there is a less widely used techniques in clinical practice, but known in research that can be framed within the so-called physicals therapies. These include validated techniques, more or less empirical support. These include: sleep deprivation, phototherapy, Transcranial Magnetic Stimulation (TMS), the Vagus Nerve Stimulation (VNS) Stimulation Cranial Deep (SCD), Magnetic Therapy Injury (MST) and psychosurgery. It aims to provide an updated synthesis of the above techniques and their clinical application areas. All with the aim of achieving the dissemination and understanding of such treatments among the community of professionals Mental Health. **Method:** The authors conducted a search, screening and selection of relevant information in bibliographic sources primary, secondary and tertiary both Spanish and English to September 2015. Finally the contents was conducted were chosen with the highest level of evidence and interest to professionals Mental Health. **Results:** A concise and updated review on the fundamental principles on which each technique are based, as well as the clinical indications of physical therapies highest level of evidence was obtained. All of them had an indication for depression; most also in obsessive-compulsive and anxious spectrum disorders; and only transcranial magnetic stimulation and magnetic seizure therapy had indications affective and psychotic disorders. **Conclusion:** Despite its limited dissemination, physical therapies, are a therapeutic group, who have demonstrated clinical utility and additional

tools are available to the therapist to try and improve the mental health of its consultants in their usual care practice.

Keywords : Biological Therapies, Mental Health, Phototherapy, Vagus.

Introducción

Las terapias biológicas o “físicas” en Salud Mental, hacen referencia al conjunto de terapias que se emplean en Salud Mental, principalmente en psiquiatría, que no pueden ser enmarcadas ni en el ámbito de las psicoterapias ni en el de las farmacoterapias, pero cuyo objetivo es modificar la biología subyacente a la manifestación conductual o sintomática que presenta el sujeto al que se le aplica la intervención.

Estos tratamientos forman parte del arsenal terapéutico habitual en Salud Mental (Vallejo, 2006), sin embargo, su existencia no está muy extendida y aún menos su empleo, ni entre los propios psiquiatras, ni mucho menos entre el resto de trabajadores de Salud Mental. No ocurre igual en el ámbito de la investigación donde son más conocidas y empleadas. Al igual que en el ámbito de la neurología, neuropsicología y la rehabilitación neuropsicológica donde su implantación está siendo creciente y continua.

Aunque es cierto que no están considerados tratamientos de primera línea de intervención terapéutica en psiquiatría, existe bibliografía que apoya su eficacia clínica en mayor o menor medida según la modalidad terapéutica.

Entre las terapias más empleadas se encuentran: la privación de sueño, la fototerapia, la Estimulación Magnética Transcraneal (EMT), la Estimulación del Nervio Vago (ENV), la Estimulación Craneal Profunda (ECP), la Terapia Magnetoconvulsiva (MST) y la psicocirugía.

Esta revisión bibliográfica pretende ofrecer una síntesis actualizada de las técnicas referidas y sus indicaciones terapéuticas y de aplicación clínica. La finalidad perseguida es lograr mayor difusión y comprensión de dichos tratamientos entre la comunidad de profesionales de la Salud Mental.

Método

Participantes

Para la revisión actual, la bibliografía consultada, estaba constituida fundamentalmente por datos de investigación animal y ensayos clínicos con pacientes que padecían enfermedades mentales graves, fundamentalmente psicosis, trastornos afectivos y trastornos obsesivos compulsivos, aunque también neurológicas y que habían sido refractarios a tratamientos farmacológicos y psicológicos ensayados previamente.

Materiales

Los materiales empleados han sido artículos de fuentes bibliográficas nacionales (españolas) e internacionales, tanto primarias, secundarias como terciarias. Se hizo una selección del material eligiéndose el que más solidez y evidencia clínica había obtenido tras replicar los resultados de estudios previos. Se evitó la bibliografía que no era concluyente o que era ambigua en cuanto a sus conclusiones.

Procedimiento

Se realizó una cuidadosa selección y revisión de artículos clínicos fundamentalmente de bases de datos electrónicas, tanto de revistas especializadas en el tema como de otras revistas más generales y manuales de Salud Mental. Posteriormente se ha estructurado la información en diferentes apartados, siguiendo una secuencia lógica explicativa y con una estructuración de orientación pedagógica, persiguiendo lograr la claridad y comprensión de los contenidos expuestos.

Diseño

Se trata de una revisión bibliográfica no sistematizada, que evalúa los conocimientos actuales sobre Terapias Físicas y Biológicas empleadas en Salud Mental. Se presenta una selección de las más usualmente empleadas, una reseña histórica, su objetivo y lugar de aplicación, su mecanismo de acción técnico-fisiológico, las indicaciones terapéuticas, las contraindicaciones de la misma.

Resultados

Clasificación de los tratamientos en Salud Mental

Las terapias en Salud Mental, aunque pueden ser muchas y variadas, con fines didácticos podemos clasificarlas en cuatro grandes grupos:

a. Psicoterapias: pretenden la “sanación” del individuo, mediante una relación terapéutica entre el terapeuta que la aplica y el sujeto que la recibe, empleando fundamentalmente la palabra, con la finalidad de producir cambios orientados a curar o mejorar algún comportamiento, pensamiento o síntoma que provoca malestar en el individuo. Dentro de este grupo existen cientos de variedades de psicoterapias.

b. Farmacoterapias: buscan la “curación” del enfermo, mediante la aplicación de compuestos químicos con función terapéutica sobre el sujeto que padece una enfermedad, presumiblemente causada por una alteración biológica, que se resuelve con el principio activo aplicado.

c. Terapias físicas o biológicas: asumen como las farmacoterapias que hay una alteración de la biología del sujeto que provoca sus síntomas clínicos, por ello busca corregirlas empleando medios físicos como la electricidad o campos magnéticos o la lesión mecánica... es decir, sin emplear ni la “palabra” ni “principios activos químicos”.

d. Otras terapias: aquí se engloban otras prácticas destinadas a restaurar la Salud Mental del sujeto, como podrían ser las prácticas culturales o folclóricas de las distintas comunidades donde se encuentren los sujetos que padezcan un malestar psíquico o conductas desadaptadas socialmente atribuidas a alteraciones mentales.

El presente trabajo se centra en las terapias físicas o biológicas que más habitualmente se emplean en la práctica clínica o sobre las que existe mayor investigación y soporte empírico. Nuestra selección incluye: la privación de sueño, la fototerapia, la Estimulación Magnética Transcraneal (EMT), la Estimulación del Nervio Vago (ENV), la Estimulación Craneal Profunda (ECP), la Terapia Magnetoconvulsiva (MST) y la psicocirugía.

Terapia Electroconvulsiva (TEC)

Basándose en el principio de von Meduna que afirma que presenta convulsiones epilépticas mejoran la clínica de la esquizofrenia, Lucio Bini y Ugo Cerletti, a mediados

del siglo XX, desarrollaron un método para generar crisis epilépticas mediante la aplicación controlada de una descarga eléctrica. La técnica empleada entonces ha sufrido pocas modificaciones en su forma de aplicarla con respecto a cómo se hace en la actualidad (Rojo y Vallejo, 1993).

La terapia electroconvulsiva provoca una convulsión epiléptica (crisis tónico-clónica), a través de una breve descarga eléctrica que provoca un foco epiléptico en el cerebro del que la recibe. En siglos pasados se inducían las convulsiones con fármacos en vez de emplear la electricidad, como se hace en nuestros días.

Se han propuesto varias hipótesis sobre su mecanismo de acción para lograr la mejoría clínica observada en los pacientes tras su aplicación:

a. Hipótesis del reseteado: se produciría una descarga masiva de neurotransmisores y una restauración consecuente de los procesos biológicos y funciones mentales.

b. Hipótesis neuroendocrina: las modificaciones hormonales, entre otras de tiroxina y oxitocina, explicarían la mejoría observada en los pacientes.

c. Hipótesis de las monoaminas: se produce un aumento de las sinapsis post-sinápticas dopaminérgicas y serotoninérgicas y una disminución de las noradenérgicas.

d. Hipótesis de los factores neurotróficos y la neurogénesis: estos factores llevarían al crecimiento de nuevas neuronas y al mayor trofismo de las ya existentes y ello explicaría la mejoría clínica.

En cuanto a su aplicación, las indicaciones sobre cuando emplearla incluyen: la depresión, manía y psicosis graves. Otras indicaciones incluyen a mujeres embarazadas, Síndrome Neroléptico Maligno, epilepsia refractaria y Enfermedad de Parkinson.

Por contra, debe evitarse su empleo en aquellas situaciones donde los riesgos de su aplicación sean mayores que los beneficios obtenidos. En general se recomienda individualizar su aplicación en cada caso, ya que no existen contraindicaciones absolutas.

Los efectos secundarios más habituales son: las cefaleas, dolor muscular, etc. Sin embargo, los déficits cognitivos son los que van a limitar la aplicación del tratamiento, como la confusión o la desorientación, entre otros.

Psicocirugía

El primero en realizar una lobotomía fue el nobel portugués Egas Moniz. Posteriormente Walter Freeman popularizó la técnica en EEUU. En la actualidad dicha intervención está en desuso.

Hoy en día, mediante la psicocirugía, se pretende producir una lesión localizada para reducir síntomas incapacitantes, que no han respondido a otros tratamientos realizados previamente.

El mecanismo de acción en la actualidad, consiste en producir una lesión por termocoagulación (técnicas ablativas). Con ello se busca interrumpir las conexiones entre dos áreas que se suponen implicadas en la producción y mantenimiento de la sintomatología del paciente.

Entre sus indicaciones terapéuticas se encuentran las patologías de duración mayor o igual a cinco años y donde se ha agotado toda herramienta terapéutica existente. Incluyen al trastorno obsesivo compulsivo, a la depresión y al trastorno bipolar, a la ansiedad crónica y a estados de agresividad irreductibles.

No debe ser empleado en trastornos de personalidad, consumo de tóxicos y en retrasos mentales.

Los efectos secundarios más frecuentes suelen ser la confusión mental, el cansancio, la desmotivación, la apatía, etc.

Estimulación Magnética Transcraneal (EMC)

La técnica fue desarrollada por Anthony Barker en los años 80 del siglo XX, en sus inicios para evaluar la integridad de vías neurales sanas. Posteriormente se empleó para tratar enfermedades neurológicas y también psiquiátricas.

Esta técnica provoca cambios eléctricos neurales de hasta una profundidad de 2-3 centímetros. Su mecanismo de acción consiste en el paso de un impulso eléctrico breve por una bobina de estimulación que provoca un campo magnético que fluye a través del tejido nervioso provocando una estimulación focal eléctrica y a distancia.

Se recomienda su empleo si en el cuadro clínico que padece el sujeto, se tiene constancia de que la corteza cerebral está implicada, por ejemplo, en la depresión, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático u otros.

No debe emplearse en embarazadas, niños menores de 6 años o si se portan elementos metálicos en la cabeza.

Como efectos secundarios más frecuentes destacan la cefalea y las crisis epilépticas durante la aplicación de la terapia.

Terapia Magnetoconvulsiva (MST)

La terapia magnetoconvulsiva surgiría como una combinación de la terapia electroconvulsiva y la estimulación magnética transcraneal.

Su propósito consiste en provocar una convulsión (crisis tónico-clónica) mediante la generación de un campo magnético de alta frecuencia, en vez de usar la electricidad, como en la terapia electroconvulsiva

Ofrece ventajas como la no resistencia del cráneo para el paso del campo electromagnético lo que conlleva un mejor control del lugar donde se genera la convulsión y además se produciría una estimulación superficial, sin necesidad de atravesar estructuras cerebrales profundas

Sus indicaciones y contraindicaciones son las mismas que las de la terapia electroconvulsiva.

En cuanto a efectos secundarios, al contrario que la terapia electroconvulsiva, la terapia magnetoconvulsiva produce pocos efectos indeseables a nivel cognitivo.

Estimulación del Nervio Vago (ENV)

Esta técnica en sus inicios se empleó en neurología con la finalidad de tratar crisis epilépticas refractarias. Sin embargo, se observó una mejoría anímica en los pacientes tratados, por ello se amplió su indicación al campo de la Salud Mental.

El objetivo es provocar una estimulación del nervio vago mediante un marcapasos (como el cardíaco) que manda una estimulación retrógrada hacia el Sistema Nervioso Central estimulando al núcleo del tracto solitario y sus vecinos (núcleos del rafe y locus ceruleus) encargados de la producción de serotonina, noradrenalina y dopamina.

Está indicado su uso como tratamiento a largo plazo para la Depresión Resistente o Recurrente, que ha fallado a 4 ensayos con diferentes antidepresivos. También puede emplearse en cuadros ansiosos.

No se recomienda su uso en otros trastornos que no sean los del espectro ansioso o depresivo.

Los efectos secundarios más frecuentes son la disfonía leve y bien tolerada, la disnea y el dolor cervical.

Estimulación Cerebral Profunda (ECP)

Fue usada por primera vez por Poolen 1948 como tratamiento psiquiátrico con escaso éxito. Sin embargo, la técnica la ha retomado la neurología en los años 90 del siglo XX para tratar la Enfermedad de Parkinson, las distonías agudas y el dolor esencial (Sadock, Sadock y Alcott, 2014).

Mediante uno o dos electrodos colocados con cirugía esterotáxica y conectados permanentemente a un neuroestimulador, se provoca una estimulación neuronal profunda a través de una pequeña descarga eléctrica. La localización es altamente precisa y reversible.

Entre sus indicaciones se encuentra el trastorno obsesivo compulsivo y la depresión refractaria. No tiene otras indicaciones claras.

Los efectos secundarios más frecuentes son: hemorragias o convulsiones, infección de la herida quirúrgica, migración del electrodo, parestesias, trastornos visuales, etc.

Fototerapia

Los tratamientos que emplean la estimulación lumínica se han empleado desde tiempos prehistóricos.

En el caso de la fototerapia, se pretende que el sujeto regule los ritmos circadianos mediante la liberación de monoaminas y/o melatonina que se produciría ante la exposición a una luz de unas determinadas características. Esta luz debe de ser brillante de espectro completo en dosis de 2.500 a 10.000 lux durante 30 minutos a 2 horas, mejor a primera hora de la mañana. Es preciso una exposición continuada de 10 a 12 días para apreciar efectos terapéuticos.

Tiene indicación de uso en el trastorno afectivo estacional o en la depresión con patrón estacional. No existen contraindicaciones absolutas.

Los efectos secundarios más frecuentes son la irritación ocular, la cefalea, etc.

Privación de sueño

En los años 60 del siglo XX, Schulte observó que se producía una mejoría de síntomas depresivos ante la privación de sueño en sujetos deprimidos. En la década siguiente Pfulf y Tölle, estudiaron una serie mayor de sujetos sometidos a dicha privación y comprobó que efectivamente se producía la mejoría referida.

La privación de sueño actuaría regulando el ritmo circadiano (activa la vía serotoninérgica) aunque los mecanismos no están claros.

Existen diferentes tipos de privación de sueño, puede ser:

- a. Privación total: al paciente se le mantiene despierto durante 36-40 horas.
- b. Privación parcial de sueño: se priva solamente desde las 2.00 am hasta las 22.00 pm.
- c. Privación Selectiva de sueño REM.
- d. Terapia de avance de fase: se produce un adelantado progresivo del periodo de sueño permitido hasta normalizarlo.

Tiene indicación en la depresión y como coadyuvante con farmacoterapia, fototerapia, EMT y TEC. No tiene contraindicaciones absolutas.

El efecto secundario más importante es que un exceso de privación de sueño puede descompensar la patología basal.

Conclusiones

Es posible afirmar que, a pesar de su escasa difusión, las Terapias Físicas, son un conjunto terapéutico, que han demostrado utilidad clínica y constituyen herramientas adicionales de la que dispone el terapeuta para tratar y mejorar la Salud Mental de sus consultantes en su práctica asistencial habitual.

Agradecimientos

A mis compañeros residentes y jóvenes especialistas en Salud Mental, por el asesoramiento bibliográfico tanto en psicología como en psiquiatría, así como por revisar el presente trabajo, habiendo realizado sugerencias de mejoras y comentarios siempre útiles y acertados.

A los pacientes que atiendo en mi día a día, fuente continua de aprendizaje donde las palabras abstractas de los libros y artículos toman cuerpo, rostro y nombre constituyendo en sí misma la mejor forma de aprehender los misterios de la mente humana.

Referencias

- Rojo, E. y Vallejo, J. (1993). *Terapia Electroconvulsiva*. Barcelona: Masson.
- Sadock, B., Sadock, J., y Alcott, V. (2014). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

**LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL Y
COMUNITARIA BASADA EN LA RECUPERACIÓN: EL MODELO DE LA
RED DE SALUD MENTAL DE CONNECTICUT**

Leticia León-Quismondo* , Manuel Paris ,**

Michelle Silva , Héctor G. Lizcano*** , Esperanza Díaz**** y Luis M. Anez*******

**Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; **Doctor en
Psicología.; ***Trabajador Social Clínico. Director asociado; ****Doctora en
Medicina. Directora médica; *****Doctor en Psicología. Director.*

*Hispanic Clinic, Connecticut Mental Health Center, Yale University School of
Medicine, Department of Psychiatry. New Haven, Connecticut, USA*

Resumen

Introducción: La población de origen latino que reside en Connecticut es la segunda más numerosa de todo el estado. Por ello, son necesarios servicios especializados para atender a las necesidades específicas de esta población, que cada vez es más numerosa.

Objetivo: Describir las características y servicios ofrecidos en la red de Salud Mental del Estado de Connecticut (Estados Unidos) para población inmigrante de origen latino, desde una perspectiva transcultural y comunitaria basada en la recuperación. **Método:**

Se realizó una estancia de tres meses en la HispanicClinic del Connecticut Mental Health Center y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale, en New Haven, Estados Unidos. **Resultados:** La HispanicClinic defiende una participación activa de las personas en su proceso de recuperación, desarrollando programas culturalmente sensibles para promover la inclusión de las personas en la comunidad.

También se anima a participar a familia y amigos en estos planes para ganar más apoyo en la recuperación. El equipo de trabajo es multidisciplinar, incluyendo psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, bilingües y biculturales. La HispanicClinic brinda diferentes servicios: triaje (evaluaciones iniciales para determinar la mejor opción de tratamiento); psicoterapia ambulatoria; grupos terapéuticos de consumo de sustancias, violencia doméstica o trauma; AmbulatorySpecificAdjunctiveProgram (ASAP: Programa Complementario Específico Ambulatorio, un programa de psicoterapia grupal intensivo dos días por semana); y tratamiento especializado para trastornos

concomitantes. Además, se ofrecen actividades como grupo de canto, tejido, ritmos caribeños (samba, bachata, zumba) o relajación, como parte del proceso de recuperación. **Conclusiones:** A pesar de que la idea de una salud mental comunitaria y transcultural en España existe desde hace tiempo, su implementación resulta aún difícil en la actualidad. Modelos como el expuesto pueden ayudarnos a continuar trabajando para que esta nueva visión de la salud mental pueda llegar a ser una realidad.

Palabras clave: Salud mental comunitaria, transculturalidad, población latina, Clínica Hispana, Connecticut.

MENTAL HEALTH FROM A TRANSCULTURAL AND COMMUNITY PERSPECTIVE BASED ON RECOVERY: THE CONNECTICUT MENTAL HEALTH MODEL

Introduction: The Latino population living in Connecticut is the second largest in the state. For this reason, specialized services are needed to meet the specific needs of this increasingly large population. **Objective:** To describe the characteristics and services offered in the Mental Health Network of the State of Connecticut (United States) for Latino immigrant population, from a transcultural and community perspective based on recovery. **Method:** A three-month stay was held at the Hispanic Clinic of the Connecticut Mental Health Center and the Department of Psychiatry at Yale University in New Haven, United States. **Results:** The Hispanic Clinic advocates active participation of people in their recovery process, developing culturally sensitive programs to promote the inclusion of people in their communities. They also encourage to involve family and friends in these plans to gain more support in recovery. The team is multidisciplinary, including psychiatrists, psychologists and social workers, bilinguals and biculturals. The Hispanic Clinic offers different services: triage (initial evaluations to determine the best treatment option); Ambulatory psychotherapy; Therapeutic groups for substance use, domestic violence or trauma; Ambulatory Specific Adjunctive Program (ASAP; a psychotherapy intensive group program two days per week); and specialized treatment for concomitant disorders. In addition, activities such as singing group, weave, Caribbean rhythms (samba, bachata, zumba) or relaxation, are offered as

part of the recovery process. **Conclusions:** Although the idea of community and transcultural mental health in Spain has existed for some time, its implementation is still difficult today. Models such as the one above can help us to continue working so that this new vision of mental health can become a reality.

Keywords: Community Mental Health, transculturality, latino population, Hispanic Clinic, Connecticut.

Introducción

Connecticut es uno de los 50 estados de Estados Unidos, localizado en la región de Nueva Inglaterra (“New England”), en la región noreste. Es el tercer estado más pequeño en extensión territorial de Estados Unidos pero, sin embargo, es el cuarto estado más densamente poblado del país.

En 2006, el 74,5% de la población eran blancos (europeos o descendientes de europeos), el 11,2% latinos o hispanos, el 9,5% negros, el 3,3% asiáticos y el resto personas de otras razas (United States Census, 2006). Así, la población latina/hispana es la segunda etnia más numerosa del estado.

Se ha puesto de manifiesto que la población latina se enfrenta a diversas problemáticas en su establecimiento tras el proceso migratorio, que ya supone una gran fuente de estrés en en sí mismo, como son una baja calidad de vida, una alta tasa de desempleo, un bajo nivel socioeconómico, problemas para acceder a una vivienda, una alta incidencia de discriminación, dificultades en el acceso a la atención sanitaria, etc. En este sentido, la población de origen latino que emigra a Estados Unidos con la idea de construir un futuro en este país se encuentra con enormes dificultades. Es en este contexto en el que comienzan a surgir iniciativas para ofrecer una mayor cobertura y atender a las necesidades específicas de esta población, que cada vez es más numerosa. Una de estas iniciativas es la llevada a cabo por la red de salud mental de Connecticut, mediante la creación de centros específicos, como la HispanicClinic (Clínica Hispana), cuyo propósito es cubrir las necesidades en materia de salud mental de la población latina monolingüe, desde una perspectiva comunitaria y de recuperación.

El término “psicología comunitaria” surgió por primera vez en Estados Unidos, en 1965, en una conferencia de psicólogos que se celebró en Swampscott. Posteriormente, en 1974, Seymour B. Sarason, un psicólogo y profesor de la Universidad de Yale, introdujo el constructo de “sentido de comunidad” (Sarason, 1974).

El propósito de la psicología comunitaria es el trabajo en la comunidad. De esta forma, se pretende que las personas sean autónomas en la gestión de su bienestar y puedan solventar por sí mismas sus dificultades.

En este contexto, surge la idea de la “recuperación” en salud mental, como la identificación de capacidades y fortalezas de la persona para apoyarla en el manejo de la enfermedad. Desde esta visión, se considera que la comunidad (es decir, el entorno físico, social, cultural, interpersonal y emocional de la persona) determina de manera muy importante la salud de la persona. Así, según Davidson, Tondora, Staeheli-Lawless, O’Connell y Rowe (2009), los entornos institucionales, la pobreza, la discriminación y el trauma pueden contribuir y exacerbar el desarrollo de una enfermedad mental, mientras que ambientes de apoyo, respetuosos, solidarios y de participación proporcionan una base fundamental para la recuperación.

Por lo tanto, el objetivo principal es apoyar a las personas en su propio proceso de superación de la enfermedad mental al mismo tiempo que se produce un proceso de reconstrucción de sus vidas. Para lograr esto, se hace necesario el trabajo en la comunidad y surge el término “salud comunitaria” (Davidson et al., 2009).

Así, el objetivo de este trabajo es describir las características y servicios ofrecidos en la red de Salud Mental del Estado de Connecticut (Estados Unidos) para población inmigrante de origen latino, desde una perspectiva transcultural y comunitaria basada en la recuperación.

Método

Con el objetivo de conocer en profundidad el funcionamiento y los servicios específicos para población latina/hispana que forman parte de la red de salud mental de Connecticut, se realizó una estancia de tres meses en la HispanicClinic (Clínica Hispana), perteneciente al Connecticut Mental Health Center (Centro de Salud Mental de Connecticut) y al Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale. La HispanicClinic se sitúa en New Haven, Connecticut, Estados Unidos.

Dicha estancia fue beneficiaria de una de las becas para la promoción de estancias en centros de excelencia extranjeros que concede cada año la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes a nivel nacional.

Durante los tres meses de estancia, me incorporé al trabajo habitual de la HispanicClinic, participando en las actividades que allí se realizaban, tanto a nivel individual con los pacientes como a nivel grupal, reuniones de equipo, etc., lo que me permitió conocer de primera mano el funcionamiento interno del sistema.

Resultados

La HispanicClinic forma parte del Connecticut Mental Health Center, en New Haven, Connecticut. Esta clínica ofrece un servicio especializado en materia de salud mental a la población latina monolingüe de la ciudad de New Haven y alrededores.

Los requisitos para ser admitidos en la HispanicClinic son: ser mayor de 18 años, hablar únicamente español (no hablar inglés), no poder permitirse económicamente tener un seguro médico privado y necesitar atención en los servicios de salud mental.

Así, el perfil de paciente es el de un adulto, hispanoparlante, con muy escasos recursos económicos y con alguna necesidad de salud mental.

Los pacientes pueden acudir a la clínica por iniciativa propia o por derivación algún otro recurso. Los servicios son totalmente gratuitos para los pacientes, siendo sufragados por el estado los gastos de la atención sanitaria y los tratamientos farmacológicos. La clínica, además, ayuda a coordinar derivaciones a recursos en la comunidad.

Los servicios que ofrece la HispanicClinic incluyen:

- Evaluaciones de nuevos pacientes: con el objetivo de confirmar que cumplen los requisitos para ser atendidos, realizar un diagnóstico y establecer un plan de tratamiento personalizado para cada caso.
- Sesiones de psicoterapia: pueden realizarse en formato individual o grupal, como por ejemplo, grupos de consumo de sustancias, violencia doméstica o duelo.
- Ambulatory Specific Adjunctive Program (ASAP; Programa Complementario Específico Ambulatorio): se trata de un grupo terapéutico en formato intensivo que se realiza dos días a la semana, dirigido a pacientes que necesitan un mayor apoyo.

●Clases de canto, tejido, ritmos latinos (samba, bachata, zumba) o relajación: la clínica ofrece estas actividades de manera gratuita como parte fundamental del proceso de recuperación e inserción en la comunidad. Además, los pacientes pueden acudir acompañados si lo desean a estas actividades.

El equipo de trabajo de la HispanicClinic está compuesto por un equipo multidisciplinar, formado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos y enfermeros. Todos los profesionales que trabajan en la clínica son bilingües (hablan español e inglés) y representativos de la cultura latina.

Se realiza semanalmente una reunión de equipo en la que se exponen los casos nuevos evaluados y se discute, en función de las características de cada caso, el tratamiento más adecuado para cada paciente (individual, grupal, si es necesario seguimiento con psiquiatría o con enfermería, etc.).

La HispanicClinic basa todo su trabajo en la idea de recuperación y comunidad anteriormente explicada. Así, se considera que los pacientes son una parte activa en el proceso de recuperación, en lugar de meros receptores pasivos. Desde esta filosofía de trabajo los pacientes colaboran activamente en el tratamiento, mediante la formulación conjunta con el terapeuta de objetivos y la elección de los medios para conseguirlos. De esta forma, la responsabilidad del proceso de recuperación no recae únicamente en el terapeuta, sino que es compartida por terapeuta y paciente. Además, los servicios que se ofrecen en la HispanicClinic están culturalmente adaptados a la población que atiende, aspecto que se ve facilitado por el hecho de que los trabajadores de la clínica sean a su vez hispanos/latinos.

La HispanicClinic también funciona como ancla de coordinación del CT Latino BehavioralHealthSystem; CT LBHS (Sistema de Salud Latino de Connecticut). El CT LBHS tiene el objetivo de ampliar y mejorar la red de servicios dirigidos a la población latina, adaptándolos a las necesidades específicas de esta comunidad.

Además de la labor clínico-asistencial, la HispanicClinic también se dedica a la investigación en materia de salud mental, específicamente en población latina. Fue premiada en 2009 con el Premio a la ciencia en la categoría de trastornos comórbidos (SAMHSA Science and ServiceAward – Co-occurringDisordersCategory).

Por último, a la HispanicClinic acuden los alumnos del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale y del programa de residencia de la Escuela de

Medicina de la Universidad de Yale para su formación. Además, la clínica sirve como centro de formación para los estudiantes de prácticas de múltiples disciplinas, como trabajo social, psicología y becarios posdoctorales.

Discusión

La HispanicClinic se basa en la idea de que las personas son participantes activos en su propio proceso de recuperación. Con base en esta filosofía, en la clínica se llevan a cabo programas sensibles culturalmente, que buscan conseguir la recuperación y la inclusión de las personas con enfermedad mental en la comunidad, potenciando siempre sus fortalezas y lo que pueden aportar a los demás.

Este tipo de recursos resulta fundamental para lograr la atención en materia de salud mental de la población latina en Estados Unidos. De lo contrario, muchos quedarían sin recibir una adecuada atención, ya que no hablan inglés y/o no tienen los recursos económicos suficientes para poder permitirse contratar un seguro médico privado.

Por otro lado, resulta clave la atención a las diferencias culturales. De esta manera, el ser atendido por profesionales que comparten la misma cultura que los pacientes resulta beneficioso y se traduce en un mayor aprovechamiento del tratamiento, ya que los pacientes pueden sentirse más comprendidos.

Se podría pensar en la manera de extrapolar esta psicología transcultural y comunitaria al caso de España. En España el desarrollo de estas iniciativas es relativamente reciente, surgiendo los primeros movimientos en los años setenta. Durante los años ochenta se fueron desarrollando servicios sociales y centros de salud mental comunitarios (Musitu, 2004).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (2006), la mayoría de las personas inmigrantes en España provienen de Iberoamérica (36,21%), de los cuales 11,13% proceden de Ecuador, 6,40% de Colombia, 3,63% de Argentina, 3,59% de República Dominicana, 3,37% de Bolivia, 2,31% de Perú y 1,75% de Brasil. Les siguen después los procedentes de la Unión Europea (34,45%) y del norte de África (14,83%).

Por lo tanto, es evidente que el aumento de la población inmigrante hace que sea necesario un cambio en el modelo de atención a la salud mental, para poder atender a las necesidades de esta población, siempre desde el respeto a su cultura.

De esta manera, se puede decir que aunque la psicología comunitaria en España es una disciplina reciente, se ha ido desarrollando en los últimos años y puede continuar avanzando enriqueciéndose de las aportaciones de otros países, como es el caso del estado de Connecticut y la HispanicClinic.

Referencias

- Davidson, L., Tondora, J., Staeheli-Lawless, M., O'Connell, M. J., y Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice: tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Estadística. (2006). *Población extranjera por sexo, país de nacionalidad y edad*. Recuperado el 20 de noviembre de 2016 de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>
- Musitu, G. (2004). Surgimiento y desarrollo de la psicología comunitaria. En G. Musitu, J. Herrero, L. M. Cantera, y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la Psicología Comunitaria* (pp. 3-17). Barcelona, España: Editorial UOC.
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey Bass.
- United States Census. (2006). *Selected characteristics of the native and foreign-born populations*. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, de http://web.archive.org/web/20090124092630/http://factfinder.census.gov/servlet/STTable?_bm=y&context=st&qr_name=ACS_2006_EST_G00_S0501&ds_name=ACS_2006_EST_G00_&tree_id=306&redoLog=false&_caller=geoselect&-geo_id=04000US09&format=&_lang=en

EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL MARCO DE LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA

María Isabel Cano-Navarro*, **Miguel Ángel Cuquerella-Adell***, **Isabel María García-Cuenca***, **José M. Sanz-Cruces****, **María Ferrandis-Cortés*** y **Eva Carbajo-Álvarez*****

**Psicólogo Interno Residente. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia;*

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Valencia; ***Adjunta de Psicología Clínica. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia; *Jefa del Servicio de Psicología Clínica y de la Salud. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia*

Resumen

La presencia del Psicólogo Clínico en el ámbito hospitalario es cada vez más frecuente, reflejando así la importancia de los aspectos psicológicos en los procesos de salud y enfermedad. La intervención del Psicólogo Clínico es requerida para atender aquellas cuestiones que tienen que ver con el afrontamiento de la pérdida de salud y la vulnerabilidad que supone cualquier enfermedad. El objetivo de este estudio es describir cuantitativamente la experiencia asistencial de una Unidad de Psicología Clínica y de la Salud durante 11 meses en contexto hospitalario de interconsulta. Estudio epidemiológico, descriptivo, de carácter retrospectivo realizado a partir del análisis de 148 interconsultas atendidas por una Unidad de Psicología Clínica y de la Salud desde mayo de 2015 hasta abril de 2016. Se recopilan en una hoja de cálculo los siguientes datos obtenidos a través del programa Hosix: sociodemográficos (edad y sexo), de gestión (servicio de derivación y tendencia mensual de asistencia). De los datos recogidos se obtiene una muestra de 82 varones (55%) y 66 mujeres (45%). La edad media de los pacientes es de 56,65 años (máx. 88 y mín. 12). El total de interconsultas solicitadas por los distintos servicios médicos fueron 148. Los servicios de derivación más frecuentes son Oncología (50,34%), Medicina Interna (7,48%), Neurología (7,48%), Psiquiatría (6,12%), Cirugía (4,08%) y Neurocirugía (4,08%). En cuanto a la tendencia mensual de asistencia por petición de interconsulta destacan los meses de febrero, marzo, junio, septiembre y octubre. Los resultados descritos evidencian la necesidad de una intervención multidisciplinar en la que la Psicología Clínica tenga una

vinculación directa con el proceso de enfermedad física y mental. La finalidad última es dignificar la calidad de vida de los pacientes y optimizar el actual sistema sanitario.

Palabras clave: psicólogo clínico, psicología de la salud, interconsulta, intervención multidisciplinar.

THE CLINICAL PSYCHOLOGIST IN THE CONTEXT OF HOSPITAL CONSULTATION

Abstract

The presence of the Clinical Psychologist in the hospital is increasingly frequent, reflecting the importance of the psychological aspects in the health and illness processes. The intervention of the Clinical Psychologist is required to address those issues that have to do with coping with the loss of health and the vulnerability of any disease. The objective of this study is to quantitatively describe the care experience of a Unit of Clinical and Health Psychology for 11 months in a hospital consultation context. Epidemiological, descriptive, retrospective study based on the analysis of 148 interconsultations attended by a Clinical and Health Psychology Unit from May 2015 to April 2016. The following data obtained through the Hosix program: sociodemographic (age and sex), management (referral service and monthly attendance trend). From the data collected, a sample of 82 males (55%) and 66 females (45%) were obtained. The mean age of the patients is 56.65 years (max. 88 and min. 12). The most frequent referral services were Oncology (50.34%), Internal Medicine (7.48%), Neurology (7.48%), Psychiatry (6.12 %), Surgery (4.08%) and Neurosurgery (4.08%). The months of February, March, June, September and October stand out in terms of the monthly trend of assistance due to interconsultation requests. The results described evidenced the need for a multidisciplinary intervention in which Clinical Psychology has a direct link with the process of physical and mental illness. The ultimate aim is to dignify the quality of life of patients and optimize the current health system.

Key words: Clinical Psychologist, health psychology, interconsulta, multidisciplinary intervention.

Introducción

El antiguo dualismo salud física-salud mental se ha superado con el reconocimiento del componente bio-psico-social del enfermar, disolviéndose sus límites al conocerse la interdependencia entre la psique y el cuerpo. Consecuentemente, ha surgido la necesidad creciente de equipos interdisciplinarios en todos los campos sanitarios, entre lo que se encuentra inmersa la figura del Psicólogo Clínico. La presencia del mismo en el ámbito hospitalario es cada vez más frecuente, reflejando así la importancia de los aspectos psicológicos en los procesos de salud y enfermedad (Marín, 1998).

La atención sanitaria actual requiere el tratamiento holístico e integral del paciente hospitalizado, considerando que el manejo de algunas enfermedades puede afectar al estado mental y emocional de la persona, además de requerir la cooperación entre las diferentes especialidades médicas, y la necesaria implicación del paciente y su familia en la estabilización de la enfermedad (Costa-Requena, Rodríguez, Calvo y Parramon, 2015).

La interconsulta es un sistema habitual de relación entre los servicios asistenciales hospitalarios, que ayuda a las distintas especialidades médicas al enfoque diagnóstico y terapéutico de los pacientes ingresados. La constante vivencia entre salud y enfermedad, las situaciones límites que se producen, y los problemas éticos que acarrear, pueden suponer una amenaza al equilibrio psicológico de la persona (Costa-Requena et al., 2015).

La Psicología Clínica y de la Salud es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos pueden tener lugar. Por tanto, el Psicólogo Clínico y de la Salud se define como el psicólogo que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los

distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse. Por tanto, las funciones del Psicólogo Clínico y de la Salud pueden agruparse en: evaluación, diagnóstico, tratamiento e intervención, consejo, asesoría, consulta y enlace, prevención y promoción de la salud, investigación, enseñanza y supervisión, dirección, administración y gestión (Marín, 1998).

La hospitalización es un desafío a la capacidad del individuo para adaptarse. Las respuestas individuales a la enfermedad y/o hospitalización son moduladas por factores biopsicosociales. Estas respuestas causan cambios en el auto-concepto y la autoimagen de la persona, en su estilo de vida, en la dinámica de las relaciones familiares y sociales. Varios estudios muestran los costos y las consecuencias negativas de dejar de lado el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y las quejas psicosociales durante el tratamiento hospitalario. Se sabe que esta negligencia conduce a una mayor duración del tratamiento médico, a un uso inapropiado y más frecuente de los procedimientos médicos y de diagnóstico, así como a readmisiones hospitalarias recurrentes e innecesarias. En relación con el bienestar del paciente, el fracaso en identificar y tratar adecuadamente las quejas psicológicas/psiquiátricas conlleva a una atención deficitaria y a un sufrimiento innecesario (Carvalho y Lustosa, 2008).

En la psicología de interconsulta, el psicólogo que forma parte del equipo de salud del hospital y que atiende al paciente médico-quirúrgico utiliza todo su conocimiento para tratar de integrarse al equipo médico. Observa y piensa los pacientes en términos de necesidades, comprender la relación médico-psicológica entre el paciente, su médico y el equipo terapéutico, ocupándose de aportar una comprensión total del proceso de salud-enfermedad, integrando lo biológico, lo psíquico y lo social, al enfrentarse a la sintomatología psíquica, afectiva y conductual del paciente con una enfermedad orgánica de base (Gazotti y Prebianchi, 2014). Diversas razones pueden ser determinantes de una solicitud de interconsulta psicológica por médicos y otros miembros del equipo. Algunos de los más frecuentes son: colaboración para el diagnóstico diferencial de patologías orgánicas y psicológicas, persistencia de comportamiento demandante por parte del paciente, dificultad del equipo para tratar con los sentimientos y reacciones derivadas de la enfermedad, riesgo o intento de suicidio, pacientes con trastornos mentales, dificultades en la relación médico-paciente y

alteraciones emocionales relacionadas con el proceso de enfermedad y/o ingreso hospitalario (Smaira, Kerr-Corrêa y Contel, 2003).

Según Gazotti y Prebianchi (2014), las intervenciones multidisciplinarias donde se incluyen las intervenciones psicoterapéuticas benefician disminuyendo la sintomatología somática, la depresión, la ansiedad, la adherencia al tratamiento, la polifarmacia y los costos. En definitiva, la labor del Psicólogo Clínico en el marco de la interconsulta hospitalaria puede favorecer, junto a los demás profesionales, la salud física y psicológica y, por tanto, la calidad de vida de los pacientes.

Por ello, este trabajo pretende estudiar el funcionamiento de la psicología de interconsulta en un hospital que dispone de una unidad específica de Psicología Clínica y de la Salud, de manera que pueda verse reflejada la necesidad de la interconsulta psicológica hospitalaria y los beneficios de la misma en términos, no solo de coste económico, sino también de salud física y mental.

Método

Participantes

La muestra está constituida por 148 pacientes ingresados en el Hospital General Universitario de Valencia que fueron atendidos por la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud en algún momento determinado dentro del periodo temporal mayo de 2015 hasta abril de 2016.

Instrumentos

El instrumento utilizado para la obtención de datos fue el programa informático Hosix. Hosix.NET es un sistema de gestión e información hospitalaria de fácil uso, que contempla todas las áreas de actividad del ambiente de la Salud y las relaciona e integra directamente. Este modelo facilita la comunicación fluida entre todos los profesionales y en el acceso a la Historia del paciente, con previa autorización del mismo, desde cualquier punto. Se establece como un instrumento de comunicación entre la organización y sus profesionales. Es una herramienta indispensable para la organización eficaz del trabajo diario, que está constituida por módulos que funcionan de forma autónoma y se adaptan a todo tipo de organización.

Procedimiento

Se procede a la búsqueda de información sobre las interconsultas realizadas por la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud del Hospital General de Valencia durante el periodo temporal de un año a través de la aplicación informática Hosix.NET. Para poder sistematizar la búsqueda y homogeneizar los datos obtenidos se clasifican por categorías sociodemográficas, de gestión y de diagnóstico médico. Posteriormente, se registran los datos en una hoja de cálculo y se concluye con el análisis de los mismos.

Diseño

Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo, de carácter retrospectivo realizado a partir del análisis de 148 interconsultas atendidas por una Unidad de Psicología Clínica y de la Salud desde mayo de 2015 hasta abril de 2016.

Resultados

Se recopilan en una hoja de cálculo los siguientes datos obtenidos a través del programa Hosix.NET: sociodemográficos (edad y sexo), de gestión (servicio de derivación y tendencia mensual de asistencia). De los datos recogidos se obtiene una muestra de 82 varones y 66 mujeres (ver Figura 1). La edad media de los pacientes es de 56,65 años (ver Tabla 1). El total de interconsultas solicitadas por los distintos servicios médicos fueron 148. Como se observa en la Tabla 3, los servicios de derivación más frecuentes son Oncología (50,34%), Medicina Interna (7,48%), Neurología (7,48%), Psiquiatría (6,12%), Cirugía (4,08%) y Neurocirugía (4,08%). Respecto al diagnóstico médico de los pacientes atendidos psicológicamente mediante interconsulta hospitalaria, el 51.35% sufrían cáncer (ver Tabla 2). En cuanto a la tendencia mensual de asistencia por petición de interconsulta destacan los meses de febrero, marzo, junio, septiembre y octubre (ver Figura 2).

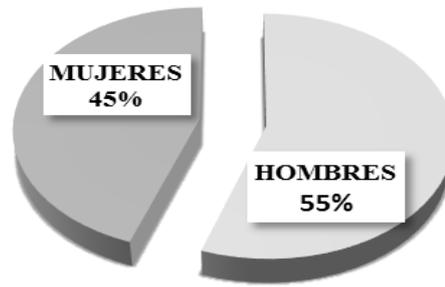


Figura 1. Género de la muestra.

Tabla 1

Edad de la muestra

N	148
Mínimo	12
Máximo	88
Media	56,6554
Desv. Típ.	17,2999

Tabla 2

Diagnóstico médico del paciente atendido en interconsulta psicológica en el hospital

Diagnóstico médico	Frecuencia
Cáncer	76
Esclerosis Lateral Amiotrófica	1
Patologías cardíacas (miocarditis, pericarditis, insuficiencia, angina...)	6
VIH	2
Trastorno mental	5
Trastorno mental orgánico	1
Síndrome Medular	2
Gestación con complicaciones	2
Hidrocefalia	1
Encefalopatía	2
Síndrome Wernicke-Korsakoff	1

Tabla 2 (continuación)

Crisis comiciales Vs. Crisis de ansiedad	1
Traumatismos	5
Neumonía	2
Sobreingesta/Intoxicación medicamentosa	4
Ictus	2
Insuficiencia renal y otras patologías renales	4
Sospecha de Deterioro Cognitivo	3
Patologías digestivas	4
Dolor	2
Síndromes neurológicos	3
Hiper glucemia	3
Shock séptico	1
Otros	15

Tabla 3

Porcentaje de interconsultas realizadas a la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud por parte de los Servicios Médicos del hospital

Servicio Médico	Frecuencia	Porcentaje
Oncología	74	50,34%
Medicina Interna	11	7,48%
Neurología	11	7,48%
Psiquiatría	9	6,12%
Cirugía	6	4,08%
Neurocirugía	6	4,08%

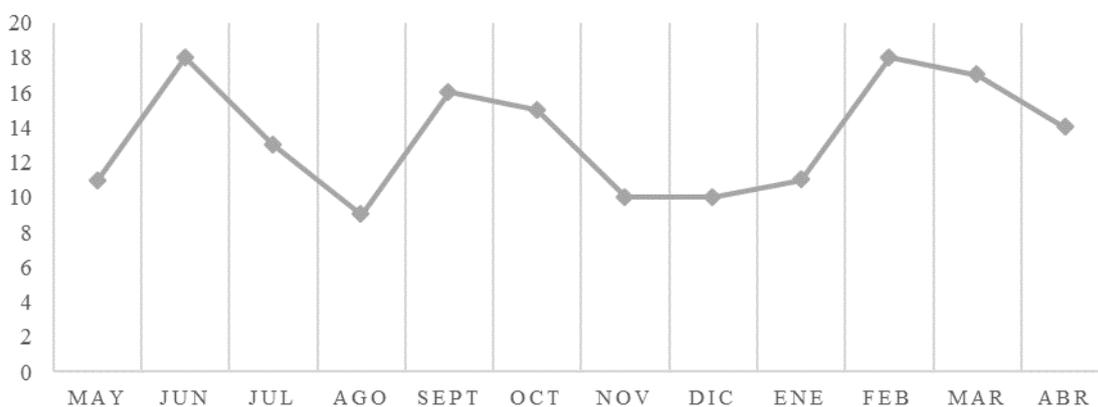


Figura 2. Tendencia mensual de las interconsultas.

Discusión

Los resultados descritos evidencian la necesidad de una intervención multidisciplinar en la que la Psicología Clínica tenga una vinculación directa con el proceso de enfermedad física y mental.

La asistencia psicológica en los hospitales generales es limitada debido a la minimización de la reacción emocional del paciente médico-quirúrgico, olvidando que la presencia de los trastornos mentales transitorios, agudos o crónicos, durante la enfermedad médica impactan en la evolución y la adherencia terapéutica, así como en la calidad de vida del paciente, y que estas alteraciones conductuales y emocionales se pueden presentar como una comorbilidad ya sea de manera previa, durante o después de la enfermedad (González-Salas, Bustamante-Rojano, Jiménez-Correa y Gámez-Mier, 2014).

Padecer una enfermedad y/o lesión grave que requiera un periodo de hospitalización más o menos largo suele generar un cierto grado de estrés en el paciente (p.e. en cuanto al incremento de la vulnerabilidad, aceptar el rol de enfermo, el sometimiento a rutinas y pruebas médicas, la pérdida de intimidad y de control sobre los rituales cotidianos, etc.). Esto, sumado a las demandas, imposiciones y funcionamiento del entorno hospitalario (p.e. ajustarse a las rutinas y horarios del hospital, interacción médico-paciente, comunicación de malas noticias, etc.), son factores que influyen en el proceso de adaptación del paciente a su enfermedad (motivo del ingreso) y a su tratamiento. Así pues, en determinadas ocasiones, el paciente puede presentar un cuadro

psicopatológico coincidente con su patología de base, o incluso reactivo a esta o al proceso de hospitalización. Por ello, es necesario un equipo de interconsulta psicológica hospitalaria que dé respuesta a este tipo de problemáticas presentadas por pacientes ingresados en áreas no-psiquiátricas de los hospitales generales (Lusilla, Castellano, Navarro y González, 2013).

La psicología de interconsulta es una de las formas más visibles de la aplicación del concepto de interdisciplinariedad. La interdisciplinariedad puede considerarse como un intenso intercambio de profesionales sobre el conocimiento en diversos campos y dentro de una escena, una acción de reciprocidad, mutualidad, que asume una actitud diferente en un caso determinado (Oliveira et al., 2011). A ellos se añade que, la aplicación de la psicología clínica al trabajo multidisciplinar en el hospital facilita la implementación del modelo biopsicosocial en la atención sanitaria (Costa-Requena et al., 2015).

Existe, desde hace años, un incremento significativo de la demanda de atención psicológica por parte de los distintos servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios. La actividad de interconsulta hospitalaria potencia la integración del servicio de psicología en el centro hospitalario y sirve de puente de comunicación entre el servicio de psicología y el resto de servicios médico-quirúrgicos ofreciendo un modelo biopsicosocial de la asistencia y facilitando una atención integral (Iglesias, Alberdi, García, Martínez, Sardiña y Lantes, 2012). A pesar de su notable desarrollo en las últimas dos décadas, la psicología de interconsulta no está cumpliendo funciones homogéneas en todos los hospitales y su implementación es todavía muy dispar en el sistema sanitario. A día de hoy no todos los hospitales generales cuentan con un equipo de enlace acreditado como tal, y sus intervenciones apenas llegan al 10%. Sin embargo, diversos estudios han demostrado su eficacia para reducir la estancia media hospitalaria, sobre todo, en pacientes con comorbilidad psiquiátrica (Lusilla et al., 2013). Así pues, desde un punto de vista coste-beneficio, su implementación dentro de los hospitales generales parece justificada. Por ello, consideramos oportuno fomentar, aumentar y difundir conocimiento sobre esta actividad. El presente trabajo pretende dar cabida al estudio de la interconsulta psicológica hospitalaria, ya que resulta imprescindible la búsqueda de la consolidación, reconocimiento y legitimación de los modelos y las

prácticas profesionales del Psicólogo Clínico en el hospital. La finalidad última es dignificar la calidad de vida de los pacientes y optimizar el sistema sanitario actual.

Referencias

- Carvalho, M. R. y Lustosa, M. A. (2008). Interconsulta psicológica. *Revista da SBPH*, 11(1), 31-47.
- Costa-Requena, G., Rodríguez, A., Calvo, E. y Parramon, G. (2015). Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas a psicología clínica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 115, 11-15.
- Gazotti, T. D. C., y Prebianchi, H. B. (2014). Caracterização da interconsulta psicológica em um hospital geral. *Psicologia: teoria e prática*, 16 (1), 18-30.
- González-Salas, I. C., Bustamante-Rojano, J. J., Jiménez-Correa, U., y Gámez-Mier, C. H. (2014). Psiquiatría de Enlace. Experiencia en el Hospital General de México. *Revista Médica Del Hospital General De México*, 77(3), 142-149.
- Iglesias, F., Alberdi, J., García, J., Martínez, G., Sardiña, J., y Lantes, S. (2012). Marco de gestión clínica de una unidad psiquiátrica hospitalaria de interconsulta y enlace. *Avances en Salud Mental Relacional*, 11(2). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/view/1512>
- Lusilla, P., Castellano, C., Navarro, C. y González, M. Á. (2013). Interconsulta y Psiquiatría de Enlace en una Unidad de Lesión Medular: Aspectos teóricos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, *Revista Iberoamericana de Psicosomática*, 106, 43-53.
- Marín, J. R. (1998). Psicología de la salud y psicología clínica. *Papeles del psicólogo*, (69), 2.
- Oliveira, E. R. A., Fiorin, B. H., Lopes, I. J., Gomes, M. J., Coelho, S. O., y Morra, J. S. (2011). Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 13 (4), 28-34.
- Smaira, R., Kerr-Corrêa, F., y Contel, J. O. B. (2003). Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case-control study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1), 18-25.

RELACIÓN ENTRE DECLIVE FUNCIONAL Y CLÍNICA PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Alfredo Zamora-Mur*, **Aranzazu Zamora-Catevilla*** y **María Nabal Vicuña****

**Hospital de Barbastro; ** Cuidados Paliativos, Hospital Arnau de Llérida*

Resumen

Antecedentes: diversas publicaciones han relacionado el declive funcional con la aparición de síntomas, especialmente psicológicos o psiquiátricos, como ansiedad y depresión. Por otra parte, un trastorno depresivo inicial o previo al declive funcional suele empeorarlo, existiendo incluso relación con un aumento de la mortalidad y del deseo de verse adelantada la muerte. Nos planteamos conocer la relación entre la existencia de declive funcional medido mediante descenso en índice de Barthel (IB) y la presencia de síntomas psicológicos y físicos. Método: estudio analítico prospectivo con los pacientes derivados a un Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria (ESAD). Resultados: 638 casos, 53,9% (N=344) hombres, 56% (N=357) oncológicos y 44% (N=281) geriátricos. La edad media fue 79´64+/-10´8 años. Obtuvimos diferencias significativas ($p<0´001$) en declive funcional medido mediante descenso medio en el IB entre pacientes oncológicos (34´4) y geriátricos (12´12). Encontramos diferencias significativas ($p<0´001$) en todos los síntomas registrados (dolor, disnea, anorexia, náuseas, ansiedad, depresión e insomnio) con mayor frecuencia en pacientes oncológicos, salvo agitación psicomotriz. En pacientes con mayor grado de declive funcional, con descensos en IB superior a 20 puntos, se detectó mayor presencia de síntomas, excepto agitación psicomotriz. Salvo determinados analgésicos, no hubo diferencias en los tratamientos previos que pudieran interferir en este hecho; sí encontramos diferencias en diversos tratamientos pautados por el ESAD tras su intervención. Conclusiones: la existencia de declive funcional y su grado pueden verse relacionados con la aparición de síntomas, como ansiedad, depresión e insomnio, especialmente en el paciente oncológico. Un adecuado enfoque multidisciplinar (psicólogo, geriatra, terapeuta ocupacional) del paciente, podría mejorar tanto la situación funcional como la clínica del paciente.

Palabras Clave: ansiedad, depresión, delirium, declive funcional, geriátrico

RELATIONSHIP BETWEEN FUNCTIONAL DECLINE AND PSYCHOLOGICAL CLINIC IN THE GERIATRIC PATIENT

Abstract

Background: Various publications have related functional decline with the onset of symptoms, especially psychiatric or psychological, such as anxiety and depression. Moreover, an initial or prior to functional decline depressive disorder often worse, there even related to an increase in mortality and the desire to be ahead of death. We decided to investigate the relationship between the existence of functional decline measured by decrease in Barthel index (BI) and the presence of psychological and physical symptoms. Method: Prospective analytical study with patients referred to a Home Care Support Team (HCST). Results: 638 cases, 53.9% (N=344) were men, 56% (N=357) oncological and 44% (N=281) geriatric. The mean age was 10.8 years +/- 79.64. We obtained significant differences ($p < 0.001$) in functional decline measured by average decline in the IB among cancer patients (34'4) and geriatrics (12'12). We found significant differences ($p < 0.001$) in all symptoms (pain, dyspnea, anorexia, nausea, anxiety, depression and insomnia) more often in cancer patients, except psychomotor agitation. In patients with greater functional decline, with decreases in IB above 20 points, the greater presence of symptoms was detected, except psychomotor agitation. Except certain analgesics, there were no differences in previous treatments that might interfere with this aspect; we did find differences in different treatments ruled by ESAD after his intervention. Conclusions: The existence of functional decline and its degree may be related to the onset of symptoms such as anxiety, depression and insomnia, especially in cancer patients. A suitable multidisciplinary approach (psychologist, geriatrician, occupational therapist) patient could improve both the functional and clinical situation of the patient.

Keywords: anxiety, depression, delirium, functional decline, geriatric

Introducción

Son diversas las publicaciones que relacionan el declive funcional con la aparición de síntomas, especialmente del ámbito psicológico o psiquiátrico (Burton, Payne, Addington-Hall y Jones, 2010) como ansiedad (Mehta et al., 2007) y depresión (Hayes et al., 2012). Por otra parte, un trastorno depresivo inicial o previo a un síndrome del declive suele empeorarlo (Santaeugenia y Altimir, 2006) viéndose incluso relacionado con un aumento de la mortalidad (Holwerda et al., 2007) y del deseo de adelantar la muerte (Villavicencio et al., 2014).

Aunque existen multitud de escalas capaces de evaluar la situación funcional de los pacientes, el índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) es clásicamente usado en el ámbito geriátrico, como indicador de mortalidad (Corti, Guralnik, Salive y Sorkin, 1994) e institucionalización (Torres et al., 2009), así como en Cuidados Paliativos (Godfrey y Poole, 2007). Esta escala ha demostrado además buena correlación con otras del ámbito de la geriatría y la oncología, como el índice de Karnofsky, el índice del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) y el índice de Katz (Nabal et al., 2006). A la luz de todos estos resultados nos planteamos conocer la relación entre la existencia de declive funcional y la presencia de síntomas, en pacientes oncológicos y geriátricos en situación de enfermedad avanzada, y cómo se modifican tras la intervención de un equipo de Cuidados Paliativos.

Método

Participantes

Han sido incluidos en el estudio todos los pacientes derivados al Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria (ESAD) del sector sanitario de Barbastro con criterios de paciente terminal entre los años 2007 y 2011 desde servicio de Atención Primaria del sector y desde el hospital de Barbastro.

Material/instrumentos utilizados

Escala de depresión de Yesavage (sensibilidad 92%, especificidad 89%, consistencia interna 0,80), escala de ansiedad de Hamilton (sensibilidad 78,1%,

especificidad 74,6% consistencia interna 0,89), criterios de la CAM (Confusion Assessment method) para síndrome confusional agudo, e índice de Barthel (IB).

Procedimiento

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, índices de Barthel previo al proceso que genera la necesidad de atención y en la primera visita, motivo de derivación (oncológico, geriátrico), presencia de síntomas en la primera valoración del paciente por el ESAD (dolor, disnea, ansiedad, sintomatología depresiva, insomnio y agitación), tratamiento previo a la intervención del ESAD y tratamiento de los síntomas llevado a cabo tras la intervención del ESAD, así como la necesidad o no de sedación del paciente al final del proceso. Se establecen grupos de comparación según descenso en índice de Barthel mayor de 20 y menor o igual a 20 puntos.

Diseño

Se trata de un estudio prospectivo analítico descriptivo e intervencional.

Resultados

Se incluyeron 638 casos, de los cuales un 53,9% (N=344) fueron hombres y un 46,1% (N=294) mujeres. Un 56% (N=357) de los pacientes fueron derivados con diagnóstico oncológico, siendo el resto, un 44% (N=281) clasificados como geriátricos. La edad media fue de 79,64±10,8 años. Tras recoger valor de Barthel previo y en la primera intervención, obtuvimos diferencias significativas ($p<0,001$) en declive funcional medido mediante descenso medio en el IB entre pacientes oncológicos (34,4 puntos) y geriátricos (12,12 puntos). En la tabla 1 se puede observar como en todos los casos con presencia de síntomas, se detectó un mayor declive funcional respecto a los que no lo presentaban, salvo en el caso de la agitación psicomotriz, apreciando la relación entre los síntomas y la evolución funcional. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) entre el hecho de variar la situación funcional y la clínica presentada en los síntomas dolor, disnea, ansiedad y agitación. Mostraron una significación aún mayor ($p<0,001$) síntomas como depresión, náuseas y anorexia.

Tras apreciar como todos los descensos del índice de Barthel eran superiores a 20 puntos independientemente de la presencia o no de síntomas, procedimos a la comparación de los pacientes con descensos del índice de Barthel mayor de 20, que

representaron un 62'06% (N=242) de la muestra (un 79'6% oncológicos) y los pacientes con descenso menor de 20 puntos, que supusieron un 37'93% (N=396), de los que un 44'4% eran oncológicos. Estos datos se pueden observar en la tabla 2. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p<0'05$) en dolor y ansiedad y muy significativas ($p<0'001$) en disnea y depresión.

En la tabla 3 se pueden apreciar las diferencias encontradas en los tratamientos pautados previamente a la intervención del ESAD entre estos grupos. No hubo diferencias en ningún psicofármaco entre grupos y se han representado los dos únicos analgésicos que mostraron diferencias ($p<0'05$). Los fármacos utilizados o modificados tras la intervención del ESAD, se detallan en tabla 4, habiéndose representado sólo los que presentaron diferencias significativas ($p<0'05$).

Tabla 1

Síntomas y declive funcional

	N	Descenso medio Barthel
Dolor sí	362	27
Dolor no	275	23'6
Disnea sí	139	32'88
Disnea no	499	26'98
Ansiedad sí	148	28'49
Ansiedad no	490	24
Depresión sí	135	33'49
Depresión no	503	23
Insomnio sí	144	25'47
Insomnio no	494	25'14
Agitación sí	119	20'13
Agitación no	519	26'54

Tabla 2

Comparación según el grado de declive funcional

	Descenso Barthel<20	Descenso Barthel>20
Dolor	39´9% (N=158)	51´2% (N=108)
Ansiedad	19´7% (N=78)	31´8% (N=67)
Disnea	17´2% (N=68)	31´3% (N=66)
Depresión	15´9% (N=63)	30´8% (N=65)
Insomnio	20´7% (N=82)	25´6% (N=54)
Delirium	21´5% (N=85)	15´2% (N=32)

Tabla 3

Tratamientos previos a la intervención del ESAD según declive funcional

Fármacos	Descenso Barthel<20	Descenso Barthel>20
Benzodiacepinas	31´5% (N=124)	32´7% (N=69)
Antidepresivos	33´5% (N=132)	29´9% (N=63)
Neurolépticos típicos	13´5% (N=53)	14´7% (N=31)
Neurolépticos atípicos	19´5% (N=77)	6´6% (N=14)
Gabapentina	3´1% (N=12)	3´8% (N=8)
Pregabalina	4´1% (N=16)	4´7% (N=10)
Morfina	2´8% (N=11)	7´6% (N=16)
Fentanilo	15´3% (N=60)	31´3% (N=66)

Tabla 4

Tratamientos pautados por el ESAD según declive funcional

<u>Actuación ESAD</u>	<u>Descenso Barthel<20</u>	<u>Descenso Barthel>20</u>
Morfina	7´6% (N=30)	19´4% (N=41)
Benzodiazepinas	24´7% (N=98)	42´7% (N=90)
Fentanilo	15´7 % (N=62)	25´7 % (N=54)
Metamizol	13´9 % (N=55)	23´2%(N=39)
Neurolépticos típicos	21´7% (N=86)	41´2%(N=87)
Sedación	9´6% (N=38)	30´3% (N=64)

Discusión

El declive funcional medido mediante el índice de Barthel se ha visto relacionado con la necesidad de atención enfocada a cuidados paliativos (Burton et al., 2010) aparición de sintomatología como depresión (Garrido, Serrano, Bartolomé y Martínez, 2012) aumento de mortalidad (Clua et al., 2012) y de institucionalización (Torres et al., 2009) así como con la aparición de síndrome del cuidador (Vázquez et al., 2012). En nuestros pacientes geriátricos se puede observar un discreto descenso en el índice de Barthel, mientras que en los pacientes oncológicos se objetiva un importante declive funcional. En este grupo de pacientes oncológicos objetivamos que todos los síntomas son más frecuentes excepto la agitación psicomotriz, lo que puede hacer pensar en la existencia de una relación de causalidad. En cuanto al grado de declive funcional, encontramos marcadas diferencias en la clínica presentada entre pacientes con descensos mayores a 20 puntos en el índice de Barthel respecto a declives menores, aunque en este grupo de nuevo se dan frecuencias mayores de pacientes oncológicos. Es fácil que en presencia de dolor o disnea no controlados, el paciente necesite más ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. Por otra parte, son muchos los trabajos, en diferentes ámbitos, en los que se ha relacionado la presencia de delirium con mayor riesgo de deterioro funcional (Dasgupta y Brymer, 2015).

Otros autores han señalado la relación entre declive funcional y sintomatología depresiva (Gomes et al., 2014), tanto en hombres (Rodríguez, Montero, Carmenate y Avendano, 2014) como en mujeres (Vink, Aartsen y Schoevers, 2008) y existen autores que lo asocian a la presencia de ansiedad (Cabrera y Montorio, 2009). La ausencia de

adecuado tratamiento de síntomas, como el dolor (Pergolizzi, Gharibo y Ho, 2015) o su cronificación (O'Donnell et al., 2013) se han visto relacionadas con la presencia de declive funcional (Rottenberg, Jacobs y Stessman, 2015) y de fragilidad (Blyth et al., 2008).

En nuestra muestra, los tratamientos previamente utilizados no parecen influir en la relación entre presencia de clínica y situación funcional, al haber encontrado diferencias sólo en algunos analgésicos. Por lo que respecta a benzodiazepinas y neurolépticos es fácil que se relacionen con síntomas de la esfera neuropsicológica no controlados y asociados a mayor dependencia en nuestra serie. En nuestra serie el declive funcional también se ha asociado a mayor frecuencia de sedación paliativa, tanto en pacientes oncológicos (Vigano, Dorgan, Buckingham, Bruera y Suarez-Almanzor, 2000) como en no oncológicos (Bajo, Espauella, Dalmau, Barneto y Altimiras, 2013) encontrando diferencias muy significativas entre los grupos con descensos mayores y menores a 20 puntos en nuestros pacientes. Nuestros resultados contrastan con otros estudios (Bulli et al., 2007) que determinan una mayor frecuencia de sedación cuando la situación funcional previa es mejor, pero con peor calidad de vida.

La mejoría de los síntomas con tratamiento médico adecuado podría tener repercusión funcional y por lo tanto es una medida indirecta del grado de control sintomático.

Referencias

- Bajo, L., Espauella, J., Dalmau, N., Barneto, M., y Altimiras, J. (2013). Analysis of dementia patient mortality in a psychogeriatric unit. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48, 69-71.
- Blyth, F. M., Rochat, S., Cumming, R. G., Creasey, H., Handelsman, D. J., Le Couteur, D. G., et al. (2008). Pain, frailty and comorbidity on older men: the CHAMP study. *Pain*, 140, 224-30.
- Bulli, F., Miccinesi, G., Biancalani, E., Fallai, M., Mannocci, M., Paci, E., et al. (2007). Continuous deep sedation in home palliative care units: case studies in the Florence area in 2000 and in 2003-2004. *Minerva Anestesiologica*, 73, 291-8.

- Burton, C. R., Payne, S., Addington-Hall, J., y Jones, A. (2010). The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age and Ageing*, 39, 554-9.
- Cabrera, I., y Montorio, I. Ansiedad y envejecimiento. (2009). *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 106-111.
- Clua, J. L., Piñol, J. L., Panisello, A., Lucas, J., Gil, V. F., Orozco, D., et al. (2012). Ebrictus study. Functional results, survival, and potential years of life lost after the first stroke. *Atención Primaria*, 44, 223-31.
- Corti, M. C., Guralnik, J. M., Salive, M. E., y Sorkin, J. D. (1994). Serum albumin level and physical disability as predictor of mortality in older persons. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1036-42.
- Dasgupta, M., y Brymer, C. (2015). Poor functional recovery after delirium is associated with other geriatric syndromes and additional illnesses. *International Psychogeriatrics*, 27, 793-802.
- Garrido, M., Serrano, M. D., Bartolomé, R., y Martínez, V. (2012). Factors associated with health-related quality of life in the institutionalised elderly: differences between men and women. *Enfermería Clínica*, 22, 27-34.
- Godfrey, J., y Poole, L. (2007). An audit of the use of the Barthel Index in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 543-8.
- Gomes, S., Maciel, Á. C., Freire, N., Moreira, A., Ribeiro, O. y Guerra, R. O. (2014). Depressive symptoms and functional decline in an elderly sample of urban center in Northeastern Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58, 214-8.
- Hayes, R. D., Lee, W., Rayner, L., Price, A., Monroe, B., Hansford, P., et al. (2012). Gender differences in prevalence of depression among patients receiving palliative care: the role of dependency. *Palliative Medicine*, 26, 696-702.
- Holwerda, T. J., Schoevers, R. A., Dekker, J., Deeg, D. J. H., Jonker, C., Beekman, A. T. F. (2007). The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 241-9.
- Mahoney, F. I., y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-5.

- Mehta, K. M., Yaffe, K., Brenes, G. A., Newman, A. B., Shorr, R. I., Simonsick, E. M., et al. (2007). Anxiety symptoms and decline in physical function over 5 years in the Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 265-70.
- Nabal, M., Trujillano, J., Porta, J., Naudí, C., Palomar, C., Altisent, R., et al. (2006). Evaluación funcional en Cuidados Paliativos: correlación entre diferentes escalas. *Medicina Paliativa*, 13, 125-131
- O'Donnell, M. J., Diener, H. C., Sacco, R. L., Panju, A. A., Vinisko, R., y Yusuf, S. (2013). PRoFESS Investigators. Chronic pain syndromes after ischemic stroke: PRoFESS trial. *Stroke*, 44, 1238-43.
- Pergolizzi, J. V., Gharibo, C., y Ho, K. Y. (2015). Treatment Considerations for Cancer Pain: A Global Perspective. *Pain Practice*, 15, 778-92.
- Rodríguez, S., Montero, P., Carmenate, M., y Avendano, M. (2014). Functional decline over 2 years in older Spanish adults: evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Geriatrics and Gerontology International*, 14, 403-12.
- Rottenberg, Y., Jacobs, J.M., Stessman, J. (2015). Prevalence of pain with advancing age brief report. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16, 264.
- Santaegenia, S., y Altimir, S. (2006). Síndrome del declive geriátrico. *Formación Médica Continuada*, 13, 193-8.
- Torres, B., Núñez, E., Pérez, G., Simón, J. P., Alastuey, C., Díaz, J., et al. (2009). Barthel and Charlson indexes for the prognosis of mortality and institutionalization in hospitalized geriatric patients. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 209-12.
- Vázquez, M. Á., Aguilar, M. P., Estébanez, F. M., Casals, C., Casals, J. L., y Heras, M. C. (2012). The influence of dysfunctional thoughts on the burden of the dependent person caregiver. *Enfermería Clínica*, 22, 11-7.
- Vigano, A., Dorgan, M., Buckingham, J., Bruera, E., Suarez-Almanzor, M. E. (2000). Survival prediction in terminal cancer patients: A systematic review of the medical literature. *Palliative Medicine*, 14, 363-74.

- Villavicencio, C., Monforte, C., Tomás, J., Maier, M. A., Porta, J., y Balaguer, A. (2014). Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23, 1125-1132.
- Vink, D., Aartsen, M. J., y Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of Affective Disorders*, 106, 29-44.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA PERSONAS CON UN TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Teresa Pérez-Poo*, **Patricia Cordero-Andrés****, **Olga Umaran-Alfageme****,
Fernando Hoyuela-Zatón*, **Rosa Isabel Marañón-González**** y **Sara González-
González****

**Residente de Psicología Clínica en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla,
Santander; **Residentes de Psicología Clínica; ***Psicólogos Clínicos en el Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla, Santander*

Resumen

Antecedentes: El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón de inestabilidad e impulsividad en la afectividad, autoimagen y relaciones interpersonales que requiere un tratamiento integral. En los últimos años un número creciente de estudios apoyan la efectividad de los tratamientos psicológicos para este trastorno. Entre ellos se encuentra el *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS), un programa de tratamiento grupal basado en estrategias cognitivo conductuales que se han mostrado eficaces en esta población de pacientes y que resulta fácilmente adaptable a distintos contextos de intervención. **Método:** El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de un programa de tratamiento para TLP basado en STEPPS en 20 pacientes ambulatorios pertenecientes al área sanitaria de Santander. La presencia e intensidad de la sintomatología fue evaluada mediante el cuestionario BEST (*Borderline Evaluation of Severity Over Time*). El programa combina estrategias de regulación emocional con técnicas cognitivo conductuales y añade un componente sistémico, que favorece la implicación activa del entorno del paciente. Se trata de un programa manualizado, con tareas específicas a desarrollar cada semana. La intervención se realizó a lo largo de 28 semanas, combinando sesiones grupales semanales para pacientes y para familiares, complementadas con sesiones de psicoterapia individual. **Resultados:** Al finalizar el tratamiento se observa una reducción en la gravedad de la sintomatología medida con el cuestionario BEST, especialmente en lo que se refiere al funcionamiento emocional y cognitivo

característico del TLP, reduciéndose también las conductas autodestructivas y aumentando los comportamientos positivos. **Conclusiones:** El programa STEPPS resulta un tratamiento para pacientes ambulatorios, que posibilita la adaptación a contextos sanitarios públicos de recursos limitados.

Palabras clave: Trastorno límite de personalidad, STEPPS, tratamiento ambulatorio, intervención grupal, regulación emocional.

EFFICACY OF AN OUTPATIENT TREATMENT PROGRAM FOR PEOPLE WITH A BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Abstract

Background: Border Personality Disorder (BPD) is marked by a pattern of instability and impulsivity in moods, self-image and interpersonal relationships that requires a proper treatment. In recent years a growing number of studies support the effectiveness of psychological treatments for this disorder. Among them is the Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), a group treatment program based on cognitive behavioral strategies that have proved effective in this patient population and it is easy to adapt to different intervention contexts. **Method:** The objective of this study is to evaluate the efficacy of a treatment program for BPD based on STEPPS in 20 outpatients who belong to the health area of Santander. Presence and intensity of the symptomatology was measured with the BEST questionnaire (Borderline Evaluation of Severity Over Time). The schedule combines emotional regulation strategies with cognitive behavioral techniques and this adds a systemic component, which promotes the involvement of patient's environment. It is a guide program, with specific tasks to carry out every week. The intervention combines weekly group and monthly individual psychotherapy sessions for patients and relatives, which took place over a period of 28 weeks. **Results:** After the treatment, there was a reduction in the severity of the symptomatology measured with the BEST questionnaire, especially regarding the emotional and cognitive functioning distinctive of BPD, also reducing self-destructive behaviors and increasing positive behaviors. **Conclusions:**

The STEPPS program is a short and effective outpatient treatment that allows the adaptation to public health resource – limited settings.

Key words: Borderline Personality Disorder, STEPPS, outpatient treatment, group intervention, emotional regulation.

Introducción

El trastorno límite de personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones personales, autoimagen y afectividad, y una notable impulsividad (American Psychiatric Association [APA], 2002). Supone un trastorno de difícil abordaje que genera un elevado consumo de recursos en la Salud Pública: a pesar de que se estima su prevalencia entre el 1-2% de la población general supone alrededor del 10% de las consultas en los Centros de Salud Mental y hasta el 20% de los ingresos hospitalarios en unidades psiquiátricas (Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut [AIAQS], 2011).

El curso clínico suele ser fluctuante: los pacientes atraviesan periodos de crisis que, además de implicar un sufrimiento considerable, originan numerosas visitas a los servicios de urgencias, siendo la tasa de suicidio hasta 50 veces superior a la observada en población general. Alrededor del 10% de los pacientes fallecen por suicidio consumado (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009).

Teniendo en cuenta tanto las consecuencias que origina este trastorno como las dificultades que ocasiona su abordaje se hace necesario emplear aquellos tratamientos que suponen un mayor nivel de evidencia empírica.

A lo largo de los últimos años se han descrito tratamientos psicológicos potencialmente eficaces para personas diagnosticadas de TLP, sin embargo la mayor parte de los tratamientos empíricamente validados se fundamentan en intervenciones que requieren apoyo organizativo y una formación específica por parte de los terapeutas, además de una inversión de tiempo considerable, lo que dificulta su administración en contextos sanitarios con recursos limitados.

Entre estas propuestas, se encuentra el System Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), originalmente desarrollado por Bartels y Crotty (1992) y posteriormente revisado y adaptado por Blum, Pfohl, John, Monahan y

Black (2002), que combina apoyo empírico con un formato breve y fácilmente aplicable. Se fundamenta en un método estructurado, con habilidades específicas a desarrollar cada semana descritas con detalle en un manual. No requiere de un entrenamiento extenso por parte de los profesionales de Salud Mental, ya que aplica los principios y técnicas empleadas en la mayoría de intervenciones psicológicas eficaces.

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 20 pacientes pertenecientes al área sanitaria de Santander diagnosticados de Trastorno Límite de Personalidad (de acuerdo a criterios DMS-IV-TR o CIE-10) a partir de entrevista clínica no estructurada. Los pacientes fueron reclutados entre 2014 y 2016 en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Para ello, se pidió a distintos profesionales del Servicio de Psiquiatría que remitieran al programa STEPPS a aquellos pacientes que cumplieran criterios DSM-IV-TR para TLP. La evaluación inicial para validar el diagnóstico fue realizada por un psicólogo clínico a través de una entrevista no estructurada, que incluye una revisión de la historia clínica del paciente, y la adquisición de información escuchando su narrativa y observando su comportamiento. Durante la entrevista se comprueban los criterios de inclusión (diagnóstico TLP según el DSM- IV-TR [F 60.3], mayor de edad, con un criterio de gravedad moderado, que se objetiva en la práctica de conductas auto-heteroagresivas) y se descartan los criterios de exclusión (psicopatología grave comórbida, consumo de sustancias y bajo rendimiento cognitivo que impida seguir el contenido de las sesiones).

Materiales

Se administró al inicio, mitad y final de la intervención una adaptación del cuestionario BEST (Borderline Evaluation of Severity over Time), medida de autoinforme desarrollada por Pfohl et al. (2009) para evaluar pensamientos, emociones y comportamientos típicos del TLP. Está formado por 15 ítems en una escala Likert (1-5) y consta de tres subescalas (Pensamientos y Emociones, Comportamientos Negativos y Comportamientos Positivos). Este instrumento ha demostrado adecuadas propiedades

de fiabilidad test-retest ($r = 0,62$), consistencia interna ($\alpha = 0,90$) y sensibilidad al cambio. Como medidas complementarias se han añadido 2 ítems con el objetivo de registrar ingresos hospitalarios y visitas a Urgencias durante el último mes.

Al finalizar el tratamiento se ha entregado una encuesta de satisfacción a pacientes y familiares, que servirá como referencia para mejorar la adhesión y eficacia de la intervención.

Procedimiento

La intervención consiste en 20 sesiones grupales de 2 horas, que se intercalan con 8 sesiones para familiares a lo largo de 28 semanas. Las sesiones grupales se complementan con sesiones de psicoterapia individual para pacientes y/o familiares, con una frecuencia mensual con los psicólogos clínicos del programa de tratamiento. Si se encontraban recibiendo tratamiento psicofarmacológico, continuaban el seguimiento con su psiquiatra de referencia.

El programa de tratamiento combina estrategias de regulación emocional con técnicas cognitivo conductuales y un componente sistémico, implicando tanto a pacientes como a personas que forman parte de su sistema socio familiar. Se fundamenta en un método estructurado con un claro componente psicoeducativo, entregando el material por escrito a los pacientes, lo que permite trabajar habilidades específicas en cada sesión. Los contenidos se encuentran organizados en tres bloques diferenciados (Tabla 1): En primer lugar, las sesiones se dirigen a reemplazar conceptos y creencias erróneas por un conocimiento apropiado de los síntomas que definen el trastorno. Posteriormente se lleva a cabo un entrenamiento en el manejo de emociones a través de diferentes estrategias entre las que se incluyen el distanciamiento emocional, la identificación y reestructuración de pensamientos negativos o la distracción. De forma paralela se realiza un entrenamiento para la modificación de conductas caracterizado por estrategias que favorecen los comportamientos dirigidos a metas, los hábitos saludables, el manejo de relaciones interpersonales y la evitación de comportamientos autodestructivos.

Tabla 1

Contenidos del programa

PSICOEDUCACIÓN	REGULACIÓN EMOCIONAL	REGULACIÓN COMPORTAMIENTO
INFORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO	DISTANCIAMIENTO	METAS VITALES
FUNCIONAMIENTO DE LA MENTE HUMANA	ACCIONES POSITIVAS	AUTOCAUIDADO Y HÁBITOS SALUDABLES
	MODIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS	EVITACIÓN DE CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS
	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	RELACIONES INTERPERSONALES

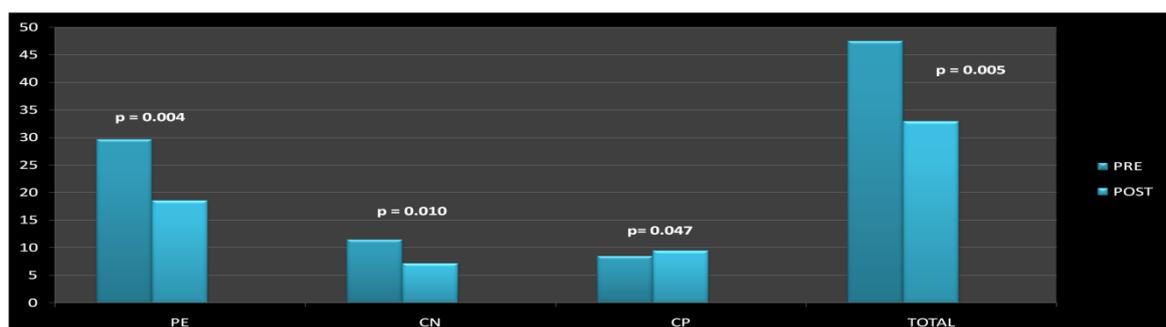
Además de las características propias del programa, que ya suponen un cambio respecto a otros tratamientos (p.ej. inclusión de familiares) hemos incorporado otras estrategias que se han mostrado eficaces en el tratamiento de este colectivo de pacientes, como la posibilidad de contactar telefónicamente o vía e-mail con el terapeuta en momentos de crisis intersesiones, o la incorporación de sesiones individuales para pacientes y/o familiares, con el objetivo de reforzar aprendizajes y resolver problemas personales que pudieran interferir en los objetivos de tratamiento.

Diseño

Se trata de un diseño pre post de un solo grupo, en el que se registran de forma cuantitativa las medidas de aquellas conductas susceptibles de ser modificadas por el tratamiento antes, durante y después de la intervención a través del instrumento de autoinforme BEST.

Resultados

De las 20 personas que iniciaron el grupo, 15 finalizaron el tratamiento. Se realizó una prueba no paramétrica de comparación de medias para muestras relacionadas (prueba de Wilcoxon) entre las tres evaluaciones realizadas en los distintos momentos del tratamiento (Figura 1), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones al inicio y final del tratamiento, tanto en la escala global ($z = -2.783$; $p = 0.005$) como en cada subescala por separado. La mayor reducción se observa



en la subescala Pensamientos y Emociones ($z = -2.898$; $p = 0.004$), siendo el cambio de menor amplitud el que muestran las puntuaciones de la subescala Comportamientos Positivos ($z = -1.983$; $p = 0.047$).

Figura 1. Diferencia de medias antes y después de la intervención.

Los resultados obtenidos indican una reducción de la sintomatología propia del TLP, especialmente en lo que se refiere a las alteraciones emocionales y cognitivas que caracterizan el trastorno. Asimismo, se observa una disminución de la frecuencia y gravedad de comportamientos autodestructivos y un incremento en la práctica de conductas positivas.

Conclusión

Los resultados obtenidos son congruentes con la literatura previa, que señalan una mejora en la sintomatología conductual - incluyendo un mejor control de la impulsividad y comportamientos autodestructivos (Bos, Wel, Appelo y Verbraak, 2011), modificaciones en la esfera cognitiva, (Blum et al., 2008) mostrando efectos positivos en el estado de ánimo y funcionamiento global (Blum et al., 2008) y poniendo de manifiesto la eficacia del programa STEPPS para reducir la psicopatología general y

específica del TLP, (Bos et al., 2011) posibilitando el logro de un funcionamiento global más adaptado, tal como reflejan los datos de los registros de visitas a Urgencias incluidos en el cuestionario BEST y la valoración subjetiva tanto de pacientes como de familiares, solicitada a través de un cuestionario de satisfacción al finalizar el tratamiento.

Por otro lado, no se ha constatado una tasa de abandono excesivamente elevada (25% de los participantes abandonaron prematuramente el tratamiento) en comparación con ensayos clínicos previos, en los que el porcentaje de tasas de abandono oscila entre el 36% y el 70% de los pacientes (AIAQS, 2011)

Estos resultados demuestran la posibilidad de ofrecer a estos pacientes tratamientos basados en la evidencia que permitan maximizar los recursos disponibles y minimizar la morbilidad asociada al trastorno, y, en nuestro caso, han servido para consolidar el programa en el servicio de psiquiatría del área sanitaria de Santander, ya que es valorado positivamente tanto por profesionales como por pacientes y familiares, siendo los aspectos más destacados el aprendizaje de estrategias específicas y el apoyo del grupo para alcanzar y afianzar la mejoría.

Las ventajas que ofrece este enfoque de tratamiento respecto a otro tipo de intervenciones radican en su brevedad, efectividad y accesibilidad para pacientes y profesionales. Permite ofrecer una alternativa de tratamiento eficiente en términos de duración, y recursos materiales u organizativos, que no requiere un entrenamiento extenso para los profesionales, ya que se fundamenta en principios y técnicas ampliamente conocidas por la mayoría de profesionales de Salud Mental, y que resulta fácil de implementar y adaptar a distintos contextos.

Las limitaciones de este estudio están relacionadas principalmente con la baja potencia estadística asociada al reducido tamaño de la muestra y con las restricciones a la hora de extraer conclusiones, debido a la ausencia de un grupo control que permita atribuir los cambios observados exclusivamente a la intervención, descartando la influencia de factores no controlados.

Referencias

Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya. (2011).

Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad. Grupo de

trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Bartels, N., y Crotty, T. (1998). *A systems approach to treatment: The borderline personality disorder skill training manual*. Winfield, IL: EID Treatment Systems, Inc.
- Bos, E. H., Van Wel, E. B., Appelo, M. T., y Verbraak, M. J. (2011). Effectiveness of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Borderline Personality Problems in a 'Real-World' Sample: Moderation by Diagnosis or Severity? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 173-181.
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P., y Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310.
- Blum, N., St. John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., y Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468-478.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. M., (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495.
- Pfohl, B., Blum, N., St. John, D., McCormick, B., Allen, J., y Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 281-293.

**PROGRAMA STEPPS PARA TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD:
RESULTADOS EN EL SEGUIMIENTO AL AÑO**

Olga Umaran-Alfageme*, Patricia Cordero-Andrés*, Teresa Pérez Poo*, Sonia Echebarría-Alegría, Fernando Hoyuela-Zatón*, Rosa Isabel Marañón-González* y Sara González-González***

**Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; **Módulo Psicosocial de Rekalde*

Resumen

Antecedentes: El Trastorno Límite de Personalidad se caracteriza por un curso clínico inestable, pero en la literatura el Programa STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) muestra una eficacia que se mantiene en seguimientos posteriores. En este estudio se evalúan los resultados de un programa de tratamiento ambulatorio basado en el STEPPS, en personas con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad a los 12 meses de seguimiento. **Método:** El tratamiento grupal comprende 20 sesiones semanales de dos horas y 8 sesiones para familiares que se complementa con sesiones psicoterapéuticas individuales mensuales para pacientes y/o familiares. En las sesiones grupales 1, 10 y 20 se administra el Cuestionario BEST (Borderline Evaluation of Severity over Time) (ver Anexo), registrando número de ingresos hospitalarios y visitas a Urgencias durante el mes previo. A los 12 meses, los pacientes cumplimentan de nuevo el Cuestionario BEST. Se utiliza prueba de comparación de medias en muestras relacionadas para comparar puntuaciones del BEST en el inicio y final del programa, así como la comparación de puntuaciones a los 12 meses de seguimiento. **Resultados:** 5 pacientes abandonaron el tratamiento grupal. De las 8 personas que lo finalizaron, 7 cumplimentan la evaluación a los 12 meses. En la evaluación post-tratamiento, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del BEST y en dos subescalas (Pensamientos-Emociones y Comportamientos negativos), que se mantienen en el seguimiento a los 12 meses. También se observa una reducción en las visitas a urgencias. **Conclusiones:** Los resultados muestran una reducción en la intensidad de las emociones negativas y los comportamientos autodestructivos que se mantiene en el seguimiento, así como una menor demanda de los servicios de urgencias. No obstante,

el tamaño reducido de la muestra y la falta de grupo de comparación no permiten descartar la influencia de variables no analizadas en este estudio.

Palabras clave: Trastorno límite de personalidad, Systems Training For Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), tratamiento ambulatorio, tratamiento grupal, tratamiento individual.

STEPPS PROGRAM FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: RESULTS AFTER 1 YEAR FOLLOW-UP

Abstract

Objective: The Borderline Personality Disorder is characterized by an unstable clinical course, but in the literature the STEPPS Program (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) shows an efficiency that is maintained in later follow-up. This study evaluates the results of an outpatient treatment program based on the STEPPS, in patients with a diagnosis of Borderline Personality Disorder at 12 months follow-up. **Method:** The group treatment comprises 20 weekly sessions of two hours and 8 sessions for families and is complemented with individual psychotherapeutic sessions each month for patients and/or relatives. In the 1st, 10th and 20th group sessions the BEST questionnaire (Borderline Evaluation of severity over time) is administered, registering number of hospital admissions and emergency visits during the previous month. After 12 months, patients completed the BEST again. A comparison of means in related samples test is used for comparing BEST scores at the beginning and end of the program, as well as the comparison of scores at the 12 months of follow-up. **Results:** 5 patients discontinued the group treatment. Of the 8 people that ended it, 7 completed the evaluation after 12 months. In the post-treatment assessment, statistically significant differences were found in the total score of the BEST and in two subscales (Thoughts-Feelings and Negative behavior), which are kept in the 12 months follow-up. There is also a reduction in emergency room visits. **Conclusions:** The results show a reduction in the intensity of the negative emotions and the self-destructive behavior that is maintained in the follow-up, as well as a lower demand for the emergency services. However, the reduced size of the sample and the lack of

comparison group does not rule out the possible influence of variables that weren't analyzed in this study.

Key words: Personality Disorder limit, Systems Training For Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), outpatient treatment, group treatment, individual treatment.

Introducción

El Trastorno Límite de Personalidad se caracteriza por un curso clínico inestable, un deterioro severo en el funcionamiento cotidiano y una alta incidencia de conductas de autolisis (Paris, 2002; Selby y Joiner, 2009; Crowell, Beachaine y Linehan, 2009), así como una utilización excesiva de recursos sanitarios disponibles y un coste socio sanitario elevado (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011).

En la literatura se han descrito tratamientos psicológicos basados en la evidencia (Yust y Pérez-Díaz, 2012), pero la mayoría son de larga duración y requieren una elevada intensidad (Kliem, Kröger y Kosfelder, 2010), apareciendo frecuentemente una alta tasa de abandono (Binks et al., 2006). En cambio, el Programa STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) ha logrado resultados prometedores en contextos sanitarios públicos, mostrando una eficacia que se mantiene en seguimientos posteriores (Black et al., 2009; Blum, Pfohl, John, Monahan y Black, 2002; Blum et al., 2008; Bos, Van Wel, Appelo y Verbraak, 2011).

El presente estudio tiene como objetivo evaluar los resultados de un programa de tratamiento ambulatorio grupal basado en el formato STEPPS, combinado con psicoterapia individual e implicación activa de los familiares, en personas con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (TLP) en dos momentos temporales: post-tratamiento y a los 12 meses de seguimiento.

Metodología

Participantes

La muestra se reclutó entre los pacientes del Programa STEPPS, que se lleva a cabo en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Las derivaciones

fueron realizadas por parte de los psicólogos clínicos y psiquiatras del Servicio de Psiquiatría.

Se incluyeron en el estudio pacientes mayores de 18 años, diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad según los criterios DSM-IV o CIE-10, requiriéndose una gravedad media (realización de actos autolíticos o autoagresivos, consumo compulsivo de drogas, actos ilícitos y/o heteroagresiones de gravedad en los últimos dos años).

Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado, comprometiéndose a acudir a sesiones grupales e individuales con objetivo de cambio personal y permitiendo que familiares o acompañantes acudieran también a algunas de las sesiones, así como acordando la realización de una actividad formativa u ocupacional o disposición de iniciarla durante el programa de tratamiento.

Se excluyeron del estudio pacientes menores de 18, en la fase aguda del trastorno, con comorbilidad de psicopatología grave en fase aguda, con retraso intelectual, discapacidad para AVD o deterioro cognitivo, en IT o a la espera de resolución de incapacidad laboral permanente por trastorno mental.

Materiales e instrumentos

Cuestionario BEST (Borderline Evaluation of Severity over Time) (ver Anexo 1), que consta de 15 ítems y posee subescalas de pensamientos y emociones (PE) (ver Cuadro 1), comportamiento positivos (CP) (ver Cuadro 2) y comportamientos negativos (CN) (ver Cuadro 3), registrando también número de ingresos hospitalarios y visitas a Urgencias durante el mes previo. Demostradas adecuadas propiedades de fiabilidad test-retest ($r=0,62$), consistencia interna ($\alpha = 0,90$) y sensibilidad al cambio.

Procedimiento

El tratamiento grupal comprende 20 sesiones semanales de dos horas y 8 sesiones para familiares que se complementa con sesiones psicoterapéuticas individuales mensuales para pacientes y/o familiares.

Se realizó una evaluación inicial mediante entrevista clínica por parte de psicólogos clínicos en la que se confirmó el diagnóstico de Trastorno Límite de

Personalidad de acuerdo al DSM-IV-TR, recogiendo también información sobre las variables clínicas y socio-demográficas.

Para evaluar el grado de severidad de la sintomatología se empleó el cuestionario BEST (Borderline Evaluation of Severity over Time). En las sesiones grupales 1, 10 y 20 se administró el Cuestionario BEST y un año después de la finalización del tratamiento grupal los pacientes lo cumplimentaron de nuevo.

Esquema de las sesiones grupales para pacientes:

•*Sesiones 1-2*: Introducción al grupo y psicoeducación sobre el Trastorno Límite de la Personalidad.

•*Sesiones 3-11*: Entrenamiento en estrategias de regulación emocional: Distanciamiento emocional, Modificación de pensamientos, Distracción y acción positiva, Resolución de problemas

•*Sesiones 12-20*: Entrenamiento en estrategias de regulación conductual: Establecimiento de metas, Alimentación y sueño, Ejercicio físico, ocio y conductas saludables, Evitación de conductas autodestructivas, Manejo de las relaciones interpersonales.

Esquema de las sesiones grupales para familiares:

•*Sesiones 1-2*: Comprensión sobre el Trastorno Límite de la Personalidad y afectación personal.

•*Sesiones 3-8*: Presentación de las estrategias de regulación emocional y conductual y pautas para el apoyo en la aplicación: Distanciamiento y modificación cognitiva, Distracción y resolución de problemas. Respeto tus emociones. Evitación de conductas autodestructivas. Quererse no siempre es tratarse bien (I y II).

Diseño

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo con evaluación de resultados cuantitativos mediante una medida comparativa pre y post tratamiento y a los 12 meses de seguimiento, sin grupo control. Se analizó la muestra a nivel descriptivo (variables clínicas y socio-demográficas) y se utilizó una prueba no paramétrica de diferencia de medias para dos muestras relacionadas (prueba de Wilcoxon) para valorar las diferencias en las puntuaciones del cuestionario BEST en el inicio y final del programa, así como la comparación de puntuaciones a los 12 meses de seguimiento.

Resultados

Se realizó un análisis descriptivo de las variables socio-demográficas y clínicas de la muestra (ver Tablas 1 y 2). En lo referente a las tasas de abandono (38,4%), de los 13 pacientes, 5 abandonaron el tratamiento grupal. De las 8 personas que lo finalizaron, 7 cumplieron la evaluación a los 12 meses (53,84%).

En la evaluación post-tratamiento, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del BEST ($p=0,018$), en la subescala Pensamientos-Emociones ($p=0,018$) y en la subescala Comportamientos negativos ($p=0,027$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Comportamientos positivos ($p=0,235$) (ver Figura 1).

Los resultados se mantuvieron en el seguimiento a los 12 meses, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del BEST ($p=0,018$), así como en las subescalas de Pensamientos-Emociones ($p=0,018$) y Comportamientos Negativos ($p=0,017$) con respecto al pre tratamiento, no encontrándose diferencias significativas al comparar el postratamiento con el seguimiento (ver Figura 1). También se observó una reducción en las visitas a urgencias.

Tabla 1

Características socio-demográficas de la muestra

Características socio-demográficas		
Número de pacientes	13	
Género	Mujeres = 12 (92%) Hombres = 1 (8%)	
Edad	32,46 (21-52)	
	n	%
Nivel educativo		
Estudios Primarios	1	7,7%
Estudios Secundarios	4	30,8%
Bachillerato/FP	5	38,4%
Estudios Universitarios	3	23,1%

Tabla 1 (continuación)

Estado civil		
Soltero	8	61,5%
Casado	3	23,1%
Separado/Divorciado	2	15,4 %
Situación laboral		
Trabajo activo / trabajo en el hogar	4	30,8%
Desempleo	5	38,4%
Estudiante	4	30,8%

Tabla 2

Características clínicas de la muestra

Características clínicas	n	Porcentaje
Diagnóstico comórbido	3	23.1%
Tto. Psicológico previo	13	100%
Tto. Psicofarmacológico previo	13	100%
Ingresos hospitalarios previos	2	15.4%
Abandono del tratamiento	5	38.4%
Seguimiento a 12 meses	7	53.84%
	Media	Rango
Sesiones grupales de tratamiento	18.14	16-20
Sesiones conjuntas de tratamiento	5.57	0-6
Visitas a Urgencias en los últimos 5 años	2.54	0-18

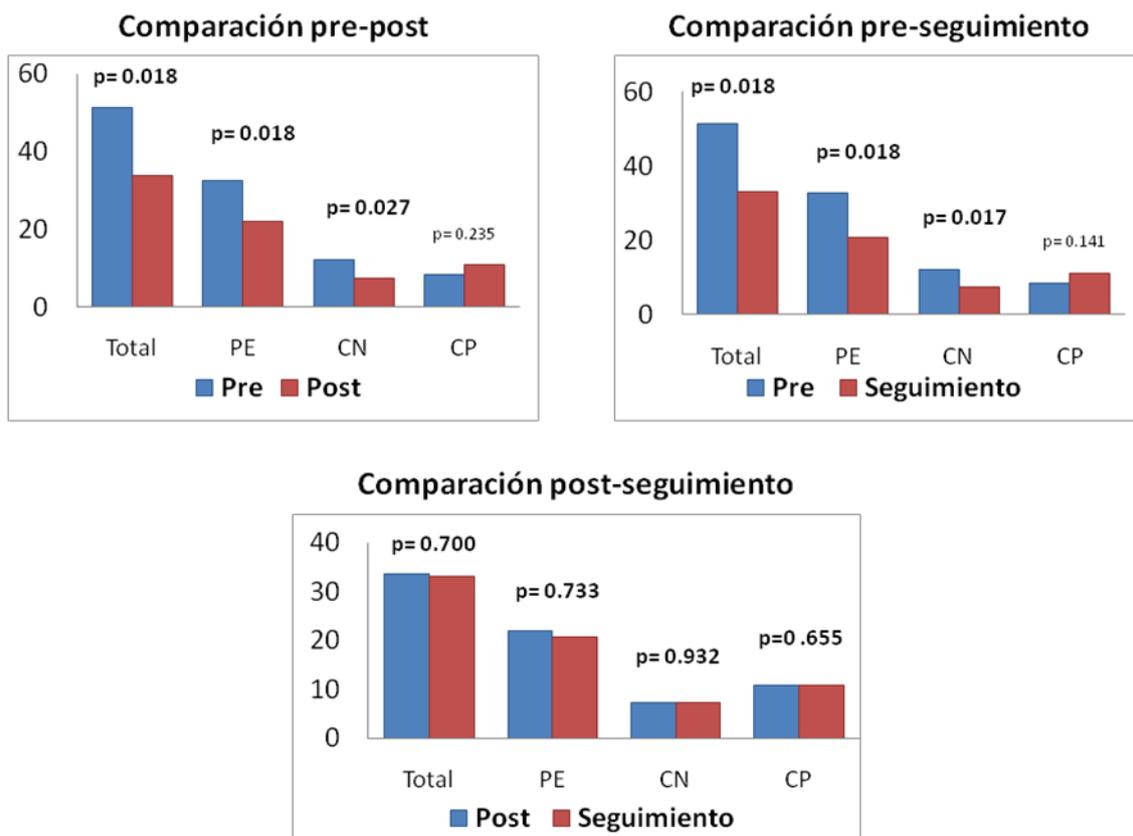


Figura 1. Diferencias pre-post y seguimiento al año en puntuaciones del BEST.

Conclusiones

Estos datos muestran una reducción en la sintomatología específica del Trastorno límite de la personalidad, observándose una disminución en la intensidad de las emociones negativas y los comportamientos autodestructivos, así como una menor demanda de los servicios de urgencias. En cambio, no se aprecia un aumento de las estrategias adaptativas.

Los resultados se mantienen en el seguimiento a los 12 meses, apoyando la literatura previa sobre la efectividad de los tratamientos grupales e individuales en contextos sanitarios públicos para reducir sintomatología específica del Trastorno límite de la personalidad.

No obstante, el tamaño reducido de la muestra, el autoinforme utilizado como única medida y la falta de un grupo de comparación no permiten descartar la influencia de variables no analizadas en este estudio.

Con el fin de suplir las limitaciones mencionadas, se están realizando sucesivas ediciones del programa y se continúan realizando evaluaciones de seguimiento, con resultados preliminares en consonancia con los descritos en el presente estudio.

Debido a que se prima el objetivo asistencial sobre los objetivos de investigación y considerando el elevado número de derivaciones por parte de psicólogos clínicos y psiquiatras del servicio, de momento se descarta la posibilidad de introducir un grupo control, pero se está realizando la evaluación y seguimiento de un grupo en lista de espera, con el objetivo de poder comparar los resultados obtenidos.

A pesar de estas limitaciones, los resultados son prometedores y permiten considerar esta adaptación del Programa Stepps como tratamiento complementario susceptible de aplicación en un contexto sanitario público.

Referencias

- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E. y Duggan, C. (2006). *Terapias psicológicas para personas con trastorno de la personalidad borderline*. Biblioteca Cochrane Plus. Oxford.
- Black, D. W., Allen, J., St John, D., Pfohl, B., McCormick, B., y Blum, N. (2009). Predictors of response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: an exploratory study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(1), 53-61.
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P., y Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310.
- Blum, N., St. John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., ...Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468-478.
- Bos, E. H., Van Wel, E. B., Appelo, M. T., y Verbraak, M. J. (2011). Effectiveness of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)

- for Borderline Personality Problems in a 'Real-World' Sample: Moderation by Diagnosis or Severity? *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(3), 173-181.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495.
- Kliem, S., Kröger, C., y Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53(6), 738-42.
- Selby, E. A., y Joiner Jr, T. E. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219.
- Yust, C. C., y Pérez-Díaz, Á. G. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.

ANEXO**CUESTIONARIO BEST
(BORDERLINE EVALUATION OF SEVERITY OVER TIME)**

(versión 1.7, de B. Pfohl y N. Blum, traducido y adaptado por Sara González y Sonia Echebarría)

NOMBRE: _____

FECHA: _____

*Indique el número de veces que ha acudido a un servicio de **Urgencias** (hospitalario o de un Centro de Salud) por motivos de salud mental (crisis nerviosa, autoagresiones, etc.) en el último mes: _____*

*Indique el número de veces que ha estado **ingresado** en la planta de Psiquiatría de algún hospital en el último mes: _____*

*Rodee el número que indique **en qué grado** cada enunciado le ha causado malestar, problemas en las relaciones personales o dificultades para hacer las cosas **en el último mes**. La máxima puntuación (5) significa que el contenido del enunciado le ha provocado un nivel de malestar extremo, dificultades severas en las relaciones personales y/o que le impidió la realización de actividades. La puntuación más baja (1) implica que le ha conllevado pocos o ningún problema.*

A.PENSAMIENTOS Y EMOCIONES

- 1: Muy pocos / ningún problema
- 2: Problemas leves
- 3: Problemas moderados
- 4: Problemas severos
- 5: Problemas extremos

Cuadro 1

Pensamientos y emociones

1. Preocuparme porque alguien importante en mi vida está cansado de mí o planea abandonarme.	1 2 3 4 5
2. Cambios importantes en mis opiniones sobre otros (por ejemplo, pasar de pensar que alguien es un amigo leal a creer que esa persona es dañina o desleal).	1 2 3 4 5
3. Cambios extremos en la manera en que me veo a mí mismo (pasar de sentirme seguro de mí mismo a sentir que soy malo o incluso que soy inexistente).	1 2 3 4 5
4. Altibajos emocionales varias veces al día. Hechos insignificantes provocan grandes cambios en mi humor o estado de ánimo.	1 2 3 4 5
5. Sentirme paranoide o que estoy perdiendo el contacto con la realidad.	1 2 3 4 5
6. Sentir enfado.	1 2 3 4 5
7. Sensación de vacío.	1 2 3 4 5
8. Pensamientos de suicidio.	1 2 3 4 5

B.COMPORTAMIENTOS (NEGATIVOS)

- 1: Muy pocos / ningún problema
- 2: Problemas leves
- 3: Problemas moderados
- 4: Problemas severos
- 5: Problemas extremos

Cuadro 2

Comportamientos (negativos)



9. Realizar conductas extremas para evitar que alguien me abandone.	1 2 3 4 5
10. Llevar a cabo intencionadamente conductas autolesivas o intentos de suicidio	1 2 3 4 5
11. Llevar a cabo otras conductas impulsivas (NO autolesiones ni intentos de suicidio). Algunos ejemplos: gastos excesivos, conductas sexuales de riesgo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones, otros: <i>(Rodea aquellos que hayas realizado.)</i>	1 2 3 4 5
12. Estallidos temperamentales o dificultades para controlar la ira, que han provocado problemas en relaciones interpersonales, agresiones físicas o destrucción de objetos.	1 2 3 4 5

*Rodee ahora el número que indique **con qué frecuencia** cada enunciado le ha causado malestar, problemas en las relaciones personales o dificultades para hacer las cosas **en el último mes.***

C.COMPORTAMIENTOS (POSITIVOS)

- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Aproximadamente la mitad de las ocasiones
- 4: La mayor parte de las ocasiones
- 5: Casi siempre

Cuadro 3

Comportamientos (positivos)



13. Llevar a cabo una actividad positiva en circunstancias en las que me vi tentado de hacer algo dañino o alguna conducta perjudicial para mí mismo.	1 2 3 4 5
14. Prever que algo podría causarme dificultades emocionales y llevar a cabo pautas adecuadas para evitar/prevenir el problema.	1 2 3 4 5
15. Seguir pautas terapéuticas acordadas (tareas, acudir a consultas, medicación, etc.)	1 2 3 4 5

CORRECCIÓN: 15+A+B-C

**REVISIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS
DEL ESPECTRO DEL AUTISMO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON
DIFICULTADES RELEVANTES EN COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN
SOCIAL**

**Begoña Antúnez-María, María Dolores Díaz-Piñeiro, Rocío Gordo-Seco y
Yolanda Álvarez-Fernández**

Hospital Universitario de Burgos, España

Resumen

Antecedentes: El diagnóstico de los TEA ha variado desde la modificación de los criterios en el DSM-5. Anteriormente existía la categoría de TGD n.e., que incluía el TEA atípico y con frecuencia se aplicaba este diagnóstico a los pacientes que cumplían el actual Criterio A (dificultades relevantes en comunicación e interacción social) sin que fuera imprescindible presentar completamente los síntomas del Criterio B (conductas e intereses restringidos). Desde la publicación del DSM-5 todos los pacientes deben cumplir ambos criterios para poder ser diagnosticados de un Trastorno del Espectro del Autismo. El objetivo del estudio es describir las características sociodemográficas así como la presencia o ausencia de los síntomas agrupados en el Criterio B en una muestra de pacientes con dificultades en la comunicación e interacción social. **Método:** Se revisó la historia clínica de 165 pacientes que cumplían el Criterio A y que fueron valorados en la USMIJ de Burgos en 2011-2016 por un posible TEA. **Resultados:** En la muestra, el 75,3% eran varones, sólo el 25,9% eran menores de 5 años y en el 44% de los casos transcurrió más de 1 año hasta el diagnóstico. Los criterios B1, B2 y B3 no los cumplía el 28,3-36,1% de la muestra mientras que el criterio B4 no lo presentaba el 59,03%. Así, el 21,68% de estos pacientes no presentaban al menos 2 subcriterios B para el diagnóstico de TEA.

Conclusiones: La inclusión obligatoria del Criterio B para el diagnóstico de TEA deja en nuestra muestra a 1 de cada 5 pacientes con dificultades relevantes en la comunicación/interacción social sin esa opción diagnóstica, precisando recurrir a otras categorías.

Palabras clave: TEA, criterio B, TGD n.e., DSM-5

REVIEW OF ASD CRITERIA IN A SAMPLE OF PATIENTS WITH RELEVANT DIFFICULTIES IN COMMUNICATION AND SOCIAL INTERACTION

Abstract

Background: The Autism Spectrum Disorders (ASD) diagnosis has changed since DSM-5 criteria were modified. Previously there was another category, the Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS), which included atypical ASD. This diagnosis was often applied to patients who fulfilled the current A Criterion (communication and social interaction difficulties) without severe restricted behaviors and interests (B Criterion). Since DSM-5 was published, every patient must meet both criteria to be diagnosed as an ASD. Our aim is to describe sociodemographic characteristics in a sample of patients with communication and social interaction difficulties as well as the presence or absence of the symptoms grouped in B Criterion,

Method: We reviewed the medical history of 165 patients assessed at the Child and Adolescent Mental Health Unit in Burgos in 2011-2016 by compatible features with ASD who met the A Criterion. **Results:** In our sample, 75,3% were males, only 25,9% were under 5 years old and more than a year was needed to get the diagnosis in 44% of them. B1, B2 and B3 Criteria were not met in 28,3-36,1% of the sample while B4 Criterion was not met by 59,03% of patients. In summary, 21,68% of these patients did not meet at least two B subcriteria for ASD diagnosis. **Conclusions:** The mandatory inclusion of B Criterion for ASD diagnosis, requires 1 in 5 patients with severe communication/social interaction difficulties not to have this diagnostic option, so we need to resort to other categories.

Keywords: ASD, B Criterion, PDD-NOS, DSM-5

Introducción

Los Trastornos del Espectro del Autismo se caracterizan por importantes deficiencias en la comunicación y en la interacción social, acompañadas de

comportamientos restrictivos y repetitivos así como de respuestas inusuales a estímulos sensoriales (American Psychiatric Association, 2014).

Son muchas las definiciones y las clasificaciones que se han utilizado desde 1911, cuando Bleuler acuñó el término “Autismo” para denominar a uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia. Fue en 1943 cuando Leo Kanner describió el autismo como un síndrome, a partir de la observación de un grupo de niños, y casi simultáneamente, en 1944, Hans Asperger describió la “psicopatía autística de la infancia”. Sin embargo, no fue hasta 1981 cuando Lorna Wing dio a conocer los trabajos del Dr. Asperger y describió el “espectro autista” como un continuo y no como una categoría diagnóstica (Merino, 2014).

Paralelamente, el DSM-I, publicado en 1952, describía la “reacción esquizofrénica de la infancia”, que se mantuvo en el DSM-II. Fue en 1980, con el DSM-III, cuando se describieron los criterios diagnósticos para el “Autismo infantil”. DSM-III-R, 7 años después, detallaba los criterios para el “Trastorno Autista”. En 1994, con la publicación del DSM-IV, el trastorno autista pasó a denominarse “Trastorno Generalizado del Desarrollo” (TGD), englobando bajo este epígrafe tanto el trastorno autista, como el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el TGD no especificado (American Psychiatric Association, 2014).

Hasta la llegada en mayo de 2013 de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5), se utilizó el TGD n.e. como una categoría residual, en la que, tras haber descartado otras patologías (esquizofrenia, trastorno esquizotípico,...), se incluía a todos aquellos pacientes que presentaban graves dificultades en la comunicación y en la interacción social asociadas a comportamientos repetitivos, sin llegar a cumplir todos los criterios para el trastorno autista o el trastorno de Asperger. Así, el TGD n.e. se llegó a convertir en la categoría más frecuente, mostrando una visión del espectro autista más ajustada a la realidad observada en la práctica clínica (Bennett y Goodall, 2016).

De este modo, DSM-5 incluye cambios significativos en los criterios diagnósticos para los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) frente a su versión anterior (DSM-IV-TR). Esta nueva denominación, TEA, fue acuñada por la gran heterogeneidad observada, presentando concordancia entre los clínicos en cuanto a su sintomatología pero no en cuanto a los diagnósticos específicos, lo que cuestionaba la fiabilidad y

validez de los mismos, por lo que se decidió eliminar los subtipos diagnósticos anteriores.

Asimismo, se unificaron en el Criterio A las alteraciones en la comunicación y en la interacción social, manteniendo como Criterio B los comportamientos e intereses restringidos. Por primera vez se incluyeron las alteraciones sensoriales, en forma de hiper o hiposensibilidad, como uno de los subcriterios B.

Así, actualmente el Criterio A del DSM-5 incluye las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, los déficits en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social y las dificultades en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones. El actual Criterio B consiste en patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en 2 o más de los siguientes subcriterios: B1) movimientos, utilización de objetos o habla estereotipada, B2) insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento, B3) intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco y 4) hiper/hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno.

Para el diagnóstico de TEA se exigen también otros criterios: los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del desarrollo aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las capacidades limitadas o enmascaradas por estrategias aprendidas (Criterio C), los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo (Criterio D) y estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo (Criterio E). Además, en esta nueva versión del DSM es preciso añadir una serie de “especificadores” como son: la presencia o no de discapacidad intelectual, la alteración del lenguaje, enfermedades médicas, genéticas o factores ambientales relacionados, la asociación con otros trastornos del neurodesarrollo, con trastornos mentales o del comportamiento, la catatonía y la gravedad.

Simultáneamente DSM-5 también especifica que a los pacientes con un diagnóstico bien establecido, según DSM-IV, de trastorno autista, síndrome de Asperger o TGD n.e., se les aplicará el diagnóstico de TEA mientras que aquellos con deficiencias notables en la comunicación social pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de TEA, deben ser evaluados para diagnosticar un Trastorno de la

comunicación social (pragmática). Así, se propone excluir del espectro a los pacientes que aún cumpliendo el Criterio A para TEA no presenten comportamientos/intereses restringidos, un grupo que hasta ahora estaba incluido en la categoría de TGD n.e. (American Psychiatric Association, 2014).

Además, el hecho de que para el diagnóstico de TEA se deban cumplir tanto el Criterio A como el B también puede suponer una dificultad para el diagnóstico precoz, ya que los problemas en las relaciones puede que no se detecten hasta edades más tardías, cuando las demandas sociales exceden las capacidades del paciente o los mecanismos aprendidos para enmascarar sus déficits. Por otra parte, los comportamientos repetitivos en edades precoces pueden pasar desapercibidos y, sin su existencia, se descartaría el diagnóstico (Mae Wong y Cui Koh, 2016). Por todo ello, varios estudios hablan de un infradiagnóstico en niños más pequeños así como en pacientes que anteriormente habrían sido diagnosticados de Síndrome de Asperger (Yaylaci y Miral, 2017).

Una revisión sistemática reciente y un metaanálisis examinaron la sensibilidad y especificidad del DSM-IV-TR y el DSM-5, así como el número de individuos diagnosticados con estos criterios. En ellos se observa una reducción de hasta el 37% en la proporción de pacientes que cumplen los criterios de TEA (Bennett y Goodall, 2016).

En este estudio nos planteamos como objetivo general comparar la prevalencia de pacientes con TEA con los nuevos criterios DSM-5 frente a los pacientes diagnosticados anteriormente de un TGD, utilizando los criterios DSM-IV-TR. Para ello, analizaremos una muestra de pacientes con dificultades importantes desde la primera infancia en la comunicación e interacción social que cumplen el Criterio A para TEA y describiremos sus características sociodemográficas (sexo, edad y tiempo transcurrido hasta el diagnóstico) y estudiaremos la presencia o ausencia de cada uno de los subcriterios B.

Método

Participantes

En la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Burgos se evalúa a pacientes menores de 18 años por diversos problemas y dificultades. Así, todos los integrantes del estudio son niños o adolescentes, pertenecientes a ambos sexos.

Materiales utilizados

Se seleccionó y se revisó la historia clínica de 165 pacientes que cumplían el criterio A para el diagnóstico de TEA y que fueron valorados entre 2011 y 2016. El criterio de inclusión era la sospecha clínica de TEA al inicio o durante el seguimiento del paciente.

Procedimiento y diseño

Se realizó un estudio transversal de una de las consultas de la USMIJ de Burgos mediante la revisión completa de la historia clínica de los pacientes con TEA o con sospecha de TEA. Los participantes fueron distribuidos en tres categorías según el momento en el que se encontraba su estudio: 1.-Rasgos TEA, son aquellos con sospecha clínica pero aún sin confirmación diagnóstica, 2.-Probable TEA, aquellos con alta sospecha diagnóstica y/o con confirmación parcial y 3.-TEA confirmado, aquellos en los que se ha finalizado el proceso diagnóstico.

Resultados

-De los 165 pacientes revisados, 124 eran chicos, el 75,3% del total y 41 eran niñas, el 24,7% (véase Figura 1), coincidiendo estas proporciones con las descritas en la bibliografía.

-En cuanto a la edad, todos ellos se encontraban entre los 2 y los 18 años. La mayor proporción de pacientes, el 55,15%, se encontraba entre los 6 y los 10 años, el 25,96% eran niños menores de 5 años y el 18,89% tenían más de 11 años en el momento del estudio.

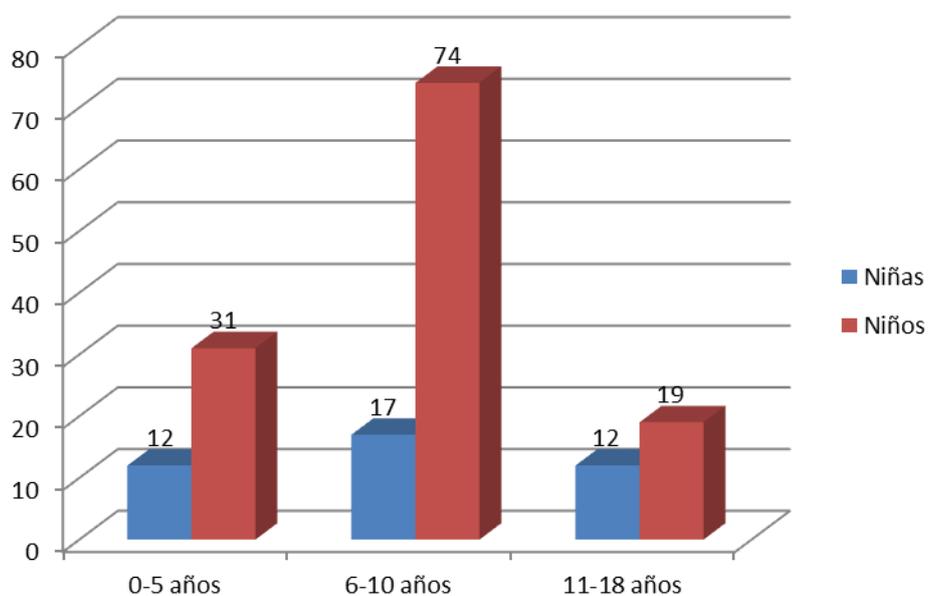


Figura 1. Distribución por rangos de edad según el sexo.

-El tiempo necesario para establecer el diagnóstico fue mayor de 1 año en el 44% de los casos, lo que ocurría especialmente en el Síndrome de Asperger. Estos pacientes suelen presentar un mejor funcionamiento lingüístico e intelectual, siendo capaces de enmascarar o compensar parte de sus dificultades durante la infancia. Esta demora diagnóstica también puede explicarse por el solapamiento sintomático y las dificultades para el diagnóstico diferencial con otros trastornos como el TDAH, los problemas de aprendizaje o los trastornos de ansiedad, patologías altamente comórbidas (Merino, 2014).

-En el momento del análisis, la distribución de los pacientes en función de la fase en que se encontraba su estudio diagnóstico fue la siguiente:

Tabla 1

Distribución por grupos según el sexo

	Rasgos TEA	Probable TEA	TEA	Total
Niñas	16	8	17	41
Niños	38	29	57	124
Total	54	37	74	165

Así, los pacientes se distribuyen casi por igual entre el grupo que tenía ya confirmado un diagnóstico de TEA y aquellos con sospecha o muy alta sospecha diagnóstica (véase Tabla 1).

-En cuanto a los criterios diagnósticos de TEA, los 165 pacientes presentan dificultades relevantes en la comunicación y en la interacción social, por lo que pasamos a revisar la presencia o no de los 4 subcriterios B en la muestra.

-Criterio B1 (movimientos/lenguaje estereotipado): lo presentaba el 63,86% y no lo presentaba el 36,14% de los pacientes (véase Figura 2). Como se aprecia en la gráfica, este criterio lo cumplía mayoritariamente el grupo de TEA confirmado, encontrándose mucho menos presente en los 2 grupos que aún estaban en proceso diagnóstico. Las estereotipias motoras y fonéticas son síntomas bastante específicos de este trastorno y más fácilmente perceptibles en la consulta que los demás, lo que facilita mucho la clasificación de estos pacientes cuando están presentes.

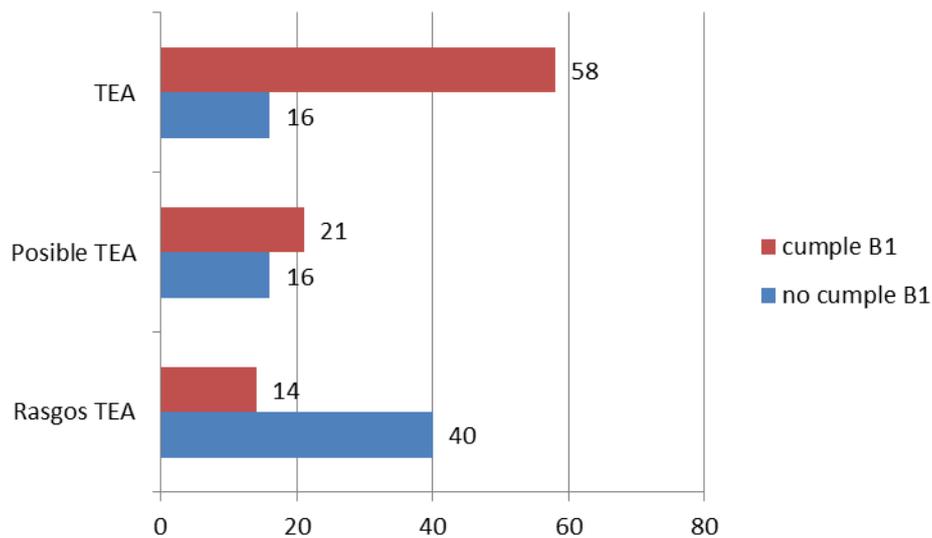


Figura 2. Estereotipias motoras o fonéticas.

-Criterio B2 (patrones ritualizados de comportamiento): lo cumplía el 71,69% y no lo cumplía el 28,31% (véase Figura 3). Nuevamente es en el grupo con TEA confirmado donde vemos una mayor prevalencia de este criterio, que también se encuentra presente en una proporción importante de los otros 2 grupos.

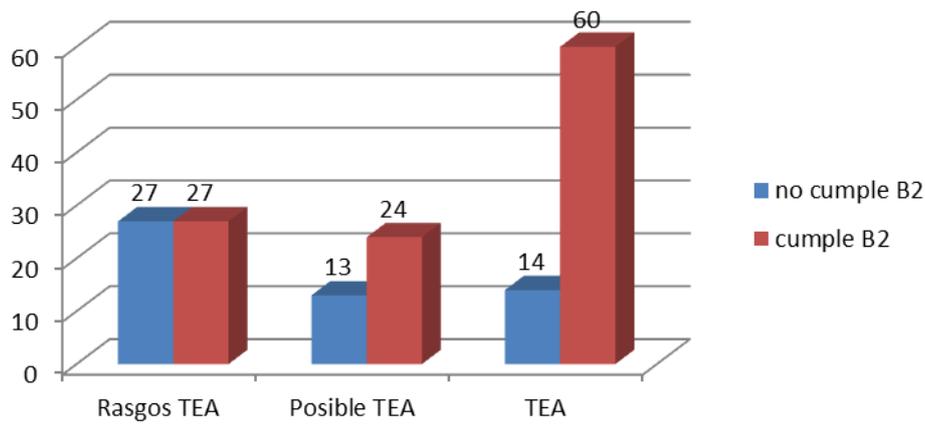


Figura 3. Comportamientos ritualizados.

-Criterio B3 (intereses restringidos) aparecía en el 69,3% de la muestra y no estaba presente en el 30,7% (véase Figura 4). Como se observa en la gráfica, en el grupo de TEA confirmado éste es un síntoma generalizado.

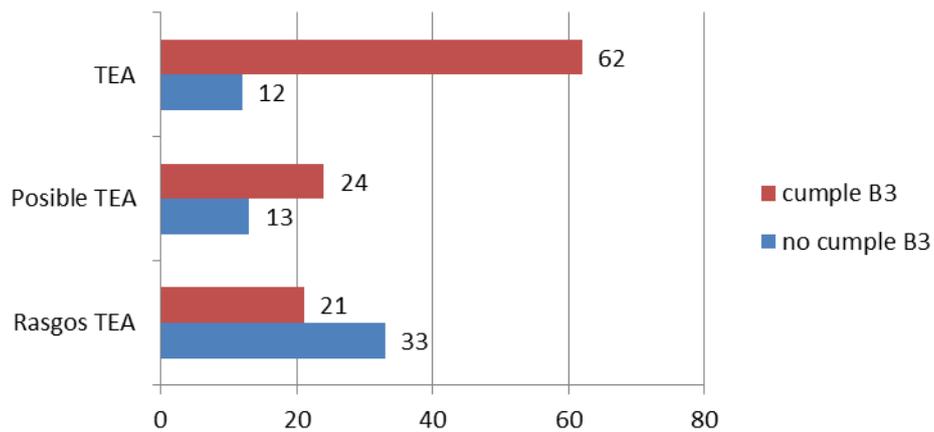


Figura 4. Intereses restringidos.

-También estudiamos los distintos intereses presentados por los pacientes que cumplían este criterio B3, englobándolos en categorías formadas por aquellos más similares entre sí (véase Figura 5). El mayoritario fue el compuesto por la tecnología, videojuegos y construcciones, que supuso el 36,96% del total. Los demás grupos de aficiones se distribuían de una forma más homogénea. Además también se valoró si el foco de interés era único o compartido. El grupo de tecnología, videojuegos y construcciones destacaba como grupo mayoritario en solitario pero también destacó como interés compartido.

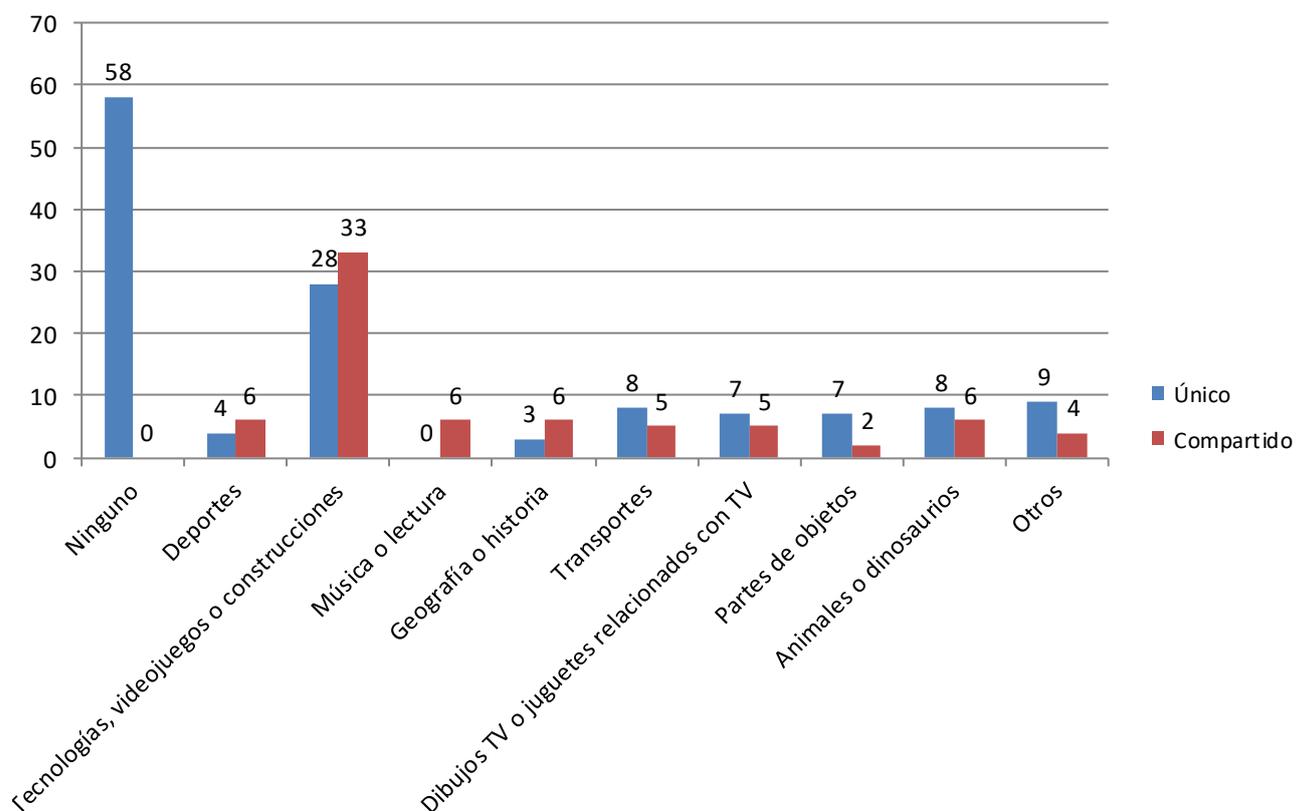


Figura 5. Tipo de intereses restringidos.

-Criterio B4 (hiper/hiposensibilidad): lo cumplía el 40,97% de la muestra y no lo cumplía el 59,03% (véase Figura 6). En este caso apreciamos un alto porcentaje de pacientes sin hipersensibilidades (o hiposensibilidad) en todos los grupos, lo que podemos justificar con el hecho de que entre los antiguos criterios este síntoma no era imprescindible para la confirmación diagnóstica a pesar de que siempre se ha considerado casi patognomónico de TEA (Yaylaci y Miral, 2017). Así, este dato es el menos recogido en las historias clínicas más antiguas (previas al DSM-5) y, cuando aparece descrito, suele tratarse de hipersensibilidad auditiva, no haciendo mención habitualmente a la hipersensibilidad visual, olfativa o gustativa y tampoco a la frecuente hiposensibilidad al dolor.

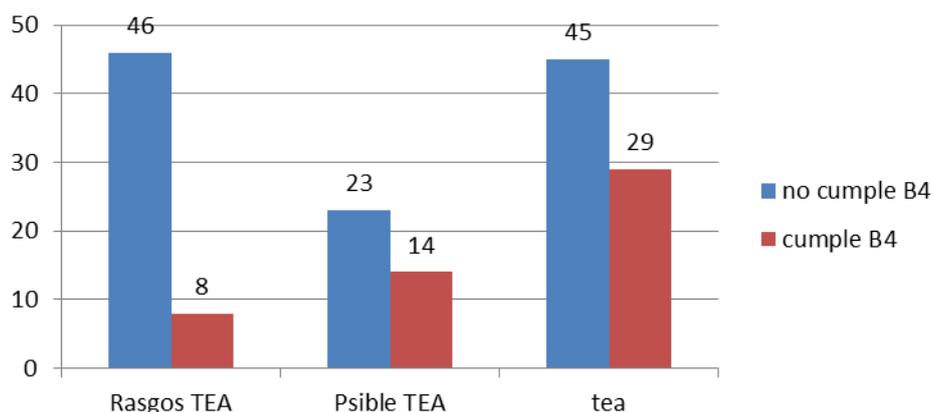


Figura 6. Hiper/hiporreactividad a estímulos sensoriales.

-En nuestra muestra de 165 pacientes valorados en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Burgos, el 21,68% no presentaban al menos 2 de los subcriterios B necesarios para poder establecer el diagnóstico, pese a que todos cumplían el criterio A y muchos de ellos habían sido diagnosticados anteriormente de un Trastorno Generalizado del Desarrollo; algunos de ellos, además, se encontraban realizando tratamiento psicológico en una unidad específica desde hacía meses o años. Esta proporción es similar a la de algunos estudios (Yaylaci y Miral, 2017) y algo inferior a la de otros (Bennett y Goodall, 2016), habiéndose aplicado los criterios imperantes en cada momento.

Conclusiones

-DSM-5 conlleva algunos cambios importantes en el diagnóstico de los TEA, formulados para aumentar la especificidad de los criterios y reducir la variabilidad diagnóstica y la disparidad de criterios entre los clínicos.

-Estudiamos una muestra de 165 pacientes con dificultades relevantes en comunicación e interacción social que estaba compuesta mayoritariamente por varones en edad escolar y que en casi la mitad de los casos el diagnóstico se demoró más de un año.

-La ausencia de estereotipias motoras o fonéticas, la ausencia de patrones estereotipados de conducta y la ausencia de intereses restringidos (subcriterios B1, B2 y B3 respectivamente) presentan una proporción similar (28-36%) en la muestra, superada

por la ausencia de alteraciones sensoriales (B4). En conjunto, el 21,68% de estos pacientes no cumplían 2 de los subcriterios B.

-Así, la inclusión obligatoria del Criterio B para poder realizar el diagnóstico de TEA, deja en nuestra muestra a 1 de cada 5 pacientes con dificultades relevantes en la comunicación y la interacción social sin esta posibilidad diagnóstica, precisando recurrir a otras categorías, fundamentalmente el Trastorno de Comunicación Social (Bent, Barbaro y Dissanayake, 2016).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Arlington: Panamericana.
- Bennett, M. y Goodall, E. (2016). A Meta-analysis of DSM-5 Autism Diagnoses in Relation to DSM-IV and DSM-IV-TR. Review *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3, 119-124.
- Bent, C., Barbaro, J. y Dissanayake, C. (2016). Change in Autism Diagnoses Prior to and Following the Introduction of DSM-5. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 163–171.
- Mae Wong, C., y Cui Koh, H. (2016). Brief Report: Investigating the Implications of Applying the New DSM-5 Criteria for Diagnosing Autism Spectrum Disorder in a Preschool Population in Singapore. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3177–3182.
- Merino, M. (2014). *Todo sobre el Asperger*. España: Altaria.
- Yaylaci, F., y Miral, S. (2017). A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Diagnostic Classifications in the Clinical Diagnosis of Autistic Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 101–109.

LAS VICISITUDES DE LA PERSONALIDAD HISTRIÓNICA: UN ESTUDIO DE CASO

Patrícia Menezes Pereira*, **Francisco de Assis Medeiros Maia**** y
Ieda Franken***

*Universidade Federal da Paraíba/BR. *Aluna de Graduação do Curso de Psicologia;
Aluno de Graduação do Curso de Psicologia; *Professora do Departamento de
Psicologia*

Resumen

Introducción: El concepto diagnóstico de la histeria como su propia nomenclatura pasó por diversos cambios a lo largo de los años. Este trabajo se basa en una pesquisa documental, cualitativa utilizada como método de comprensión y producción del conocimiento em Psicología Clínica acerca de este trastorno mental. Al principio se presenta un recorrido histórico sobre estudios realizados por diferentes investigadores; y a seguir, se presenta un caso clínico como forma de ilustrar la trayectoria del trabajo diagnóstico y tratamiento. **Identificación del paciente:** Una adolescente de 14 años, aquí identificada por M. **Motivo de la consulta:** M. realizó un intento de suicidio por ingestión de medicamentos controlados. **Historia y descripción de la conducta problema:** M. presentaba alteraciones de conducta: Pequeños escapes de casa, peleas frecuentes con toda la gente, principalmente sus padres. No aceptaba autoridad de ellos y rechazaba la medicina prescrita por el médico. **Establecimiento de las metas para el tratamiento:** Erradicar/disminuir la sintomatología presentada, concientizar a M. de la necesidad de su medicina; y orientar a sus padres. **Selección del tratamiento más adecuado:** El tratamiento fue con antidepresivos bajo la orientación del psiquiatra de Servicio, asociado a la psicoterapia, dinámica intensiva breve. **Técnicas utilizadas:** Entrevistas, anamnesis, asociaciones libres, análisis del comportamiento de la adolescente y la dinámica familiar. **Aplicación del tratamiento:** Tres encuentros semanales con la adolescente, y uno con sus padres. **Evaluación de la eficacia del tratamiento:** El tratamiento se mostró eficaz a partir de la 20ª sesión, en la medida en que proporcionó el aumento de la fuerza egóica y de la capacidad adaptativa. Hubo la remoción de los síntomas, remisión de la ideación suicida, de las defensas patológicas, la

adherencia a la medicación, y M. exhibió mayor adaptación en el convivio social. El caso presentado resalta la importancia de una investigación diagnóstica cuidadosa, y la eficacia del tratamiento multidisciplinar.

Palabras clave: personalidad histriónica; psicoterapia dinámica intensiva breve; adolescente.

THE VICISSITUDE OF A HISTRIONIC PERSONALITY: A CASE STUDY

Abstract

Introduction: The concept of hysteria as well as its own nomenclature has been through several modifications over the years. This work is based on a documentary, qualitative research utilized as a method of comprehending and producing knowledge in Clinical Psychology about this mental disorder. In the first part, it is presented a historical course of the studies made by different researchers; and, afterwards, it is presented a clinical case as a means to illustrate the trajectory of the work in diagnosis.

Patient Identification: A female teenager 14 years old, here identified as M. **Motive of consultation:** M. has made a suicide attempt through ingestion of controlled medication. **History and description of the problematic behavior:** M. has been exhibiting disorders in her behavior, such as: small escapes from home, frequent fighting with all in the home, specially her mother and father. No acceptance of parental authority and rejection of the prescribed medication. **Treatment goals:** Diminish/eradicate the presented symptomatology, convince M. of the need for medication; and give orientation to the parents. **Selection of more adequate treatment:** Treatment was medicine-based with antidepressants under the guidance of the psychiatrist of the Service, alongside brief dynamic psychotherapy. **Techniques used:** Interviews, anamnesis, free association, behavior analysis of the teenager and of the family dynamics. **Treatment application:** Three weekly encounters with the teenager, and one with the parents. **Treatment evaluation:** Treatment proved itself effective through the 20th session onwards, in the means that it fostered the increase of ego force and adaptive capabilities. There was the removal of symptoms, remission of suicidal tendencies, of pathological defenses, acceptance of the use of medication, and,

M exhibited greater adaptability in social life and could invest in school's work. The presented case demonstrates the importance of a careful diagnostic research, and the efficacy of multidisciplinary treatment.

Keywords: histrionic personality, brief dynamic psychotherapy; teenager

AS VICISSITUDES DA PERSONALIDADE HISTRIÔNICA: UM ESTUDO DE CASO

Resumo

O conceito diagnóstico da histeria como a sua própria nomenclatura passaram por diversas mudanças ao longo dos anos. Este trabalho baseia-se em uma pesquisa documental, qualitativa utilizada como método de compreensão e produção do conhecimento em Psicologia Clínica acerca deste transtorno mental. No primeiro momento apresenta-se um percurso histórico sobre estudos realizados por diferentes pesquisadores; e, a seguir, apresenta-se um caso clínico como forma de ilustrar a trajetória do trabalho diagnóstico. **Identificação do paciente:** Uma adolescente de 14 anos, aqui identificada por M. **Motivo da consulta:** M. realizou uma tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos controlados. **História e descrição da conduta problema:** M. vem apresentando alterações da conduta como: Fugas pequenas de casa, brigas frequentes com todas as pessoas da casa, principalmente com seu pai e sua mãe. Não aceita a autoridade dos pais e rejeita a medicação prescrita pelo médico. **Estabelecimento das metas para o tratamento:** Erradicar/diminuir a sintomatologia apresentada, conscientizar M. da necessidade de sua medicação; e levar orientações para os pais. **Seleção do tratamento mais adequado:** O tratamento foi medicamentoso com antidepressivos sob a orientação do médico psiquiátrico do Serviço, associado à psicoterapia, dinâmica intensiva breve. **Técnicas utilizadas:** Entrevistas, anamnese, associações livres, análise do comportamento da adolescente e da dinâmica familiar. **Aplicação do tratamento:** Três encontros semanais com a adolescente, e um com os pais. **Avaliação da eficácia do tratamento:** O tratamento mostrou-se eficaz a partir da 20ª sessão, na medida em que proporcionou o aumento da força egóica e da capacidade adaptativa. Houve a remoção dos sintomas, remissão da ideação suicida, das defesas patológicas, a concordância em aderir à medicação, e, M. exibiu maior adaptação no

convívio social e pode investir em interesses escolares. O caso apresentado ressalta a importância de uma investigação diagnóstica cuidadosa, e a eficácia do tratamento multidisciplinar.

Palavras chave: personalidade histriônica; psicoterapia dinâmica intensiva breve; adolescente.

Introdução

O conceito diagnóstico da histeria como a sua própria nomenclatura passaram por diversas mudanças ao longo dos anos. Apesar das mudanças a histeria e suas características, como a teatralidade, a conversão e a demanda por atenção continuam sendo expressivas e se adequando às características demandadas por seu tempo. Este trabalho baseia-se em uma pesquisa documental qualitativa empregada como método de compreensão e produção do conhecimento em Psicologia Clínica acerca deste transtorno mental. Inicialmente, apresenta-se um percurso histórico sobre estudos realizados por diferentes pesquisadores, seguindo de um caso clínico como forma de ilustrar a trajetória do trabalho diagnóstico e tratamento em uma adolescente diagnosticada com o transtorno de personalidade histriônica.

A palavra histeria é derivada da palavra *hystero*, que na idade antiga, era crença comum de muitos pensadores, como Platão, Hipócrates e Galeno, que a histeria estava ligada a um acometimento do útero que o fazia se deslocar pelo corpo a ponto de obstruir orifícios e causar os mais diversos sintomas, (Assunção y Martins, 1997; Catani, 2014; Christaki, 2015)

Na idade média, o comportamento da histérica era considerado, pelas autoridades da Igreja, falta de submissão e uma ofensa a ordem divina. Os sintomas eram justificados como uma punição para pecadoras e feiticeiras, o que fez com que muitas mulheres daquela época, com características históricas fossem condenadas e queimadas nas fogueiras como bruxas. (Assunção e Martins, 1997; Christaki, 2015; Catani, 2014, p.117).

No fim do século XVII a histeria volta a ser debatida como uma patologia. Foi Charcot (1825-1893) que pela primeira vez trouxe a hereditariedade como uma das suas causas e assim, promoveu a separação definitiva entre a histeria e o útero, comprovando

a existência desses sintomas também no sexo masculino. Mesmo quando Freud tentou questionar o que dizem os sintomas das histéricas, em seus estudos com o Professor Charcot, na Salpêtrière, este último apegou-se à organicidade (Catani, 2014).

Segundo Freud (1905/1987b), o sintoma histórico é determinado psiquicamente, e o paciente utiliza um dos órgãos para expressar pensamentos reprimidos. Com a irrupção de um desejo o eu se percebe ameaçado, e para desvencilhar-se dessa circunstância produz a repressão; mas esse caminho nem sempre é eficaz, gerando efeitos colaterais relacionados ao conteúdo recalçado. A manifestação histórica é a princípio vivida como um incômodo, mas aos poucos o sujeito consegue obter algum tipo de benefício com a sua nova condição. Desvendar um sintoma é complexo em decorrência da gama de significados e das alterações realizadas para o conteúdo inconsciente ser representado (Freud, 1910/1987a).

Em novos estudos como os de Babinski (1917) a histeria passa a ser entendida como um fenômeno cultural, passivo das interações do meio. As conversões hoje podem dar lugar a manifestações somáticas como dores de cabeça, anorexias, ou também se direcionar a objetos de consumo oferecidos pelo meio (Assunção e Martins, 1997; Catani, 2014; Christaki, 2015).

A palavra “histrionismo” vem de “histrião” que significa um indivíduo “ridículo, bobo, louco, dramático”, por conta das pessoas que possuem este distúrbio agirem dessa maneira, de forma teatral, pois o dramatismo é uma das características marcantes do histrionismo, o que faz geralmente as outras pessoas acharem que o histriônico está agindo de uma maneira falsamente exagerada ou irônica (Rodrigues, 2015).

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) se responsabilizou pela Classificação Internacional das Doenças (CID), publicando dois anos depois a sexta revisão, com alterações substanciais. A sexta revisão traz, pela primeira vez, um capítulo das "Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade", em que a histeria é apresentada de modo explícito na nomenclatura de "reação histórica sem menção de ansiedade e psiconeuroses com sintomas somáticos". E, na décima edição (CID 10) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1993), é classificado em transtorno histórico de personalidade, ou transtorno de personalidade histriônica (Catani, 2014; Pereira, 2011).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5, (2014) [DSM-5], a principal característica do transtorno de personalidade histriônica é a emocionalidade em excesso e a busca por atenção (DSM-V) (APA, 2014, p. 667-668).

A Classificação dos Transtornos Mentais da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, CID-10 (1993) caracteriza as pessoas com transtorno de personalidade histriônica como de afetividade superficial, que tendem a dramatização e teatralidade, que expressam emoções de modo exagerado, egocêntricas, sem consideração com o outro, autocomplacentes, com desejo de ser sempre objeto de atenção e que se sentem feridos facilmente.

Identificação do paciente

Uma adolescente de 14 anos, brasileira, que aqui chamaremos de M.

Motivo da consulta

Tentativa de suicídio ingerindo comprimidos de tofranil, dienpax e clorpromazina.

História e descrição da conduta problema

As alterações na conduta de M. começaram aproximadamente um ano e meio antes. Fugas pequenas de casa, brigas freqüentes com todas as pessoas da casa, principalmente com seu pai e sua mãe. Não aceita a autoridade dos pais. Não tolera a menor frustração, quando não obtém o que deseja, grita, bate pé, chora e se agita até conseguir. Quando está inquieta, M. fica andando pela vizinhança, não consegue se concentrar em qualquer atividade, nem mesmo conversar por muito tempo com alguma pessoa. M. não demonstra interesse em sua aparência nem em se relacionar com outras pessoas, suas amizades são poucas e tem bem menos idade. Iniciou um tratamento psiquiátrico, mas começou a se recusar a tomar a medicação, ao que sua mãe resolveu lhe tirar da escola como forma de persuasão. M. cursava a quinta série do ensino fundamental. Após o início da menstruação, um ano antes, M. tornou-se bem mais agitada e, também, começou a comer excessivamente.

A Unidade de Tratamento Infantil Psicoterápico, do Hospital Psiquiátrico da capital, onde crianças e adolescentes que residiam no interior do Estado, permaneciam para tratamento intensivo, com um de seus pais/familiares, por no mínimo 8 semanas -

M. apresentou-se como uma adolescente que despertava distancia pelo seu modo irritadiço e temperamento explosivo. Dizia que foi encaminhada por ser nervosa, que tentou suicídio e que agora irá se tratar. Queixava-se de dores em todo o corpo, fazia cenas, fingindo não ter voz, solicitando remédio para sua garganta. Ficava na cama até mais tarde e, quando um técnico tentava levá-la, insistia em ficar. Fingia que chorava e dizia ter dor em qualquer lugar do corpo. Implicava com as crianças, reclamava quando os técnicos não faziam o que pedia. Quando manejada por alguma falha que cometeu, ela debochava do técnico fazendo caretas, dizia palavrões e posicionava-se arrogantemente com frases como: “Eu com a vida”, “Azar é dele”, “Ninguém manda em mim”. Toda e qualquer comunicação de M. é feita sob forma de gritos, falando rápido e alto, com gestos impulsivos, discutindo constantemente com qualquer pessoa no ambiente. Em sua linguagem, M. não realiza pausas ordenadas para a respiração, fazendo-as inadequadamente, dando uma idéia de teatralidade e ansiedade para falar. Mantém uma expressão de braba e mal-humorada, com os lábios espichados. Apesar de ter uma marcha normal, muitas vezes, quando fazia algo, saía apressadamente, batendo nos bancos, nas mesas ou em alguma criança que estava no seu caminho, e não se importava com que acontecia.

Diagnóstico

Devido às características apresentadas por M. a equipe multidisciplinar diagnosticou como um caso de personalidade histriônica, de acordo com os critérios dos manuais, CID-10 e DSM-V.

Estabelecimento das metas para o tratamento

As metas para o tratamento foram erradicar/diminuir a sintomatologia apresentada, conscientizar M. da necessidade de sua medicação; e levar orientações para os pais.

Seleção do tratamento mais adequado

O tratamento foi medicamentoso com antidepressivos sob a orientação do médico psiquiátrico do Serviço, visando à redução a ansiedade. Concomitantemente, associou-

se psicoterapia, utilizando como abordagem a psicoterapia dinâmica intensiva breve (Eizirik, Aguiar e Schestatsky, 2015).

Técnicas utilizadas

As técnicas utilizadas foram entrevistas, anamnese, associações livres, análise do comportamento da adolescente e da dinâmica familiar.

Aplicação do tratamento

A aplicação do tratamento aconteceu com três encontros semanais com a adolescente, e um com os pais, visando à reflexão/insight psicodinâmico.

Avaliação da eficácia do tratamento

O tratamento mostrou-se eficaz a partir da 20ª sessão, na medida em que proporcionou o aumento da força egóica e da capacidade adaptativa. Houve remissão da ideação suicida e concordância em aderir à medicação.

Ao final do tratamento, M. não apresentava tanta oposição. Interessou-se em muitas tarefas, tanto em casa como na escola, e mostrou-se mais cooperativa. Sua linguagem tornou-se agradável e modulada, demonstrando abrandamento em sua ansiedade. Nos manejos verbais que recebe, escuta-os atentamente e muitas vezes diz: “Tá bem tia!”. Mesmo com um comportamento um tanto infantil para a sua idade, M. progrediu muito em seu tratamento, despertando comentários e carinho frente ao seu novo comportamento. Os pais assessorados pelo psicólogo sistêmico e pela assistente social sentiram-se amparados, compreenderam e aplicaram as técnicas de manejo apreendidas e os ampliaram os seus cuidados com M.. Paulatinamente, o tratamento apresentou a remoção dos sintomas e das defesas patológicas, M. apresentou-se mais adaptada no convívio social e pode investir em interesses escolares. O caso apresentado ressalta a necessidade de uma investigação cuidadosa para elaboração do diagnóstico e na seleção do tratamento, bem como a eficácia do tratamento multidisciplinar.

Considerações finais

Neste trabalho buscou-se fundamentar teoricamente, e de maneira sintética, o que existe até o momento na literatura da área sobre a compreensão e classificação do

transtorno de personalidade histriônica - TPH. Percebe-se que a classificação sobre a histeria se amplia e se diversifica ao longo dos tempos, e, permite elucidar determinadas experiências de sofrimento humano. Acredita-se, desse modo que, bem maior deveria ser a sensibilidade dos profissionais da saúde para a subjetividade inerente a qualquer forma de queixa, dor/sintoma. Para estes, muito além do necessário conhecimento sobre a classificação das doenças/ histeria, urge acompanhar bem o usuário/cliente, nas suas narrativas, nas narrativas dos seus cuidadores, discutirem com equipes multidisciplinares o melhor diagnóstico, e eleger a melhor forma de tratamento que possa trazer amplos benefícios ao usuário e a seu entorno.

Importante lembrar que, as reflexões do presente estudo foram extraídas a partir de uma pesquisa bibliográfica documental e, que a rigor, este caso não pode ser considerado representativo da população diagnosticada com o TPH. O estudo realizado deve ser ampliado para outros casos, diagnosticados com este mesmo transtorno, atendidos em diferentes espaços psicoterápicos, em diversas classes sociais e culturais, de forma a ampliar as reflexões aqui expostas. Espera-se que com a divulgação deste estudo se torne possível auxiliar pesquisadores envolvidos com esta temática.

Referencias

- Asociación Americana de Psicología (APA). (2014). *Manual Diagnostico E Estatístico De Transtornos Mentais* (5º Ed.). Porto Alegre: Art. Med.
- Assunção, M., e Martins, G. (1997). A Histeria Através Dos Tempos. *Revista De Psicologia*. Recuperado em 25 de setembro de 2015 de <https://psicologianpa.wordpress.com/edicao-2/>
- Babinski J. F. F., e Froment J. (1917). *Hystérie-pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en neurologie de guerre*. Paris: Masson et Cie.
- Catani, J. (2014). Histeria, Transtornos Somatoformes E Sintomas Somáticos: As Múltiplas Configurações Do Sofrimento Psíquico No Interior Dos Sistemas Classificatórios. *Jornal De Psicanálise*, 47, 115-134.
- Christaki, A. (2015). Contorção Histérica No Século Xxi: Elixires E Remédios. *Revista Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 1, 30-35.
- Eizirik, C. L., Aguiar, R. W., e Schestatsky, S. S. (2015). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre. Artmed.

- Freud, S. (1987a). A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. Em S. Freud (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund* (J. Salomão, trad., vol. 11, pp. 193-203, 2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1987b). Fragmentos de análise de um caso de histeria. Em S. Freud (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 7, pp. 1-119, 2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* (10ª Ed.). Recuperado de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040203>
- Pereira, R. S. (2011). *Transtornos Dissociativo E Histrionico: Contribuições Da Avaliação Psicodiagnóstica*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Recuperado de <http://pesquisa.bvs.br/>
- Rodrigues, M. C. (2015). *Transtorno de Personalidade histriônica*. Recuperado de https://prezi.com/y_fzd-9t8tze/copy-of-transtorno-de-personalidade-histrionica/
- Speigel, A. (2005). *The Dictionary of Disorder: How one man revolutionized psychiatry*. *The New Yorker*. Recuperado de <http://www.newyorker.com/magazine/2005/01/03/the-dictionary-of-disorder>

LA IMPORTANCIA DEL CONTEXTO Y LA IDENTIDAD EN UN CASO DE ALUCINACIONES AUDITIVAS DURANTE LA ADOLESCENCIA

Sara Diego, Mara Segura-Serralta y Beatriz García-Parreño

Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Resumen

Siguiendo las teorías del desarrollo, para adaptarnos a las distintas etapas de la vida es importante dominar ciertas tareas típicas. Durante la adolescencia una de ellas es responder a la pregunta ¿quién soy yo?, el logro de la identidad. A continuación se presenta un caso en el que se observa la importancia de esta perspectiva en el abordaje clínico. Se trata de una mujer de 17 años, nacida en Chile, estudiante de grado medio y la mediana de tres hermanas. Es remitida desde neurología por clínica de tipo psicótico con inicio en la temporada de exámenes de 2014. Durante la entrevista se recogen los siguientes síntomas: irritabilidad, sentimientos de soledad, pensamientos de muerte, pensamiento mágico, creencias extrañas, alucinaciones auditivas en forma de voces, pobre conciencia y regulación emocional (desembocando en estrategias disociativas), así como confusión de orientación e identidad sexual y un marcado aislamiento social (relacionándose con pares únicamente a través de un alter ego de distinto género creado en Internet). Se establecieron como metas terapéuticas: 1. Aumentar la comprensión de las alucinaciones auditivas y disminuir el malestar ocasionado mediante psicoeducación, normalización, reatribución y potenciación de estrategias de afrontamiento adaptativas. 2. Aumentar la comprensión y regulación emocional mediante psicoeducación y trabajo con estrategias de afrontamiento. 3. Lograr la integración y aceptación personal. 4. Aumentar las relaciones sociales a través de la autoestima personal y la normalización de las voces. Para valorar los síntomas psicóticos se utilizaron las escalas PSYRATS y BAVQ. Se valoró también la sintomatología afectiva mediante el cuestionario BDI-II. Tras la intervención el malestar e interferencia ocasionados por las voces disminuyeron significativamente, al tiempo que aumentaron la comprensión, integración, aceptación personal y disminuyó el aislamiento social. Los cambios sobre la regulación emocional fueron más limitados.

Palabras clave: Alucinaciones auditivas, identidad, adolescencia, regulación emocional

CASE STUDY: THE RELEVANCE OF CONTEXT AND IDENTITY IN AUDITORY HALLUCINATIONS THROUGH ADOLESCENCE

Abstract

Theories of development focus on the importance of mastering different tasks throughout the lifespan. Identity development is among the most important developmental task of life. This case report describes the importance of this perspective in the clinical understanding and the therapeutic plan. In 2015, a 17-year-old female patient was referred from neurology by psychotic-like experiences beginning in March 2014. She is the middle child of a family born in Chile. Currently, she is studying at highschool to be a care provider. During the interview she reported the following symptoms: irritability, feeling of loneliness, death thoughts, magical thinking, odd beliefs, auditory hallucinations (voices), poor emotional awareness and poor emotional regulation (leading to dissociative strategies), confusion about her sexual orientation and sexual identity, as well as social isolation (interacting with peers only through a different gender alter ego created on the Internet). The following treatment goals were developed collaboratively with the patient: 1. Increase the understanding of the auditory hallucinations and decrease the discomfort caused by them. 2. Increase emotional awareness and emotional regulation strategies. 3. Ensure self-integration and self-acceptance. 4. Increase social relationships. The psychotic symptoms were assessed using the PSYRATS and BAVQ scales, while the affective symptoms were assessed using the BDI-II questionnaire. After the psychological intervention the discomfort and interference caused by the voices decreased significantly, while the personal understanding, integration and acceptance increased. Also the social isolation decreased. Nevertheless, changes on emotional regulation were more limited.

Keywords: Auditory hallucinations, identity, adolescence, emotional regulation

Identificación del paciente

Cuando comienza el cuadro la paciente tiene 17 años. Acude remitida desde neurología por clínica de tipo psicótico con inicio en la temporada de exámenes de 2014. Nació en Chile, procedente de una familia donde destacan los valores tradicionales. Vive con sus padres y sus dos hermanas, siendo la paciente la hija mediana. En la actualidad estudia primero de grado medio, tras haber repetido dicho curso dos veces consecutivas. En la Figura 1 se presenta el genograma de la paciente.

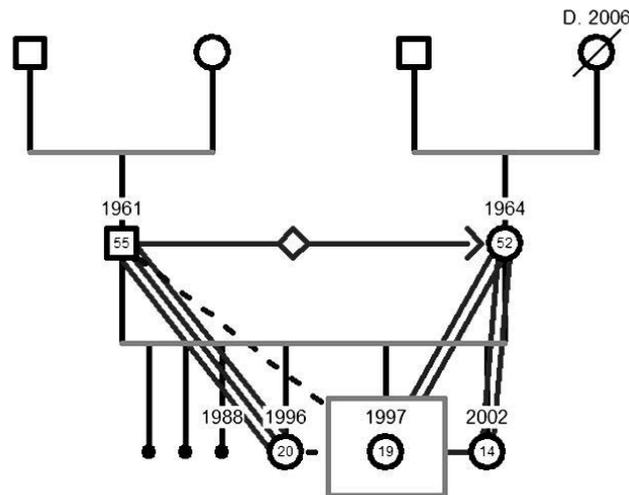


Figura 1. Genograma.

Análisis del motivo de consulta

Consulta con neurología por cefalea de aspecto migrañoso, allí se realiza una resonancia magnética sin hallazgos patológicos y se deriva a salud mental al describir la paciente alteraciones de la percepción en forma de visiones de muertos, acordes con su ambiente familiar, así como la aparición reciente de alucinaciones acústicas que parecen interferir con sus actividades cotidianas.

Historia del problema

Desde que era pequeña la paciente afirma tener la capacidad de ver personas fallecidas, al igual que sus dos hermanas y su padre. En la familia esto es considerado un don y es entendido aludiendo a explicaciones paranormales al igual que otras situaciones que acontecen en su casa (p.e. movimientos y desapariciones de objetos, sonidos, ...). No causa interferencia ni malestar. Sin embargo, cuando la paciente

comienza a oír voces, en la temporada de exámenes de 2014, no se recurre a este tipo de explicaciones sino que se acude al servicio de salud mental, ocultando al resto de miembros de la familia lo que sucede (únicamente la madre y la paciente son conocedoras de que escucha voces). Desde ese momento la paciente recibe tratamiento farmacológico con antidepresivos y antipsicóticos sin que tengan influencia en el fenómeno alucinatorio. Al estrés que suponía para la paciente la temporada de exámenes, por la anticipación de poder volver a repetir curso, se une la rivalidad con su hermana mayor, declarada la favorita del padre, que siempre ha sacado buenas notas y estudia un grado superior, aspecto que la paciente verbaliza como sigue: “para mi padre mi hermana es como su todo, lo mío lo tira hacia abajo siempre. No es que lo necesite, pero a veces me gustaría su aprobación”.

Análisis y descripción de las conductas problema

Las alucinaciones auditivas se presentan diariamente en forma de murmullos ininteligibles, voces que hablan entre sí o voces que hablan con la paciente. Dichas voces presentan un contenido variado: conversan sobre aspectos cotidianos, comentan la actividad en curso de la paciente, le dan consejos, le animan y ayudan a calmarse, le incitan a autolesionarse cuando se siente mal y a hacer daño a otros cuando se siente enfadada con ellos. Mientras que las primeras le producen emociones positivas, las últimas son generadoras de angustia y malestar. La paciente menciona distintas explicaciones acerca de las voces: que tengan que ver con su capacidad de ver fantasmas, que sea algo o alguien que le controla, que pueda tener algo en el cerebro, que le conecten con su yo de otra dimensión. Siente no tener ningún control sobre ellas y las localiza dentro de su cabeza.

Además de las alucinaciones auditivas la paciente presenta a nivel emocional cambios de humor bruscos, irritabilidad y dificultad para reconocer y relacionar las emociones con los acontecimientos, así como con sus correlatos fisiológicos; utilizando también explicaciones paranormales. Carece de conductas adaptativas de manejo del malestar.

También refiere sensación de soledad en casa y en clase, con pensamientos acerca de que los demás le miran raro y piensan mal de ella, y un marcado aislamiento social, relacionándose con pares únicamente en el contexto de los juegos de roles online a

través de un alter ego de distinto género, que es como a ella le gustaría ser. Se siente confusa respecto a su orientación e identidad sexual, presenta un pobre autoconcepto y una baja autoestima.

La hipótesis explicativa que se contempla en el abordaje del caso es que las dificultades de la paciente para conseguir la aceptación por parte de sus iguales y de su familia, sintiéndose en ambos apartada, en el primero por sentirse rara al oír voces y en el segundo por sentirse fuera de las alianzas padre-hermana mayor y madre-hermana pequeña; sumadas a las dificultades para entenderse y aceptarse a sí misma, le producen un elevado malestar psicológico que no es capaz de comprender, dadas sus carencias a nivel de psicoeducación emocional, y que tampoco sabe manejar. La paciente hace uso de este modo de las estrategias aprendidas en base al modelo materno (que maneja el malestar mediante síntomas conversivos) empleando estrategias disociativas. Estas estrategias se presentan sobre todo ante emociones como la rabia dirigida a un ser querido, que la paciente no se permite sentir, pues implicaría una visión negativa de sí misma, y que separa y atribuye a alguien distinto a ella al igual que hace con sus personajes de los juegos de rol, divididos entre buenos y malos de forma polarizada. Mediante estas estrategias consigue desligar de su autoconcepto las voces que le devuelven un mensaje negativo sobre sí misma (las voces que le incitan a causar daños a otros cuando se enfada con ellos), y las acciones que realiza ante las situaciones de enfado y frustración (p.e. malas contestaciones, agresiones verbales, romper objetos, ...), protegiendo así su debilitado yo.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Se establecieron como metas terapéuticas:

1. Aumentar la comprensión de las alucinaciones auditivas y disminuir el malestar que ocasionan a la paciente.
2. Aumentar la comprensión de las emociones humanas y desarrollar nuevas estrategias de regulación emocional.
3. Formar una imagen de sí misma compleja e integrada.
4. Aumentar la aceptación propia.
5. Disminuir el retraimiento social.

Establecimiento de los objetivos terapéuticos

Para tratar de conseguir las metas propuestas se pretende intervenir sobre las cogniciones de la paciente acerca de sus voces, es decir, las atribuciones, creencias e interpretaciones que realiza, así como disminuir las conductas disfuncionales que utiliza para afrontarlas (p.e. consumo de tabaco) y desarrollar nuevas conductas de afrontamiento funcionales. Del mismo modo se intervendrá sobre las cogniciones relacionadas con las emociones humanas, y en particular con las propias, y se tratarán de disminuir conductas de regulación emocional disfuncionales y aumentar o desarrollar las funcionales. También se potenciará la comprensión de la fobia a la experiencia interna o disociación de partes de la personalidad trabajando las cogniciones relacionadas y desarrollando el funcionamiento reflexivo. Por último, se abordarán las cogniciones relacionadas con su autoconcepto con una doble finalidad: aumentar la aceptación personal y disminuir el retraimiento social, a la vez que se intentarán disminuir las conductas sociales evitativas y aumentar los contactos interpersonales.

Selección de los tratamientos adecuados

Se seleccionó el tratamiento cognitivo-conductual para las alucinaciones auditivas por haber demostrado mediante recientes estudios de metaanálisis ser efectivo para las mismas (Jauhar et al., 2014; van der Gaag, Valmaggia y Smit, 2014). Sobre el resto de conductas se intervino siguiendo la lógica del análisis funcional y mediante la estrategia de conducta clave en el caso de la aceptación personal.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos

La evaluación se realizó a través de entrevistas semiestructuradas a la paciente, la madre de la paciente y la hermana mayor de la misma. Dicha evaluación fue completada con la información obtenida a través Inventario de Depresión de Beck - BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996), de la Escala para la valoración de los síntomas psicóticos - PSYRATS (Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999) y del Cuestionario de creencias sobre las voces - BAVQ (Chadwick y Birchwood, 1995).

La puntuación del BDI-II es indicativa de depresión grave, destacando sobre todo las puntuaciones en los ítems que evalúan tristeza, irritabilidad, autocrítica, pensamientos o deseos de suicidio, agitación, e inutilidad.

La evaluación de las alucinaciones auditivas mediante la PSYRATS y el BAVQ permitió confirmar la información autoinformada y heteroinformada en la entrevista, así como obtener nuevos datos. Los más relevantes ya han sido incluidos en el análisis y descripción de las conductas problema, y el resto, relacionados con las creencias acerca de las voces, se presentan en la Figura 2.

- Mi voz me está castigando por algo que he hecho.
- Mi voz me está persiguiendo sin una razón lógica.
- Mi voz quiere que haga cosas malas.
- Mi voz me está intentando corromperme o destruirme.
- Mi voz es muy poderosa.
- Mi voz me hace enfadar.
- Mi voz me pone ansioso.
- Mi voz me alegra.
- Mi voz me tranquiliza.
- Mi voz quiere ayudarme.
- Mi voz quiere protegerme.
- Mi voz me está ayudando a desarrollar mis capacidades o poderes especiales.

Figura 2. Creencias de la paciente acerca de sus voces.

Aplicación de tratamientos

La intervención consistió en 10 sesiones quincenales de una hora de duración, en la que las distintas técnicas de intervención se aplicaron de forma secuencial. En algunas de las sesiones se contó con la colaboración de la madre de la paciente.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

Tras la intervención tanto la frecuencia como el malestar e interferencia ocasionados por las voces disminuyeron significativamente, al tiempo que aumentó la comprensión de las mismas.

También hubo mejoras en la integración de los distintos aspectos de la personalidad de la paciente, en su aceptación personal y en el retraimiento social, aumentando las relaciones interpersonales en vivo.

Se consiguió aumentar la comprensión de las emociones, sin embargo, los cambios sobre la regulación emocional fueron más limitados, persistiendo el empleo de estrategias disfuncionales.

Seguimiento

En la entrevista de seguimiento a los 3 meses se comprobó la persistencia y aumento de las mejorías conseguidas durante la intervención en cuanto a las alucinaciones auditivas, la comprensión de los estados emocionales, la disminución del retraimiento social, y la comprensión, integración y aceptación personal. Dichas mejorías fueron en aumento a pesar de no recibir tratamiento. A nivel de regulación emocional se manifestó la persistencia de conductas de afrontamiento disfuncionales en grado similar al momento en que finalizó el tratamiento.

Observaciones

Para comprender mejor las alucinaciones auditivas de la paciente es importante tener en cuenta la cultura de la misma, los valores familiares religiosos así como la tendencia a realizar y aceptar en la familia explicaciones sobrenaturales. Con el objetivo de conocer mejor estos aspectos se realizó una revisión de la literatura que se comentará brevemente a continuación. Del mismo modo, se consideró importante incluir esta información en el plan terapéutico.

Watkins (1998) señala que la atribución de las alucinaciones auditivas a fuentes sobrenaturales ha sido enormemente importante a través de la historia. Cristianismo, judaísmo e islamismo concibieron originalmente las experiencias alucinatorias como voces espirituales, y las experiencias de voces espirituales han dado forma a creencias de amplios grupos sociales y religiones. Además, las creencias espirituales siguen siendo comunes en algunas partes del mundo, y los rituales curativos derivados aparentemente efectivos en muchos casos.

Por otra parte, en la revisión realizada por Laroí et al. (2014) se encuentra que la cultura influye sobre la experiencia alucinatoria en varias dimensiones: en lo que se

identifica como una alucinación, en el contenido de las mismas, en la frecuencia, el significado, el grado de malestar que ocasionan, y la forma en que el entorno responde a ellas. Otra cuestión importante relacionada con la cultura es el estrés derivado de la aculturación, el proceso de adaptación a una nueva cultura con la que se está en contacto. En el estudio de DeVlyder et al. (2013) el estrés derivado de la aculturación se asoció de forma lineal y estadísticamente significativa con oír voces, pero no con alucinaciones visuales o delirios. Del estudio se extrae que parece haber una relación entre la edad de inmigración y las experiencias de tipo psicótico entre los inmigrantes latinos, de tal forma que la inmigración antes de los 12 años se asoció de forma estadísticamente significativa con la presencia de cualquier experiencia de tipo psicótico y particularmente con las alucinaciones visuales y auditivas.

Referencias

- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Chadwick, P. y Birchwood, M. (1995). The omnipotence of voices. II: The Beliefs About Voices Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 166, 773-776.
- DeVlyder, J. E., Oh, H. Y., Yang, L. H., Cabassa, L. J., Chen, F. y Lukens, E. P. (2013). Acculturative stress and psychotic-like experiences among Asian and Latino immigrants to the United States. *Schizophrenia Research*, 150(1), 223-228.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. y Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29(4), 879-889.
- Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R. y Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *British Journal of Psychiatry*, 204, 20-29.
- Laroi, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Christian, Jr. W. A., Deshpande, S., Fernyhough, C., ...Woods, A. (2014). Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 213-220.

Van der Gaag, M., Valmaggia, L. R. y Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156, 30–37.

Watkins, J. (1998). *Hearing Voices: A Common Human Experience*. Melbourne: Hill of Content Publishing Company.

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE (CAD) DE LORCA

Jesús O. Valera Bernal, M^a. Ascensión Albacete Belmonte, José Joaquín García Arenas y Antonia Sánchez López
CSM/CAD

Resumen

El presente trabajo expone la intervención en el caso de un paciente varón de 54 años, jubilado y pintor de vocación, que presenta Dependencia al Alcohol. Dicha patología se extiende a bebidas tanto fermentadas como destiladas, con un desarrollo y evolución que han ido generando graves problemas que le han llevado a tener que ser ingresado para desintoxicación enólica. Tras identificar al paciente, se analiza el motivo de consulta, la historia del problema y las conductas desadaptativas relacionadas. La meta del tratamiento es lograr el mantenimiento abstinencial y generar cambios en el estilo de vida del paciente, para lo que se persigue, como objetivos específicos, reforzar la conciencia en el paciente de su problema, detectar los estímulos tanto internos como externos que disparan el consumo de alcohol, desensibilizarlo del mismo, disminuir los niveles de ansiedad, estabilizar el estado de ánimo, generar estrategias de afrontamiento extensibles en el futuro y aprender a prevenir recaídas. Con respecto a la elección de tratamiento seleccionado se ha aplicado tanto intervención psicológica como psiquiátrica. Dentro de la intervención psicológica se ha llevado a cabo terapia tanto individual como grupal, utilizando dentro del contexto grupal el Modelo Mátrix (MM) en formato de prevención de recaídas (Galindo, 2012; Martí, Carballo, Cárceles, García, y Gómez, 2012; Zarza et al., 2011), complementado con estrategia de corte cognitivo-conductual y motivacional. Para el diagnóstico y evaluación clínica se han administrado tanto una prueba específica para valorar el grado de dependencia alcohólica, como pruebas para analizar el cuadro ansioso-depresivo asociado existente. La resolución y eficacia del tratamiento aplicado se ha demostrado tanto en la comparativa de pruebas administradas, como en el mantenimiento abstinencial. El tratamiento, como se indica posteriormente, se ha extendido durante 1 año en 6 sesiones individuales y 12 grupales.

Palabras clave: Dependencia al alcohol, tratamiento del alcoholismo, caso clínico.

INTERVENTION IN CASE OF ALCOHOL DEPENDENCE AT THE LORCA DRUG DEPARTMENT CENTER (DDC)

Abstract

The present study describes the intervention in the case of a male patient of 54 years, retired and pinto of vocation, that presents Alcohol Addiction. This pathology extends to both fermented and distilled beverages, with a development and evolution in the same that have been generating serious problems that have led him to have to be admitted for enolics detoxification. After identifying the patient, the reason for consultation, the history of the problem and related maladaptive behaviors are analyzed. The goal of treatment is to achieve abstinencial maintenance and generate changes in the lifestyle of the patient, for what is pursued, as specific objectives, reinforce awareness in the patient of his problem, detect encouragements both internal and external that trigger the drinking alcohol, desensitizing it, decrease levels of anxiety and stabilize mood, develop strategies for coping extensible in the future and learn to prevent relapses. Regarding the choice of selected treatment was applied both psychological and psychiatric intervention. Within the psychological intervention, both individual and group therapy have been carried out, using the Mátrix Model in a relapse prevention format within the group context (Galindo, 2012; Martí, Carballo, Cárceles, García y Gómez, 2012; Zarza et al., 2011), complemented with a strategy of cognitive-behavioral and motivational cut. Besides having applied the relapse prevention model, we used encouragements control, reduced anxiety, imagined desensitization and exposure with response prevention. For the diagnosis and clinical evaluation, both a specific test to assess the degree of alcohol dependence and tests to analyze the existing associated anxiety-depressive disorder have been administered. The resolution and efficiency of the applied treatment has been demonstrated both in the comparative tests administered, as the maintenance abstinencial. Treatment, as indicated below, has been extended for 1 year in 6 individual sessions and 12 group sessions.

Keywords: Alcohol dependence, treatment of alcoholism, clinical case.



Identificación del paciente

El paciente es un varón de 54 años, casado, con tres hijos, dos de los cuales eran varones, jubilado y pintor de vocación.

Análisis del motivo de consulta

El paciente acudió al CAD de Lorca el mes de marzo de 2015, derivado por su Médico de Atención Primaria tras haber sido atendido en el Hospital Universitario “Rafael Méndez” de Lorca por intoxicación enólica e indicación de realizar intervención especializada.

En primera visita fue atendido por psicología clínica tras haberse realizado entrevista de acogida protocolizada según estándar del CAD de Lorca por enfermería en la que se evidenciaron signos de adicción al alcohol.

En esta primera cita con psicología clínica refería encontrarse tremendamente preocupado al haber precisado ingreso hospitalario después de haber realizado una elevada ingesta de distintas bebidas alcohólicas. Era consciente de que su forma de beber había adquirido tintes adictivos, aunque había estado minimizando la misma. Durante la entrevista clínica el paciente repetía frases tales como: *“No sé cómo he llegado a esto”, “no sé qué me está pasando”, “yo antes controlaba, o eso pensaba”, “la pintura siempre ha sido mi vida, y desde que me tiemblan las manos no puedo ni hacer una línea recta en condiciones”, “antes de comer, si no me he bebido varias copas de vino mientras preparo la comida, es raro”, “no es la primera vez que mi mujer y mis hijos me dicen que cuando bebo me cambia el carácter”, “cuando trabajaba era frecuente tomar alguna copa con los clientes mientras cerraba algún trato”, “mi cuerpo, hace tiempo que me está avisando y no le hago caso”, “al verme en urgencias, me derrumbé, y todo por el alcohol”...*

Historia del Problema

El paciente refiere haberse iniciado en el consumo enólico a los 15 años, con progresión desde dicho inicio. El comienzo en la ingesta de bebidas coincide con la adolescencia, edad en la que empezó a beber en grupo de “amigos”, lo que le desinhibía y le ayudaba a iniciar contactos con chicas, con las que recuerda haber tenido éxito, el cual asociaba al atrevimiento y “gracia” que confería en él haber tomado “un cubata”.

El debut en el consumo de bebidas alcohólicas se realizó con grupo de iguales en bares y discotecas. Refiere que empezó a beber diariamente a partir de los 28 años, edad en la que recuerda haber incrementado la frecuencia, la intensidad y la variedad de bebidas alcohólicas. Desde entonces la ingesta enólica también se relaciona con su actividad laboral, ya que en el contacto social con clientes era frecuente la presencia de alcohol.

En rastreo clínico no se observa presencia de problemática con el juego, ni consumo de otras sustancias, salvo dos paquetes de tabaco al día; tampoco se observan problemas de índole psicótica ni postraumática. Se evidencia la existencia de un cuadro ansioso-depresivo relacionado con el incremento de la conciencia de problema, y sobre todo con las consecuencias de su adicción al alcohol en el conjunto de áreas vitales. En este sentido, destaca que, desde hace aproximadamente dos años, no pinta ningún cuadro, para evitar el temblor distal.

Análisis y descripción de las conductas problema

Entre las diversas conductas asociadas a la dependencia al alcohol que padece el paciente, indica que llegaba a ingerir cantidades elevadas y frecuentes de todo tipo de bebidas alcohólicas, tanto fermentadas como destiladas, con presencia de temblor distal que se ha ido intensificando con el tiempo; era frecuente que llegara a engañar a familiares y amigos, ocultándoles cualquier ingesta, por temor a ser descubierto.

Desde que se jubiló, la forma de beber, cambió, ya que cuando trabajaba era frecuente vincular dicha ingesta a la propia actividad laboral, al incluir el alcohol en los encuentros de negocios. Refería que al intentar suspender la ingesta por motu proprio presentaba inquietud, desasosiego y un deseo imperioso de tomar alguna bebida alcohólica, aspectos compatibles con la existencia de craving.

Por lo que indicaba, y resaltaba de forma vívida, el alcohol, sobre todo en los últimos años a través del temblor distal, le había dificultado y prácticamente impedido pintar; la pintura era su vocación, habiendo sido significativo su abandono para el paciente. De hecho, uno de los comentarios más interesantes realizados durante el proceso de intervención fue: *“si mis manos dejaran de temblar, lo que primero pintaría sería unas manos, claras, firmes y tiernas”*.

El hecho de haber tenido que ser ingresado en Hospital Universitario Rafael Méndez para realizar desintoxicación etílica fue un aspecto que el paciente interpretó como un punto y final. Se aprecia fondo de culpabilidad marcado y preocupación por el daño ocasionado a su familia, especialmente a su mujer.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Las metas perseguidas con la aplicación del presente tratamiento psicológico han pretendido conseguir la rehabilitación del paciente, logrando el mantenimiento abstinerencial dentro de un marco más amplio y ambicioso en el que consiguiera realizar cambios en su estilo de vida que le ayudaran, no sólo a mantener la abstinencia, sino instalar fortalezas que permitieran afianzar y reforzar dicha abstinencia. El cambio en el estilo de vida se considera crucial para el mantenimiento abstinerencial a largo plazo, sobre todo cuando el paciente haya recibido el alta y se encuentre realizando una vida normal.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Los objetivos perseguidos con el presente tratamiento han sido los siguientes:

- Reforzar la conciencia de la dependencia etílica y ser consciente de las consecuencias derivadas de la misma.
- Aprender a detectar los disparadores internos y externos vinculados al consumo etílico.
- Lograr el mantenimiento abstinerencial.
- Disminuir, no sólo los niveles de ansiedad vinculados a la ingesta etílica, sino aquellos no vinculados que puedan constituir un factor de riesgo para su reaparición.
- Estabilizar el estado de ánimo y fortalecer al paciente en todas aquellas vicisitudes vitales en las que se pueda ver afectada su autoestima.
- Desensibilizar todos aquellos ámbitos y estímulos vinculados al consumo de alcohol.
- Conseguir prevenir recaídas.
- Generar estrategias de afrontamiento extensibles en el futuro.
- Lograr cambios en el estilo de vida del paciente.

Selección del tratamiento más adecuado

En el presente caso clínico, se ha optado por realizar un tratamiento combinado de corte cognitivo-conductual en el marco del MM como fundamento básico de aplicación (Galindo, 2012; Martí, Carballo, Cárceles, García y Gómez, 2012; Zarza et al., 2011).

Se ha aplicado las siguientes técnicas de intervención:

- Control de Estímulos.
- Terapia cognitivo-conductual.
- Modelo Mátrix para el tratamiento de adicciones.
- Reestructuración cognitiva.
- Técnicas reductoras de Ansiedad.
- Desensibilización Imaginada.
- Exposición en vivo con prevención de respuesta.
- Psicoeducación.
- Prevención de recaídas.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos

En la primera consulta realizada por psicología clínica tras la entrevista de enfermería y confirmación del diagnóstico de Dependencia al Alcohol, se llevó a cabo una evaluación para valorar el grado de afectación en la misma, así como se administraron los cuestionarios que se especifican posteriormente, para determinar la coexistencia de sintomatología ansioso-depresiva. Así mismo, como ya se ha indicado, en esta entrevista inicial fue descartada la existencia tanto de problemática de juego patológico como de dependencia a otras sustancias, así como de problemas de índole psicótico y postraumático.

Para la evaluación de la clínica observada se administraron los siguientes cuestionarios:

•AUDIT-Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (adaptación española de Rubio, Bermejo, Caballero y Santo-Domingo, 1998), con una puntuación de 33 (rango 0-40).

•STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994), con unos percentiles hallados en STAI-E de 94 y en STAI-R de 96.

•BDI-II-Inventario de depresión de Beck II (adaptación española de Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005), que alcanzó una puntuación de 33, situando la intensidad de la depresión en grave. Las puntuaciones de corte para los distintos grados de depresión son: 0-13 (mínima), 14-19 (leve), 20-28 (moderada), 29-63 (grave) (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013).

Tras valoración se consideró adecuado dado el alto grado hallado, tanto en dependencia enólica como en depresión, y la larga data de ingesta, realizar derivación a psiquiatría quien valoró la instalación de interdicator y tratamiento psicofarmacológico con ISRS y topiramato. Así mismo fue adscrito para realización de tratamiento grupal de prevención de recaídas según MM.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento, como se indica previamente, ha sido, tanto psicológico como psiquiátrico. Se ha realizado durante un año completo, alcanzando un número total de 6 sesiones individuales de tratamiento psicológico, 12 sesiones grupales de frecuencia quincenal, extendidas durante 6 meses y 8 sesiones con psiquiatría. Las sesiones individuales fueron de aproximadamente 45 minutos de duración cada una de ellas, mientras que las sesiones grupales tuvieron una duración media de 90 minutos.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Para la evaluación de la eficacia del tratamiento aplicado se tuvo en cuenta, mediante registro sistemático, el mantenimiento abstinencial, el descenso en los niveles autopercebidos de craving, el logro de poder realizar actividades en las que estuviera presente el alcohol sin presentar craving, así como presentar mejoría en los niveles ansioso-depresivos, tanto en la mejora observable en el propio paciente, como en los resultados obtenidos tras la comparativa post-test realizada en la administración de las pruebas de ansiedad y depresión que le fueron administradas en modalidad pre-test. Como se aprecia en la Figura 1 los resultados hallados en STAI (modalidades Estado y Rasgo) y en BDI, muestran un descenso marcado.

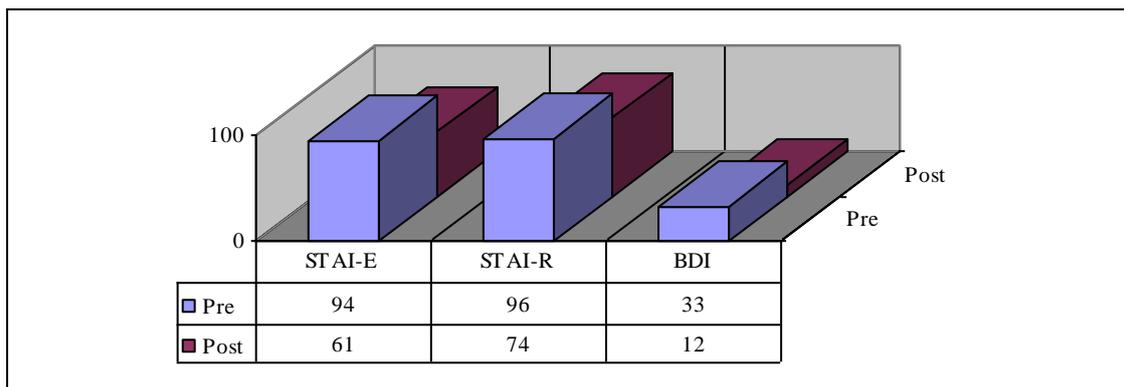


Figura 1. Comparativa pretest-postest.

Es reseñable que al año de haber iniciado el tratamiento había desaparecido el temblor distal.

Seguimiento

La frecuencia de sesiones indicada y la evolución del paciente no requirieron realizar seguimiento posterior al año.

La distribución de dichas sesiones de psicoterapia se llevó a cabo del siguiente modo:

Durante los dos primeros meses de intervención por parte de psicología clínica se realizó un total de cuatro sesiones, siendo estas combinadas con control psicofarmacológico por parte de psiquiatría.

Dado que el paciente se encontraba en el primer estadio del proceso se procedió a la aplicación de control de estímulos, así como seguimiento exhaustivo de la existencia de craving y de la sintomatología ansioso-depresiva asociada; dichas estrategias fueron enmarcadas dentro de un tipo de intervención motivacional, que está presente a lo largo de todo el proceso.

Durante los seis meses siguientes, se aplicó intervención grupal, desarrollada en un total de 12 sesiones quincenales, en ellas se puso especial atención en mantener la conciencia del problema, reforzar los cambios alcanzados, así como aplicar el conjunto del MM, habiendo prestado especial atención a la detección, redefinición y afrontamiento, tanto de disparadores externos como internos; dicho modelo fue implementado con la introducción de técnicas de relajación. La reestructuración cognitiva y la aplicación de técnicas reductoras de ansiedad han estado presentes en el

desarrollo programado durante el conjunto de tratamiento psicológico aplicado. La desensibilización imaginada ha sido una de las técnicas empleadas, dentro del encuadre grupal, por lo que el MM fue enriquecido con este tipo de técnica.

Una vez terminado el tratamiento grupal, el paciente completó la intervención psicológica y psiquiátrica, presentado una muy buena evolución, habiendo podido retirar de forma paulatina el tratamiento psicofarmacológico pautado. Dicha intervención se realizó de forma combinada y extendida durante los cuatro meses restantes hasta cubrir el año, fecha en la que fue dado de alta.

La última sesión consistió en un repaso de la evolución del paciente y los logros obtenidos. Dada la mejoría mantenida, el descenso de los niveles ansioso-depresivos, el manejo adecuado del craving, con una presencia de menor intensidad en el mismo y el logro de desensibilización ante el conjunto de estímulos asociados, presentado mejoría tras la retirada paulatina y completa del tratamiento psicofarmacológico realizado, se procedió a dar el alta en dicha sesión, lo que puso fin a la intervención realizada.

Es conveniente resaltar que la combinación de tratamiento psicológico de modalidad individual y grupal, la aplicación de prevención de recaídas, así como el mantenimiento de la conciencia de problema y de sus consecuencias, haciendo especial hincapié a la posible aparición de craving y su manejo con el aprendizaje de las técnicas aplicadas en el conjunto de sesiones programadas ha constituido una estrategia mantenida, tanto a nivel individual como grupal.

Referencias

- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2013). *Evaluación del inventario BDI-II*. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Galindo, P. (2012). *Adaptación cultural e implantación del programa matrix de tratamiento de las adicciones en la Región de Murcia*. Proyecto de investigación.
- Martí, J., Carballo, J., Cárceles, I., García, A. y Gómez, R. (2012). Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el modelo Matrix en un centro público: un estudio piloto. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 12(2), 253-272.
- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M. C. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la Prueba para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en

- Atención Primaria. *Revista Clínica Española*, 198, 11-14. Recuperado de <http://centros-psicotecnicos.es/cursos/uploads/file/AUDIT.pdf>
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1994). *STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.
- Zarza, M. J., Botella, A., Vidal, A., Ribeiro, B., Bisetto, D. y Martí, J. (2011). *Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del usuario*. Recuperado de http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/234388-manual_usuario.pdf

EL P.A.I. (INVENTARIO DE PERSONALIDAD) COMO PREDICTOR DE RECAÍDAS Y DESCOMPENSACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Isabel M^a De Haro- García y Sara García- Marín

Facultativa especialista en psicología Clínica. Facultativa especialista en psiquiatría en Centro de salud mental-C.A.D.-Lorca (Murcia)

Resumen

Presentamos el estudio de un caso según la clasificación propuesta por Montero y León (2002). Mujer de 35 años, soltera con pareja desde hace 3 años. Hija pequeña con dos hermanos emancipados de la familia nuclear, vive con sus padres. Antecedentes: Padre consumidor de 6 ubes/día. Madre, diagnosticada y tratada de “Distimia”. Es paciente del centro de salud mental desde los 20 años, que solicita tratamiento de deshabituación a la cocaína, desde entonces ha tenido tres intentos de suicidio de ingesta medicamentosa en contexto de consumo, siendo el último hace dos semanas como respuesta a la “separación, inesperada” planteada por su pareja. La paciente sale de alta de Comunidad de internamiento para la deshabituación y solicita seguimiento en el C.A.D. Se le evalúa la personalidad con el inventario P.A.I. fijándonos en las variables: -problemas con las drogas.-ideación suicida y rasgos límite, se evaluó antes-durante la recaída y después del tratamiento intensivo (individualizado). Realizó un tratamiento ambulatorio integrado psiquiátrico y psicológico, con la realización de uro-controles semanales y acompañamiento familiar en gran parte del proceso basados en el modelo cognitivo – conductual de prevención de recaídas y la reestructuración cognitiva de Beck para trabajar la ideación suicida. Se alcanzaron las metas y objetivos terapéuticos propuestos, estabilizándose las tres variables elegidas como predictoras (problemas con las drogas, ideación suicida y rasgos límite) observando como bajan las puntuaciones hasta la estabilización. Concluimos que la prueba de evaluación de la personalidad P.A.I. nos ha sido de mucha utilidad para el seguimiento de las variables a estudio y tratamiento. El tratamiento de la patología dual debe de ser integrador y tratar las dos problemáticas conjuntamente.

Palabras clave: Patología dual, recaída, ideación suicida, tratamiento integrador.

P.A.I. (PERSONALITY ASSESSEMENT INVENTORY) AS RELAPSE AND PSYCHOPATHOLOGY DESCOMPENSATION PREDICTOR

Abstract

We present a study from a case according Montero and Leon purpose (2002). Woman, 35 years, single but with boyfriends since 3 years. She is the youngest of her family and lives with her parents. Her father has alcoholism (6 UBEs per day) and her mother suffers from dysthymia. She has been under treatment since she were 20 years old due to her cocaine addiction. She has three suicide attempts with overdose medication, the last of these, recently, after a sentimental broken. The patient leaf drugs satisfactorily after the therapeutic community treatment and she now continues at outpatients clinic (CAD). Her personality was evaluated by P.A.I., pointing at the next variables; drugs addiction, thinking on suicide and bordeline personality characteristics. There were assessed before, during drug relapse and after intensive and personalised treatment. The treatment consisted of psychiatric and psychological attendance, plus urine test every week and family accompany according cognitive-behavioural (to relapse prevention) and Beck cognitive restructuring to suicide thinking out. Objectives were achieved, and variables chosen as predictives (drug adiction, thinking on suicide and borderline characteristics) were lower tan before, even non pathological. As we present, P.A.I. has been very useful for traking and treatment. Dual pathology is a combine pathology drugs addiction and borderline personality disorder) that needs a integrative treatment.

Key words: Dual Pathology, Relapse, suicide thinking-out, integrative treatment

Identificación del paciente

Mujer de 35 años, soltera con pareja desde hace tres años. Hija pequeña con dos hermanos emancipados de la familia nuclear, ella vive con sus padres. Tiene estudios de grado medio y trabaja por horas cuidando de su abuela, sin contrato laboral.

Análisis del motivo de consulta

Solicitó tratamiento de seguimiento de su patología dual que estaba en esos momentos “estable y abstinente” y al mes tuvo una descompensación psicopatológica y una recaída en sus conductas adictivas.

Presentaba un patrón de consumos de cocaína que reunía los criterios para un diagnóstico de “trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cocaína F14.2, según C.I.E.-10 y rasgos de personalidad, que reunía criterios para un diagnóstico de un trastorno de inestabilidad de la personalidad de tipo impulsivo F60.3, según C.I.E.-10. Presentaba una buena motivación para el cambio.

Historia del problema

Comenzó con consumos a los 20 años y desde entonces no ha tenido periodos de abstinencia mayores de tres meses, volviendo siempre al consumo habitual. Ha tenido tres ingresos hospitalarios por intentos de suicidio por ingesta medicamentosa, en contexto de consumo.

La paciente cuando solicitó tratamiento estaba **estable**, ya que había realizado un programa de deshabitación en una comunidad terapéutica durante seis meses, consiguiendo el “alta terapéutica” y solicitó seguimiento ambulatorio de su problemática en el C.A.D.

Al mes de comenzar en seguimiento, tiene una **re-caída** en consumos de cocaína e intento de suicidio de ingesta medicamentosa con ingreso hospitalario, tras conocer la noticia de que su pareja le plantea la separación (variable disparadora de la descompensación generalizada).

Antecedentes familiares: padre consumidor de alcohol (6 ubes/día) y madre diagnosticada y tratada de “distimia”.

Análisis y descripción de las conductas problema

Siguiendo las indicaciones de Buela-Casal y Sierra (2002), las conductas problema se operativizaron de la siguiente forma:

- Reducir y eliminar los consumos de cocaína (deshabitarse).

-Eliminar la ideación suicida (ideas intrusivas sobre su propia muerte) cada vez que aparece un acontecimiento externo, con alta vinculación emocional no esperado, ni buscado por ella (la separación que le planteó su pareja).

-Conseguir que disminuyan conductas de aislamiento (acostarse durante el día, no salir ni relacionarse con nadie).

Establecimiento de las metas del tratamiento

-Conseguir la abstinencia, tras el tratamiento de deshabitación de su re-caída.

-Eliminar conductas y pensamientos suicidas.

-Adquirir estrategias de afrontamiento para lograr adaptarse y superar el proceso de separación de su pareja (eliminando conductas que van asociadas a unos beneficios directos e indirectos que era necesario cambiar).

Estudio de los objetivos terapéuticos

Lograr conseguir:

-Asistencia continuada a todas las citas con psicología y psiquiatría establecidas.

-Conseguir adherencia al equipo de profesionales que le trata.

-Aumentar la conciencia de enfermedad y la motivación por el cambio.

-realización de uro-controles semanales para el seguimiento de su adicción.

-Adquirir estrategias de prevención de recaídas.

-Acudir o llamar al centro cada vez que aparezca una variable externa o interna (que actúe como activador de craving) que no sepa afrontar.

-Aceptar la separación y adaptarse a su nueva situación.

Selección del tratamiento más adecuado

Se planificó un tratamiento ambulatorio intensivo con citas clínicas psicológicas y psiquiátricas individualizadas con frecuencia semanal durante seis meses (25 sesiones psicológicas y 10 revisiones psiquiátricas para el ajuste de la medicación).

Tratamiento psicológico

Modelos Cognitivo-conductual y de prevención de recaídas, estipulados como los más efectivos según Peris y Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (2016) en los protocolos de patología dual.

Realización de uro-controles semanales para el seguimiento de su adicción y la potenciación de su conciencia de realidad con el “Análisis funcional de los consumos” semanalmente. Permite el “darse cuenta” a la paciente de las distintas variables disparadoras del “craving” (deseo de consumo), que van apareciéndole a lo largo del proceso para buscar así en su repertorio, alternativas de afrontamiento diferentes a las relacionadas con las conductas adictivas.

La conducta adictiva en la paciente ha funcionado como mecanismo de evitación del dolor y negación de la realidad, ya que tenía déficits en estrategias adaptativas de afrontamiento ante acontecimientos traumáticos.

El contenido de los pensamientos de autolisis se abordó con la técnica de reestructuración cognitiva indicada para el tratamiento efectivo de la depresión.

La técnica de activación conductual para tratar las conductas asociadas con el aislamiento estableciendo, un horario de actividades adaptadas a cada momento del proceso e incrementándolas en frecuencia y tiempo, aquellas que le resultaran agradables y entretenidas (cuidar de su abuela, pasear al perro, cuidar sus plantas, relaciones con no consumidores, ir al cine), con esto pretendíamos que adquiriera un repertorio de hábitos y rutinas que le ayudaran a estar ocupada y distribuir su tiempo, no acostarse durante la mañana y responsabilizarse del cumplimiento del plan ocupacional. Se revisaba todas las semanas y se adaptaba a sus necesidades, mediante acuerdos a tres bandas (paciente-familiar y psicóloga)

La familia siempre de testigo y acompañamiento continuo en los primeros tres meses con una reducción de la presencia graduada a partir de los tres primeros meses. La familia se hacía cargo de facilitar el cumplimiento de las actividades programadas y de la administración del gasto económico. Técnicas conductuales de contención desempeñadas por la familia y con la designación de la paciente, del/los miembro/s que ella quería que desempeñara/n esa función. Con esta técnica se trabajaban muchas conductas preventivas de recaídas y desestabilización psicopatológica: Fomentar la relación positiva con la familia, crear hábitos ocupacionales saludables,

responsabilizarse de sus planificaciones semanales y como consecuencia de sus actos, según Becoña y Cortés (2008).

Todo el proceso de los seis meses de tratamiento intensivo más los dos que lleva en la actualidad de seguimiento, con el modelo motivacional de fondo, han ayudado a que se cumpla con lo establecido por el equipo junto con la paciente y la familia. Modelo integrador.

Se seleccionaron todas técnicas antes mencionadas por dos razones: -están indicadas como efectivas para el tratamiento de la patología dual y porque los profesionales que las implementábamos estábamos formados y con larga experiencia en el acompañamiento de la patología dual.

Tratamiento Psiquiátrico

El tratamiento psiquiátrico pretende un componente activador dentro de un margen de seguridad (por potenciales gestos autolíticos futuros): Deslanfaxina 5mgs/día; Bupropión 150mgs/día por la capacidad antidepressiva combinada y Aripiprazol 10mgs/día como antipsicótico regulador y potenciador antidepressivo.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación. Análisis de resultados.

Se utilizó el inventario de personalidad **P.A.I.** (Inventario de evaluación de la personalidad) según la adaptación de Ortiz-Tallo et al. (2011). Es un cuestionario de evaluación comprehensiva de la psicopatología de adultos, diseñado para explorar y evaluar variables clínicas “críticas” de los sujetos a tratar. Se utilizó como técnica base para todo el tratamiento, se centró en la observación y medición de las escalas clínicas significativas para este caso concreto:

1-Problema con las drogas (abuso de sustancias). Evalúa las consecuencias negativas del uso de drogas y los rasgos indicativos de su presencia.

2-Ideación suicida. Evalúa la ideación suicida, cubriendo un amplio rango que va desde la desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio.

3-Rasgos límites. Evalúa mediante cuatro sub-escalas:

3.1. La inestabilidad emocional como la sensibilidad emocional, los cambios bruscos del humor y el escaso control emocional.

3.2. Relaciones interpersonales problemáticas, como la presencia de una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado.

3.3. Alteración de la identidad, como la existencia de dudas sobre los principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos.

3.4. Autoagresiones, como la impulsividad en áreas que tienen un alto potencial de consecuencias negativas.

Se realizó el inventario tres veces, pre-tratamiento (acogida), recaída y pos-tratamiento intensivo (6 meses).

Las puntuaciones en las escalas clínicas del inventario fueron:

Periodo de acogida: 1-escala clínica “problema con las drogas”:85 puntuación moderada y variable importante a tener en cuenta para la intervención.

2-escala clínica “rasgos límites”:70 puntuación moderada, sensibilidad e incertidumbre sobre temas vitales.

La sub-escala alteración identidad es la más alta apuntando a la presencia de dificultad para dar sentido a su vida. La sub-escala autoagresiones marcando una tendencia a la impulsividad e imprudencia. Variable a tener en cuenta para la intervención.

3-escala clínica “ideación suicida”:65 Los factores de riesgo: ansiedad, control de impulsos, desesperanza y autoestima en la paciente, no son significativas, aunque hay una tendencia que nos indica especial prevención.

Periodo de Recaída: 1-escala clínica “problema con las drogas”:95 puntuación alta y variable objeto de tratamiento.

2-escala clínica:”rasgos límites”:90 puntuación alta y variable objeto de tratamiento.

3-escala clínica:”ideación suicida”:80 puntuación alta y con riesgo alto de conductas autolíticas, variable objeto de tratamiento.

Estas puntuaciones nos aportan las variables que más se han disparado, tras la recaída, del conjunto de todas las demás variables, que evalúa en inventario.

Postratamiento (6 meses): 1-escala clínica “problema con las drogas”:70 puntuación baja. Poca probabilidad de recaídas.

2-escala clínica: “rasgos límites”:60, puntuación baja. Poca probabilidad de desestabilización.

3-escala clínica:”ideación suicida”:50, puntuación baja. Poca probabilidad de pensamientos autolíticos.

Gráficas correspondientes a los tres momentos de evaluación (Grafico 1).



Grafico 1. Evolución de las variables en las etapas del proceso terapéutico.

Observamos descensos significativos, a partir de la implementación del tratamiento integrado a raíz de la re-caída.

Aplicación del tratamiento.

La implementación del tratamiento consistió en una sesión individual semanal durante seis meses tras la re-caída en el consumo de cocaína: 24 sesiones de (30 – 40 minutos), en las que se abordaba sistemáticamente:

1-resultados analíticos, comentados y analizados con la paciente. La paciente tuvo una buena adherencia, hablaba directamente de sus consumos, sin ninguna resistencia.

2-análisis funcional exhaustivo, in situ (en consulta), sobre las diferentes situaciones de riesgo de consumo, que se le presentaron durante toda la semana y la correspondiente conclusión de ese análisis, reconvertido en tarea para desempeñar, en las próximas situaciones de riesgos venideras. Se analizan los disparadores (variables antecedentes al consumo), que se pueden clasificar en internos (sensaciones, pensamientos y sentimientos) y externos (situaciones de riesgo, personas de riesgo, lugares de riesgo...).

La segunda secuencia del análisis funcional es el “craving” o deseo de consumo, que se analiza con la paciente todo el desarrollo conductual hasta el consumo, incluido éste.

La última secuencia del análisis funcional la llamamos “consecuencias” (consecuentes), en donde también se clasifican en internos (por ejemplo: culpabilidad e inquietud) y externos (por ejemplo: discusión con la familia).

Una vez hecho el análisis, se acompaña a la paciente a tomar decisiones de cambios conductuales protectores de situaciones de riesgo, si se vuelve a repetir, creando en ella un repertorio de aprendizaje por ensayo- error de su propia experiencia. Utilizando las diferentes técnicas de habilidades sociales y de afrontamiento específicas para cada situación, basándonos en las recomendaciones de Olivares, Maciá, Rosa y Olivares (2013).

Con el tiempo, ella sola hacía su propio análisis y buscaba sus propias conductas de prevención ante la recaída y el psicólogo apoyaba y reforzaba sus progresos.

3-consulta familiar sobre la valoración del avance de la paciente y su ajuste a los límites y normas establecidos en cada etapa de tratamiento. Asesoramiento para situaciones difíciles que la familia no sepa manejar, por ejemplo, conflictos por el manejo del dinero y los horarios. El dinero es el disparador más importante condicionado a los consumos, por lo que hay que hacer todo un trabajo de su manejo adaptado a la situación específica de sus limitaciones. La toma de medicación también es supervisada por la familia, hasta lograr que ella tome la responsabilidad de éstas conductas de prevención.

En la actualidad la paciente está en seguimiento, sigue abstinentes, aunque ha tenido algunos deslices (dos consumos de cocaína esporádicos y separados en el tiempo) los cuales los hemos trabajado. No ha tenido ninguna conducta de autolisis.

La etapa de seguimiento será entre 6 meses y un año, dependiendo de la evolución de la paciente en cuanto a las variables estudiadas y tratadas. En éstos momentos estamos en el segundo mes de seguimiento y a partir del tercer mes, si no hay recaída ni descompensación psicopatológica, se irán espaciando las sesiones con frecuencia quincenal y los uro-controles pasarán de dos por semana a uno por semana y aleatorios (por sorpresa).

Al final de la etapa se volverán a evaluar las variables estudiadas y se valorará junto con ella la posibilidad de alta terapéutica o continuar en seguimiento, reforzando con visitas mucho más espaciadas en el tiempo. Nos plantearemos la posibilidad de una etapa de Postseguimiento, si lo creemos conveniente y ella lo solicita, basándonos en las

recomendaciones de Peris y Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (2016) en los protocolos de patología dual.

Evaluación de la efectividad del tratamiento y/o eficacia del tratamiento

El conjunto de técnicas utilizadas ayudaron a la consecución de las metas del tratamiento y se seguirán implementando en la etapa de seguimiento.

Técnicas: técnicas cognitivo-conductuales de prevención de recaídas (análisis funcional), según Becoña y Cortés (2008).

Reestructuración cognitiva (RC). Estrategias de programación con actividades ocupacionales, habilidades sociales. Aceptación ante la pérdida de la pareja (modelo de tercera generación). Estrategia de activación conductual (AC).

Observaciones

Se le pasó a la paciente el consentimiento informado antes de la implementación del tratamiento. Se explicaron las ventajas e inconvenientes de las distintas técnicas de tratamiento y de las condiciones (normas y límites) del programa, aceptando y firmando el consentimiento.

Es importante en adicciones contemplar la fase de re-caída como una más y utilizarla para que el paciente pueda profundizar en los conflictos y pueda entender y posteriormente manejarse mejor ante las posibles re-caídas futuras. Para los profesionales que trabajan en patología dual la recaída es la fase más productiva a nivel de trabajo psicoterapéutico.

La terapia de foco dual recomendada por Van den BLM y Verheul (2007) se ha tenido en cuenta para el abordaje del caso clínico de patología dual presentado.

Referencias

- Becoña, E., y Cortés, M.T. (Coords.). (2008). *Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Buela-Casal, G., y Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 525-532.
- Olivares, J., Maciá, D., Rosa, A.I., y Olivares, P.J. (2013). *Intervención psicológica: Estrategias, técnicas y tratamientos*. Grupo Oxford.

Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, P., y Sánchez, M.P. (2011). *Personalidad Assement Inventory. Psychological Assessment Resources*. Florida: TEA Ediciones.

Peris, L., y Centre Neuchâtelois de Psychiatrie. (2016). *Protocolos de intervención de PD en trastornos de personalidad, SEPD*. Barcelona, España: Edikamed. Recuperado de http://www.patologiadual.es/formacion_protocolos.html

Van Den Bosch, L.M., y Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 67-71. Doi: 10.1097/YCO.0b013e328011740c

COGNITIVE STIMULATION IN A PATIENT WITH WERNICKE-KORSAKOFF SYNDROME: MAINTAINING THE FUNCTIONALITY

Anna Massó, M^a Isabel Martínez, Carlos Cedrón, Elena Belmonte, Lucía Pérez y Mireia Romero

EAIA, INAD, Centre Emili Mira, Parc de Salut Mar, Barcelona

Abstract

Introduction: Alcohol is considered the responsible of most cognitive impairments caused by drugs. The neurotoxic effect and the malnutrition associated with its consumption affect both directly and indirectly the central nervous system. Alcoholic subjects with vitamine B1 deficiency develop Wernicke encephalopathy, an acute neuropsychological impairment that if not caught and treated early can progress to a chronic and irreversible dementia which is called Korsakoff syndrome. It is an amnesic syndrome secondary to diencephalic injury caused by tyamine deficiency and is characterized by spatial and temporary disorientation, amnesia, confabulations and false recognitions. Sensory and intellectual capabilities remain preserved. **Objectives:** verify the effectiveness of psychological stimulation in maintaining the functionality in a patient diagnosed with Wernicke-Korsakoff Syndrome (WKS). **Method:** retrospective study of a clinical case of WKS. Is a 52-years-old woman with history of severe alcohol-dependence who was admitted to Day Hospital for Dementias with the aim of maintaining cognitive and functional capabilities. She shows cognitive impairment, apathy and mild dependency on performing basic activities of daily living (BADL). At the time of admission and discharge it is carried out a neuropsychological exploration which contains Mini Mental Stat Examination, BADL rating scales including Barthel Index and Blessed scale (BDRS) and instrumental activities of daily living (IADL) rating scales with Lawton-Brody Index. She was admitted to hospital with MMSE:21, Barthel:85, BDRS:5.5 (subscale B:1), Lawton-Brody:2/8. **Results:** persistence of the cognitive deterioration (MMSE:18), improvements in behaviour management and maintenance of the functionality (Barthel:85, BDRS:9- maintenance in subscale B:1- , Lawton-Brody:2/8). **Conclusions:** preservation of cognitive disorders (disorientation in the three areas, reduced learning ability and working memory, little spontaneous speech

and presence of confabulations) produced by the own irreversible lesions of the syndrome and maintenance the functionality through cognitive stimulation, occupational therapy and a program aimed at promoting autonomy.

Keywords: Wernicke-Korsakoff Syndrome, cognitive impairments, functionality, autonomy.

Introduction

Alcohol- related disorders describe a variety of diseases resulted of its consumption. Excessive alcohol intake can cause acute or irreversible affections as a result of a number of mechanisms including alcohol neurotoxicity, thiamine deficiency and metabolic disruption caused by cycles of intoxications and withdrawal (Kopelman, Thomson, Guerrini and Marshall, 2009). Over 50% of detoxified alcoholics display some degree of brain damage which cover a spectrum of cognitive and functional impairments (Inaba et al., 2016). Traditionally, it was considered that the psychopathology of ethanol was the result of direct and exclusive neurotoxic effect to the central nervous system (López, Vilalta, Llinás and Aguilar, 2001) but over time, the impact of malnutrition associated with its excessive misuse have proved decisive in demonstrations of some of these disorders. Studies have found a strong relation between alcohol consume and thiamine deficiency (TD) resulting from malnutrition or intestinal malabsorption (Vedder, Hall, Jabrouin and Savage, 2015) approximately 80% of chronic alcoholic patients have low levels of thiamine (Galvin et al., 2010). It is an enzyme that plays an important role in metabolism being indispensable for normal growth and development of the organism so its deficit damages the diencephalic and cerebellar structures.

It is known that 13% of alcoholic cases have brain abnormalities that reflect TD (Harper and Giles, 1986). The cognitive impairment associated may have an insidious onset, which, if untreated, can lead to the acute neuropsychiatric disorder called Wernicke's encephalopathy (WE). This is characterized by low consciousness, ataxic gait, ocular abnormalities, global confusion and temporary disorientation. If treated early with thiamine, problems can resolve, but many cases are missed and 85% of those who survive will develop Korsakoff's syndrome (KS) (Day, Bentham, Callaghan,

Kuruvilla and George, 2013). This state of chronic TD causes a diencephalic lesion, located in mammillary bodies, dorsomedial nucleus of the thalamus and frontal cortex producing memory deficit and executive dysfunction (Anzalone, Vetreno, Ramos, & Savage, 2010).

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th edition (ICD-10) includes WKS as an amnestic syndrome in the section “*mental and behavioural disorders due to use of alcohol* (WHO, 2010)”. It is a disease characterized by a sense of time disorder, persistent impairment for recent memory, difficulties in order chronological events of the past, a decreased ability to learn new things and the presence of confabulations and false recognitions. Memory deficit is associated with problems in formation of long term memory (LTM) in hippocampus-dependent memory (as spatial, contextual and social recognition memories) but not in long term memories in hippocampus-independent tasks (as social and anxiety-related behaviour). Difficulties are observed in the initial coding of information, consolidation of information and retrieval. So that, patients show poor performance to converted short-term memory (STM) into stable LTM, anterograde and retrograde amnesia for declarative knowledge (Kopelman, 1995; Sechi and Serra, 2007) and difficulties to recall recently formed memories whereas immediate, primary and working memory remain unaltered (Inaba et al., 2016).

Table.1. Amnestic syndrome due to use of alcohol criteria: Korsakoff Syndrome

- a. Memory for recent facts disorder (anterograde amnesia), sense of time disorder (difficulties in order chronological events of the past, agglutination repeated events in one...)
- b. No difficulties in immediate memory evocation, conscience and the other cognitive functions.
- c. History of objective present of alcohol/ other drugs of abuse chronic consumption

Image 1. ICD-10 (World Health Organization, 2016).

Amnesic syndrome has usually resulted in deterioration in the effective implementation of activities of daily living and intrusion patient a situation of dependency. Their severe declarative amnesia and their executive dysfunction restrict the performance in instrumental activities; nevertheless, procedural learning and procedural memory are relatively preserved and can effectively support its autonomy. Timely treatment of WE is vital in the prevention of chronic cognitive impairment but little literature currently exists for the longer term rehabilitation of WKS (Iain, 1999) which evidence the efficacy of strategies to compensate for memory and executive functioning impairments after brain injury. Studies have found that the performance on tasks declines less if are related to verbal and cultural aspects of knowledge whereas they have more failures if the task involves search for resolution strategies not previously learned or practised, requires speed in the information processing or the analysis and integration of multiple information and implies eye-hand coordination activities (Oudman et al., 2013).

Cognitive deficits relating to WKS could be improved through neuropsychological rehabilitation treatment oriented in restoring lost functions and to incorporate effective strategies to address the problems of daily life. Studies have evaluated some rehabilitative techniques concluding that adapted conditions provided support for executive difficulties in the censing and therefore a greater number of ways in which to support initial encoding of information into memory (Svanberg and Evans, 2013). The cueing and repetition of simple verbal material in combination with procedural tasks can support implicit learning, errorless learning techniques may be useful to support learning of simple verbal information, giving extra processing and retrieval time and support to make explicit associations may improve recall, the self-generation and enactment of concepts may improve their engagement, giving clear rules for action may help structure tasks and reduce perseverative errors and guiding patients to make rich associations between items may improve recall of those items (Vedder et al., 2015).

The objective of this review is to verify the effectiveness of a psychological stimulation in maintaining the functionality in a patient diagnosed with WKS.

Patient identity

A 52-years-old woman with history of severe alcohol- dependence and diagnosed with WKS. She was married and had two daughters. She lived with her husband and they both have been diagnosed with alcoholism and depressive disorder. She didn't work due to their disability fracture of the tibia and fibula and her husband was a season off work because of its depressive disorder in treatment. Poor socioeconomic status.

Reason of consultation

Diagnosed with WKS and behaviour disorder in the General Hospital, she was admitted to Day Hospital for Dementias with the aim of maintaining cognitive and functional capabilities. At that moment, the patient presented mild cognitive impairment, apathy and mild dependence in daily life activities.

Problem history

The patient presented severe chronic alcohol abuse for over 25 years and was ex-smoker 2 packs a day of tobacco. She started to consume when she was 25 years- old in a recreational pattern and up to establish a pattern of abuse and dependence consuming. She tried to keep the abstinence and had a maximum period of abstinence 4 years. In 2010 she was admitted to the General Hospital to detoxify and keep control with the psychiatrist with pharmacotherapy (agomelatine and gabapentine), but in 2014 left the medication and fell on alcohol. After an episode of disorientation, hallucinations and ataxia, which was treated in urgencies, was admitted again to General Hospital where was oriented as a possible delirium, alcohol withdrawal syndrome or WKS. At discharge it referred to the convalescent unit for functional rehabilitation and stabilization of behavioural disorder. Then, she was derived to the Day Hospital for Dementias to maintain the cognitive functionality and the autonomy in community life. Psychopathological, she had depressive disorder in treatment and continued monthly psychiatric controls in the centre of adult mental health since 2003 to 2010.

Analysis and description of behaviour problems

Cognitively, the patient was disorientated in temporal and personal sphere, had the cultural and the autobiographical information altered and showed difficulties in verbal learning, short term and long term information retention and phonetic and semantic fluencies. Nevertheless, other cognitive capabilities were remained. She was oriented in space, and maintained the immediate memory ability preserved. Constructive praxis and both ideomotor praxis with communicative purpose as ideomotor praxis imitation were not altered. She spoke fluently and didn't show difficulties in naming, verbal comprehension, reading, reading comprehension and verbal abstract thinking. Gnosia and almost all of frontal function were preserved, including motor alternations, reciprocal coordination and graphic alternations.

In terms of autonomy, the patient showed difficulties in the bathroom, personal hygiene and dressing with a mild dependence in basic activities of daily life (BADL) and severe dependence in instrumental activities of daily life (IADL).

Treatment goals

The main treatment goals were: 1.maintaining cognitive abilities preserved and 2.improving autonomy and functionality in daily life activities. These are some specific goals:

- alcohol abstinence maintenance
- cognitive capabilities and autonomous functionality maintenance,
- behaviour management improvement
- social interaction enhancement and recreational activities incorporation
- family load reduction
- quality of life increase

Therapeutic objectives

The treatment pretended to intervene in:

1. Mild dependence in daily life basic activities: supervise the bathroom, the personal hygiene and the dressing to improve the autonomy.

2. Mild dependence in daily life instrumental activities: stimulate interest and initiative to promote the community adaptation.

3. Memory impairment: psychostimulation program with behaviour management, memory training and reality orientation to improve her memory abilities.
4. Caregiver fatigue risk: give support and psychoeducation to her husband
5. Leisure activities deficiencies: stimulate participation in activities to promote motivation, activity and community adaptation.
6. Healthy problems: control the diet and no consumption of tobacco and alcohol.

Selection and application of evaluation techniques and results

At the time of admission it was carried out a neuropsychological exploration to know the areas in which the patient had difficulties and thus designed an individualized treatment program. It contained Mini Mental State Examination (MMSE), Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), Poppelreuter Test, Clock Test, Luria Watches Test, Boston Test and some Barcelona Test subtest to evaluate praxis, premotor functions, language, attentional and executive functions. It was also evaluated her functionality level in daily life activities with BADL rating scales- including Barthel Index and Blessed scale- and IADL rating scales- with Lawton-Brody Index-.

Evaluation before the treatment

When she arrived at the Day Hospital for Dementias, she showed cognitive impairment, apathy, mild dependence in BADL and severe independence in IADL.

Intervention

The program treatment included:

6. Pharmacotherapy: aripiprazole.

7. Integrated psychostimulation program (IPP): therapeutic strategies based on cognitive neuropsychology and behavioural therapies used in continuity for improving the functionality and maintaining the autonomy. Is an individual and specific program with cognitive stimulation tasks, workshops and IADL reinforcement to help maximise the patient independence, increase her self-confidence and relieve burden to the care giver. In advanced group doing stimulation tasks every day of the week during 3 hours: cognitive activities including memory and language training, leisure activities in order

to promote social abilities and tasks to stimulate and maintain BADL and IADL through specific guides of the supervision action carried out by the family.

8. Psychomotor intervention: to improve postural stability.

	MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY
10.30-11.10	Psychomotor Intervention	Dynamic activities in group	Record cards	Pychoestimulation with computer	Manipulative Activities
11.20-12.10	Record cards	Manipulative activities	Psychoestimulation with computer	Artistic leisure	Dynamic activites in group
15.00-15.50	Dynamic activities in group	Record cards	Psychomotor intervention	Manipulative activities	Leisure
16.00-16.50	Individual leisure	Psychoestimulati on with computer	Dynamic activities in group	Record cards	Leisure

Image 2. IPP.

Evaluation after treatment

Six months later the patient was evaluated again to identify changes in cognitive and functionality abilities.

The results showed the persistence of orientation, memory and some frontal functions difficulties. The patient was temporarily disoriented with high difficulties in spatial and personal orientation, continued having alterations in verbal learning, short-term retention, long-term retention and remote memory and performed worse in immediate memory and constructive praxis in terms of time spent, visual gnosis, frontal fluencies, motor alternations and reciprocal coordination. Although she had slight difficulties in reading comprehension, language and instrumental functions, these areas were preserved. Even though maintaining cognitive impairment, it highlights the preservation of the functionality in BDLA (eating, dressing and toilet training). In personality and behaviour she seemed more apathetic and had less interest and participation in activities.

		Before Treatment	After Treatment
MMSE		21/30	18/30
Memory	<i>Verbal Learning</i>	2-3-5-5-4	2-3-3-4-2-
	<i>Short-term</i>	0	0
	<i>Long-term</i>	0	0
	<i>Remote</i>	Cult./autobi. alterat	Cult./autobi. Alterat
	<i>Immediate</i>	D: PE:9; I: PE:9	D: PE:6; I: PE:4.
Praxis	<i>Ideomot. imitation</i>	5/5	5/5
	<i>Ideomot. Comunicat.</i>	4/4	4/4
	<i>Constructive</i>	PT: 8	PT: 6
Language, Instrumental Functions	<i>Spontaneous speech</i>	Fluent	Fluent
	<i>Naming (Boston)</i>	PE: 9	PE: 10
	<i>Verbal comprehension</i>	Correct	Correct
	<i>Reading</i>	Correct	Correct
	<i>Verbal Reading</i>	Correct	Correct
	<i>Abstract Thought</i>	PE: 14	PE: 10
Visual gnosias	<i>Poppelreuter</i>	10/10	10/10
	<i>Clock Test</i>	4/4	4/4
	<i>Luria Watches Test</i>	3/3	2/3
Frontal Fluencies	<i>Semantic</i>	PE: 4	PE:3
	<i>Phonetic</i>	PE:8	PE:5
	<i>Graphic alternances</i>	Correct	Correct
	<i>Motor alternances</i>	Correct	Correct
	<i>Reciprocal coordination</i>	Dificulties	Dificulties
Brody Lawton I.		2/8	2/8
Barthel I.		85	85
Blessed S.		9 (5+1+3)	5.5 (2.5+1+2)

Image 3. Results.

Effectiveness of the intervention program:

Early intervention could stop the worsening of the difficulties that occurs in syndrome. Through a program of cognitive stimulation we were not able to get the reversal of impairments but it allowed maintaining the skills and brake preserved cognitive decay. WKS is an organic syndrome so that, lesions produced cannot be

removed but with therapy the patient can live with these difficulties in a more or less autonomously.

Case tracking

A month later the patient visited a neurologist to assess their cognitive and functional status in order to evaluate the need for cognitive treatment or support and some pharmacotherapy change. At that moment, the patient maintained the same functionality and was able to carry out the routine of her daily life. The cognitive impairments were preserved but these does not prevent her an independent life.

Discussion

Research studies have found that alcohol withdrawal and thiamine deficiency cause structural damage to the brain causing organizational and visuospatial function deficits, memory dysfunction and executive functions impairment. With an early diagnosis, timely intervention and higher effective thiamine repletion therapy, WKS patient could be able to return to his normal life and regain most of his motor and cognitive abilities (Bilici et al., 2015). Nevertheless, organism injures are irreversible so it remain the current, recent and remote memory deficits, the ability to remember detailed of personal history and confabulation strategies (López, Vilalta, Llinás and Aguilar, 2001). Memory rehabilitation facilitates procedural learning and adapted conditions provided support for executive difficulties: 1.Structured and delimited responses; 2. Clear rules; 3.Repetition of verbal material; 4.Extra processing and retrieval time; 5.Self- generation of concepts; 6.Extern memory (records, outlines, calendars, weekly schedules). The evidence for cognitive rehabilitation is likely to be relevant but social and psychological impact of alcohol misuse may complicate treatment engagement; a multidisciplinary intervention with generic social and behavioural rehabilitative approach may be equal to cognitive interventions. Also, it's important to individualize the rehabilitation of memory to the patient's needs (Oudman, Van der Stigchel, Postma, Wijnia and Nijboer, 2014).

References

Anzalone, S., Vetreno, R. P., Ramos, R. L., & Savage, L. M. (2010). Cortical

- cholinergic abnormalities contribute to the amnesic state induced by pyriithiamine-induced thiamine deficiency in the rat. *European Journal of Neuroscience*, 32(5), 847–858.
- Bilici, R., Saridogan, G., Turan, C., Goncu, T., Akdur, O., Citak, S., & Domac, F. (2015). A Case of Wernicke-Korsakoff Syndrome Treated 1 Year After the Onset of Symptoms. *Prim Care Companion CNS Disord. (Online)*, 17(6), Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4805404/>
- Day, E., Bentham, P. W., Callaghan, R., Kuruvilla, T., & George, S. (2013). Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (7). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23818100>
- Galvin, R., Bråthen, G., Ivashynka, A., Hillbom, M., Tanasescu, R., Leone, M. A. (2010). EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *European Journal of Neurology*, 17(12), 1408–18.
- Harper, C. G., Giles, M. F.-J. R. (1986). Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: a retrospective analysis of 131 cases diagnosed at necropsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 49(4), 341–5.
- Iain, A. H. (1999). Management of Alcohol Korsakoff Syndrome. *Advances in Psychiatric Treatment*, 5(4), 271–279.
- Inaba, H., Kishimoto, T., Oishi, S., Nagata, K., Hasegawa, S., Watanabe, T., & Kida, S. (2016). Vitamin B1-deficient mice show impairment of hippocampus-dependent memory formation and loss of hippocampal neurons and dendritic spines: potential microendophenotypes of Wernicke–Korsakoff syndrome. *Bioscience, Biotechnology, and Biochemistry*, 80(12), 2425–2436.
- Kopelman, M. D. (1995). The Korsakoff syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 166 (FEB), 154-73.
- Kopelman, M. D., Thomson, A. D., Guerrini, I., & Marshall, E. J. (2009). The korsakoff syndrome: Clinical aspects, psychology and treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 44(2), 148–154.
- López, S., Vilalta, J., Llinás, J., & Aguilar, M. (2001). *Manual de demencias*. (P. Science, Ed.) (2nd ed.). Barcelona.
- Oudman, E., Nijboer, T. C. W., Postma, A., Wijnia, J. W., Kerklaan, S., Lindsen, K., &

- Van der Stigchel, S. (2013). Acquisition of an instrumental activity of daily living in patients with Korsakoff's syndrome: A comparison of trial and error and errorless learning. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(6), 888–913.
- Oudman, E., Van der Stigchel, S., Postma, A., Wijnia, J. W., & Nijboer, T. C. W. (2014). A case of chronic Wernicke's encephalopathy: A neuropsychological study. *Frontiers in Psychiatry*, 5(May). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4034510/>
- Sechi, G., & Serra, A. (2007). Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *The Lancet. Neurology*, 6(5), 442–55.
- Svanberg, J., & Evans, J. J. (2013). Neuropsychological rehabilitation in alcohol-related brain damage: A systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 48(6), 704–711.
- Vedder, L. C., Hall, J. M., Jabrouin, K. R., & Savage, L. M. (2015). Interactions Between Chronic Ethanol Consumption and Thiamine Deficiency on Neural Plasticity, Spatial Memory, and Cognitive Flexibility. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(11), 2143–2153.
- WHO. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (International Classification of Diseases)(ICD) 10th Revision - Version:2010. Occupational Health* (Vol. 1).

CASO CLÍNICO: MANEJANDO LA PÉRDIDA Y EL TRAUMA**Sonia Estrella-Barajas, Elena Castillo-Peña y Juana María Trinidad-Montero***Psicóloga Interna Residente. UGC Salud Mental. H. Universitario Virgen del Rocío
(Sevilla)***Resumen**

Se presenta el caso de una mujer de 53 años, derivada a Unidad de Salud Mental Comunitaria desde Atención Primaria, presentando clínica ansioso-depresiva secundaria a problemática familiar emocional de larga evolución y acontecimientos traumáticos que le generan un alto nivel de angustia. La paciente refiere vivencias traumáticas durante su matrimonio y a lo largo del proceso de divorcio de su marido, quien a los pocos años fallece de forma súbita. Presenta ánimo triste, llanto frecuente, sentimientos de culpa, rumiaciones, ansiedad episódica en forma de inquietud, necesidad de mantenerse activa y opresión precordial. Sufre reexperimentaciones de una imagen vivida como traumática (cuerpo sin vida del exmarido) y evita situaciones que le recuerdan al fallecido. Orientación diagnóstica: Trastorno de estrés post-traumático (F43.1, CIE-10), Trastornos de adaptación (F43.2, CIE-10). En base a ello se establece como objetivo terapéutico general la reelaboración de la pérdida y las situaciones traumáticas, que se concretaría en los objetivos específicos: Aumentar conciencia de sus emociones y manejarlas (ira, tristeza, miedo), disminuir la culpa, disminuir flashbacks y recuerdos recurrentes, tolerar y disminuir la ansiedad ante situaciones que recuerdan al fallecido. El encuadre utilizado ha consistido en una psicoterapia breve, con sesiones cada 2/3 semanas, centradas en reelaborar la pérdida. Se ha trabajado desde un enfoque basado en la terapia narrativa con la ayuda de técnicas de expresión emocional y de exposición: Fomento de la narrativa interna, externa y reflexiva, uso de metáforas, carta al fallecido, silla vacía y exposición a situaciones de carácter traumático o que recuerdan al fallecido. Tras 6 sesiones, la paciente muestra una mejoría significativa, aumentando su nivel de actividad y mejorando en cada uno de los aspectos contemplados en los objetivos. Se realiza entrevista de seguimiento a los 4 meses, en la que se mantienen los cambios y se refuerzan los logros obtenidos.

Palabras clave: Pérdida, trauma, duelo, experimento de caso único.

CLINICAL CASE: DEALING WITH LOSS AND TRAUMA

Abstract

This paper deals with a single case-study of a 53-year-old woman referred to a Community Mental Health Center from her Medical Centre, presenting anxiety-depressive clinic secondary to long-term emotional family problems and traumatic events associated with a high level of distress and bereavement. The patient reported traumatic experiences during her marriage and divorce from her husband, who died suddenly a few years later. She presented with persistent disturbance in mood, excessive guilt, episodic anxiety in the form of restlessness, need to stay active and precordial oppression. It undergoes re-experiences of a traumatic image (the ex-husband corpse) and avoidance of situations that remind the deceased. Diagnostic orientation: Posttraumatic stress disorder (F43.1, ICD-10), Adjustment disorders (F43.2, ICD-10). The treatment goal was the re-elaboration of loss and traumatic situations, to be achieved in the specific objectives: Increase awareness of their emotions and manage them (anger, sadness, fear), decrease guilt, decrease flashbacks and recurrent memories, tolerate and reduce anxiety. The treatment consisted of a brief psychotherapy with sessions every 2/3 weeks, focused on reworking loss, trauma and bereavement. The therapy was based on a narrative approach, using techniques of emotional expression and exposure: Promotion of internal narrative, external and reflexive, use of metaphors, writing a letter to the deceased, empty chair and exposure to traumatic situations. After 6 sessions, the patient shows a significant improvement, increasing her level of activity and improving in every considered goal. A follow-up interview is conducted at 4 months, in which changes are maintained and the achievements are reinforced.

Keywords: Loss, trauma, grief, bereavemen, single-case experiment

Introducción

Muchas situaciones traumáticas conllevan procesos de duelo. Una psicoterapia para experiencias traumáticas basada en el esquema del duelo, concebido como un

trabajo de elaboración, permite situar y entender la función de recursos psicológicos, entorno interpersonal, contexto, etc., a lo largo de un proceso y es útil para planificar intervenciones y asignar tareas en las mismas (Pérez, 2006).

Esta concepción de la experiencia de duelo entendida de manera integrada con experiencias traumáticas facilita un abordaje terapéutico a través de la terapia narrativa. Desde este enfoque, la resolución del trauma supone una integración de la pérdida a una auto-narrativa más amplia para restablecer nuestra sensación de experimentarnos completos. Dentro de este modelo algunas técnicas concretas que también pueden ser útiles son la escritura de una carta para elaborar la narrativa, así como el empleo de metáforas para adquirir otro punto de vista.

Por su parte, el empleo de técnicas expresivas, más enmarcadas desde el modelo de la terapia gestalt, podrían ser útiles para lograr la integración del proceso de duelo, entendido desde este modelo como la restauración del equilibrio en la autorregulación del campo organismo-entorno. Algunas de las técnicas que se enmarcan en este enfoque serían la técnica de la silla vacía o silla caliente.

A través de este estudio de caso se pretende examinar cómo este tipo de técnicas y, en general, un enfoque que contemple el trauma y el duelo de forma integrada, pueden dar lugar a la mejoría en pacientes en los que la sintomatología ansioso-depresiva está en estrecha relación con situaciones traumáticas y de pérdida en la historia personal.

Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia

Mujer de 53 años, ama de casa, con estudios universitarios. Divorciada hace cinco años de su expareja, de la que refiere haber sufrido episodios de maltrato, y que fallece hace dos años. De este matrimonio tiene un hijo de 18 años y una hija de 15 años, con quienes convive.

La paciente es atendida por Psicóloga Interna Residente, con la supervisión de Facultativa Especialista de Área (FEA) de Psicología Clínica, en una Unidad de Salud Mental Comunitaria, a la que es derivada por el Servicio de Atención Primaria por presentar clínica ansioso-depresiva secundaria a problemática familiar emocional de larga evolución y acontecimientos traumáticos que le generan un alto nivel de angustia.

Como antecedentes personales de salud mental, la paciente fue atendida hace seis años durante varios meses en Punto de Información a la Mujer (PIM) de la localidad, donde, según refiere la paciente, ha recibido apoyo psicológico. No ha precisado tratamiento psicofarmacológico y asegura que no ha sido atendida por algún otro servicio de salud mental público o privado.

Estrategias de evaluación

La evaluación del estado de la paciente se realiza mediante entrevista clínica, tanto en las fases iniciales del proceso terapéutico como a la hora de valorar los efectos del tratamiento. La entrevista es el instrumento de evaluación que precede a cualquier modalidad de intervención o proceso de toma de decisiones, adopta un formato interactivo y está presente en el continuo evaluación-intervención (Casullo y Márquez, 2003; Fernández-Ballesteros, 2013).

La entrevista clínica se ha consolidado como la técnica más utilizada en el ámbito clínico, como procedimiento insustituible de cara a la primera recogida de información, siempre que las condiciones del paciente lo permitan (Fernández-Ballesteros, 2013), lo cual ha resultado particularmente apropiado en el caso de nuestra paciente, al tratarse de una buena informante, con una capacidad de insight e introspección adecuadas, y donde la relación terapéutica se construyó de forma paralela a la interacción entre entrevistador y entrevistado, contribuyendo el buen rapport a la obtención de información veraz y de calidad, y favoreciendo a su vez la entrevista a una mejora de la relación terapéutica.

Formulación clínica del caso

A lo largo de la entrevista la paciente refiere vivencias traumáticas durante su matrimonio y durante el proceso de divorcio del marido, quien a los pocos años de éste fallece de forma súbita.

En la exploración psicopatológica se encuentra ánimo triste, llanto frecuente, sentimientos de culpa, rumiaciones, ansiedad episódica en forma de inquietud, necesidad de mantenerse activa y opresión precordial. La paciente sufre reexperimentaciones de una imagen vivida como traumática y evita situaciones que le recuerdan al fallecido. Dicha sintomatología ha ido apareciendo de forma insidiosa a lo largo de los últimos meses.

Orientación diagnóstica: Trastorno de estrés post-traumático (F43.1, CIE-10), Trastornos de adaptación (F43.2).

Hipótesis funcional del caso: La paciente cuenta con una historia de experiencias de trauma mantenidas en el tiempo. Estos hechos podrían haber actuado como factores predisponentes a la clínica relacionada con la adaptación a situaciones de estrés. La aparición de una nueva experiencia de trauma y pérdida (el fallecimiento del exmarido de forma súbita e impactante) podría actuar como un factor precipitante para la aparición de la clínica actual. En estos momentos la paciente tiene dificultades para elaborar lo sucedido, con una narrativa cargada de culpa y sufrimiento y dificultades para poner palabras a algunos hechos. Se ve desbordada por la situación, poniendo en marcha mecanismos de evitación, tanto de estímulos externos relacionados con el trauma, como de evitación de la elaboración interna de las vivencias dolorosas. Todo esto está resultando poco efectivo para afrontar el malestar e integrar lo ocurrido, resultando en un círculo vicioso evitativo, donde paradójicamente no disminuye la sintomatología ansiosa, sino que ésta aumenta, y la paciente no alcanza a entender lo que le ocurre.

Establecimiento de las metas del tratamiento y objetivos terapéuticos

Se establece como objetivo terapéutico general la reelaboración de la pérdida y las situaciones traumáticas, que se concretaría en los objetivos específicos:

- Establecimiento de alianza terapéutica
- Aumento de la conciencia de sus emociones y manejarlas (ira, tristeza, miedo)
- Disminución de los sentimientos inapropiados de culpa
- Reducción de la frecuencia de flashbacks y recuerdos intrusivos y recurrentes
- Tolerancia y disminución de la ansiedad ante situaciones que recuerdan al

fallecido o los traumas vividos.

Selección del tratamiento

En base a los objetivos descritos y a las características de la paciente el tratamiento consistió en una psicoterapia breve, dirigida a construir y reelaborar la narrativa del paciente en base a las experiencias vividas, tanto traumáticas como de pérdida, considerando la interrelación entre ambos tipos de vivencias.

La terapia se centró en el modelo narrativo del duelo, según el cual, conforme se integra la pérdida, la persona:

- Toma conciencia de la realidad de la muerte
- Retiene el acceso a las emociones agrídulces.
- Revisa la representación mental del fallecido.
- Formula una narrativa coherente de la pérdida.
- Redefine metas en la vida.

Estos mismos aspectos no se circunscribieron a las experiencias del duelo, sino a todas las experiencias de carácter traumático vividas por la paciente. Así, se fueron trabajando la experiencia de duelo y de trauma de manera conjunta e integrada.

Si bien el encuadre del tratamiento fue flexible, se planteó como una terapia cerrada, orientada al cambio y al propio manejo de la paciente tras el alta en el dispositivo.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento descrito duró cuatro meses, más una sesión de seguimiento pasados cuatro meses más. La periodicidad de las sesiones consistía en una sesión de una hora de duración cada 2/3 semanas.

El tratamiento fue llevado a cabo por una Psicóloga Residente de Psicología Clínica de la unidad, con supervisión del caso por parte de Psicóloga Clínica, quien estuvo presente durante la primera entrevista de evaluación.

Durante estas sesiones se hizo un trabajo de reelaboración de la narrativa:

- *Sesiones 1-2*: Aclaración de la historia
- *Sesiones 3-4*: Renarración de la historia: Procesos de narración:
 - *Narrativa externa*: La historia objetiva o factual.
 - *Narrativa interna*: La historia enfocada en la emoción.
 - *Narrativa reflexiva*: La historia orientada al significado.
- *Sesión 5*: Integración de la historia:
 - Silla vacía, carta al fallecido.
- *Sesión 6*: Extensión de la Historia

Durante las sesiones se usaron algunas técnicas específicas de corte más expresivo, integrados dentro de la terapia, sirviendo de ayuda en la construcción de nuevas narrativas.

Una técnica de gran utilidad fue la *silla vacía*, que constituye un recurso muy importante para facilitar a la persona el descubrimiento y la reintegración de sus propias proyecciones.

En la silla vacía se puede trabajar con personas que no están disponibles, con acontecimientos vividos o con aspectos de la propia personalidad del sujeto. En nuestro caso la técnica se utilizó con la persona fallecida. Esta técnica ha servido como puente en la resignificación de las narrativas, al permitir a la persona aprender que, si bien ya no existe en la realidad física, sí está presente en su realidad psicológica. En paciente utiliza la imaginación para rellenar con la presencia de tal persona el espacio vacío de la silla. El terapeuta pide primero que le describa en su aspecto físico para darle fuerza a tal imagen y presencia. Se le pide que dé forma y cuerpo mediante su imaginación, mientras tanto, va a experimentar una serie de sensaciones y sentimientos que se reflejan corporalmente, que el terapeuta señala. Una vez se integra conscientemente esta figura imaginada se pide al paciente que se comunique con ella directamente en la silla. El terapeuta va siguiendo este diálogo de cerca, haciendo énfasis en el cuerpo del paciente y suprimiendo cualquier nuevo intento de evitación o evasión, alentando la expresión de emociones y guiando esta experiencia.

Resultados

Tras 6 sesiones de tratamiento, la paciente muestra una mejoría significativa, aumentando su nivel de actividad y mejorando en cada uno de los aspectos contemplados en los objetivos. La reevaluación y valoración del cumplimiento de los objetivos se ha realizado mediante entrevista, obteniendo información cualitativa. Los resultados obtenidos han sido:

- Mejoría percibida por parte de paciente y terapeuta en torno al malestar previo.
- Mayor percepción subjetiva de conciencia y manejo emocional, siendo capaz de poner palabras en consulta a sentimientos que antes eran demasiado dolorosos.
- Disminución de los sentimientos inapropiados de culpa, uso de la propia paciente de metáforas para “repartir responsabilidades”.

- Desaparición de flashbacks y pensamientos intrusivos.
- Disminución de la ansiedad ante situaciones que recuerdan al fallecido o los traumas vividos.

Se realiza entrevista de seguimiento a los 4 meses, en la que se mantienen los cambios y se refuerzan los logros obtenidos.

Conclusiones

El tratamiento psicológico y, más específicamente la terapia narrativa, puede ayudar a eliminar el malestar emocional y la clínica relacionada con las experiencias traumáticas y de pérdida. Cuando los síntomas congruentes con el trastorno de estrés postraumático y el malestar asociado a la adaptación al duelo y la pérdida confluyen en un paciente parece útil considerar las experiencias de trauma y duelo de forma integrada, y trabajar la reelaboración de lo vivido de manera conjunta. En este sentido resultan útiles las técnicas de la terapia narrativa, así como otro tipo de técnicas asociadas al afrontamiento del trauma, como es la exposición a situaciones ansiógenas y evitadas, y otras más comúnmente utilizadas en contextos de duelo, como la técnica de la silla vacía o técnicas expresivas dirigidas al fallecido.

Factores como una buena capacidad introspectiva del paciente, el desarrollo de una buena relación y alianza terapéutica en pocas sesiones y el plantear el tratamiento como un proceso con fecha límite y orientado a la autoeficacia y el empoderamiento del paciente podrían ser variables que influyesen en la mejoría.

Referencias

- Casullo, E., y Márquez, M. O. (2003). *The Interview. Encyclopedia of Psychological Assessment*. Londres: Sage.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Pérez, P. (2006). *Trauma, Culpa y Duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en Psicoterapia de respuestas traumáticas*. Desclée De Brouwer.

CASO ÚNICO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) TRATADO CON EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA (EPR) Y TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

Alejandro Álvarez-Pérez* y Teresa Cubero-González**

**Estudiante del Máster de Psicología General Sanitario; **Estudiante del Máster de Psicología General Sanitario*

Resumen

Antecedentes Paciente de 32 años, con trastorno obsesivo compulsivo, previamente tratada con fármacos sin éxito y experimenta una intensificación de la sintomatología desde hace unos meses. Con el objetivo de reducir/aceptar las obsesiones y el malestar originado por las mismas, reducir las compulsiones realizadas y reducir el nivel de ansiedad cuando la persona es incapaz de realizar las compulsiones, es tratada mediante exposición con prevención de respuesta y con terapia de aceptación y compromiso.

Método Diseño A-B, en el cual se mide la ansiedad que presenta a través de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo y la sintomatología obsesiva y compulsiva a través del Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley, la Escala de Obsesión-Compulsión de Yale-Brown y el empleo de un autorregistro de la cantidad de compulsiones que realiza a lo largo del día. **Resultados** Un contraste T-Student para muestras relacionadas arroja diferencias significativas, al mismo tiempo se aprecia una reducción de las puntuaciones obtenidas en el MOCI e Y-BOCS. **Conclusiones** La paciente presenta una mayor capacidad de aceptación y reducción del malestar causado por las obsesiones, las compulsiones realizadas a lo largo del día se han visto reducidas significativamente, la paciente es capaz de controlar la ansiedad que le sucede tras la presentación de una obsesión sin la posibilidad de realización de la compulsión; al mismo tiempo que la activación derivada por esas ideas es menor que al principio del tratamiento. Por todo ello podemos concluir que la aplicación del tratamiento ha alcanzado los objetivos propuestos.

Palabras clave: Caso único, TOC, ACT y EPR

SINGLE CASE OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER (OCD) TREATED WITH EXPOSURE PREVENTION RESPONSE (EPR) AND ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

Abstract

Background 32 year old patient with obsessive compulsive disorder, previously treated with drugs without success and experience an intensification of symptoms for a few months. With the aim of reducing/accept obsessions and discomfort caused by them, reduce compulsions made and reduce the level of anxiety when the person is unable to perform compulsions, was treated by exposure with response prevention and acceptance and commitment therapy. **Method** Design AB, in which anxiety presented through Anxiety Scale State/Trait and obsessive and compulsive symptoms through Inventory Obsessions and Compulsions Maudsley, Scale Obsession-Compulsion Yale-Brown is measured and using a self-report the amount of compulsions that performs throughout the day. **Results** A contrast T-Student for related samples shows significant differences, while a reduction in scores on the MOCI and Y-BOCS is appreciated. **Conclusions** The patient has a greater capacity for acceptance and reducing the discomfort caused by the obsessions, compulsions made throughout the day have been reduced significantly, the patient is able to control the anxiety that happens after the presentation of an obsession without possibility of realization of compulsion; while activation of these ideas derived is smaller than the beginning of treatment. Therefore we can conclude that the application of treatment has achieved the objectives.

Key words: Single case, TOC, ACT y EPR

Identificación del paciente

Mujer de 32 años, soltera, sin hijos, residente en la provincia de Jaén y trabaja en una empresa del sector privado de administrativa. Refiere su estatus como clase media, habiendo estudiado la Licenciatura en Administración y Gestión de Empresas. Refiere una relación familiar normal, teniendo contactos con padres y hermanos usualmente.

Análisis y motivo de consulta

Presenta problemas reiterados para poder parar de pensar ciertas cosas, le cuesta desengancharse de los pensamientos, palabras, imágenes, acciones... Algunos ejemplos de lo relatado es: *“a veces pienso en algo y me pongo a contar baldosas, números, palabras, etc.”*, *“otras veces hago cosas como ordenar lo que me rodea de determinada manera”* y *“las persianas de mi casa deben estar colocadas de una manera”*. Lo anterior es solo una muestra de todos aquellos comportamientos o pensamientos que provocan una distorsión en su vida cotidiana. Según informa, las obsesiones vienen desencadenadas en mayor medida por palabras, imágenes, sensaciones y recuerdos (ej. una discusión). Desea poder librarse de esos pensamientos que controlan su conducta y su vida.

Historia del problema

Sitúa el posible inicio a los 14 años, ya que comenzó a ordenar para calmarse cuando se sentía ansiosa. Además de la ganancia directa por calmarse empezó a obtener una ganancia secundaria que eran las alabanzas y halagos de sus padres (ej. *“que niña tan ordenada tengo”*). A los 28 años fue al psiquiatra porque las cosas que hacían para calmarse no solo incluían ordenar, limpiar y en menor medida comprobación, sino también daño físico (cortes). El psiquiatra le recetó Elastina (20mg.), Citalopram (20mg.), Lyrica (Pregabalina 75 mg.) y Lormetazepam (2 mg.). La medicación la tomó durante año y medio, pesé a la desaprobación por ésta ya que la atontaba. Si bien dice que su sintomatología se redujo no sabe exactamente si fue por los fármacos o por la reducción del nivel de estrés, ya que por la medicación dormía mucho más y no tenía ni tiempo ni fuerzas para ordenar o “tener” ataques de pánico.

Actualmente llevaba tres años con la sintomatología atenuada y con capacidad de autocontrolarla. Sin embargo, actualmente es incapaz de controlarla, echo que le ocurre desde hace 4 meses, sin causas evidentes que justifiquen este agravamiento.

Análisis y descripción de las conductas problema

La conducta problema que presenta se trata en mayor medida de la sintomatología que caracteriza al Trastorno Obsesivo-Compulsivo, es decir obsesiones y compulsiones.

Obsesiones: pensamientos, impulsos, imágenes... recurrentes y persistentes que originan ansiedad y malestar pudiendo experimentarse como intrusivos o inapropiados y pese a las acciones que realiza la persona por suprimirlos o ignorarlos persisten en la mente del sujeto y originan esa ansiedad o malestar.

Compulsiones: conductas, acciones y actos mentales que la paciente realiza con objeto de reducir la ansiedad ocasionada por las obsesiones y que están ocasionando una ruptura de su día a día; pudiendo ser repetitivos e inflexibles. Las compulsiones que presenta la paciente son de orden (ropa, objetos, “*todo se puede ordenar*”), limpieza (de objetos, si se mancha tiene cambiar de ropa obligatoriamente) y comprobación (tres veces la puerta, las ventanas, el coche...).

Establecimiento de las metas del tratamiento

Estableciéndose como objetivos terapéuticos los siguientes:

1. Reducción de las obsesiones y del malestar originado por las mismas.
2. Reducción de las compulsiones realizadas.
3. Reducción del nivel de ansiedad cuando la persona es incapaz de realizar las compulsiones.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Con el fin de lograr los objetivos citados anteriormente, se modifican ciertas conductas y patrones de actuación. Para ello, se la “invita” a aceptar los pensamientos, ideas... que llegan a su mente y que no luche contra ellas, sino que simplemente las deje en su mente y continúe realizando la actividad o tarea que la ocupaba, lo cual se practica durante las EPR. Al mismo tiempo se le entrena para que sea capaz de autorregular su ansiedad, malestar... por medio de la relajación, se le explica el mantenimiento de su trastorno y el por qué de la intervención (psicoeducación). Es decir, que el sufrimiento que va a padecer a lo largo de la misma es normal y que debe pasarlo con el fin de poder volver a adquirir el control de su vida y dejar a un lado todas aquellas compulsiones que dirigen y limitan su vida.

Selección de los tratamientos más adecuados

El tratamiento de mayor eficacia demostrada para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR); (Foa y Goldstein, 1978; Marks, Hodgson y Rachman, 1975; Marks, Stern, Mawson, Cobb y MacDonald, 1980). Cuya eficacia también se contrastó comparándola con la terapia cognitivo conductual (Emmelkamp, Visser y Hoekstra, 1988; Van Oppen et al., 1995), siendo más efectiva ésta frente a las cognitivo-conductuales (Terapia Racional Emotiva y Reestructuración Cognitiva). También se contrastó su eficacia frente a la farmacología, Clomipramina y los Inhibidores Selectivos de Recaptación de la Serotonina (Greist et al., 1995; Thoren, Asberg, Cronholm, Jornestedt y Traskma, 1980). Un ejemplo es el estudio llevado a cabo por Cottraux et al. (1990) que establecieron tres condiciones experimentales en las cuales compararon la eficacia de la Fluvoxamina por sí sola, la Fluvoxamina con EPR y la EPR por sí sola. Obteniendo que el grupo de Fluvoxamina junto con EPR obtuviera una ligera ventaja que desaparecía en el seguimiento a los 6 meses. El meta-análisis realizado por Van Balkom et al. (1994) informa que la EPR presenta resultados más favorables (es más eficaz) por sí sola que con los ISRS por sí solos.

Por otro lado, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) aplicada de forma complementaria a la EPR mejora los beneficios de ésta (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002); ya que se enfoca a reducir las intrusiones y rumiaciones que ocasiona la enfermedad. Su principal objetivo es la reducción de la rigidez psicológica, a través de procedimientos como la aceptación, estar en el presente, el compromiso con los valores propios... de tal manera que la aceptación de los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones reducen el malestar (Hayes, 2004; Martínez y Picazo, 2009).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase

El diseño empleado en el tratamiento, es un diseño simple, AB, en el cual se realiza una evaluación inicial, posteriormente se introdujo el tratamiento y finalmente se lleva a cabo una evaluación post-tratamiento. Se emplearon las siguientes pruebas:

- Inventario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo para adolescentes y adultos (STAD); (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1981). La escala se compone de 40 ítems que evalúan el nivel de ansiedad en general en adolescentes y adultos, cuya duración de aplicación ronda aproximadamente los 15 min., los ítems presentan un formato tipo Likert de 0 a 3 (valiendo 0 casi nunca, 1 a veces, 2 a menudo y 3 casi siempre) que muestra los puntos en función de la frecuencia con que se da la conducta de ansiedad. Cuya consistencia interna para la subescala de Estado 0.90-0.93 y para la subescala de Rasgo 0.84-0.87 y fiabilidad test-retest para esta misma subescala es 0.73-0.86. Con adecuadas medidas de validez.

- La Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS), desarrollada por Wayne et al. (1989) con el objetivo de medir la intensidad de las obsesiones, las compulsiones y los subtipos del TOC. La escala se compone de 10 ítems tipo Likert de 0 a 4. La máxima puntuación que se puede obtener en la escala es de 40 y la graduación entre la intensidad es de malestar subclínico 0-7, leve 8-15, moderado 16-23, grave 24-31 y muy grave 32-40. Cuya consistencia interna varía de 0.60-0.91 y fiabilidad interobservadores es de 0,98. Con adecuadas medidas de validez.

- El Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (MOCI); (Hodgson, 1977), se trata de un cuestionario autoaplicado de 30 ítems con repuesta verdadero/falso. Con el fin de obtener una información más fidedigna sobre la evolución de su sintomatología al presentar ítems de puntuación directa e inversa y poder contrastarla con la escala Y-BOCS. Su consistencia interna es de 0.7-0.8 y su fiabilidad test-retest de 0.69-0.8. Con adecuadas medidas de validez.

- El empleo de Autorregistros de las conductas compulsivas que realiza a lo largo del día a día.

Con respecto a los resultados de la intervención, estos pueden valorarse a diferentes niveles. En el primer nivel, en referente a la valoración subjetiva de la paciente, ésta valora positivamente la efectividad de la terapia: *“me siento liberada”*, *“tengo más tiempo para mí”*, *“soy capaz de lavar la ducha en un tiempo normal”*, *“puedo realizar cosas que no me atrevía”*... En segundo lugar, a nivel clínico, los test realizados por la paciente nos permiten observar una mejora de su sintomatología (ver gráficos 1, 2 y 3).

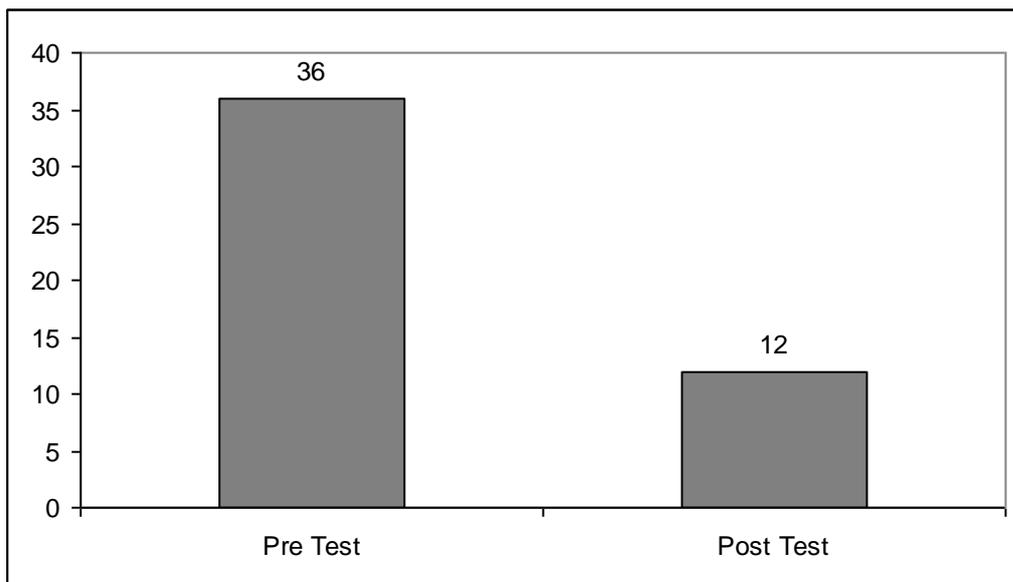


Gráfico 1. Sintomatología recogida por la escala Y-BOCS.

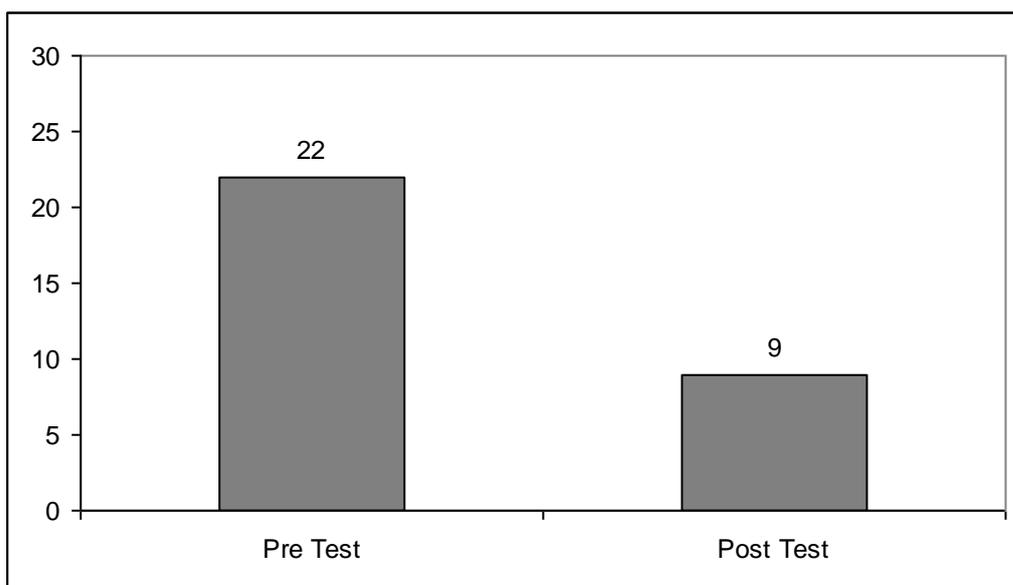


Gráfico 2. Sintomatología recogida por la escala MOCI.

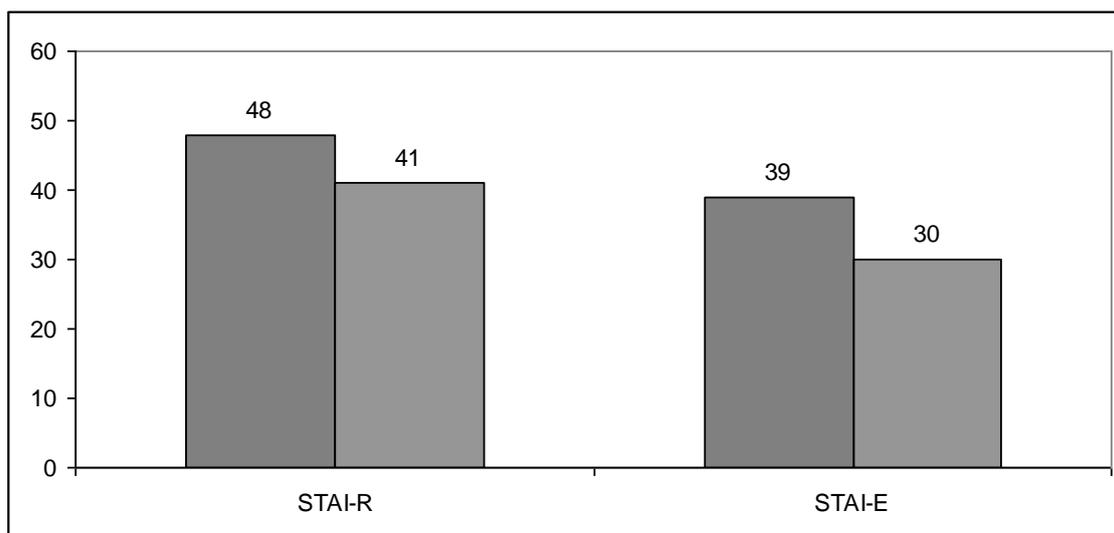


Gráfico 3. Sintomatología recogida por la escala STAI-E/R

En tercer lugar se realiza un contraste T-Student para muestras relacionadas, con el fin de conocer si ha habido una reducción estadísticamente significativa de las compulsiones que realiza a lo largo de la semana. Obteniéndose diferencias significativas entre las compulsiones realizadas antes de la intervención ($M: 78; DT: 7.75$) con aquellas que realiza después ($M: 14,14; DT: 3,98$); ($t: 36,74; p < 0,001$).

Aplicación de los tratamientos

El proceso terapéutico se llevo a cabo durante 12 sesiones de entre 1-2h. en función de lo que se trabajase esa sesión. Las tres primeras sesiones se emplearon para evaluación, administración de test, psicoeducación, relajación, presentación de EPR y ACT. Las sesiones 4º a la 9º se emplearon para la construcción de la jerarquía, búsqueda de los valores importantes que la motivaban y permiten alcanzar sus metas, la EPR propiamente dicha, el empleo de metáforas (ej. La metáfora del tigre), las tareas para casa y seguimiento. La sesión 10º se realizó un plan de afrontamiento de situaciones de estrés y posibles caídas. La sesión 11º se empleó para la evaluación post-test y motivarla para continuar trabajando todo lo enseñado y la sesión 12º se realizó un seguimiento telefónico. La elección de la cantidad de sesiones, no fue azarosa. Ya que la cantidad de sesiones como la duración de las mismas, parece que es de especial relevancia en EPR tal y como se puede ver en los estudios realizados por Emmelkamp, Van Der Helm, Van Zanten y Plochg (1980), Foa y Goldstein (1978) y Stekette y Foa

(1985). Encontraron que la técnica empieza tener una mayor eficacia cuando el tratamiento alcanza la 10ª sesión, alcanzando la máxima efectividad alrededor de la sesión 15 y que tras ella, el aumento de las mismas no proporciona una mejoría significativa. Al mismo tiempo la duración mínima de las sesiones debe ser de 1 hora y la duración máxima no debe ser mayor de 2 horas tal y como describen Rabavilas, Boulougouris y Stefanis (1976).

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

Partiendo de las diferencias obtenidas entre la pre-evaluación y la post-evaluación, lo cual era una meta de tratamiento, junto con la reducción del nivel de ansiedad cuando afrontaba las obsesiones gracias en gran medida a la EPR y a la reducción de las compulsiones que la persona realiza, se puede concluir que la intervención llevada a acabo ha sido efectiva.

Seguimiento

Se realizó un seguimiento telefónico a los 3 meses. En éste se nos comunicó que continuaba manteniendo lo practicado en consulta entre ellas la técnica de relajación que le ayudaba a dormir por las noches. Con respecto a las obsesiones intentaba ser más consciente de algunas de ellas, ya que a veces rumiaba y se daba cuenta después del paso del tiempo.

Observaciones

Alta motivación hacia el cambio plasmada tanto en consulta como en las actividades para casa.

Referencias

Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., Marks, I., Sluys, M., Nury, A.M., et al. (1990).

A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive compulsive-disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 5, 17-30.

Emmelkamp, P. M. G., Van Der Helm, M., Van Zanten, B. L., y Plochg, I. (1980).

Treatment of obsessive-compulsive patients: The contribution of self-instructions training to the effectiveness of exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 61-66.

- Emmelkamp, P. M. G., Visser, S., y Hoekstra, R. J. (1988). Cognitive therapy versus exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 103-114.
- Foa, E. B., y Goldstein, A. (1978). Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy*, 9, 821-829.
- Greist, J. H, Chouinard, G., DuBoff, E., Halaris, A., Kim, S. W., Koran, L., et al. (1995). Double-blind comparison of three doses of sertraline and placebo in the treatment of outpatients with obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 289-295.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hodgson, R. J. (1977). Obsessive compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Marks, I., Hodgson, R., y Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.
- Marks, I. M., Stern, R.S., Mawson, D., Cobb, J., y McDonald, R. (1980). Clomipramina and exposure for obsessive-compulsive rituals-I. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25.
- Martínez, R. S., y Picazo, A. M. (2009). Terapia de aceptación y compromiso en el TOC: Estudio de su eficacia como tratamiento complementario. *Psiquiatria.com*, 13(2), 1-10.
- Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C., y Stefanis, C. (1976). Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behavior Research and Therapy*, 14, 349-355.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1981). *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. TEA Ediciones, S. A., Madrid.

- Stekette, G., y Foa, E. B. (1985). Obsessive-compulsive disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Psychological treatment odd adult disorders: A clinical guide* (pp. 68-142). Nueva York: Guilford Press.
- Thoren, P., Asberg, M., Cronholm, B., Jornestedt, L., y Traskman, L. (1980). Clomipramina treatment of obsessive compulsive disorder. I. A controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1281-1285.
- Van Balkom, A. J., Van Oppen, P, Vermeulen, A., Van Dyck, R., Nauta, M. C. y Vorst, H.C. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 5, 359-381.
- Van Oppen, P., de Haan, E., Van Balkom, A. J., Spinhoven, P., Hoogduin, K., y Van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- Wayne, K., Goodman, M. D., Lawrence, H., Price, M. D., Steven, A., Rasmussen, M. D., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Jamma Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Wilson, K. J., y Lucioano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): un tratamiento orientado a valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.

TRAUMA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Belén López Moya* Rocío Portero García**

**Psicóloga Clínica en Servicio Madrileño de Salud Mental; ** Psicóloga Interna
Residente en H.U. Ramón y Cajal.*

Resumen

Introducción: Cada vez son más los estudios que relacionan el trastorno límite de la personalidad con experiencias traumáticas en edades tempranas. **Objetivos:** Con este trabajo se pretende reflexionar sobre la relación entre trauma y Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), haciéndose una comparativa entre TLP y Trastorno de Estrés Postraumático. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo. Se exponen tres casos clínicos con diagnóstico de TLP y experiencias traumáticas en la edad infantil o adolescencia (dos mujeres y un hombre). Los tres pacientes están en seguimiento por parte de psicología clínica en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. **Resultados:** Se exponen los datos más relevantes de la historia clínica de cada uno de los pacientes, el tipo de antecedente traumático y la intervención llevada a cabo. En todos los casos se pueden observar síntomas similares a los presentados en el Trastorno de Estrés Postraumático. Tras trabajar sobre las experiencias traumáticas a lo largo de las sesiones han mejorado algunos de los síntomas de los pacientes. **Conclusiones:** La forma en que nos acercamos a un paciente y la hipótesis de la que partimos para planificar la intervención, son de suma importancia para la evolución de la misma. Considerar el TLP como un tipo de Trastorno de Estrés Postraumático nos puede ayudar en la forma de abordar el caso. En el trastorno límite de la personalidad es necesario considerar y trabajar sobre posibles experiencias traumáticas vividas por los pacientes.

Palabras Clave: Trastorno límite de la personalidad, trastorno de estrés postraumático, trauma

TRAUMA AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Abstract

Introduction: Every time they are more the studies that relate the disorder limit of the personality to traumatic experiences in early ages. **Aims:** With this work one tries to think about the relation between trauma and I upset Limit of the Personality (TLP), one becoming comparative between TLP and Disorder of Posttraumatic Stress. **Method:** Treats itself about a descriptive study. Three clinical cases with a diagnosis of BPD and traumatic experiences in childhood or adolescence (two women and a man). Three patients are in follow-up on the part of clinical psychology in a Center of Mental Health of the Community of Madrid. **Results:** Expose the most relevant information of the clinical history of each one of the patients, the type of traumatic precedent and the intervention carried out. In all the cases symptoms similar to the presented ones can be observed in the Disorder of Posttraumatic Stress. After working on the traumatic experiences to the largo of the meetings they have improved some of the symptoms of the patients. **Conclusions:** The form in which we approach a patient and the hypothesis from which we depart to plan the intervention, they perform supreme importance for the evolution of the same one. To consider the TLP to be a type of Disorder of Posttraumatic Stress can help us in the way of approaching the case. In the disorder limit of the personality is necessary to consider and to work on possible traumatic experiences lived by the patients.

Key words: I upset limit of the personality, upset of posttraumatic stress, trauma

Introducción

Cada vez son más los estudios que relacionan el trastorno límite de la personalidad con experiencias traumáticas en edades tempranas.

El TLP se caracteriza por “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la vida adulta y se dan en diversos contextos”

En el DSM-5 los criterios diagnósticos son similares a la anterior edición. Pasamos a describir los mismos, ya que es la clasificación más actualizada.

F.60.3 Trastorno de la personalidad límite (381.83). DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014):

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1.Esfuerzos frenéticos para evitar el desamparo real o imaginado. Nota: no incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5.

2.Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3.Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4.Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). Nota: no incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5.

5.Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.

6.Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7.Sensación crónica de vacío.

8.Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9.Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Se han hecho diferentes descripciones del trastorno límite de la personalidad. Linehan (1993) describe a estos sujetos como personas con irregularidades emocionales que provienen de un entorno invalidante.

Ainsworth (1969) estableció diferentes tipos de apego tras su estudio con la situación extraña: niños con apego seguro, niños con apego ansioso-evitativo y niños con apego ansioso-ambivalente.

Bateman y Fonagy (2001) consideran que las personas con TLP tienen una ausencia o deterioro en la capacidad de mentalizar que se pone de manifiesto especialmente en un contexto de relación de apego. Para estos autores, el TLP sería un trastorno del apego.

Consideramos la teoría del procesamiento emocional desarrollada por Foa y Kozak (1986), ya que nos puede ayudar a entender cómo afectan las situaciones traumáticas y por qué personas con diagnóstico de TLP que han vivido situaciones traumáticas, presentan una serie de síntomas a lo largo de su vida. Esta teoría trata de explicar el fenómeno de la reexperimentación. Se basa en la idea de que el miedo está representado en la memoria como un “programa” para poder huir del peligro. La estructura del miedo incluye diferentes tipos de información, incluyendo la información sobre lo que nos preocupa, cómo los estímulos que generan miedo, las respuestas de miedo y el significado asociado con los estímulos o las respuestas. Si el miedo es realista lo consideramos normal, y la estructura de miedo contiene información sobre cuál es la mejor manera de responder ante una amenaza real. El cuadro surge a partir de sucesos aversivos impredecibles o incontrolables que no han sido procesados emocionalmente de forma adecuada y que interfieren en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias y conductas. Esta teoría plantea que tras el evento traumático ciertas personas no logran procesar emocionalmente de forma adecuada e integrada la información cognitiva y emocional, desarrollando un esquema del miedo patológico, porque tiene estímulos y respuestas asociados con el trauma.

En nuestra opinión muchas de las reacciones inesperadas y desproporcionadas que pueden aparecer en pacientes con TLP y experiencias traumáticas en edades tempranas, podrían estar explicadas en parte por esta teoría.

Con este trabajo se pretende reflexionar sobre la relación entre trauma y Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Nos parece importante la consideración del trauma en el trabajo de muchos pacientes con diagnóstico TLP, donde en algunos casos aparecen síntomas similares a los que presentan personas con diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático.

Método

Se trata de un estudio descriptivo. Se exponen tres casos clínicos con diagnóstico previo de Trastorno límite de la personalidad y con experiencias traumáticas en la edad infantil o adolescencia, dos mujeres y un hombre. Los tres pacientes están en seguimiento por parte de psicología clínica en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Los datos se han recogido a través de diferentes entrevistas clínicas semiestructuradas.

Resultados

Caso 1

Mujer de 42 años. La paciente ya había estado con diferentes profesionales, tanto psicólogos como psiquiatras. Diagnosticada desde hace años de TLP. Entre los síntomas que presentaba al inicio: pensamientos intrusivos sobre trauma, pesadillas, ansiedad, ataques de pánico, conductas impulsivas (atracones, conducción temeraria...). Agorafobia, con importante aislamiento. Depresión. Culpa, vergüenza... Presenta con frecuencia autolesiones en forma de cortes...La paciente refiere un cambio importante en diferentes áreas desde el suceso traumático. Hasta ese momento era buena estudiante, se relacionaba bien... Sufrió episodio de violación múltiple por parte de unos conocidos a los 16 años. No llegó a denunciar en su momento, por amenazas, ni habló con nadie anteriormente sobre lo ocurrido. Tras mucho tiempo en terapia y con diferentes profesionales, fue capaz de comenzar a contar lo sucedido y se ha podido comenzar a trabajar sobre ello.

Caso 2

Hombre de 37 años. En seguimiento con psiquiatría y psicología desde hace años. Diagnosticado de TLP. Describe diferentes abusos sexuales, físicos y emocionales en la infancia. Negligencia por parte de sus cuidadores... Padre alcohólico. Entre los síntomas que presentaba al inicio: ideas autolíticas, sentimientos frecuentes de rabia, de culpa, mal control de la ira, actitud defensiva, alta irritabilidad. Miedo al abandono, con dificultades importantes con diferentes parejas... Inestabilidad emocional... Alta

susceptibilidad, cierta paranoia en sus relaciones y desconfianza en algunos momentos. Conductas impulsivas y de riesgo...Contagio de VIH.

Caso 3

Mujer de 23 años. Padre ausente, madre con drogodependencia. Negligencia y abuso emocional por parte de su madre, diferentes cuidadores no familiares... Episodio de violación con 20 años. Entre las dificultades y síntomas que presentaba en un inicio: miedo al abandono, sensación de vacío, ataques de ira, agresividad, dificultades en las relaciones personales, relación conflictiva con su madre. Ansiedad muy alta ante posibilidad de pérdida de pareja... Los síntomas han ido cambiando a lo largo de los años, desde la infancia a la actualidad... En los últimos años problemas sobre todo en la pareja, ante la posibilidad de pérdida. En este caso el trabajo sobre la situación traumática sufrida con 20 años, se pudo trabajar tras el suceso, por otra profesional.

En todos los casos se pueden observar síntomas que podrían equipararse a los presentados en personas con Trastorno de Estrés Postraumático. Tras trabajar sobre las experiencias traumáticas a lo largo de las sesiones han mejorado algunos de los síntomas de los pacientes.

En dos de los casos presentados se da un apego inseguro en la infancia con los cuidadores principales, concretamente con apego desorganizado o ambivalente. En el primer caso, no podemos definir claramente el apego existente con los cuidadores, siendo la situación traumática vivida la que parece marcar el inicio de las dificultades de la paciente.

Los objetivos comunes planteados en estos tres casos han sido los siguientes:

- Mejorar el estado de ánimo.
- Reducir la ansiedad.
- Disminuir conductas impulsivas.
- Favorecer la autorregulación emocional.
- Mejorar relaciones personales (disminuir conflictos, aumentar las relaciones y contactos...)
- Mejorar identidad personal y autoconcepto.

Respecto a la intervención realizada, en los tres casos se ha trabajado de forma individualizada, con una orientación principalmente cognitivo-conductual. Se han

trabajado algunos aspectos mediante psicoeducación, para poder ayudar a la persona a comprender sus dificultades, la forma de reaccionar en situaciones con gran carga emocional para ellos, poder comprender cómo la situación traumática o el tipo de apego ha podido afectar a su forma de relacionarse y de responder en determinadas situaciones.

Con los tres casos se ha abordado el trauma, en diferentes momentos de la terapia, según las necesidades del paciente y al ritmo en el que la persona lo ha podido ir tolerando. Se han utilizado para ello, entre otras técnicas la desensibilización sistemática, la exposición en imaginación... Se han abordado sentimientos como la culpa, sobre todo en la paciente 1 y el paciente 2.

A lo largo de las sesiones se han considerado los cuatro módulos de la Terapia dialéctica conductual de Linehan (1993):

- Habilidades básicas de conciencia,
- Habilidades de efectividad interpersonal.
- Habilidades de regulación de las emociones.
- Habilidades de tolerancia al malestar.

La forma en que se han ido abordando estos cuatro módulos ha sido diferente en cada paciente, según las necesidades más importantes dentro de cada sesión y el momento en que se encontraba cada uno de ellos.

Con los tres pacientes se ha intervenido a nivel cognitivo sobre los esquemas centrales que cada paciente tenía interiorizados. Se han podido ver esquemas de desconfianza, de poca valía, de sentirse raro...

En cuanto a la evolución de estos casos, tras la intervención realizada a lo largo de las sesiones han mejorado algunos de los síntomas de los pacientes: desaparición de conductas autodestructivas, eliminación de ideas autolíticas, mejora del autocontrol y de las relaciones, mayor estabilidad del estado de ánimo... En la primera paciente, han disminuido de forma importante las conductas de evitación y la ansiedad asociada a las mismas en distintas situaciones. Los tres pacientes continúan en seguimiento, con una mejoría importante de su calidad de vida. El paciente segundo y la paciente tercera están trabajando actualmente, con una pareja estable.

Conclusiones

La forma en que nos acercamos a un paciente y la hipótesis de la que partimos para planificar la intervención, son de suma importancia para la evolución de la misma. Considerar el Trastorno límite de la personalidad como un tipo de Trastorno de Estrés Postraumático, de cara a la intervención, nos puede ayudar en la forma de abordar el caso. En este trastorno de la personalidad es necesario considerar y trabajar sobre posibles experiencias traumáticas vividas por los pacientes, siendo necesario tener en cuenta los diferentes tipos de trauma y considerar el trauma como un concepto amplio, donde también entrarían experiencias negativas repetidas con las figuras de apego en las primeras etapas del desarrollo. .

En algunos casos, el trauma en la infancia predispone a conductas de riesgo en la edad adulta y puede ser un factor de riesgo para sufrir nuevos traumas. Se debe de considerar la edad en que se sufrió el trauma, diferentes síntomas asociados al mismo y la forma en que el mismo afectó al desarrollo de la personalidad.

El vínculo terapéutico y la relación que se establece con el paciente en terapia, es una oportunidad de permitir una experiencia emocional correctiva. Para el establecimiento de este vínculo es indispensable una aceptación incondicional del paciente, así como favorecer la autocompasión.

Es también muy importante explorar e intervenir sobre los esquemas centrales que tiene la persona, y que han sido desarrollados en las primeras etapas del desarrollo, en relación a los cuidadores principales y las experiencias vividas.

Referencias

- Ainsworth, M.D.S. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review or the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Panamericana.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically orientated partial hospitalisation; an 18 month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.

Foa, E.B. y Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL: EXTERNALIZANDO EL PROBLEMA

Cristina Tormo-Martín, Beatriz García-Parreño y Rosalía Díaz-Bóveda

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Resumen

Introducción: Caso de Trastorno Límite de la Personalidad e intervención psicológica en tres fases a lo largo de 34 sesiones. **Método:** Mujer de 51 años de edad, natural de Francia, casada en segundas nupcias, y madre de dos hijos de 27 y 21 de su primer matrimonio, que acude a SM desde hace 12 años. Derivada a Psicología Clínica por su psiquiatra con el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Límite de la Personalidad. Actualmente no tiene pautados psicofármacos. Sus explosiones de ira son su queja principal. Refiere haber sufrido malos tratos físicos y psicológicos por parte de su primera pareja, y manifiesta preocupación constante por temas de menor importancia. Para analizar la evolución longitudinal de la clínica presentada se utilizó el Inventario de depresión de Beck, (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996). **Resultados:** La intervención psicológica se realizó a lo largo de 3 estadios, una primera fase contenedora de adquisición de capacidades básicas en formato individual y grupal, una segunda fase de descubrimiento con el objetivo de reducir la angustia postraumática, y una tercera fase de resolución de problemas de la vida cotidiana e incremento del auto-respeto. Las medidas post-tratamiento apuntan a la elaboración de una nueva imagen de sí misma. **Conclusiones:** Cuando las personas se separan del problema, empiezan a hablar de sí mismos como afectados por el problema en vez de ser ellos el problema, y se abren opciones y espacios para historias diferentes y descripciones más ricas de su propia vida. De esta manera, deja de pensar a quien culpar y piensa en el problema de manera independiente.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, tratamiento, terapia de esquemas, STEPPS, abuso sexual, terapia narrativa, externalización del problema.

SEXUAL ABUSE TREATMENT: OUTSOURCING THE PROBLEM

Abstract

Introduction: Case of Borderline Personality Disorder and psychological intervention in three phases over 34 sessions. **Method:** A 51-year-old woman, a native of France, married in her second marriage, and mother of two children aged 27 and 21 of her first marriage, who comes to Mental Health Service for 12 years. Derived to Clinical Psychology by her psychiatrist with the diagnosis of Generalized Anxiety Disorder and Borderline Personality Disorder. At present she does not have psychoactive drugs. Her bursts of anger is her main complaint. She reports that she has suffered physical and psychological ill-treatment from his first partner, and shows constant concern for minor issues. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II, Beck, Steer and Brown, 1996), was used to analyze the longitudinal evolution of the clinical presentation. **Results:** The psychological intervention was carried out over 3 stages, a first phase containing the acquisition of basic capacities in individual and group format, a second phase of discovery with the aim of reducing post-traumatic distress, and a third phase of resolution of problems of daily life and increased self-respect. Post-treatment measures point to the development of a new image of herself. **Conclusions:** When people separate from the problem, they begin to talk about themselves as affected by the problem rather than being the problem, and open up options and spaces for different stories and richer descriptions of their own life. In this way, stop thinking who to blame and think about the problem independently.

Keywords: Borderline personality disorder, treatment, schema therapy, STEPPS, sexual abuse, narrative therapy, problem outsourcing.

Introducción

Se presenta el caso clínico de una mujer de 51 años de edad, natural de Francia, casada en segundas nupcias con un hombre español de su misma edad desde hace 26 años, que tiene dos hijos del matrimonio anterior, de 27 y 21 años. Refiere haber recibido malos tratos por parte de su expareja tanto físicos como psicológicos y

actualmente tiene una minusvalía del 55% por Ansiedad y Depresión, así como diagnóstico de Enfermedad de Crohn. En el momento en que se recibe la derivación, la paciente lleva en tratamiento psiquiátrico continuo, y psicológico intermitente, 8 años, en el centro de Salud Mental de la Malvarrosa, y ha recibido el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Límite de la Personalidad. Actualmente no tiene pautados psicofármacos.

La demanda principal se centra en reducir su ansiedad, dice estar siempre muy nerviosa, y en reducir sus explosiones de ira, dice volcar emociones del pasado sobre su actual pareja que no corresponden con el presente. Manifiesta preocupación constante y refiere dificultades para decir que no, con sentimientos ambivalentes cuando lo hace.

La Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud publicó sus directrices para el tratamiento de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP de ahora en adelante) en 2011, considerando los trabajos procedentes de revisiones sistemáticas y de ensayos clínicos aleatorizados recientes, y tomando como base la estructura y contenido del apartado de intervenciones psicológicas y psicosociales de la GPC-TLP del NICE (2009). La evidencia científica sugiere la terapia dialéctico-conductual como la opción terapéutica con mayor apoyo empírico, con un nivel de evidencia B, especialmente por su eficacia sobre la reducción de los intentos de autolisis y el consumo de sustancias. La terapia basada en la mentalización y la terapia cognitiva centrada en esquemas demostraron un nivel de evidencia C. (Guía de Práctica Clínica del SNS para el TLP, 2011)

Método

Objetivos

Dada la cronicidad de la sintomatología clínica, así como sus las dificultades para la adaptación a la vida diaria que ésta le supone nos planteamos como objetivos principales la mejora de la función social e interpersonal y la mejora conductual del funcionamiento diario, desencadenando todo ello una mejora de la calidad de vida. El objetivo último de la terapia persigue que la paciente encuentre en su propio sistema reflexivo de creencias una significación alternativa que le permita desentramarse (de

parte) del sufrimiento por el que vino a consulta, poniendo el acento en los recursos y habilidades.

Procedimiento

Ante la evidencia demostrada por la terapia dialéctica conductual se consideró oportuno intervenir de manera secuencial, tal y como propone Marsha Linehan, a lo largo de 3 estadios. (Linehan, 2003). La intervención tuvo lugar a lo largo de 32 sesiones individuales, llevadas a cabo en un periodo de 2 años y medio, con dos sesiones de seguimiento a los 3 y a los 6 meses de finalizar la terapia. El Pretratamiento estuvo dirigido a la orientación del paciente hacia la terapia, el establecimiento de la relación terapéutica, de las metas y de los compromisos.

El primer estadio del tratamiento tuvo una duración de un año y se llevó a cabo utilizando terapia individual y terapia grupal. Las estrategias principales utilizadas fueron la validación, el cuestionamiento cognitivo, el entrenamiento en habilidades sociales y la solución de problemas, entendiendo esta última como la estrategia de cambio básica.

Para la validación y cuestionamiento cognitivo nos apoyamos en el modelo de la Terapia de Esquemas propuesto por Young, Klosko y Wheishar (2003). Esta forma de terapia integrativa surge a partir de los conceptos teóricos desarrollados por Beck, especialmente en el área de los trastornos de personalidad, los esquemas, las estrategias y los modos (Alford y Beck, 1997; Beck, 1996; Beck, Davis y Freeman, 2015). La meta del tratamiento se centró en ayudar a la paciente a identificar sus temas centrales autodestructivos, que evolucionaron a partir necesidades insatisfechas en la infancia e implican estilos de afrontamiento desadaptativos en la edad adulta. (Young, Klosko, Oldham, Skodol y Bender, 2007)

A modo de trabajo colaborativo pudimos detectar, entender y cuestionar, tres esquemas tempranos desadaptativos recurrentes en la paciente: *la privación emocional*, *el autosacrificio*, y *la vulnerabilidad al daño y al peligro*. Según este modelo, las conductas inadaptadas no son componentes de los esquemas, sino que son las respuestas a estos. En terapia pudimos detectar la *rendición al esquema*-actuación que confirma el esquema- como el mecanismo disfuncional de afrontamiento más prevalente en la paciente.

De esta manera, el trabajo terapéutico se basó en la identificación y activación de sus esquemas desadaptativos tempranos, tratando de encontrar los antecedentes “históricos”, familiares, de dichos esquemas, y, en segundo lugar, en el descubrimiento del papel que juegan esos esquemas a la hora de mantener patrones de vida desadaptativos. Este trabajo sentó la base para la implementación de técnicas cognitivas, experienciales, conductuales, e interpersonales con el objetivo de demostrar lógicamente y racionalmente, que las creencias no tienen ningún sentido a nivel empírico pues, como plantean Young y Cols., mientras que los pacientes creen que los esquemas son válidos no van a estar en disposición de modificarlos.

De manera paralela se decidió la inclusión de la paciente en el programa de tratamiento grupal STEPPS para el Trastorno Límite de la Personalidad, llevado a cabo por dos psicólogas clínicas, que se implementa con asiduidad en el contexto de la Salud Mental Pública de la Comunidad Valenciana.

El programa STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving), fue originalmente desarrollado por Bartel y Crotty en 1992 y posteriormente adaptado y revisado por Blum, Pfohl, John, Monahan y Black (2002), y consiste en un paquete para el desarrollo de habilidades basado en la Terapia Cognitiva Conductual que se presenta en sesiones grupales de 2 horas durante un período de 20 semanas. Consta de tres fases en las que se anima a los pacientes a “sustituir las ideas erróneas acerca del TLP por una conciencia de las conductas y los sentimientos que definen el trastorno”, los pacientes reciben entrenamiento en habilidades con el objetivo de ayudarles a mejorar su regulación emocional, y reciben entrenamiento en habilidades conductuales.

Pasado el primer año de terapia, Linehan propone un segundo estadio dedicado al tratamiento del estrés postraumático y lo hace sin proponer una duración determinada. Para abordar el abuso sexual sufrido a manos de su primer marido nos basamos en intervenciones que se delinearán de la terapia narrativa desarrollada por David Epston y Michael White (White y Epston, 1993), y más específicamente en la Terapia del abuso sexual propuesta por Durrant y White en 1996.

Desde el punto de vista terapéutico sabemos que hablar del abuso permite romper el aislamiento emocional propio del secreto, permite objetivar lo ocurrido y contextualizar las propias reacciones. Sin embargo, las personas pueden variar mucho en cuanto a su necesidad de explicitar los detalles del proceso abusivo. En este sentido,

nos resulta importante asegurar que en los distintos momentos de la terapia la persona se sienta con la libertad de decidir que situaciones abusivas está dispuesta, necesita y/o que considera conveniente contar (Durrant y White, 1996). Corresponde al terapeuta generar condiciones de seguridad y protección, que le permitan al paciente discriminar cuales son los aspectos del abuso que le sirve explicitar en un momento dado.

Nuestro objetivo prioritario, siguiendo a White 1984, consistió en analizar el problema de un modo que redefiniera o reenmarcara el problema desde una perspectiva de solución, que sugiriera que el problema es una entidad exterior a la persona, y estableciendo en todo momento una distinción entre la persona y el problema.

El contenido del trabajo se llevó a cabo siguiendo las tres etapas del proceso de superación de los efectos del abuso sexual propuestas por Dolan (2005), utilizando como estrategia de externalización las cartas terapéuticas. Como ventaja de utilizar material escrito destacamos, la posibilidad de expandir la intervención más allá del espacio y el tiempo de la sesión en sí. Las tres fases del trabajo fueron:

1. Reconocerse como víctima. Supone registrar la situación de desigualdad jerárquica y abuso de poder a la que se estuvo sometido en el pasado, en la que no tenía ninguna posibilidad de controlar o detener las acciones abusivas del adulto. Reconocerse como víctima es fundamental en el proceso de superar la culpa respecto del abuso, y permite la legitimación del sufrimiento vivido. Se trata de la externalización del problema mismo, donde la paciente se pudo referir al problema personificándolo y renombrándole como tal.

2. Reconocerse como sobreviviente. Supone identificar los recursos personales que le han permitido protegerse del abuso y sobreponerse a sus efectos a lo largo del tiempo. Haber sido víctima de abuso en el pasado no significa estar condenado a padecer sus efectos toda la vida. Se diferenció el abuso de sus efectos, y se hizo hincapié en la influencia relativa del mismo, contribuyendo a circunscribir el daño y realizando una imagen de capacidad progresiva, a través de la identificación de excepciones al sentimiento de impotencia y dotándolas de significado personal.

3. Celebrar la vida. Supone recuperar la posibilidad de imaginar un futuro libre de la influencia del abuso como un factor determinante en la estructuración de la propia vida. En esta etapa la persona logra independizarse del abuso y puede dar sentido a su vida en concordancia con sus propias opciones. En último término, tal como señala

Barudy (1999), se trata de reconocerse como viviente, a través de una nueva imagen de sí misma. La carta de despedida resultó de especial ayuda en la disposición al cierre.

El tercer estadio propuesto por Marsha Linehan, pretende ayudar al paciente a construir una vida propia, resolviendo los problemas que esto implica y buscando mayor estabilidad. Se trata en definitiva de una fase de prevención de recaídas. En esta fase de preparación al alta, se trabajó en el asentamiento de los logros conseguidos y en el entendimiento y resolución de conflictos interpersonales a nivel marital.

Materiales

Como medida cualitativa de la línea base, y para facilitar la toma de conciencia por parte de la propia paciente, se utilizó el Cuestionario de esquemas de Young (CEY, Young y Brown, 1994). Como medida cuantitativa de cambio se utilizó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II, Beck et al., 1996), al inicio del tratamiento, al final del mismo, y en el seguimiento a los 6 meses.

Respecto a las cualidades psicométricas de la adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II, cabe mencionar que el coeficiente alfa de fiabilidad fue alto (alfa = 0,89). Las correlaciones con otras medidas autoaplicadas y heteroaplicadas de depresión fueron elevadas y significativamente mayores que la correlación con una medida de ansiedad, lo que avala la validez convergente y discriminante del BDI-II, respectivamente. Respecto a la validez de criterio, los resultados demostraron que los pacientes diagnosticados con un trastorno depresivo mayor tenían niveles de depresión más elevados, medidos con el BDI-II, que los pacientes de otros grupos diagnósticos, aunque no hubo diferencias con los pacientes con trastornos de personalidad. Se concluye que el BDI es un instrumento válido de detección y cuantificación de síntomas depresivos en pacientes, si bien su utilidad como herramienta para el diagnóstico diferencial de la depresión es una cuestión pendiente de investigación.

Resultados

La diferencia de puntuaciones pre (BDI-II: 34) y post-tratamiento (BDI-II:17), así como su mantenimiento a los 6 meses de seguimiento (BDI-II:19), apunta a una mejora de la sintomatología clínica y su estabilidad en el tiempo. Las medidas cualitativas

recogidas tras la intervención apuntan a la elaboración de una nueva imagen de sí misma, más competente y capaz.

Conclusiones

Se ha escrito mucho sobre la persistencia de la sensación de impotencia y de incapacidad como uno de los efectos del abuso. Si la experiencia de la terapia establece un contexto dentro del cual los pacientes pueden reconocerse como personas competentes, donde la cuestión de hablar del asunto o no hablar corresponde al paciente y a su competencia para saber lo que es mejor para él, la terapia puede ser un contexto donde ejercen y experimentan su capacidad.

De todo el procedimiento descrito, nos parece importante destacar la idea de que, en cualquier caso, la persona nunca es el problema; el problema es el problema. Cuando las personas se separan del problema, empiezan a hablar de sí mismos como afectados por el problema en vez de ser ellos el problema, y se abren opciones y espacios para historias diferentes y descripciones más ricas de su propia vida. La concientización y externalización de las fuerzas del pasado le permiten a la persona el control sobre estas, y una terapia centrada en la solución no patologizadora apunta a impulsar al paciente a elaborar lo que llamaríamos una “versión de sí mismo saturada de soluciones” y una imagen de posibilidades futuras.

Referencias

- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil: ecología social, prevención y reparación*. Editorial Galdoc.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-8
- Beck, A. T., Davis, D. D., y Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P., y Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310.

- Dolan, Y. M. (2005). *Resolving sexual abuse: Solution-focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors*. Recording for the Blind & Dyslexic
- Durrant, M., y White, C. (1996). *Terapia del abuso sexual*. Gedisa.
- Durrant, M. y Kowalski, K. (1996). Superar los efectos del abuso sexual. Desarrollar la percepción de la propia capacidad. En M. Durrant y Ch. White. (comps.), *Terapia del Abuso sexual*. (pp. 90 – 153). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS. (Coords.) (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Young, J. E. y Brown, G. (1994). *Young Schema Questionnaire–Short form*, New York, NY: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: NY: Guilford.
- Young, J. E., Klosko, J., Oldham, J. M., Skodol, A. E., y Bender, D. S. (2007). *Terapia de esquemas. Tratado de los trastornos de la personalidad*. Elsevier Masson Barcelona.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO SECUENCIAL PARA EL CONTROL DE LOS IMPULSOS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Placencia Morán, Sara Diego Castaño y Juan José García Orozco

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Resumen

Antecedentes: La expresión de la impulsividad es un síntoma que se presenta de forma heterogénea en multitud de Trastornos Mentales. De forma severa, las dificultades en el control de impulsos pueden desencadenar dificultades en el funcionamiento cotidiano y estar asociadas a otro tipo de problemas, como las dificultades en la regulación emocional y en el manejo de la frustración relacionadas con el Trastorno Límite de la Personalidad. **Método:** Se presenta el caso de una mujer de 21 años con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. Acude al Centro de Salud Mental Malvarrosa (Valencia) presentando hipotimia, estado de ánimo irritable, anhedonia, descontrol de impulsos, sentimientos de vacío intensos y frecuentes, síntomas de ansiedad difusos, y conductas autodestructivas y parafílicas, y desregulación emocional. Se administraron las siguientes medidas antes y después del tratamiento: BDI-II, BAI y BIS-11. La intervención consistió en 20 sesiones individuales de 1 hora cada una de ellas con frecuencia mensual siguiendo los módulos del “Esquema de tratamiento secuencial para el control de impulsos de los pacientes con trastorno límite” de Beck y Freeman. **Resultados:** Se produjo un importante descenso en la clínica depresiva y ansiosa, así como una disminución de la impulsividad, manteniéndose prácticamente intactas las conductas parafílicas. **Conclusión:** La intervención desde este enfoque disminuye, no solo la expresión de la impulsividad, sino también la sintomatología ansiosa, depresiva.

Palabras clave: Control de impulsos, Trastorno límite de la personalidad

SEQUENTIAL TREATMENT SCHEME FOR THE CONTROL OF THE IMPULSES OF PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A PURPOSE OF A CASE

Abstract

Background: Impulsivity expression is a symptom that occurs heterogeneously in a multitude of Mental Disorders. Severely, difficulties in impulse controlling can trigger difficulties in daily functioning and can be associated with other types of problems, such as difficulties in emotional regulation and anger management related to Borderline Personality Disorder. **Method:** For a 21 years old woman presented with a diagnostic of Borderline Personality Disorder. She went to the Malvarrosa Mental Health Center (Valencia) feeling sad, irritable, anhedonia, intense impulse decontrol, intense and frequent feelings of emptiness, diffuse anxiety symptoms, and self-destructive and paraphilic behaviors associated with impulsivity and emotional dysregulation. The following measures were administered before and after treatment: BDI-II, BAI and BIS-II. The intervention consisted in 20 individual sessions of 1 hour each of them with monthly frequency following the modules of the "Sequential treatment scheme for the control of impulses of patients with borderline disorder" of Beck and Freeman. **Results:** There was a significant decrease in the depressive and anxious clinic, as well as a decrease in impulsivity, leaving paraphilic behaviors practically intact. **Conclusion:** The intervention from this approach diminishes, not only the expression of impulsivity, but also the anxious and depressive symptomatology.

Key words: Impuls control, Borderline Personality Disorder

Introducción

En la actualidad, la enfermedad mental es considerada como un reto de la sociedad ya que, tal y como apuntan Gili, Roca, Basu, McKee, y Stuckler (2012), en los últimos años las consultas al médico de cabecera por malestar psicológico han aumentado notablemente.

El Trastorno Límite de la Personalidad (en adelante, TLP) es un trastorno que pertenece al grupo de Trastornos de Personalidad del Clúster B del DSM-5. Según este manual diagnóstico, se estima que la prevalencia del TLP es de un 1.6%, pero podría ser tan elevada como un 5.9%. La prevalencia en la atención primaria es de alrededor de un 6%, del 10% entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, y del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime respecto a su tasa de prevalencia. Algunos estudios indican que el TLP afecta al 4% de la población general, y hasta al 20% de los pacientes que acuden a las USMC (Kernberg y Mischels, 2009).

Es por esto que, la asistencia sanitaria de las personas diagnosticadas de un trastorno de la personalidad en general y de un trastorno límite de la personalidad en particular, genera un importante impacto sobre los dispositivos asistenciales, así como un alto gasto sanitario. A menudo existe una falta de coordinación entre los múltiples servicios implicados en el tratamiento, y además éstos son prolongados en el tiempo como consecuencia de las características generales de los Trastornos de Personalidad y, en particular, del Trastorno Límite. Como otro efecto más del trastorno, además de los gestos autolesivos y las dificultades derivadas de la disregulación emocional, se producen múltiples ingresos hospitalarios, lo que agrava aún más, si cabe, sus consecuencias sociales.

Las características principales de las personas con TLP son: Inestabilidad emocional, dificultades en la autoimagen, dificultades en la regulación del afecto, relaciones interpersonales inestables e intensas y dificultades en el control de los impulsos, siendo esta última la que más relacionada con el desajuste conductual.

Dichos aspectos se ponen de manifiesto al inicio de la edad adulta, y generan malestar significativo, desadaptación a nivel social, ocupacional, y en el funcionamiento general de las personas que los padecen. Estos criterios, que son los utilizados para el diagnóstico en el DSM-5, dan lugar a una gran diversidad de perfiles clínicos, y una gran heterogeneidad en lo que respecta a su presentación clínica, la variabilidad sintomática y la comorbilidad asociada. Es por ello que supone un reto para los profesionales responsables de su tratamiento, en tanto que el trastorno supone un importante deterioro personal y social, al tiempo que da lugar a un uso elevado de los sistemas de Salud y recursos asociados.

Debido a la limitación de los recursos asistenciales de la Sanidad Pública española en este caso se planteó una intervención centrada exclusivamente en la demanda de una paciente con alto descontrol de los impulsos y con necesidad manifiesta de reajuste conductual. Por este motivo, se eligió un tratamiento estructurado: “Esquema de tratamiento secuencial para el control de los impulsos en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad” de Beck y Freeman cuyo objetivo es identificar el impulso y las emociones ligadas a él para intentar regularlo.

Identificación del paciente

Mujer de 21 años, diagnóstica por su psiquiatra habitual de Trastorno Límite de la Personalidad. Actualmente cursa estudios universitarios fuera de su ciudad natal. Tiene una hermana mayor. Sus padres viven actualmente en otra ciudad. En la actualidad, vive en un piso compartido.

Motivo de consulta

La paciente acude al Centro de Salud Mental Malvarrosa (Valencia), derivada por Psiquiatría. Refiere desde el inicio de la adolescencia síntomas de bajo estado de ánimo, irritabilidad, disforia y sensación de vacío intensa. Además describe conductas de tipo parafilico (sado-masoquistas), pero sin malestar emocional asociado, no siendo esta una demanda de intervención por parte de la paciente. Refiere como problema, episodios de descontrol conductual caracterizados por: conductas autolesivas y conductas impulsivas alimentarias, sexuales y de consumo de tóxicos que acarrear graves consecuencias posteriores, además de sentimientos de culpa intensos.

Formulación del caso

Descripción del problema

Pese a la complejidad sintomatología, la paciente refiere como foco de intervención episodios de descontrol conductual relacionados con conductas sexuales impulsivas, a la vez que alimentarias y de consumo de tóxicos.

Historia del problema

La paciente refiere síntomas disfóricos desde principios de la adolescencia, así como sentimientos de vacío e irritabilidad. Así pues, la demanda principal está referida a episodios de descontrol de impulsos desde hace aproximadamente 2 años (aunque le cuesta situar en el tiempo el inicio de los mismos), pero más intensamente en el último año (coincidiendo con el inicio de la universidad). No ha recibido desde entonces terapia psicológica y en Psiquiatría se le ha pautado Trileptal, siendo esta la única intervención realizada hasta el momento.

Hipótesis

Sintomatología compatible con Diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, cuya formulación es compleja y la que se le asocia la interdependencia de factores biopsicosociales tanto en su inicio como en su curso. En el caso de esta paciente parecen haber dificultades vinculares desde la infancia (tanto con la familia como con los pares) que se han ido manteniendo a lo largo de la adolescencia. Además, parece haber dificultades en el reconocimiento y manejo de las emociones también desde la infancia, lo que en la actualidad, desencadena episodios de descontrol de impulsos de los que derivan importantes consecuencias emocionales, físicas y ambientales.

Método

Presentamos un estudio de caso único (n=1) que ha recibido el tratamiento: “Esquema de tratamiento secuencial para el control de impulsos de los pacientes con trastorno límite de la personalidad” desarrollado por Beck et al. (2005). Esta intervención psicológica se llevó a cabo en 20 sesiones, en las que además del tratamiento protocolarizado, también se hizo especial hincapié en el vínculo y la alianza terapéutica durante las primeras sesiones.

Instrumentos de evaluación

La paciente fue diagnóstica de Trastorno Límite de la Personalidad por Psiquiatría. Este diagnóstico se corroboró por parte de Psicología Clínica con la escala SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personalit y Disorders).

Una vez evaluada, a la paciente se le ofreció un tratamiento de 20 sesiones (con posibilidad de aumento de sesiones si así se precisara), orientado a la demanda, el cual acepta. Tanto al inicio como al final de la intervención se administraron 3 cuestionarios: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), adaptado al español por Sanz, Navarro y Vázquez en 2003, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), adaptado al español por Magán, Sanz y García-Vera en el 2008 y la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) adaptada por Oquendo et al. (2001).

Tratamiento

Metas del tratamiento

La paciente, al principio de la intervención describe unas expectativas algo elevadas, por lo que tras ajustar expectativas, la paciente se propone dos objetivos más ajustados: la disminución episodios descontrol de impulsos y el manejo de las emociones (Regulación emocional).

Aplicación del tratamiento

Se llevó a cabo una intervención individual de enfoque principalmente cognitivo-conductual, pero aplicado teniendo en cuenta las peculiaridades de las personas con rasgos de TLP, y en concreto las de esta paciente. La terapia se articuló en 20 sesiones, en las cuales se distribuyó el contenido del programa: “Esquema de tratamiento secuencial para el control de impulsos de los pacientes con trastorno límite de la personalidad” desarrollado por Beck y Freeman en 2005.

Las dos primeras sesiones fueron necesarias para la construcción del vínculo terapéutico, de un encuadre estable y de una alianza de trabajo, en un clima colaborativo, validante y no enjuiciador.

A continuación se describen las etapas del programa:

1º) Identificación del impulso (5 sesiones): Se propone entrenamiento en autoobservación. En el caso de la paciente fue muy ligado la identificación emocional (relacionada en muchas ocasiones con el impulso). Esto se trabajó identificando y describiendo las emociones asociadas al impulso para distanciarnos y no dejarnos llevar por ellas, adoptando una postura de observador de las mismas.

2º) Inhibición de la respuesta automática (5 sesiones): En el caso de la paciente, las respuesta automáticas eran principalmente tres: Gestos autolesivos (cortes en brazos

y piernas), conductas de promiscuidad sexual, y atracones. Aquí se exploraron detenidamente las ventajas y desventajas del control de los impulsos y sus consecuencias, tanto a corto plazo como a largo plazo. Se analizaron, no solo las consecuencias conductuales, sino también las emocionales, las cuales identificaba como las responsables de la creación de un “círculo vicioso” difícil de cortar.

3º) Identificación de alternativas (3 sesiones). Se trabaja en la implementación de estrategias de afrontamiento alternativas.

4º) Selección de la respuesta (4 sesiones). Se identifican las posibilidades reales de la elección de una respuesta u otra, analizando cuales son los miedos que puedan estar bloqueando estas elecciones. Además se trabajan a un nivel más profundo ciertos esquemas que pudieran estar dificultando el cambio.

5º) Instrumentación de la respuesta (3 sesiones): Se realizan experimentos conductuales en sesión, y se hace un plan terapéutico operativo entre sesiones, para la práctica y generalización de las nuevas respuestas y estrategias de afrontamiento alternativas.

Resultados

Por lo que respecta a las puntuaciones en los cuestionarios, la puntuación en el pretratamiento en el BDI-II fue de 25 (depresión moderada) y en el BAI fue de 30 (ansiedad grave). Al finalizar la terapia, los datos reflejan una depresión leve (BDI=17) y una ansiedad media (BAI=13). En el seguimiento a los 3 meses se obtiene una disminución en la sintomatología depresiva (BDI=16) y el nivel de ansiedad es subclínico (BAI=6).

Con respecto a la escala BIS-11 es necesario hacer un análisis más detallado (ya que es la variable principal a la que se dirige la intervención). Esta escala cuenta con 30 ítems y no existe punto de corte establecido (a más puntuación, más impulsividad). Distingue tres tipos de impulsividad: la cognitiva: incapacidad de mantener la atención y concentración (8 ítems puntuados de 0 a 4), la motora: actuar sin pensar (10 ítems puntuados de 0 a 4) y la no planeada: falta de visión para el futuro (12 ítems puntuados de 0 a 4). La puntuación máxima es de 120. La puntuación pretratamiento total obtenida por la paciente fue: La paciente obtuvo un total de 88 en la medición global pretratamiento. En las subescalas la puntuación fue:

- Impulsividad cognitiva: 23/32
- Impulsividad motora: 35/40
- Impulsividad no planificada: 31/48
- Impulsividad total: 89/120

En el post tratamiento las puntuaciones obtenidas fueron las siguientes:

- Impulsividad cognitiva: 19/32
- Impulsividad motora: 19/40
- Impulsividad no planificada: 24/48
- Impulsividad total: 62/120

En el seguimiento a los 3 meses las puntuaciones obtenidas fueron las siguientes:

- Impulsividad cognitiva: 19/32
- Impulsividad motora: 17/40
- Impulsividad no planificada: 25/48
- Impulsividad total: 61/120

Conclusiones

La intervención ha producido una disminución importante en las medidas tomadas antes y después del tratamiento. Esta disminución no sólo se observa en la impulsividad, que es hacia el rasgo al que iba orientada la intervención principalmente, sino también en las puntuaciones de síntomas ansiosos y depresivos. Ambas medidas disminuyen después de la intervención, llegando a alcanzar niveles subclínicos (BAI) y leves (BDI) en el seguimiento a los 3 meses.

De lo anterior se deriva que, de alguna forma, el manejo conductual de los impulsos se relaciona con la regulación emocional y la repercusión en el estado de ánimo, tanto a nivel ansioso como depresivo.

En cuanto a los objetivos consensuados al inicio de la terapia, la paciente refiere haberlos alcanzado de forma “relativamente satisfactoria”. Afirma tener una mayor conciencia emocional, lo que le ayuda a manejar de forma más adaptativa las emociones, además de ser capaz de identificar los episodios de descontrol de impulsos de forma temprana y así poder sustituir las anteriores respuestas desadaptativas por otras más ajustadas y con menos consecuencias a corto y largo plazo, lo que, según la paciente ayuda a que se mantengan los cambios. Además, la paciente afirma que ha

mejorado subjetivamente su estado de ánimo y que ahora encuentra sus relaciones interpersonales más satisfactorias, además de haber iniciado proyectos de futuro y haber planificado nuevas metas.

En conclusión, aunque los Trastornos de la Personalidad (TP) en general y el Trastorno Límite de la personalidad (TLP) en particular, continúan siendo un reto terapéutico complejo para los profesionales de la Salud Mental, este estudio (y otros muchos) ofrece un horizonte relativamente alentador sobre la intervención en pacientes con TLP en el contexto limitado de la Sanidad Pública. Así, se pone de relieve la importancia de la realización de estudios sobre la eficacia de los tratamientos en este colectivo y el esfuerzo en la elaboración de intervenciones eficaces, eficientes y efectivas.

Referencias

- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. y otros (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., y Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*. Doi: 10.1093/eurpub/cks035
- Kernberg, O., y Mischels, R. (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 505-508.
- Magán, I., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 626-640.
- Oquendo, M., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V., y Mann, J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *The European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.

**NECESITO QUE ME MIRE: EPISODIO DEPRESIVO MODERADO.
FORMULACIÓN DE CASOS DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA**

Ángela Lorente Murcia, Inés Bello Pombo y Silvia Bravo Gómez

Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)

Resumen

Tradicionalmente se selecciona el tratamiento psicológico adecuado en función del diagnóstico categorial que presenta el usuario, este planteamiento tiene una serie de ventajas e inconvenientes. Este enfoque nomotético del tratamiento aúna conocimiento y permite aplicar protocolos interventivos que han demostrado ser eficaces, sin embargo, deja de lado la complejidad del ser humano. La formulación de casos desde una perspectiva integradora permite flexibilizar las intervenciones en función de las características específicas de cada individuo, trabajando la pauta problema que presenta en diversas situaciones. Presentamos el caso de una mujer de 19 años, derivada tras un intento autolítico de alta letalidad y con diagnóstico de episodio depresivo moderado (F32.1). Se selecciona tratamiento psicológico en función del diagnóstico categorial y la evidencia científica (terapia cognitivo-conductual combinada con psicofármacos), se produce mejoría del cuadro clínico, y al plantear el espaciado de sesiones y la posible alta terapéutica, se produce una recaída. Cuestionamos si la selección de tratamiento ha sido el idóneo en este caso y se reconceptualiza realizando una formulación de caso desde un enfoque integrador, siendo la intervención sobre la pauta problema el eje de la intervención. Tras esto, se produce un cambio en la narrativa de la paciente acerca de sus vivencias y le proporcionamos experiencias correctivas de la pauta problema, trabajando con técnicas de diversa índole.

Palabras clave: experimento de caso único, formulación de caso, episodio depresivo, integradora

**NEED YOU TO LOOK AT ME: MODERATE DEPRESSIVE EPISODE.
FORMULATION OF CASES FROM AN INTEGRATING PERSPECTIVE**

Abstract

Traditionally appropriate psychological treatment is selected based on the categorical diagnosis presented by the user, this approach has a number of advantages and disadvantages. This nomothetic approach to treatment unites knowledge and allows the application of interventional protocols that have proven to be effective, however, it leaves aside the complexity of the human being. The formulation of cases from an integrative perspective makes it possible to flexibilize the interventions according to the specific characteristics of each individual, working the problem guideline that presents in diverse situations. We report the case of a 19-year-old woman, she was derived after an autolytic attempt of high lethality and with a diagnosis of moderate depressive episode (F32.1). Psychological treatment is selected based on the categorical diagnosis and the scientific evidence (cognitive-behavioral therapy combined with psychotropic drugs), an improvement of the clinical picture is produced, and when the spacing of sessions and the possible termination of therapy occurs, a relapse occurs. We question if the selection of treatment has been the ideal in this case and is reconceptualized by making a case formulation from an integrative approach, being the intervention on the problem guideline the axis of the intervention. After this, there is a change in the patient's narrative about her experiences and we provide corrective experiences of the problem pattern, working with techniques of various kinds.

Key words: single case experiment, case formulation, depressive episode, integrative

Introducción

Tradicionalmente, se elige el tratamiento psicológico adecuado en función del diagnóstico categorial (DSM/CIE). Las categorías diagnósticas, permiten la identificación de un trastorno específico según un conjunto de signos y síntomas presentados por el usuario, para los que se presupone existe una terapéutica psicológica específica (Mata y Ortiz, 2009).

La práctica clínica basada en el diagnóstico categorial conlleva una serie de ventajas y limitaciones. Entre las ventajas se encuentra que es útil para la comunicación entre profesionales, necesario para la investigación, orienta la búsqueda de información más preciso y orienta el tratamiento, produciendo mejoría del cuadro sintomatológico, y en última instancia, una etiqueta diagnóstica resulta útil para los pacientes al favorecer el rol de enfermo. Pero, la selección de tratamiento basada en el diagnóstico categorial, está en función del modelo médico tradicional, que no abarca toda la complejidad de las personas destinatarias de tratamiento psicológico. Las limitaciones que presenta elegir el tratamiento según un trastorno específico son que, que en primer lugar, difícilmente nos encontramos en la práctica clínica con tipos ideales de enfermedad, y el estudio de tratamientos psicológicos eficaces se realizan en condiciones óptimas y no en condiciones de práctica real. No tiene en cuenta la complejidad del ser humano y la especificidad de cada individuo en la respuesta al medio, descontextualizando la clínica y la intervención de variables sociales y psicológicas. En muchas ocasiones se producen fracasos en el tratamiento, aun siendo aplicado correctamente y por profesionales expertos por falta de flexibilidad en la aplicación.

En contraposición a la selección del tratamiento según el trastorno específico que se muestre, se encuentra la formulación de caso desde una perspectiva integradora, que organiza la información en hipótesis de trabajo, contemplando la queja del paciente como un conjunto de problemas cuya solución supone el logro de una serie de objetivos, proponiendo una estrategia de tratamiento. Previendo la modalidad, intensidad y duración de la intervención, así como los problemas que más probablemente se encontrarán.

Desde la formulación de caso en psicoterapia integradora, se tiene en cuenta el contexto de la experiencia única del sujeto, desde una perspectiva biopsicosocial. Es dinámico y cambiante en función de las características y dificultades de la persona concreta. Considera los recursos del paciente, no centrando el foco exclusivamente en los problemas que se presentan. El eje de la intervención se centra en torno a la pauta problema, definida desde perspectivas dinámicas, cognitivas, conductuales o sistémicas, pudiendo trabajar con cualquier técnica que por sus características se adecúe de mejor manera a la persona.

Para lograr un adecuado equilibrio entre la investigación y mejora de calidad de los tratamientos psicológicos y la flexibilidad que requiere nuestro campo, sería conveniente la convivencia entre enfoques nomotéticos y estructurales, como tratamientos psicológicos que muestran evidencia empírica y son seleccionados en función del diagnóstico categorial, y enfoques idiográficos y funcionales como es la formulación de caso.

En el caso clínico que ahora se presenta, en un primer momento, se selecciona el tratamiento con mayor evidencia científica para el trastorno depresivo de gravedad moderada que manifiesta la usuaria, tratamiento cognitivo-conductual combinado con antidepresivos.

Sin embargo, después de doce sesiones y producirse una mejoría clínica que propicia el establecimiento de sesiones espaciadas y de seguimiento, sobreviene una recaída en la sintomatología depresiva, que hace replantear el motivo de la misma y cuestionar si el tratamiento elegido era el idóneo. Tras esto, se reconceptualiza el caso realizando una formulación clínica desde una perspectiva integradora (Fernández y Rodríguez, 2001), definiendo la pauta problema desde una perspectiva dinámica, aplicando técnicas y estrategias de diversa índole según el síntoma objetivo y las características de la persona.

Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia.

M, de 19 años en seguimiento desde Septiembre de 2013 en CSM por intento autolítico en Agosto de 2013 con ingesta de Paracetamol, de alta letalidad y sin providencia de rescate, que precisó ingreso en U.C.I. durante varios días.

Es derivada de CSM Infante Juvenil a CSM Adultos en Octubre de 2014 para seguimiento y valoración por parte de Psiquiatría y derivada posteriormente, en Junio de 2015, a Psicología Clínica.

M, deja de acudir a Psiquiatría y Psicología Clínica en verano de 2015 y vuelve a ambas consultas en Marzo de 2016 tras empeoramiento del cuadro clínico en relación a dificultades académicas y ruptura sentimental.

En la actualidad recibe tratamiento farmacológico (escitalopram 20mg 1-0-0)y psicológico.

Refiere ánimo triste todos los días con necesidad de llanto constante que no alivia la sensación de angustia, relata crisis de ansiedad frecuentes, desencadenadas en situaciones de leve estrés (discusiones cotidianas con su madre, cuidados de su perro, asistencia al instituto...), y por pensamientos de inutilidad e inferioridad “no puedo sacarme el instituto...” “no hago nada...” “nunca voy a salir de esto...” “soy una inútil...”. Refiere ideas autoagresivas sin llevarlas a cabo actualmente (anteriormente autolesiones en antebrazos) porque piensa en su familia y su novio “mi familia no puede sufrir tanto...” e ideas de muerte no estructuradas, no existiendo ideación autolítica actual. Presenta, además, distorsión de la imagen corporal “me veo gorda...” “me doy asco...” con control de la ingesta y práctica de deporte, refiriendo no poder mirarse al espejo. Actualmente tiene un IMC de 18,94.

Estrategias de evaluación

Se realiza entrevista clínica en las dos primeras sesiones y la paciente cumplimenta el cuestionario de depresión BDI-II, obteniendo una puntuación de 32.

Se tiene una entrevista conjunta con la madre, que es su acompañante habitual a las sesiones.

Realiza autorregistros de situaciones de malestar y en las que aparecen ideas autolesivas.

Formulación clínica del caso

La formulación de caso se realiza desde una perspectiva integradora:

• *Motivo de consulta:*

M presenta como motivo de consulta la alteración en el estado de ánimo, sus síntomas ansiosos y los pensamientos de inutilidad y baja autoestima. Además, presenta sentimientos de soledad y poca tolerancia al malestar.

• ¿Cómo se ha producido la consulta? Análisis de la demanda

La idea de recibir tratamiento en un primer momento parte desde el entorno hospitalario en su ingreso y de sus padres. M dice estar de acuerdo porque sabe que no se encuentra bien, pero por otra parte no quiere recibir ayuda, aunque acude de manera regular a sus citas en CSM infanto juvenil. En la derivación a CSM Adultos acude a una cita y deja de acudir a la siguiente, según refiere por olvido sin existir mejoría

sintomatológica. Retomando contacto de nuevo, nueve meses después, por iniciativa propia tras empeoramiento de los síntomas. Este empeoramiento está relacionado con dificultad en el rendimiento escolar, deja de acudir al instituto por segunda vez al tener un episodio de cefaleas tensionales durante los exámenes finales del primer trimestre.

Las expectativas en cuanto al tratamiento son vagas e idealizadas “Ser feliz”, por lo que se aborda esta cuestión para conseguir expectativas más realistas y operativas, abordando el sufrimiento como parte del ser humano.

•Listado de problemas.

- No acudir al instituto.
- Crisis de ansiedad (opresión en el pecho, náuseas, vómitos) ante situaciones de estrés leve.

- Estado de ánimo deprimido.

- Inactividad.

- Dificultad de identificación y expresión de emociones (rabia).

- Dificultades para identificar y expresar deseos y necesidades.

- Dificultad para experimentar placer.

- Nula tolerancia al malestar y sufrimiento.

- Tendencia a bloquearse y replegarse ante frustración mínima.

- Abandono ante resultados mediocres.

- Elevada reactividad emocional.

- Distorsión del esquema corporal y preocupación excesiva por el aspecto físico y miedo a ganar peso.

- Tendencia a la hiperexigencia.

•Cómo, cuándo y con quién se ponen de manifiesto.

Los problemas se ponen de manifiesto en situaciones en las que se siente sola y desatendida. En momentos en los que se exige rendimiento, o mínimamente estresantes, incluso en ocasiones en las que está teniendo éxito.

•Pauta problema: Construida desde la historia biográfica

Según el triángulo del conflicto y de las personas de Malan:

- Defensa. : Cumple, se repliega (síntomas ansioso-depresivos), se distancia

- Ansiedad: miedo a no hacerlo bien , a la crítica y al abandono

- Impulso: deseos de ser cuidada y valorada

M desea ser cuidada y valorada pero teme no hacerlo suficientemente bien y ser criticada, hipere exigida y/o abandonada, por lo que en principio se muestra cumplidora, distanciándose y replegándose después, abandonando ella antes de fallar y ser abandonada.

Esta pauta se ha producido en la infancia (con su padre), se repite en la actualidad (con pareja, padres y otros) y se ha repetido en las relaciones terapéuticas.

- Perpetuantes, refuerzos, ganancias neuróticas y secundarias.

El mantenimiento de algunos síntomas que presenta la paciente se pueden explicar a través de la profecía autocumplida: Se protege de no ser valorada con sintomatología depresiva, recibe atención pero con una connotación negativa que refuerza su miedo a la crítica.

Además existen ganancias primarias, que suponen una solución de compromiso (es atendida y cuidada) y ganancias secundarias (los síntomas la eximen de seguir con su actividad).

- Cómo se origina el problema. Biografía.

La paciente relata que desde la infancia su padre era hipere exigente con ella, siendo valorada por según el rendimiento académico y recibiendo refuerzo y cariño en base a logros en distintos ámbitos. Tras la separación de sus padres, ambos se centran en discusiones propias y ella se siente abandonada por los progenitores, dejando de compartir tiempo con ellos.

- Vulnerabilidad, déficits.

▫ Dificultad para identificar y expresar deseos y necesidades en la relación con los demás.

▫ Dificultad en la identificación y expresión de emociones, sobre todo las negativas (rabia).

- Hipersensibilidad ante la experiencia de fracaso.

- Nula tolerancia al malestar.

- Qué puede facilitar el cambio. Recursos.

Tiene apoyos sociales, buena capacidad para iniciar relaciones, un nivel intelectual alto y buena capacidad verbal, capacidad de introspección, adecuada función reflexiva, múltiples intereses y capacidad de cuidado de los otros.

- Objetivos para la terapia.

- Establecer relación terapéutica sólida y estable. Señalar y elaborar amenazas a dicha relación.
- Aumentar el nivel de actividad (acudir al instituto, iniciar y retomar actividades).
- Disminuir sintomatología ansiosa.
- Trabajar pauta de autoexigencia (instituto, plan a medio plazo a nivel académico y laboral, autoexigencia con el cuerpo).
- Mejorar regulación emocional (mejora de la tolerancia al sufrimiento, malestar, frustración).
- Mejora de la identificación y expresión emocional.
- Trabajar pauta problema en sus relaciones familiares, de pareja y con el terapeuta.

- Estrategias terapéuticas.

- Alianza terapéutica (aceptación incondicional, experiencia emocional correctiva en la que se sienta valorada, metacomunicaciones).
- Estrategias de conducta que permitan una reducción de sintomatología ansiosa y depresiva y propiciar la vuelta al instituto. (Activación conductual, respiración abdominal, terapia icónica).
- ACT (metáforas, objetivos y valores, ejercicios experienciales).
- Facilitar y evocar experiencia emocional, trabajo con narrativas.
- Trabajar triángulo del conflicto y las relaciones, discusión y ensayo de relatos alternativos.

- Contrato terapéutico

Se acuerdan sesiones de periodicidad semanal en un principio y quincenal después, con una duración de 45 minutos, durante cuatro meses. Comenzando por técnicas conductuales para la contención sintomatológica inicial.

Se acuerdan seis sesiones de cierre.

- Amenazas a la terapia.

La paciente presenta rasgos de personalidad de cluster B (histriónicos y narcisistas) marcados, aunque no patológicos, que podrían dificultar el desarrollo de la terapia. La propia pauta problema puede aparecer de nuevo en terapia, abandonando ella antes de que la abandonen.

Tratamientos

El tratamiento seleccionado han sido diversas técnicas que permitían trabajar de manera secuencial los síntomas y el trabajo con la pauta problema y la alianza terapéutica de manera transversal.

Se utilizan estrategias conductuales en un primer momento dirigidas a los síntomas más interfirientes (inactividad, sintomatología ansiosa e ideas autolesivas). Se trabajan ejercicios experienciales dirigidos a la identificación y expresión emocional. Se utilizan metáforas y filosofía de la terapia de aceptación y compromiso para aumentar la tolerancia al sufrimiento.

Se trabaja a través de la relación terapéutica lo relacional de la problemática que presenta y la elaboración de narrativas alternativas.

Elección del tratamiento

En este caso, y tras las dificultades encontradas al seleccionar el tratamiento psicológico según la evidencia empírica mostrada en determinada categoría diagnóstica, se realiza la formulación de casos desde una perspectiva integradora. La mayor herramienta es el trabajo con la pauta problema que aparece en diferentes situaciones. Esta pauta problema y las técnicas específicas que se utilicen son construidas y elegidas según las características del paciente.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento se aplica de forma semanal/quincenal durante cuatro meses (16 sesiones) y se establecen seis sesiones de cierre.

- Estrategias secuenciales:

- Estrategias de conducta que permitan una reducción de sintomatología ansiosa y depresiva y propiciar la vuelta al instituto. (Activación conductual, respiración abdominal, terapia icónica).

- ACT (metáforas, objetivos y valores, ejercicios experienciales).

- Facilitar y evocar experiencia emocional, trabajo con narrativas.

- Estrategias transversales:

▫Alianza terapéutica (aceptación incondicional, experiencia emocional correctiva en la que se sienta valorada, metacomunicaciones).

▫Trabajar triángulo del conflicto y las relaciones, discusión y ensayo de relatos alternativos.

Factores relacionados con el o la terapeuta

La alianza terapéutica supuso una herramienta de trabajo en la terapia. Se realizaron autorrevelaciones y metacomunicaciones, para trabajar además, relaciones fuera de terapia.

Existió buena alianza terapéutica, con asistencia a todas las sesiones. La cumplimentación de actividades entre sesiones fue menor de lo pactado, trabajando también estas dificultades.

Diseño del estudio

Este caso clínico se trata de un estudio AB. Al finalizar la terapia se consiguieron la mayoría de objetivos terapéuticos, pero no se puede afirmar que haya sido por la aplicación de las técnicas mencionadas, puesto que existen más factores intervinientes que no han sido contemplados.

Análisis de datos

La evaluación realizada en un primer momento fue una entrevista clínica y la cumplimentación de un test que recoge sintomatología depresiva (BDI -II).

En el cuestionario BDI -II Pretest la puntuación obtenida por la paciente es de 32 puntos.

Antes de la recaída del cuadro clínico, la puntuación obtenida fue de 15. En el cuestionario pasado al finalizar la terapia descrita, la puntuación en ese mismo test, fue de 9.

Efectividad y eficiencia de la intervención

La formulación de caso realizada tras la recaída y la aplicación de las diversas técnicas siguiendo una perspectiva integradora en psicoterapia permitió realizar un trabajo más profundo de la pauta problema que presentaba la paciente en diferentes

situaciones y momentos. Fue capaz de verbalizar narrativas alternativas, pudiendo reconocerse como persona valiosa aun cuando no tuviera un alto rendimiento o éxito en determinada situación, también dar explicaciones diferente en los momentos en los que existía fracaso, pudiendo tolerar la sensación de frustración y sufrimiento.

Discusión

La integración de técnicas y el empleo de formulaciones flexibles, que tengan en cuenta la complejidad e individualidad de cada ser humano, permiten un trabajo más profundo que la selección de tratamientos de manera encorsetada.

La potencia de la formulación de casos reside en la organización del tratamiento teniendo en cuenta un amplio número de variables. Además de suprimir síntomas, se tiene en cuenta la relación terapéutica, el contexto, el análisis de la demanda y sobre todo, la pauta problema que sustenta la intervención.

Referencias

- Fernández, A., y Rodríguez, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mata, I., y Ortiz, A. (2009). Formulación de casos en salud mental: una guía de entrenamiento. En A. Retolaza (Coord.), *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación* (pp.195-215). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRADORA EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON SINTOMATOLOGÍA COMÓRBIDA

Mara Segura Serralta*, **Rosalía Díaz Bóveda **** y **Paula Placencia Morán****

**Psicóloga Clínica. Dto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos,
Facultad de Psicología, Universidad de Valencia; **Psicóloga Interna Residente.
Hospital Clínico Universitario de Valencia*

Resumen

Introducción y métodos: Se presenta un estudio de caso mediante la formulación clínica y terapéutica de un paciente que acude a la consulta de psicología clínica de un centro de salud mental del hospital clínico universitario de Valencia diagnosticado de un trastorno depresivo mayor. Se realiza una evaluación pre y post-tratamiento mediante entrevista clínica y la administración de diversos cuestionarios psicométricos. El paciente presenta un trastorno depresivo mayor, sintomatología alimentaria, déficits del control de impulsos y rasgos de personalidad disfuncionales que dificultan el tratamiento habitual y empeoran el pronóstico. **Resultados:** Tras una intervención psicológica integradora, en coordinación con el tratamiento psiquiátrico, el paciente presenta una mejoría de la sintomatología afectiva y alimentaria y una mejora del funcionamiento en su vida diaria. **Conclusiones:** La presencia de sintomatología comórbida tanto del eje I como del eje II requiere el replanteamiento del tratamiento psicológico elegido, generando la necesidad de integrar diversas técnicas para conseguir una mejoría de la psicopatología presentada por el paciente.

Palabras clave: Tratamiento psicológico integrador, trastorno depresivo mayor, trastorno por atracón, sintomatología comórbida, déficit de control de impulsos.

AN INTEGRATIVE PSYCHOLOGICAL INTERVENTION ON MAJOR DEPRESSIVE DISORDER WITH COMORBID SYMPTOMS: A CASE STUDY

Abstract

Introduction and methods: A case study is presented by means of the clinical and therapeutic formulation of a patient with major depressive disorder who was treated in the clinical psychology service of Hospital Clínico Universitario de Valencia. A pre and post-treatment evaluation is performed through clinical interview and the administration of several psychometrics questionnaires. The patient has a major depressive disorder, eating symptomatology, impulse control deficits and dysfunctional personality traits. Consequently the treatment is more difficult than usual and the prognosis gets worse.

Results: After an integrative psychological intervention, in coordination with the psychiatric treatment, the patient presents an improvement of the affective and eating symptomatology and an improvement of functioning in his daily life. **Conclusions:** The presence of comorbid symptoms of both axis I and axis II generates the need to integrate different techniques to achieve an improvement of the psychopathology presented by the patient.

Keywords: Integrative psychotherapy, major depressive disorder, eating disorder, comorbid symptoms, impulse control disorder

Introducción

Existe evidencia acerca de la eficacia de diversos tratamientos psicológicos para el trastorno depresivo mayor (TDM) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), pero en la práctica clínica es común que el TDM se asocie a la presencia de otros trastornos mentales (de eje I y/o de eje II) que empeoran el pronóstico e interfieren con el tratamiento. Es importante considerar la presencia de los distintos trastornos mentales que presente el paciente para llevar a cabo una intervención adecuada, por lo que se plantea la necesidad de un modelo de intervención integradora en la que sea el mismo profesional quien aborde los distintos problemas de manera simultánea.

Identificación del paciente

F es un hombre de 46 años, natural de Andalucía, casado y con dos hijos (varones de 15 y 13 años). La familia vivía en un piso de alquiler en Valencia pero tuvieron que mudarse a una casa situada en un pueblo cercano, que pertenece a unos tíos paternos, debido a que no podían afrontar el pago del alquiler. La madre de F vivía con su hermana, pero hace unos meses enfermó de cáncer y se trasladó a vivir con ellos para recibir mejores cuidados ya que la hermana tiene problemas de adicción a las drogas. F inició sus estudios de economía en la universidad pero los abandonó antes de terminar. Inicialmente trabajó en una empresa de seguridad prestando sus servicios en discotecas, y tras dejar este empleo fundó una pequeña empresa de copistería que tuvo que cerrar años después por problemas económicos derivados de su mala gestión del dinero. Desde entonces se encuentra desempleado y sin cobrar prestación, por lo que la familia se sostiene con el escaso sueldo de su mujer, lo que les ha llevado a pasar de un nivel social y económico medio a un nivel bastante bajo. Actualmente presenta una obesidad mórbida (índice de masa corporal, IMC= 59), por lo que fue considerado como candidato para la cirugía bariátrica, pero fue rechazado por la presencia de un trastorno de atracón.

Análisis del motivo de la consulta

El paciente acude a consulta derivado por su médico psiquiatra y refiere que, a pesar de seguir el tratamiento farmacológico, se encuentra triste, sin ganas de hacer nada y con problemas para controlar sus ingestas. En la evaluación se apreció sintomatología afectiva, ansiedad relacionada con los problemas económicos familiares y, desde hace más de 6 meses, episodios de atracón recurrentes. Además, se observan episodios de gastos compulsivos desde hace varios meses, aunque actualmente la frecuencia es ocasional.

Historia del problema

La familia de origen del paciente tenía un nivel socio-económico elevado. Él, su hermana pequeña y sus padres vivían en una extensa finca de Andalucía. Describe a su padre como autoritario y ausente en la crianza, y como un hombre inteligente y

triunfador, pero quemaltrataba física y psicológicamente a su madre y tenía problemas con el juego. La madre procedía de una familia humilde y la describe como una mujer deprimida, con poca formación y aspiraciones, y con suerte por haber encontrado un marido rico. Refiere que su infancia fue muy feliz, lo tenía todo e iba al mejor colegio de la zona, pero cuando su padre perdió el trabajo todo cambió porque se quedaron sin dinero, sus padres se separaron y su hermana, él y su madre se mudaron a Valencia. No se adaptó a su nueva vida en la nueva ciudad, en el colegio sufrió acoso por parte de sus compañeros y no tuvo amigos durante el resto de su infancia y adolescencia. A los 18 años compaginó sus estudios de economía en la universidad con el trabajo como seguridad en discotecas, y poco después dejó sus estudios antes de terminar la licenciatura. Se relaciona con gente importante y de mayor nivel socio-económico que el suyo y se describe a sí mismo en aquel momento como un buen partido para las mujeres, seductor, con dinero, trabajo y un buen coche. En esta época empezó a consumir cocaína, llegando a hacerlo diariamente y en grandes cantidades. Tres años después, decidió dejar el consumo y se fue a vivir a Andalucía con su padre. Allí conoció a su esposa, a quien describe como una mujer pasiva y sumisa. Tras varios meses de abstinencia, su padre fallece y cobró su herencia por lo que decidió volver a Valencia. Una vez allí reinició el consumo, gastó el dinero de su herencia en cocaína y en fundar una empresa de copistería, que tuvo que cerrar por problemas económicos derivados del consumo de drogas. Tras esto, y presionado por su mujer, estuvo en tratamiento psicológico y consiguió una recuperación total del trastorno por dependencia. Sin embargo, cuando dejó de consumir cocaína empezó a tener episodios de atracón, que no ha conseguido controlar hasta el momento actual y que le han llevado a padecer una obesidad mórbida. Hace unos meses F empezó a realizar conductas de gastos compulsivos que le llevaron a perder todo el dinero que le quedaba, intentó conseguir recuperar parte del dinero robando un banco de la ciudad. Fue detenido pero debido a que el intento de robo no llegó a terminarse y a que no tenía antecedentes penales fue condenado a realizar 6 meses de trabajos sociales. Desde entonces el paciente presenta un cuadro depresivo y un agravamiento del cuadro alimentario.

Estrategias de evaluación

Se llevaron a cabo dos entrevistas clínicas y se administraron, antes y después del tratamiento, los siguientes cuestionarios: el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996; BDI-II), el inventario de ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988; BAI) y el test de investigación en bulimia de Edimburgo (Henderson y Freeman, 1987; BITE)

Descripción de las conductas problema:

Se observa la presencia de sintomatología afectiva consistente en un estado de ánimo deprimido, anhedonia parcial, aislamiento, sentimientos de inutilidad, ideas de muerte pasivas, dificultades para conciliar el sueño y aumento de peso. Además el paciente presentaba ansiedad relacionada con los problemas económicos familiares que se observaba en preocupación y rumiación constantes y sensaciones fisiológicas de pánico en momentos en los que tenía que hacer frente a las deudas. Desde hace más de 6 meses, F realizaba episodios de atracón recurrentes con una frecuencia elevada (3 o 4 veces a la semana) que no habían desaparecido con el tratamiento farmacológico y que aparecían como reactivos a la presencia de emociones desagradables como ansiedad, tristeza, aburrimiento y/o culpa y a situaciones de conflicto como discusiones con su mujer, madre y/o hijos. Presentaba también episodios de gastos compulsivos en los que describía una necesidad de comprar objetos que no necesitaba y una sensación de pérdida de control asociada a estas conductas. A nivel emocional se observan dificultades para regular las emociones de un modo adaptativo.

Formulación clínica del caso

Encontramos como factores predisponentes familiares las características de ambos progenitores, siendo el padre como modelo un hombre de éxito, triunfador y machista, ausente en la crianza y caracterizado por un estilo educativo autoritario y por ser un hombre impulsivo, maltratador y alexitímico, y la madre una mujer sumisa y dependiente, y ausente también en la crianza de sus hijos. A nivel individual, los factores de predisposición son: los rasgos de personalidad narcisistas y límites, la omnipotencia, la presencia de imágenes idealizadas respecto a sí mismo y dicotómicas respecto al rol de las mujeres, las dificultades en la regulación emocional, la

impulsividad, baja toleración a la frustración y a la incertidumbre, y una actitud pasiva ante el problema junto con la creencia de que el mundo y los demás tienen que resolver sus problemas.

La detención tras el atraco y la condena a trabajos sociales fueron los factores precipitantes de la sintomatología afectiva y ansiosa actual, ya que el paciente contactó con la realidad y fue consciente de que sus problemas psicológicos estaban conllevando consecuencias reales para sí mismo y para su familia.

Como factores mantenedores encontramos la dinámica familiar en la que él es quien tiene y ejerce el poder, su mujer es sumisa y dependiente, y sus tíos solucionan sus problemas económicos a corto plazo. A nivel cognitivo, las creencias rígidas y los pensamientos automáticos negativos acerca de sí mismo, los demás y el futuro, y a nivel conductual y motivacional, la reducción del nivel de actividad y de las relaciones interpersonales, el aumento del aislamiento, la pérdida de intereses e inquietudes y la pobre regulación emocional favorecen el mantenimiento tanto de la sintomatología afectiva como de la alimentaria y del control de impulsos. Por último, la obesidad mórbida también facilita el mantenimiento de los síntomas afectivos.

Además, a lo largo de la terapia se presentan distintos factores que modulan la intensidad de la sintomatología del paciente, éstos son: la enfermedad de la madre, problemas familiares (conflictos con uno de los hijos, y con los tíos paternos) y una discusión con su médico de atención primaria que le lleva a percibirse abandonado y sin apoyo por parte de la seguridad social.

Establecimiento de las metas del tratamiento y objetivos terapéuticos

Para el paciente las metas más relevantes son recuperar su nivel de funcionamiento previo y eliminar los atracones y episodios de gastos compulsivos. Teniendo en cuenta esto, los objetivos terapéuticos planteados son: Aumentar la conciencia del problema y de su implicación en él propiciando una actitud más activa, reducir la sintomatología afectiva y favorecer un funcionamiento normalizado, fomentar nuevos intereses y actitudes, reducir las dificultades en el control de impulsos y mejorar los problemas de regulación emocional, eliminar los episodios de atracones y conseguir una alimentación saludable para poder ser considerado óptimo para la realización de la cirugía bariátrica.

Selección de los tratamientos adecuados

Con la finalidad de conseguir los objetivos fijados se desarrolló una terapia psicológica integradora en la que se utilizaron las siguientes técnicas de intervención:

-Entrevista motivacional para aumentar la motivación al cambio y generar disonancias en relación al momento actual y al futuro deseado.

-Técnicas narrativas y experienciales con el objetivo de aumentar la conciencia del problema y su implicación en él, favorecer la integración respecto al concepto de sí mismo y sobre su familia de origen.

-Activación conductual y programación de actividades agradables para favorecer la motivación para realizar el tratamiento, reducir el estado de ánimo deprimido y conseguir aumentar sus intereses y una actitud más activa.

-Técnicas de manejo de ansiedad para favorecer la regulación de esta emoción y afrontar situaciones problemáticas.

-Técnicas conductuales, de entrenamiento en autocontrol y de regulación emocional con el objetivo de reducir los episodios de atracón y de gastos compulsivos.

-Reestructuración cognitiva para cambiar pensamientos automáticos negativos y esquemas disfuncionales.

-Solución de problemas para favorecer el afrontamiento de las situaciones problemáticas.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento fue llevado a cabo durante un año y medio, realizando sesiones quincenales los primeros 8 meses y mensuales los últimos 4, y dos sesiones de seguimiento cada 3 meses. Todas las sesiones se realizaron individualmente.

Resultados

Tras las sesiones de tratamiento psicológico y farmacológico el paciente mostró una reducción de la psicopatología general y alimentaria (como se observa en la tabla 1), un mejor manejo de los episodios de gastos compulsivos y una mejoría del funcionamiento diario a nivel social e interpersonal. No obstante, sigue con el tratamiento farmacológico (antidepresivos) y continúa presentando problemas

familiares que favorecen el mantenimiento de diversos problemas, por lo que consideramos indicada la realización de una terapia familiar sistémica.

Tabla 1

Resultados antes y después de la intervención

CUESTIONARIOS	PRE-INTERVENCIÓN		POST-INTERVENCIÓN	
BDI	36*		10	
BAI	58*		18	
BITE	SÍNTOMAS	SEVERIDAD	SÍNTOMAS	SEVERIDAD
	26*	6	13	2

Conclusiones

En este estudio de caso se observa la necesidad de utilizar técnicas de diversos tratamientos psicológicos para poder intervenir sobre los distintos problemas del paciente. La terapia cognitiva para la depresión, como tratamiento eficaz para este trastorno, se considera insuficiente para conseguir una mejoría en este paciente debido a que los múltiples problemas presentados no son abordados de manera específica. Además hay que considerar que la intervención sobre los distintos tipos de problemas es más eficaz si se realiza de manera integrada por el mismo profesional que si se hace de manera secuencial o en paralelo por distintos profesionales, como ocurre en muchas ocasiones en las que un paciente es derivado a dispositivos específicos para el tratamiento de los distintos problemas. Por tanto hay que considerar que la presencia de sintomatología comórbida tanto del eje I como del eje II requiere el replanteamiento del tratamiento psicológico elegido, generando la necesidad de integrar diversas técnicas para conseguir una mejoría de la psicopatología presentada por el paciente.

Bibliografía

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Henderson, M., y Freeman, C. (1987). A self-rating scale for bulimia. The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guías de Práctica Clínica en el SNS*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t).

**TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL EN LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA “MI NOMBRE TIENE ESTRELLAS”:
A PROPOSITO DE UNA NIÑA QUE SE LLAMABA SERGIO**

Yolanda Álvarez-Fernández*, J. Antonio García-Casal, M. Begoña Antúnez-
María***, Rocío Gordo-Seco*** y Xose R. García-Soto***

**Psicólogo Clínico, ESMIJ, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos;*

***Psicólogo clínico. CRPS Fundación INTRAS Zamora; ***Psiquiatra, ESMIJ,*

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos, España

Resumen

Si bien se han publicado protocolos de diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Identidad Sexual (TIS) en la infancia y la adolescencia, existe poco conocimiento entre los profesionales de la salud mental al respecto debido a su baja prevalencia. Se presenta el caso de un niño de ocho años, su diagnóstico, tratamiento y seguimiento hasta los once años. Sus padres y él decidieron realizar la transición social a los diez años, y Sergio pasó a llamarse Selene y vivir como niña en todos los ámbitos con buenos resultados. Se describen las etapas del tratamiento y las precauciones que se tomaron en cada una de ellas, analizando los principales desafíos. Se plantea la necesidad de tener en cuenta las altas tasas de reversión en niños prepúberes con TIS y de desarrollar escalas diagnósticas específicas para población española, dado que algunos aspectos pueden ser predictores de un mayor o menor grado de reversión.

Palabras clave: Trastornos sexuales y de género; transexualismo; identidad de género; disforia de género; niño.

**SEXUAL IDENTITY TRAINING IN CHILDREN AND ADOLESCENTS
"MY NAME HAS STARS": IN RELATION TO A GIRL NAMED SERGIO**

Abstract

In spite of the availability of standards of care for the diagnosis and treatment of Gender Identity Disorder (GID) in childhood and adolescence, mental health professionals

remain unfamiliar with them due to its low prevalence. A clinical case is presented of an eight year old boy with GID from diagnose to treatment and follow up until age eleven. The boy, named Sergio, and his parents decided to go for social transition at age ten, when he started to live as Selene with a good outcome. Treatment stages are described with a focus into the main challenges clinicians should have in mind. The importance of considering the high rates of desisters among children with GID after overcoming puberty is highlighted, as well as the necessity of developing specific diagnostic scales for Spanish population, as some childhood characteristics could predict rates of persistence.

Keywords: Sexual and gender disorders; transsexualism; gender identity; gender dysphoria; child.

Introducción

En algunas ocasiones, ocurren cambios con una rapidez que hace difícil que las disciplinas se adapten a ellos. Creemos que eso es lo que está sucediendo con el diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Identidad Sexual (TIS) en la infancia y la adolescencia. Si bien se han publicado guías clínicas, la mayoría de los profesionales de la salud mental nos mantenemos ajenos a esta realidad. El TIS se caracteriza por un intenso malestar con el sexo asignado al nacer y el deseo persistente de pertenecer al otro sexo. Se ha cambiado el nombre del cuadro clínico de TIS a Disforia de Género (DG) en el DSM-V, siendo esta nueva terminología más descriptiva y menos estigmatizadora.

La identidad de género (sentirse hombre o mujer) es diferente de la orientación sexual y se define en momentos evolutivos distintos. La primera comienza a estructurarse en los primeros 3 años de vida. La segunda se define y estructura en la adolescencia. Podemos encontrar signos de DG desde los tres años (Esteva et al., 2006). También es necesario distinguir a la DG de la intersexualidad. Según el DSM-IV-TR no puede realizarse diagnóstico de TIS en caso de existir una condición intersexual, pero este criterio se ha modificado en el DSM-V, siendo necesario especificar si el TIS coexiste o no con esa condición.

En 1999 se creó en Andalucía la primera Unidad de TIG. Aun así, según Gómez-

Gil et al. (2011), la información sobre las necesidades sanitarias de esta población es escasa.

La prevalencia es de 1/11.900 en transexuales de hombre a mujer (THM) y 1/30.400 en transexuales de mujer a hombre (TMH) (The World Professional Association for Transgender Health, 2012). De acuerdo a estas tasas habría en el Estado Español un total de 2743 personas transexuales: 1957 THM y 765 TMH. De ellos, 493 tendrían menos de 18 años, 360 THM y 133 TMH (INE, 2012).

En cuanto a la etiología, se han manejado modelos psico-sociales y genético-hormonales. Los segundos presentan mayor apoyo empírico, existiendo excepciones que obligan a contemplar un modelo etiológico biopsicosocial evolutivo (Zucker, Wood, Singh y Bradley, 2012).

Tanto Byne et al. (2012) como Moreno-Pérez y Esteva (2012) proponen un proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento de las personas con TIS que pase por las siguientes etapas: 1- diagnóstico interdisciplinar; 2- información y orientación; 3- transición social o experiencia de la vida real; 4- tratamiento hormonal (inhibidor o inductor); y 5- cirugía de reasignación. En el caso de la infancia y la adolescencia, estos pasos requieren de un manejo especial que atienda a las características de esta población, momento evolutivo, tasas de reversión y conocimiento acumulado en el tratamiento.

Caso Clínico

Identificación y motivo de consulta

Sergio es un varón biológico de 8 años, proveniente de núcleo urbano del sur de la provincia de Burgos, cursa 3º EPO y acude acompañado por sus padres. Sin antecedentes filiados de salud mental, es derivado por pediatría para valoración y asesoramiento en relación con la disconformidad que presentaba hacia su género.

Antecedentes personales: Parto y desarrollo psicomotor normal. Rendimiento escolar medio, con dificultades en el aprendizaje de la lectura y buena relación con compañeros.

Estructura familiar: Padre, policía, 44 años; madre, ama de casa, 39 años; cuatro hijos (el paciente de ocho años, una chica de seis, y dos chicos de tres y un año). Buena

relación de pareja. Estilo educativo asertivo. Sin antecedentes familiares de interés.

Diagnóstico inicial: F64.2 TIS en niños (provisional) con EEAG 75 y sin diagnóstico en otros ejes. Se informó y orientó al niño y los padres y se propuso seguimiento evolutivo en un año.

Retorno: El paciente retornó a los veinte meses, con diez años y cursando 5º de EPO. En la exploración expresó que se sentía “una chica atrapada en un cuerpo de chico” y querer “vestirse y vivir como chica”. En el colegio le llamaban “gay” o “maricón” y tenía bajo rendimiento escolar.

Exploración psicopatológica

No presentó psicopatología asociada evaluada mediante entrevista clínica, escalas de ansiedad, depresión y personalidad. Desde pequeño verbalizaba querer ser mujer y su deseo de “operarse” cuando fuera mayor. Decía que “algo había ido mal con él”. Se comportaba como una niña y prefería relacionarse con niñas.

Evaluación y diagnóstico

El paciente cumplía los criterios de TIS del DSM-IV-TR. Se decidió solicitar una segunda opinión a la Unidad de Identidad de Género del Hospital Clínico de Barcelona, que confirmó el juicio clínico.

Se derivó al paciente a endocrinología pediátrica, donde se pidió un estudio genético, hormonal y de imagen. Todos los resultados fueron normales, indicando que era un varón genético (XY) con desarrollo puberal T1 (2cc) P1 A1 y sin alteraciones hormonales, descartándose intersexualidad asociada. Se indicó esperar a que el paciente estuviera en el estadio 2-3 de Tanner para iniciar el tratamiento hormonal inhibitor de características sexuales secundarias en caso de que así se decidiera citándolo para seguimiento en primavera de 2013.

Con esta información, se realizó el diagnóstico de F64.2 TIS en niños, con EEAG 70.

Evolución y aplicación del tratamiento

Ante la claridad del diagnóstico y la aparición de dificultades en la socialización, se planteó como objetivo brindar asesoramiento y psicoeducación que permitieran a la

familia elegir el curso de acción a seguir. Se explicó nuevamente en qué consistía el TIS y se brindó información escrita (Vergara, 2007) y audiovisual (Hoogakker, 2005). Se descartó depresión mediante entrevista clínica y el cuestionario CDI (Del Barrio y Carrasco, 2004).

Al cabo de dos meses, los padres y el niño decidieron realizar la transición social en vacaciones de navidad. En esta etapa se brindó información y asesoramiento para que pudieran valorar los pros y contras de las diferentes opciones. En este sentido fue fundamental informar sobre las bajas tasas de persistencia del TIS una vez superada la pubertad. También manifestaron dudas: “Vamos haciendo los cambios, pero a la vez nos preguntamos si no nos estaremos equivocando”. Se les planteó la posibilidad de una transición intermedia, pero les pareció que no sería bueno para el niño. Decidieron continuar con la transición social completa, al valorar que la demora tendría más perjuicios que beneficios. Se les orientó en relación al momento y el proceso de cambio, de manera que tomaran las previsiones posibles para evitar potenciales dificultades o tener las herramientas para afrontarlas.

Se presentó la transición social a niño como experiencia de vivir el género deseado, no como cambio irreversible, y se le explicó que era posible volver atrás, los padres asumieron esta posibilidad planteando que de ser así la experiencia del cambio sería enriquecedora y clarificadora. Le regalaron un guardarropa de niña para navidades y volvió al colegio en enero con el nombre femenino que había elegido hacía dos años: Selene. A partir de este momento se le comenzó a llamar en consulta por ese nombre. Se asesoró a los padres sobre el manejo de la información con el entorno (familia, pueblo, colegio). El pediatra gestionó el cambio de nombre en el sistema informático de sanidad lo que fue valorado positivamente por la niña y sus padres.

Se ayudó a la familia a garantizar un ambiente seguro en el colegio y el pueblo valorando el riesgo de acoso y estigmatización y tomando las medidas protectoras necesarias. Se mantuvo una reunión con la orientadora para preparar en conjunto el cambio. Se envió una carta a los padres de los otros niños de la clase invitándoles a un taller informativo sobre DG y dando pautas para el abordaje del tema con sus hijos en caso de que surgiera. Se realizó otro taller con profesores preparándoles para responder a las posibles preguntas o comentarios del entorno escolar. Se trabajó con la niña estrategias de afrontamiento ante posibles situaciones de no comprensión.

Selene comenzó a firmar con su nombre de niña, un día comentó: “mi firma es un poco rara, pongo mi nombre y le pongo estrellas... cuando firmo para gente que no me conoce pongo Sergio”.

Poco antes del retorno al colegio como niña, comenzó a presentar más ansiedad. Se realizó una intervención con técnicas de relajación y se registró la ansiedad mediante la escala STAIC (Spielberger y Cubero, 1990). La ansiedad estado tuvo un pequeño repunte a los dos meses bajando a niveles mínimos a los nueve meses y la ansiedad rasgo descendió progresivamente hasta situarse algo por debajo de la media poblacional. La transición social se realizó sin problemas y con una sorprendente buena respuesta del medio.

El colegio y los padres notaron en los primeros meses que Selene buscaba ser siempre el centro de atención. En la consulta, en cambio, se apreció una baja autoestima acompañada y mantenida por la personalización, la sobregeneralización y la abstracción selectiva como distorsiones cognitivas. Valoradas estas mediante cuestionario CDCN-1 (Bas, 1987). Se trabajaron estos aspectos con reestructuración cognitiva y técnicas de modificación de conducta.

Se valoró personalidad con EPQ-J (Eysenck y Eysenck, 1997) enero-octubre, apreciándose un descenso del malestar psíquico a los nueve meses. También disminuyó la extraversión, lo que es coherente con el hecho de estar más cerca de la pubertad, y el descenso de su necesidad de llamar la atención. Aumentó la dureza a valores medios, lo que pudo estar relacionado con su mayor autoestima y capacidad para poner límites a compañeros, ya que antes era más complaciente para no ser rechazada.

En esta etapa se brindó información a los padres sobre unidades especializadas, grupos de apoyo para padres y grupos de pares para la niña. Para Selene resultó gratificante conocer a una adolescente de dieciséis años que estaba pasando por el mismo proceso que ella.

Se trabajó en sesiones de frecuencia mensual, pasando a un seguimiento cada tres meses a partir de junio de 2012, con el objetivo de prevenir dificultades psicosociales, colaborar a la construcción de un autoconcepto positivo en la niña y atender a posibles señales de reversión. Aprobó 5º y comenzó 6º con nueva profesora y director en el colegio sin incidencias. En la actualidad se está acompañando la construcción de su identidad de género, las dudas que plantea en relación al futuro del proceso y su

desarrollo afectivo sexual.

En el futuro se abordará con la niña y la familia el acompañamiento en las siguientes fases. Se priorizará mantener la alianza terapéutica a lo largo del proceso de cambio social e intervenciones físicas que decidan afrontar para evitar la aparición de psicopatología asociada.

Discusión

Este caso clínico nos lleva a reflexionar sobre la importancia del trabajo interdisciplinar (sanitario, educativo y social) en este tipo de intervenciones. La evolución favorable tuvo que ver, entre otras cosas, con las medidas que se pudieron tomar de sensibilización y psicoeducación de la comunidad. Los niños-as con DS (NNDG) son más vulnerables a sufrir acoso escolar (Grossman, D'Augelli y Salter, 2006). Existe un amplio consenso sobre la importancia de un tratamiento adecuado para que no queden excluidos del sistema socio-educativo o desarrollen patología asociada (Cohen-Kettenis y van Goozen, 1997).

La decisión más difícil en este caso fue sin duda si realizar o no la transición social y en qué momento. El rol del psicólogo clínico es informar y asesorar con neutralidad ya que las decisiones deben ser tomadas siempre por la familia. Es necesario tener en cuenta el grado de disforia y el grado de incapacitación social, realizando siempre un balance costo/beneficio (Menvielle y Gómez-Lobo, 2011). En algunos casos, esperar al desarrollo puberal puede implicar un grado de sufrimiento no justificable si el diagnóstico es suficientemente claro. Actuar demasiado rápido, tampoco es recomendable, ya que se estima que del 45,3% al 95% de los NNDG desisten de su intención de pertenecer al otro sexo al superar la pubertad y sus cambios (Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal y Gooren, 2008). El tratamiento debe contar siempre con el consentimiento de los padres y, como plantea la Convención sobre los Derechos del Niño de la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 44/25, se debe tener en cuenta la opinión del menor. En la actualidad no es posible distinguir entre aquellos NNDG que persistirán tras la pubertad de los que no, pero sí se sabe que la mayoría de los adolescentes con DG no revertirán (Byne et al., 2012).

La evaluación de las características psicológicas de estos niños y niñas, así como la creación de escalas diagnósticas específicas han sido poco desarrollados. El estudio

de este tipo de instrumentos diagnósticos cobra especial relevancia debido a la necesidad de conocer mejor el desarrollo evolutivo de esta población. Por otra parte, las bajas tasas de prevalencia justifican la necesidad de contar con una escala diagnóstica que no dependa solamente de una valoración clínica. Finalmente, el hecho de que algunos aspectos puedan ser predictores de un mayor o menor grado de reversión (Steensma, Biemond, de Boer y Cohen-Kettenis, 2011) hace esencial una valoración objetiva de la demanda y la realización de seguimientos a medio y largo plazo.

Referencias

- Bas, F. (1987). *Cuestionario de Distorsiones Cognitivas para Niños y Adolescentes (CDCN-1)*. Madrid: Centro de Psicología Bertrand Russel.
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., et al. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 759-796.
- Cohen-Kettenis, P. T. y van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child-Adolescent Psychiatry*, 36, 263-268.
- Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. y Gooren, L. (2008). The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing Insights. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 1892-1897.
- Del Barrio, V., y Carrasco, M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Esteva, I., Gonzalo, M., Yahyaoui, R., Domínguez, M., Bergero, T., Giraldo, F., et al. (2006). Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 78, 65-70.
- Eysenck, H., y Eysenck, S. (1997). *Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gómez-Gil, E., Esteva, I., Almaraz, M. C., Godás, T., Halperin, I., y Soriguer, F. (2011). Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000 a 2009. *Revista Clínica Española*, 211, 233-239.

- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., y Salter N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2, 71-92.
- Hoogakker, C. H. (director). (2005). *From Lucas to Luus* [Documental]. Países Bajos: VPRO.
- Menvielle, E. y Gómez-Lobo, V. (2011). Management of Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of pediatric and Adolescent*, 24, 183-188.
- Moreno-Pérez, O., y Esteva, I. (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (anexo 1). *Endocrinología y Nutrición*, 59, 367-382.
- Spielberger, C. D., y Cubero N. S. (1990). *STAIC, Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños*. Madrid: TEA Ediciones.
- Steensma, T. H., Biemond, R., de Boer, F. y Cohen-Kettenis, P. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, 499-516.
- The World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, Seventh Version*. Minneapolis: WPATH. Recuperado 18 de septiembre de 2016 de <http://www.wpath.org/documents/SOC%20V7%2003-17-12.pdf>
- Vergara, E. (Coord.). (2007). *Guía didáctica sobre transexualidad para jóvenes y adolescentes* [Folleto]. Madrid, España: COGAM (Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid).
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., y Bradley, S. (2012). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59, 369-397.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DOLOR CRÓNICO

Irene Casanova Menal, Verónica Cabañas Rojas, Nuria de Andrés González y
Josefa Morales Mañas

PIR USMC Algeciras. UGS Salud Mental Campo de Gibraltar

Resumen

En el siguiente artículo se analiza un caso único diagnosticado de trastorno por dolor crónico muscular asociado a factores psicológicos de una mujer de 30 años sin hallazgos médicos patológicos. Se realiza una revisión bibliográfica y de las aproximaciones teóricas al concepto de dolor crónico desde la psicología, contemplando el concepto de conductas de dolor de Fordyce e identificando las variables del dolor y del afrontamiento de este que más relacionadas están con la depresión según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman. Se describe también el proceso de evaluación, que consistió en entrevistas no estructuradas, autoregistros conductuales, un inventario específico del dolor (MPI), cuestionarios y escalas para valorar estado afectivo, fatiga, expectativas de autoeficacia en el control del dolor, grado de discapacidad y escala clínica para valorar factores de personalidad y otro tipo de trastornos concomitantes. La estrategia de tratamiento persiguió como objetivos generales el aumento de la percepción de control funcional sobre la conducta dolorosa, la regulación de la actividad física y social, el afrontamiento de situaciones sociales, un reajuste de expectativas, incluyendo la reevaluación de situaciones potencialmente estresantes y la mejora del estado de ánimo y la autoimagen. Se sometieron, con el objetivo de operativizar los resultados, a las variables “depresión” y “nivel de dolor percibido” a mediciones pre y post tratamiento para contrastar la eficacia del paquete de técnicas cognitivo-conductuales aplicadas a la paciente. Los resultados fueron de mejora tras las sesiones en la variable depresión, sin embargo no pudimos concluir una recuperación significativa en el nivel de dolor percibido.

Palabras clave: dolor crónico, caso único, cognitivo conductual, afrontamiento.

ASSESSMENT AND COGNITIVE BEHAVIORAL TREATMENT IN A CASE OF CHRONIC PAIN DISORDER.

Abstract

The following article describes a unique case of chronic muscle pain disorder related with psychological factors of a thirty year old woman without pathological medical findings. A theoretical review of chronic pain from psychological approaches is made, considering the Fordyce's concept of pain behaviors and identifying the variables of pain and coping according to the transactional model of Lazarus and Folkman. The evaluation process, which consisted of unstructured interviews, self recording behavioral schedules, a specific inventory of pain (MPI), questionnaires and scales to assess affective state is also described, fatigue, self-efficacy expectations in the control of pain, degree of disability and clinical to evaluate personality factors and other comorbidities scale. The treatment strategy targets as general objectives increased perception of functional control over the pain behavior, regulation of physical and social activity, coping with social situations, a readjustment of expectations, including the re-evaluation of potentially stressful situations and improves mood and self-image. We quantificate, in order to make operative the results, variables "depression" and "level of perceived pain" to pre and post treatment measurements to test the effectiveness of cognitive-behavioral techniques package applied to the patient. The results were improved after sessions in depression variable, however we could not conclude a significant recovery in the level of perceived pain.

Keywords: chronic pain, single case, cognitive behavior, coping.

Introducción

El dolor crónico representa un grave problema humano, social y económico, ya que es un trastorno que afecta a muchas personas y con todo, la medicina identifica múltiples deficiencias en su tratamiento.

El 17,25% de la población adulta española (6,10 millones de personas) sufre dolor, siendo mas frecuente en mujeres (53%, 3,1 millones) (Soares, 2010).

Además, el dolor trae consigo una baja productividad laboral. El 39,39% de personas con dolor se ausenta de su puesto de trabajo, comparado con el 3,35% de la población que no presenta dolor.

El dolor crónico, en contraposición al agudo, se define, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor como todo cuadro álgico de más de tres meses de duración, que persiste después de la lesión que lo originó y se califica de inútil, ya que la intensidad es a menudo desproporcional a la patología observada y se asocia a patología funcional, tanto física como psicológica.

De acuerdo con Sternbach (1974) y Melzack (1990), los aspectos psicológicos más interesantes referidos al paciente que sufre dolor crónico, son los siguientes:

- Percepción del fracaso de los recursos terapéuticos.
- Exceso de reposo y reducción del nivel de actividad física.
- Abuso y posible dependencia de analgésicos y psicofármacos.
- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
- Alteraciones del humor y del estado de ánimo.
- Deterioro de las habilidades de comunicación y de las habilidades sociales.
- Abandono del trabajo, de las relaciones sociales y aparición de problemas económicos.
- Falta de autonomía personal y graves problemas de relación y equilibrio familiar.

Desde el modelo operante (Fordyce, 1978) se establece una distinción entre la experiencia privada de dolor no observable y la conducta de dolor manifiesta y cuantificable y, por lo tanto, más susceptible de condicionamiento. Cuando por cualquier razón un problema de dolor agudo persiste un cierto tiempo hay una oportunidad para que el aprendizaje/condicionamiento intrínsecamente presente ejerza su influencia y se produzca un problema de dolor crónico. Dichas conductas de dolor tienen, además, una instauración progresiva directamente relacionadas con el tiempo que permanece el dolor.

Anderson y Pennebaker (1984) demostraron que los conocimientos, pensamientos, ideas e información en general sobre el dolor, determinan si un estímulo se percibe como doloroso y en qué medida. Además, el miedo, el temor, la incertidumbre, la ansiedad... ejercen una influencia en la forma de vivir la experiencia dolorosa. Son muchas las pruebas clínicas y experimentales de que la creencia sobre el

origen del dolor altera de modo importante su percepción, la capacidad para tolerarlo y la reacción conductual y emocional. En consecuencia, es comprensible el por qué se altera la percepción y la tolerancia de los enfermos al dolor.

El enfoque de Lazarus y Folkman (1984) aplica el modelo transaccional al dolor crónico, centrándose en las estrategias de afrontamiento funcionales y la relación de estas con la depresión. El interés, desde esta perspectiva, se centra en las estrategias de afrontamiento del dolor (acción directa, acción inhibida, búsqueda de información, procesos intrapsíquicos) y su eficacia (orientación del proceso o regulación de la respuesta emocional).

Identificación del paciente y motivo de referencia

El caso único que analizamos es de Gema, una paciente de treinta años con dolor tipo musculo-esquelético de 10 años de evolución, de curso continuo con mejoras y empeoramientos. Viene remitida por su MAP.

Estrategias de evaluación

Se exploró la sintomatología usando las siguientes técnicas:

- Observación clínica: deambulación, posturas, expresiones faciales.
- Entrevista clínica: En la que incidimos en los siguientes aspectos:
 - Descripción y topografía de la estimulación dolorosa
 - Sintomatología psicológica correlativa al dolor.
 - Antecedentes personales.
 - Antecedentes familiares. Inicio y curso de la sintomatología.
 - Conductas de dolor.
 - Reacciones del entorno a estas conductas.
 - Disposición familiar.
 - Pautas de interacción y relaciones sociales.
 - Actividades Cotidiana.
 - Intentos de tratamiento anteriores y actuales.
 - Grado de aceptación de la enfermedad.
 - Expectativas del tratamiento.

Se usaron las siguientes pruebas psicométricas:

-MPI MULTIDIMENSIONAL PAIN INVENTORY West Haven-Yale
Multidimensional Pain Inventory (MPI; Kerns, Turk y Rudy, 1985)

-CADC (AUTOEFICACIA DEL CONTROL DEL DOLOR).

-BDI: (Beck Depression Inventory) Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961). Escala autoaplicada de 21 ítems. Para evaluar la gravedad de la depresión.

-CIS 20 R: ESCALA DE FATIGA.

La escala de fatiga CIS 20R cuantifica la fatiga subjetiva y los aspectos conductuales.

-ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE OSWESTRY:

Escala que mide el nivel de afectación a las capacidades funcionales de la vida del individuo. Inicialmente se configuró para el dolor de espalda.

-MCMI II: Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.

Es útil para explorar trastornos personalidad, posibles patologías y síndromes clínicos.

-Un AUTOREGISTRO diario específico de dolor crónico, resultó muy útil para medir la sensación dolorosa subjetiva. Incluyó facetas como día, hora, nivel de dolor (para esto se puede usar un termómetro de dolor, una gráfica del 0 al 10 o por colores), conductas, cogniciones, emociones y consecuentes de la conducta.

Formulación clínica del caso (ver Figura 1)

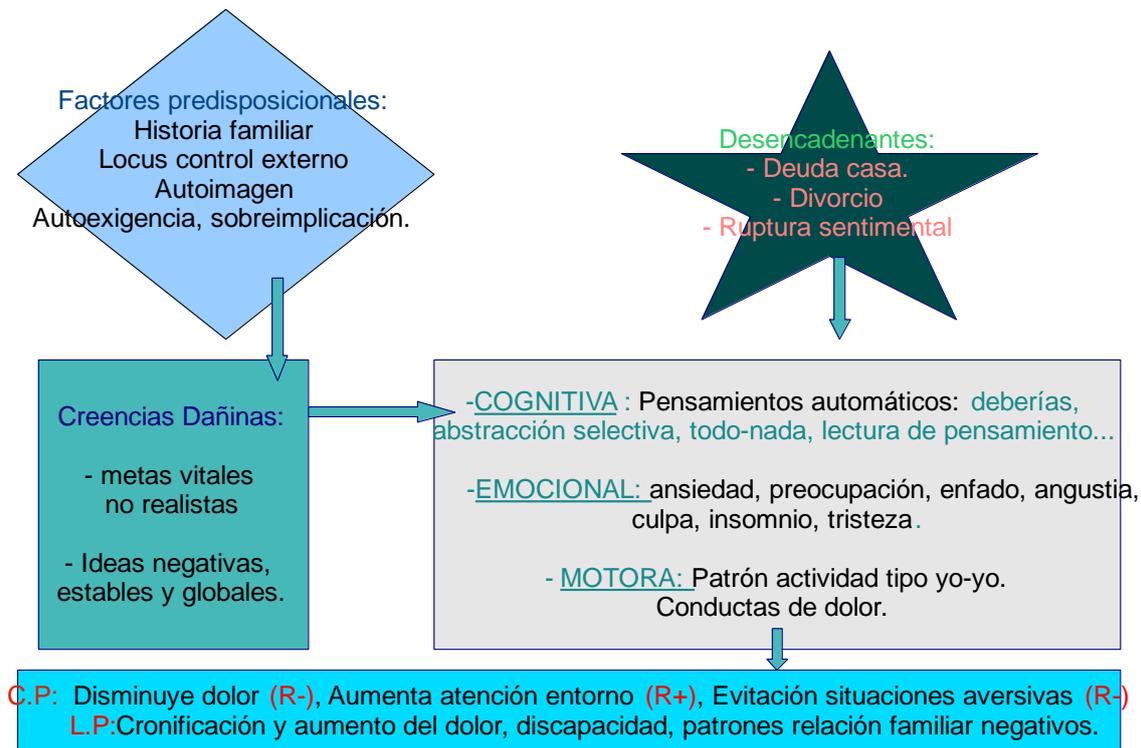


Figura 1. Formulación Clínica.

El dolor de Gema es de unos 10 años de evolución en el momento de la evaluación. Comienza en un periodo de estrés y cambios, en los que podemos hipotetizar, según la teoría de Fordyce (Fordyce, 1978), que los reforzadores ambientales cambiaron y la tensión muscular propia de episodios de ansiedad pudiera acarrear dolor y manifestarse en conducta dolorosa reforzada por el entorno. Fordyce afirma en esta línea, que cuando por cualquier razón un problema de dolor agudo persiste un cierto tiempo hay una oportunidad para que el aprendizaje/condicionamiento intrínsecamente presente ejerza su influencia y se produzca un problema de dolor crónico. En este marco, aparecen las llamadas conductas de dolor, que incluyen en el caso de Gema: quejas de dolor y sufrimiento, sonidos paralingüísticos (gemidos, suspiros...), las posturas y gestos corporales (cojeras, muecas), el déficit o la limitación funcional (permanecer echado todo el día y/o sin actividad alguna), las conductas dirigidas a la reducción del dolor (ingesta de medicamentos, consultas médicas) etc.

Desde la aproximación cognitiva, los pensamientos automáticos, la forma de pensar y sentir en una situación dada influirá en el significado afectivo y la solución del

problema del dolor, incluido conductas de dolor, estrategias de afrontamiento y limitación en la vida de la persona.

Anderson y Pennebaker (1984) demostraron que los conocimientos, pensamientos, ideas e información en general sobre el dolor, determinan si un estímulo se percibe como doloroso y en qué medida. La situación vital en la que debutó el problema de dolor de Gema era de por sí una situación de incertidumbre, ya que a la experiencia normativa de finalizar su etapa de estudiante e incorporarse al mundo laboral se sumó el divorcio de su madre con su padrastro. A partir de aquí, la paciente presenta creencias estables, negativas, internas y globales, lo que podría explicar su estado depresivo y su atribución del dolor a una personalidad melancólica ("yo sé que por ser melancólica me produzco esto"). El locus de control es externo, estable... Tiene pensamientos de indefensión.

Estas creencias, sumadas a un patrón de sobreexigencia, se manifiestan en una serie de pensamientos automáticos negativos (deberías, "tengo que..." "no he conseguido ningún objetivo en la vida"), lectura del pensamiento ("no me creen"), Abstracción selectiva ("No me hacen caso").

Analizando el caso desde el enfoque de Lazarus y Folkman, Gema usa eminentemente estrategias de afrontamiento pasivas, ya que hace partícipes cada día y en varios escenarios sociales (familiar, laboral...) a las personas que la rodean, puntuando alto en depresión y sufriendo mayor limitación en su vida, además de tener conflictos relacionales por este y otros temas. Por esto, el dolor percibido será mayor.

El dolor se ha estudiado también desde un enfoque psicofisiológico, como por ejemplo la Teoría del Control de la Puerta de Melzack y cols., que subraya el papel de los procesos cognitivos y emocionales sobre los cambios físicos que producen dolor y su correspondencia en las estructuras del sistema nervioso central y a nivel medular, la estimulación mediante la actividad de las fibras de conducción rápida a-delta. Al haber, según estos estudios, una doble vía arriba-abajo donde fluye la información dolorosa, al modificar nuestros mensajes desde la corteza podemos disminuir la sensación dolorosa. Esto es muy importante de cara a como se planteó el tratamiento con Gema, ya que la distracción y el cambio del discurso interno nos orientaría a una mejoría en la percepción del dolor.

Tratamiento

La mayor contribución de la terapia cognitivo-conductual al dolor crónico es la mejora del funcionamiento del paciente, así como el incremento de su calidad de vida y prevención de incapacidad. No obstante encontramos estudios que son concluyentes en la reducción del propio dolor

Los programas multicomponente han demostrado su superioridad en eficacia por la individualización y ajuste al caso en concreto, e incluso es beneficioso permitir que el paciente sea quién elija en alguna medida las técnicas que se adaptan mejor a sus objetivos. (Evers, Kraaimaat, van Riel y de Jong, 2002; Vallejo, 2005).

Objetivos de Tratamiento y técnicas (Cuadro 1):

Cuadro 1

Objetivos y técnicas

OBJETIVOS	TÉCNICAS
Aumento del conocimiento sobre el inicio y el mantenimiento del TDC	Psicoeducación, biblioterapia.
Aumento de la coordinación interdisciplinar	Llamadas médico, fisioterapeuta.
Aumento de la percepción de control funcional en crisis o picos de dolor.	Técnicas de control de la activación: Respiración diafragmática. Relajación muscular progresiva de Jacobson. Planificación de actuación en picos de dolor. Autocontrol, autoinstrucciones.
Regulación de la actividad.	Autoregistros. Planificación de la actividad.
Estabilización del patrón del sueño.	Programa de higiene del sueño.
Uso pautado del tratamiento farmacológico	Consulta Médico de Atención Primaria.
Afrontamiento de situaciones sociales.	Entrenamiento en Habilidades Sociales: asertividad, expresión emocional, rol playing.

Cuadro 1 (continuación)

Reestructuración de creencias disfuncionales. Ajuste de expectativas.	Reestructuración cognitiva de Beck.
Mejora del estado de ánimo.	Reestructuración cognitiva. Actividades gratificantes. Programa de aumento de la autoestima.
Reevaluación de situaciones potencialmente estresantes.	Reestructuración cognitiva. Técnicas de solución de problemas. Entrenamiento en habilidades sociales. Asertividad.
Mejora de la autoimagen.	Programa de aumento de la autoestima.

Método y Diseño

Se sometieron siete variables a medidas pre/post tratamiento. Se tomaron como variables dependientes del resultado de la terapia el nivel de depresión, el grado de dolor percibido, la fatiga informada, la autoeficacia, el afrontamiento del dolor, la psicopatología asociada y la afectación de las actividades cotidianas.

Análisis de datos

Depresión (Cuadro 2 y Figura 2)

Cuadro 2

Depresión

PRE 28/12/10 (sesión 3)	28 Depresión moderada.
POST 27/4/11 (sesión 15)	6 Normalidad. Ausencia de depresión.

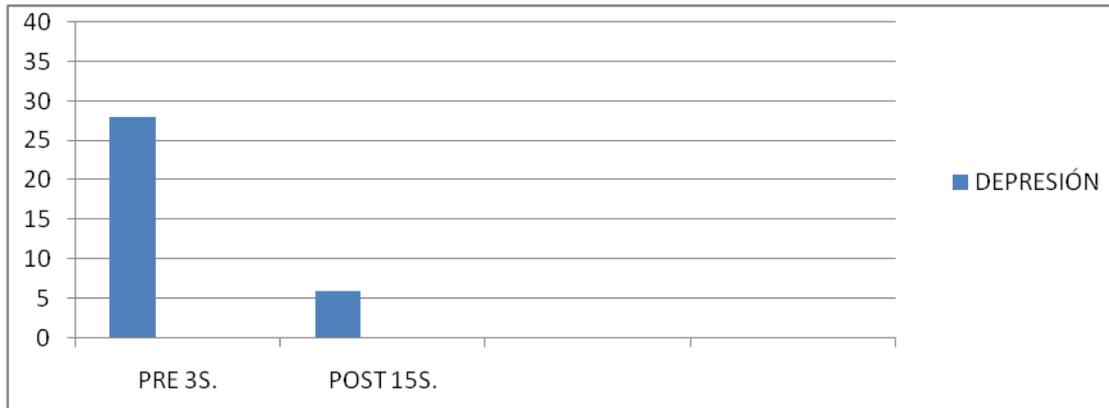


Figura 2. Depresión.

Nivel de dolor percibido. (Figura 3)

Se quiere comprobar si la terapia ha tenido algún efecto no sólo sobre el estado anímico y la angustia, si no sobre los niveles de dolor también, ya que algunos estudios indican que la terapia cognitivo conductual puede tener efectos sobre esta variable de forma directa, aunque los resultados empíricos encontrados en la bibliografía no son concluyentes. Se usan para medir esta variable los autoregistros.

Se cuantifica el dolor del 0 al 10, tomando las medias semanales de los autoregistros y teniendo en cuenta que, como se ha indicado antes el dolor suele fluctuar entre el dos y el nueve como orientación básica de rango de las puntuaciones.

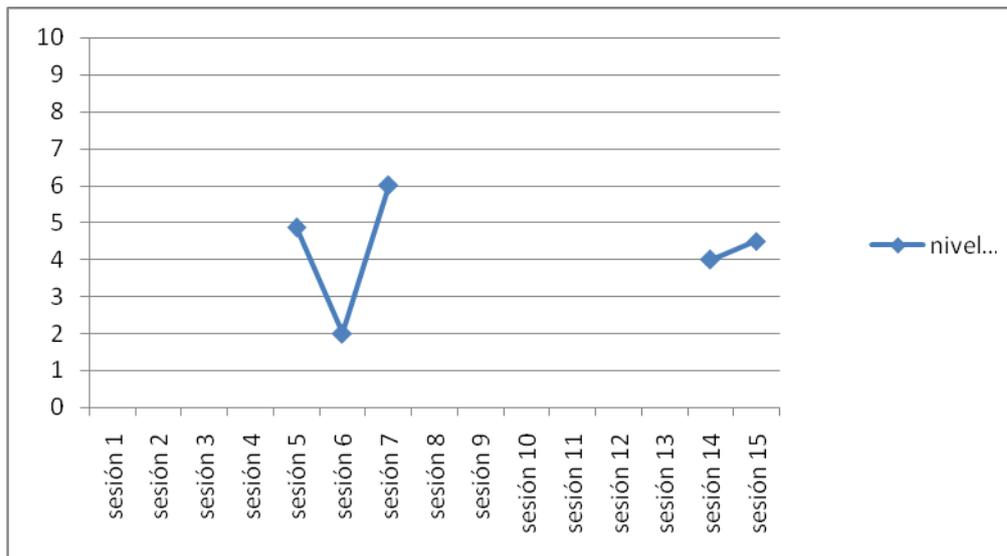


Figura 3. Nivel de dolor percibido.

Fatiga asociada al dolor (Figura 4).

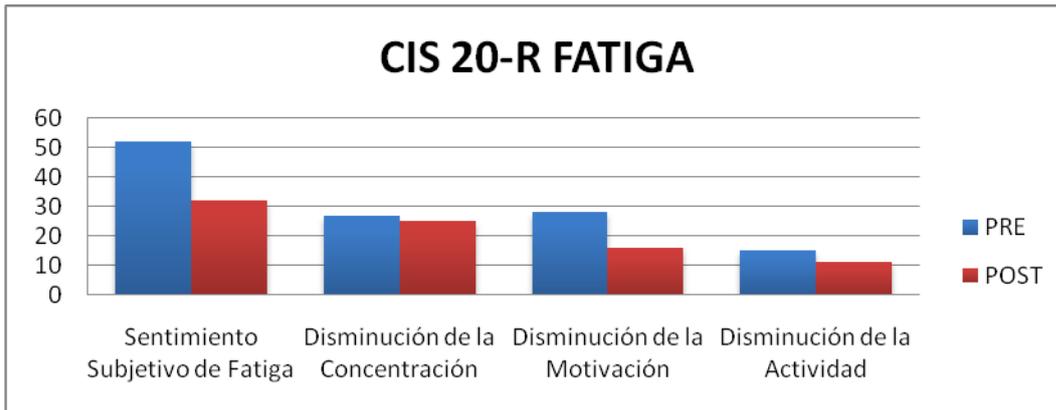


Figura 4. Fatiga.

Ajuste global al dolor (Cuadro 3 y Figura 5)

Cuadro 3

Resultados del pretest/postest del WHYMPI

	PRE	POST
PARTE 1: IMPACTO DEL DOLOR		
Interferencia	4/6	2,6/6
Apoyo	3,3/6	3,6/6
Gravedad del dolor	3,6/6	3/6
Control	3,5/6	1,6/6
Malestar emocional (angustia afectiva)	3/6	1/6
PUNTUACIÓN MEDIA	3,48	2,36
PARTE 2: RESPUESTAS DE PERSONAS SIGNIFICATIVAS		
Respuestas negativas (castigo)	1/6	1/6
Respuestas solícitas	2,8/6	2/6
Respuestas distractoras	2,75/6	3,5/6
PUNTUACIÓN MEDIA	4,72	2,16

Cuadro 3 (continuación)

PARTE 3: ACTIVIDAD		
Tareas del hogar	2/6	2,6/6
Trabajo al aire libre	NO VÁLIDA	NO VÁLIDA
Actividades fuera de casa	2/6	3/6
Actividades sociales	0,6/6	2/6
Actividad general	1,53/6	2,66/6
PUNTUACIÓN MEDIA	1,75	2,72

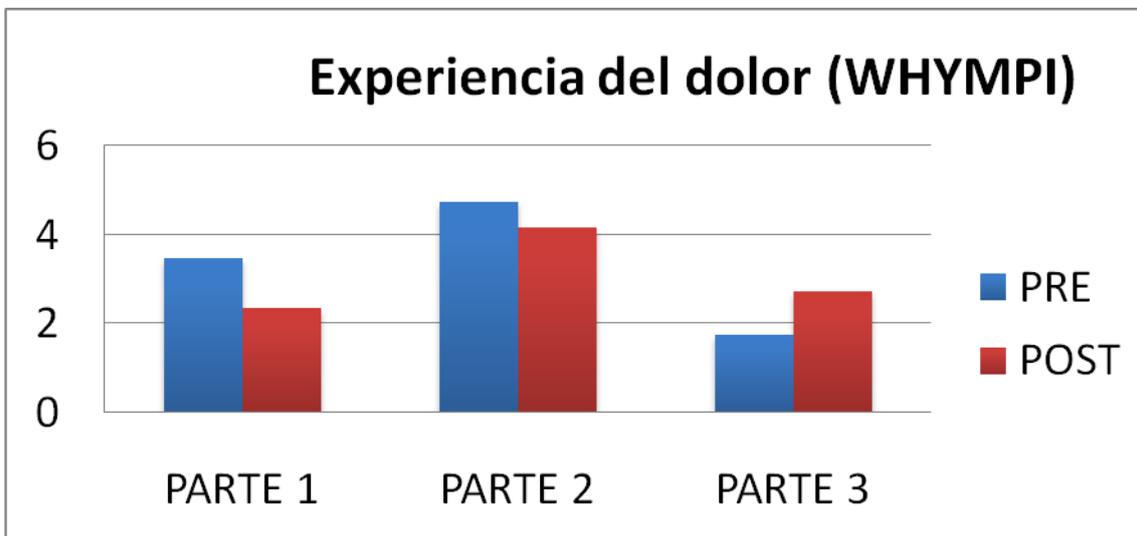


Figura 5. Experiencia del dolor.

Autoeficacia de control del dolor (Cuadro 4 y Figura 6)

Cuadro 4

Autoeficacia

PUNTUACIONES CADC:	PRE	POST
Escala de autoeficacia en control de síntomas	42/80	46/80
Escala de autoeficacia en funcionamiento físico	46/60	50/60
Escala de autoeficacia en manejo del dolor	21/70	35/70

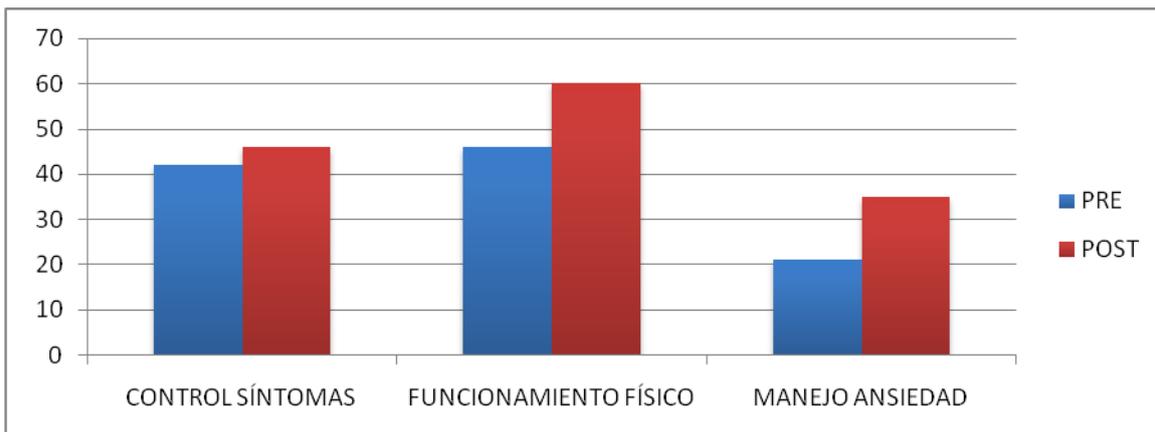


Figura 6. Autoeficacia.

Afectación funcional de las actividades cotidianas (Figura 7).

Para medir el post de esta variable usamos la escala de Discapacidad de Oswestry, en la que la paciente pasa de un 34% a un 22%.

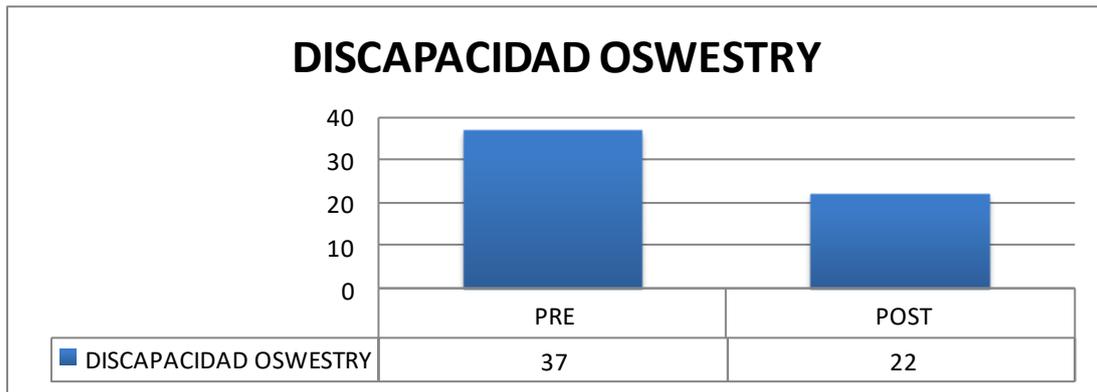


Figura 7. Discapacidad.

Psicopatología (MILLON MCMI II) (Figura 8)

Según los resultados de la medida post del MCMI II, observamos que la variable distimia, que antes despuntaba como fuera del punto de corte de la normalidad, ahora ha disminuido discretamente hasta posicionarse dentro de los valores normativos.

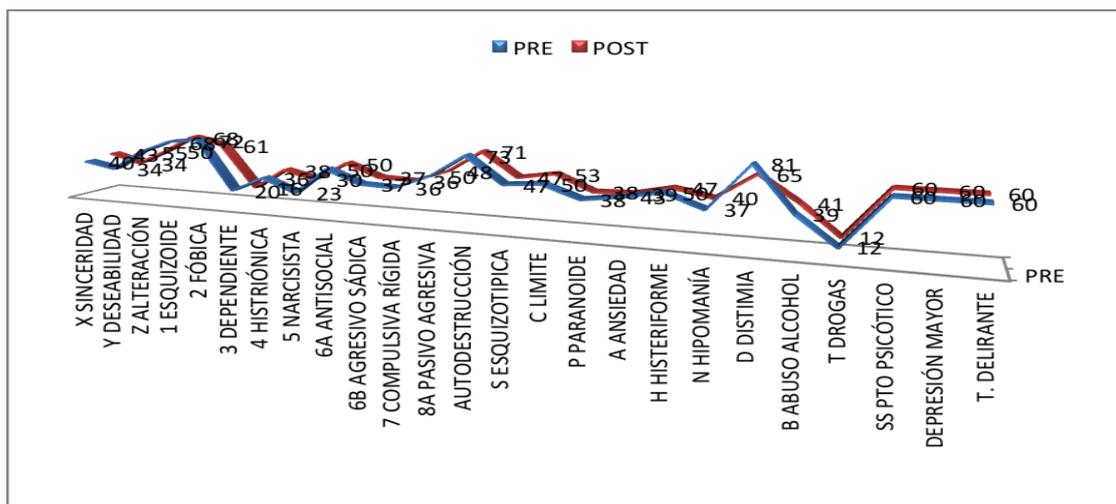


Figura 8. Psicopatología

Discusión

Podemos concluir que la paciente, durante la terapia, modifica su estilo de afrontamiento del dolor y de otras situaciones vitales, pasando de usar estrategias pasivas que suelen ser el motivo de perpetuación del sufrimiento asociado al dolor, a poner en marcha estrategias de aceptación y afrontamiento activo, promoviendo el

autocuidado, aceptando el trastorno como parte de su realidad y aplicando las técnicas aprendidas durante el tratamiento.

Referencias

- Anderson, D. B, y Pennebaker, J. W. (1980). Pain and Pleasure: alternative interpretations for identical simulation. *European Journal of Social Psychology*, 10, 207-212.
- 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.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., van Riel, P. L., y de Jong, A. J. (2002) Tailored cognitive behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *Pain*, 100(1-2), 141-153.
- Fordyce, W.E. (1978). *Learning Processes in Pain - The Psychology of pain*. Raven Press.
- Kerns, R. D., Turk, D. C., y Rudy, T. E. (1985). The West Haven - Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Lazarus, R.S, y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping* (trad. española Estrés y Procesos Cognitivos, Martínez Roca, 1986). Nueva York: Springer.
- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *TINS*, 13(3), 88-92.
- Soares, K., Sola, I., Aromataris, E., Tornero, J., Pérez, C., Margarit, C. y Kleijnen, J. (2010). *Epidemiology of chronic non-malignant pain in Spain*. Fundación Grünenthal.
- Sternbach, R. A. (1985). Acute versus chronic pain. En P. Wall y R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain* (pp. 173-177). Ed. Churchill-Livingstone. Nueva York.
- Vallejo, M. A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.

EL RIESGO DE SUICIDIO EN VÍCTIMAS DE ABUSOS SEXUALES: ESTUDIO DE CASO

Nuria de Andrés González*, Josefa Morales Mañas**, Verónica Cabañas Rojas***

PIR tercer año; **PIR cuarto año; *PIR segundo año*

Resumen

Antecedentes: Existe una amplia literatura acerca de los intentos de suicidio, en relación con los abusos sexuales. En el siguiente artículo se expondrá la intervención en una paciente que acude por un intento autolítico. En las primeras entrevistas la paciente refiere sintomatología coincidente con un cuadro de estrés postraumático crónico, causado por haber sido víctima de abusos sexuales por parte de su padre. **Método:** Utilizaremos una metodología de caso único, utilizando en primer lugar una entrevista semiestructurada y pruebas diagnósticas y de cribado, para la evaluación tanto del grado de gravedad de los síntomas, como la interferencia en su vida, las pruebas fueron: La entrevista estructurada de cribado Trauma History Questionare (THS), La Escala de Gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS), La Escala de Inadaptación (EI), el Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). **Resultados:** La paciente cumplía con las tareas de exposición y de reestructuración cognitiva y consiguió aumentar el grado de funcionalidad. En cada una de las sesiones daba un poco más de información acerca de su vivencia; después de contarnos toda su historia, la paciente dejó de acudir a consulta. **Conclusiones:** El abandono en este caso ha de ser analizado, pues puede ser tan terapéutico como las técnicas aplicadas.

Palabras clave: Intento de suicidio/Abuso sexual/TEPT/Abandono terapeutico

THE SUICIDE RISK IN SEXUAL ABUSE VICTIMS: AN UNIQUE CASE STUDY

Abstract

Introduction: There is an extensive literature about suicide attempts, committed by victims of sexual abuse. In the following article we will expose the intervention in a patient who came to the emergency services in the hospital due to a drug massive ingestion. In the first interview she was diagnosed of Posttraumatic Stress Syndrome, caused by the sexual abuse perpetrated by his father during the years in which he lived with. **Objectives:** To expose the methodology we will use a unique case. Using the semi-structured diagnostic interview and the following psychometric tests: Trauma History Questionare (THQ), The Posttraumatic Stress Disorder Gravity (Escala de Gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)), The Inadaptation Scale (Escala de Inadaptación, EI), the Ainxiety State-Trait Inventory(STAI) y el Beck Depression Iventory (BDI). **Results:** The patient improved with a high motivation towards change, she finally told us all that had happend to her during her life. Eventualy she abandoned the theraphy and never contacted us anymore. **Conclusions:** The analysis of abandonment is critical in this case, not just the meaning but also as an step forward in her recovery.

Keywords: Suicide Attempt/Sexual Abuse/PTSD/Therapy Abandonment

Introducción

Diversos estudios confirman que los jóvenes que desarrollan trastorno de estrés postraumático (TEPT) después de una experiencia traumática, tienen alto riesgo de intentar suicidarse. No obstante, en las personas que viven esa experiencia traumática, pero no desarrollan TEPT, no aumenta el riesgo de suicidio. "No es la experiencia traumática en sí, sino el TEPT el vaticinador independiente de futuros intentos de suicidio", explicó la doctora Holly C. Wilcox a Reuters Health. Según dicho estudio se estima que los jóvenes expuestos a una situación traumática que desarrollan TEPT

tienen 2,7 veces más riesgo futuro de intentar suicidarse, aún tras considerar factores de riesgo, como la depresión o el abuso de alcohol y drogas.

Según la literatura, los intentos de suicidio cometidos por mujeres están asociados en su mayoría a una historia de abuso sexual, dato esperable, teniendo en cuenta en cuenta que la aparición de historia de abuso sexual es casi el cuádruple en mujeres que en hombres, si bien los abusos sexuales en los varones tienen mayor capacidad de causar un TEPT, con respecto a las mujeres. En ambos sexos, la historia de abuso sexual se encuentra entre los principales predictores de TEPT.

El trastorno por estrés postraumático se clasifica dentro de los trastornos de ansiedad, definido por síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño para el afectado (F43.1 La Clasificación Estadística Internacional de | Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, CIE 10).

Respecto a la epidemiología, el trastorno de estrés postraumático es una enfermedad con una tasa de prevalencia-vida en torno al 8% en la población general, por lo que se presenta con una frecuencia mayor que otros trastornos de ansiedad de gran relevancia en psicología como la agorafobia, la ansiedad generalizada o el trastorno de pánico.

Muchas de las víctimas de abuso y trauma, tienden a culpabilizarse por haberlo sufrido, esto no es más que un mecanismo de defensa mediante el cual intentan volver a la ilusión del mundo como lugar tranquilo y seguro. Entre las mujeres víctimas de una violación, aquellas que desarrollan sentimientos de culpa presentan una mejor evolución de la enfermedad (50).

Los niños, tienden a culpabilizarse más que los adultos, lo que resulta “pseudoadaptativo” para los casos de violencia doméstica. Ellos necesitan aferrarse a una figura parental como alguien bueno para afrontar la intensidad del miedo y la cólera que sienten ante el maltrato.

Otra respuesta frecuente en los individuos traumatizados es la vergüenza. Los traumas suelen acompañarse de intensos sentimientos de humillación. Además, el individuo comprende que se ha fallado a sí mismo, y la respuesta habitual en estos casos es la vergüenza. La que acompaña a los traumas de violación, malos tratos y tortura es tan dolorosa que con frecuencia suelen disociarse. Las víctimas no suelen percibirlo

debido al mecanismo de defensa de la negación. Esta sensación de vergüenza afecta al patrón de interacción que tienen con el medio social, y esto hace que muchas de las víctimas se conviertan en abusadores.

Es conveniente considerar que la sensibilidad hacia el sentimiento de vergüenza que tiene uno mismo y la que pueden tener los demás es un mecanismo de adaptación fundamental y éste falla en enfermos que sufren un trastorno limítrofe de la personalidad, en los que la mayoría de los casos se han descrito malos tratos en la infancia. En estos individuos, el patrón de interacción con los demás es una reelaboración de los esquemas adquiridos durante su infancia por los malos tratos que sufrieron.

Contextualización histórica:

Aparición del concepto de trastorno de estrés postraumático

Aunque la influencia de lo traumático en la historia de la psicología ha sido muy grande, llama la atención que el concepto de trastorno de estrés postraumático haya tardado tanto en ser aceptado por todos. Tan solo hace 30 años que esta categoría diagnóstica, con la descripción en el DSM III.

No obstante, ya en el siglo XIX, John Erichsen describió las lesiones “en latigazo” que sufrieron las víctimas de los accidentes de ferrocarril. Se denominó a este cuadro psicosis cardíacas, por asociarse a problemas relacionados con el corazón.

En la I Guerra Mundial, se denominó a este síndrome como astenia neurocirculatoria, corazón de soldado o corazón irritable, y se acuña el término “shell shock”.

En 1859, Briquet estudió los síntomas de la histeria, incluyendo la somatización y la existencia de traumas durante la infancia. Empezó en este momento a utilizarse el término pseudología fantástica, para referirse a niños que habían acusado a sus padres de incesto.

Jean Martin Charcot señaló que la experiencia del trauma (choc nerveaux) podría situar al paciente en un estado mental similar al que se consigue mediante la hipnosis, estado que se requiere como condición fundamental de lo que denominó autosugestión histerotraumática.

Por su parte, Jean Pierre Janet, siguiendo la línea de Charcot, estudió la relación entre histeria y los traumas previos, e introdujo el término subconsciente para referirse al conjunto de recuerdos que constituyen esquemas mentales que guían a la persona en sus relaciones con el entorno 5.

Janet consideró que el esfuerzo mental que suponía el intento continuado para eliminar de la vida consciente los recuerdos traumáticos era muy grande, lo cual reducía la energía psicológica que el individuo dedicaría a otras actividades mentales. Por ello, estos enfermos, presentaban limitaciones importantes en su funcionamiento social y laboral.

Tiene especial relevancia la figura de Edouard Sterlin en la historia de la investigación de este trastorno, pues fue el primero en estudiar población no clínica. La hipótesis que defendió Sterling fue que la causa del trastorno era el acontecimiento traumático, pero que existía vulnerabilidad a padecer la enfermedad. Este modelo se acepta en la actualidad y se ha confirmado en estudios más recientes.

Otra aportación relevante es la de Abram Kardiner, que después de estallar la II Guerra Mundial, publica la obra *The traumatic neuroses of war*. Kardiner observó que los enfermos con neurosis traumática desarrollan un grado de vigilancia anormal, y una sensibilidad excesiva respecto a los estímulos amenazantes del entorno. Tras varios estudios, afirmó que el origen de la neurosis traumática era una fisio-neurosis donde la alteración principal reside en los mecanismos que regulan el grado de alerta de la conciencia, causando un cuadro de estrés postraumático.

Otro acontecimiento que ha tenido un gran impacto es el respectivo a la experiencia en los campos de concentración y campos de exterminio durante la segunda guerra mundial. Algunos estudios han demostrado que los supervivientes de los campos de concentración presentan mayor mortalidad y mayor morbilidad en muchas enfermedades, incluyendo las psiquiátricas, como lo que denominaron *War sailor syndrome*.

Caso clínico

Identificación del paciente.

Mujer de 17 años, natural de Jerez de la Frontera, actualmente vive con su pareja, de 21 años, con la que tiene una hija de 11 meses de edad. Dejó sus estudios de Educación Secundaria Obligatoria para dedicarse a cuidar de su hija, pero planea retomarlos cuando su hija sea más mayor. Expresa una alta motivación al tratamiento y al cambio terapéutico, manifestando una demanda específica para el tratamiento.

Motivo de la consulta

Acude por primera vez a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, derivada de la unidad de hospitalización, por ingesta medicamentosa de manera voluntaria con fines autolíticos. Describe llanto desconsolado frecuente, problemas de sueño, pesadillas, ataques de ansiedad, imágenes en forma de flashback y un sentimiento de profunda soledad. Refiere que hace un año que no tiene noticias de su madre, por voluntad propia. En una de las entrevistas refiere episodios de abuso sexual en la infancia, perpetrados por el marido de su madre, durante 5 años.

Historia del problema

En el momento de consulta, la paciente refiere una adaptación funcional adecuada a pesar de la sintomatología ansioso-depresiva.

Desde hace un año no tiene noticias de su madre, por voluntad propia. En una de las entrevistas refiere episodios continuados de abuso sexual en la infancia, perpetrados por el marido de su madre, durante 5 años. Actualmente tiene miedo de salir a la calle sola porque teme encontrárselo.

Nunca antes había acudido a consulta, si bien su hermana mayor, que no ha sufrido abusos sexuales, sí había demandado asistencia en psicología por sintomatología ansioso-depresiva, y dificultades escolares.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase:

Se realiza una entrevista clínica individual,

La evaluación se llevó a cabo en las dos primeras sesiones.

En la primera sesión se realiza:

8. La entrevista clínica individual (en presencia de su hermana mayor ya que la paciente no pide ni acepta quedarse sola en consulta),

9. La entrevista estructurada de cribado Trauma History Questionare (Muesser, Salyers, Rosenberg, Ford, Fox y Carty, 2001), como apoyo a la información de la entrevista y para obtener medidas cuantitativas.

En la segunda sesión se realizan:

10. Una serie de autoinformes, tales como:

- La Escala de Gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) la cual nos da una medida de la gravedad e intensidad de los síntomas del cuadro clínico.

- La Escala de Inadaptación (EI) (Echeburúa, Corral y Fernández, 2000) la cual mide el grado en el que el suceso traumático afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana,

- El Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982).

- El Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1997).

Descripción de las conductas problema

A raíz de la entrevista y los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación, se puede concluir que la paciente sufre un trastorno de estrés postraumático crónico según criterios clínicos:

- Ha estado expuesta a abusos mantenidos en el tiempo que refiere haber experimentado con intenso temor, desesperanza y culpa.

- Acude a urgencias por una ingesta medicamentosa masiva, manifiesta ideación suicida no estructurada.

- Re-experimentación: presenta recuerdos intrusivos, sueños (pesadillas) con intenso malestar y reactividad fisiológica asociadas.
- Evitación y restricción del afecto: se esfuerza por evitar situaciones asociadas al trauma como ir a su antiguo barrio (donde ocurrieron los abusos), ver a alguien de su familia origen (su padre, su madre). Presenta síntomas disociativos (se bloquea ante situaciones donde se lo pueda encontrar, y se encuentra en un lugar donde no sabe cómo ha llegado).
- Síntomas persistentes de aumento de la activación: dificultad para conciliar y pesadillas angustiosas y recurrentes, dificultad de concentración y tensión muscular mantenida.
- Malestar clínicamente significativo, e interferencia en su vida cotidiana, ha dejado los estudios y apenas sale a la calle a menos que sea acompañada.
- También presentaba las siguientes manifestaciones secundarias asociadas: estado de ánimo bajo y ansiedad difusa, deterioro del nivel de autoestima (“siento que no valgo para nada, no hago nada bien”), sentimientos de culpa y vergüenza, dificultad para tomar decisiones, autocuestionamiento continuo, quejas somáticas y problemas físicos como dolores musculares y de cabeza y dificultades en las relaciones interpersonales.

Selección del tratamiento más adecuado

9. Se le aplicará un tratamiento de corte cognitivo conductual, de exposición, reestructuración cognitiva y activación conductual.

10. Para un segundo nivel de la terapia, utilizaremos el enfoque integrativo, con el objetivo de asimilar la vivencia traumática y reconstruir su relato psicológico.

Establecimiento de las metas del tratamiento y objetivos terapéuticos

- Se establecieron como objetivos terapéuticos que la paciente comprendiera su sintomatología en relación con los hechos ocurridos.
- En segundo lugar, reducir la sintomatología del TEPT y minimizar las secuelas del mismo.
- En tercer lugar, entrenamiento en habilidades de afrontamiento más eficaces, sobre todo en su relación con los demás, y por último, fomentar un estilo más independiente y gratificante de vida.

Aplicación del tratamiento

Después del período de evaluación:

7. Tras el intento autolítico, afloran los síntomas depresivos, por lo que ponemos en marcha activación conductual, y reestructuración cognitiva.

8. En la segunda fase, nos centramos en la psicobiografía, construyendo la narrativa a través de su historia vital, apoyándose en objetos personales, fotografías, documentos etc..

9. Tras haber construido la biografía, comienza el período de integración de la experiencia traumática, cuando la paciente abandona la terapia.

Evaluación de la eficacia del tratamiento, seguimiento y observaciones.

Este caso supone un especial interés debido al abandono de la paciente, cuando empieza la fase de integración de la vivencia en su psicobiografía.

El análisis del abandono es tan importante como la propia formulación del caso, puesto que la intención de la paciente es siempre comunicativa.

Para ello, clasificaremos el abandono en dos tipos, a saber, el que llamaremos abandono parcial, o aquel que recoge la situación de búsqueda incesante, por parte del paciente, de ayuda psicológica recorriendo diferentes terapeutas y terapias y el abandono total, como concepto que delimita la situación en la que un sujeto abandona la terapia por completo, esto es, cesando en la búsqueda de ulteriores terapias o terapeutas alternativos. Es precisamente el abandono que hemos llamado total el que refleja, bajo nuestro punto de vista, el éxito psicoterapéutico, de modo que toda terapia psicológica debiera precipitar este tipo de abandonos

En este caso se trataría de un abandono total, por lo que podemos decir que la terapia ha causado un efecto positivo sobre la paciente, que se ha beneficiado de la terapia tras haber verbalizado todo lo sucedido, y recuperando actividades que había abandonado por el alto grado de activación que presentaba.

Referencias

Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997). Escala de Ghrevedad de síntomas del Trastorno de Estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E. Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: Víctimas y agresores*. Barcelona. Ariel.
- Muesser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Ford, J. D., Fox, L., y Carty, P. (2001). Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychological Assessment*, 13, 110–117.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.

EL FENÓMENO PSICOLÓGICO *SPILLOVER* Y SU RELACIÓN COM LOS TRASTORNOS MENTALES MENORES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Ronnyel dos Santos Pereira*, Ednéia Albino Nunes Cerchiari*,
Liliana Andolpho Magalhães Guimarães**, Tânia Christina Marchesi de Freitas* y
Luzinátia Ramos Soares*

*Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, UEMS, Brasil; **Universidade Católica Dom Bosco, UCDB, Brasil

Resumen

Antecedentes: El fenómeno psicológico *Spillover* se refiere a la transferencia de actitudes, competencias, comportamientos y emociones desde el ámbito familiar hasta la esfera del trabajo (CFT) o del trabajo para el campo la esfera familiar (CTF). Con respecto al *Spillover* negativo, lo cual está relacionado solamente con las transferencias de malas experiencias de un sector para otro, el conflicto de papeles viene a suceder debido a la insuficiencia del tiempo, recursos psicológicos y fisiológicos para las exigencias de los papeles sociales, que se volvieron múltiples en la sociedad contemporánea, llevando a efectos negativos en la vida, relacionados tanto a la salud física cuanto la salud mental. **Objetivos:** Revisión sistemática sobre el fenómeno psicológico *Spillover* y su relación con Trastornos Mentales Menores en trabajador del Pantanal de Aquidauana – MS. **Método:** Fueron utilizadas como base de datos la Biblioteca Virtual da Saúde de Salud (BVS) y Pubmed. Los criterios de inclusión del estudio fueron artículos originales que, escritos desde 2011, se trataron de la relación del fenómeno psicológico *Spillover* con los Trastornos Mentales Menores, pudiendo estos ser especificados o no. **Resultados:** La investigación, primeramente, hizo disponibles 36 artículos, posteriormente, se realizó una evaluación con base en el título, resumen y criterios de inclusión y exclusión: los valores de prevalencia de los conflictos psicológicos para hombres CFT: 23,2%; CTF: 28,3% y los dos conflictos juntos: 53,7%; para mujeres CFT 23,3%; CTF: 30,7% y los dos conflictos juntos: 49,5%; la asociación del mecanismo *Spillover* con síntomas de depresión tenía valores positivos; las mujeres relataron *Spillover* más negativo en comparación con los hombres; también obtuvieron más puntos en las evaluaciones positivas. Hay relación relevante entre el fenómeno

psicológico *Spillover* y perjuicios a la salud mental. Entretanto, no es perceptible en la literatura estudios que traigan con profundidad una investigación que relacione el mecanismo *Spillover* trabajo-familia con los reales trastornos mentales menores, principalmente trabajadores de Pantanal de Aquidauana, Brasil.

Palabras-clave: Trabajo; Salud Mental; Labor; Estrés psicológico

THE PSYCHOLOGICAL EFFECT OF *SPILLOVER* AND ITS RELATION TO MINOR MENTAL DISORDERS: SYSTEMATIC REVIEW

Abstract

Introduction: The psychological effect of *Spillover* refers to the transfer of attitudes, skills, behaviors and emotions from the family setting to the work setting (CTF) or from the work setting to the family setting (CTF). Regarding negative *Spillover* – which is related only to the transference of bad experiences from one setting to the other – the conflict of roles occurs due to insufficient time, and psychological and physiological resources for the demands of social roles, which are numerous in a contemporary society; therefore, leading to negative effects in life, related not only to physical health but also mental health. **Objective:** Systematic review of the psychological effect of *Spillover* and its relation to minor mental disorders in Pantanal workers in Aquidauana - MS. **Methodology:** The Virtual Health Library (VHL) and Pubmed were used as data bases. The criteria of the study were original articles that were written from 2011 and deal with the relation of the psychological effect of *Spillover* to minor mental disorders, whether specified or not. **Results:** First of all, the research provided 36 articles, after which an evaluation based on the title, summary, and inclusion and exclusion criteria was performed: the prevalence values of psychological conflicts for men were CFT: 23.2%; CTF: 28.3% and the two conflicts together were: 53.7%; and for women CFT: 23.3%; CTF: 30.7% and the two conflicts together: 49.5%. The association between the *Spillover* mechanism and symptoms of depression had positive values; women reported a more negative *Spillover* rate compared to men; however, women also scored higher on positive ratings. **Conclusion:** There is a relevant relationship between the psychological effects of *Spillover* and mental health impairments. However, it is not perceptible in the

studies that conduct research that relates to the work-to-family *Spillover* mechanism with real minor mental disorders as a whole, especially in Pantanal workers in Aquidauana, Brazil.

Key words: Work; Mental Health; Labor; Psychological stress

Introducción

El fenómeno psicológico *Spillover*, de acuerdo con Lambert (1990), se refiere a la transferencia de actitudes, competencias, comportamientos y emociones del ámbito familiar para la esfera de trabajo y del trabajo para la familiar. Esa vía bidireccional, teniendo buenas o malas influencias en cada sector, según Voydanoff (2002), puede ser caracterizada como siendo *Spillover* positivo o promoción del papel, y *Spillover* negativo o conflicto de papeles, que trae variadas consecuencias para el individuo y su núcleo familiar.

En lo que se refiere al *Spillover* negativo, aún de acuerdo con Voydanoff (2002), el conflicto de papeles viene a ser la insuficiencia de tiempo, recursos psicológicos y fisiológicos para las exigencias de los papeles sociales, que se tornaron múltiples en la sociedad contemporánea, llevando a efectos negativos en las vidas relacionadas. En el positivo, está conectado solamente al transporte de los aspectos favorables de una esfera social para otra. De esta forma, es necesaria mayor atención para los resultados del *Spillover* negativo, que pueden afectar directa o indirectamente la salud mental, causando los llamados Trastornos Mentales Menores (TMM).

Los Trastornos Mentales Menores son los cuadros más blandos de trastorno mental, no incluye trastornos de personalidades ni trastornos psicóticos. Pero pueden traer malas consecuencias para la vida social y hasta biológica del individuo. Tales trastornos tienen algunos síntomas característicos como irritabilidad, insomnio y dificultad de concentración. Así, hay un comprometimiento de las actividades diarias y posterior empeora en los vínculos sociales, además de otras maleficencias (Fioritti, Rossoni, Borges y Miranda, 2010).

En Brasil, de acuerdo con el estudio de Faria, Facchini, Fassa y Tomasi (2000) con los trabajadores rurales, lo cual tuvo sus resultados basados en aplicaciones de cuestionarios validados, como el SQR-20; hay una prevalencia general de 36% (538

personas) de trastornos psiquiátricos menores. Esa tasa expresa la relevancia y el impacto que diversos factores socioambientales tienen interferido en la salud mental de los individuos. Además, trae intrínsecamente cuán importantes son las investigaciones que intentan relacionar los más diversos fenómenos psicosociales con la prevalencia de trastornos mentales menores.

El Pantanal, constituyendo 64% de su totalidad localizada en Mato Grosso do Sul (Silva y Abdon, 1998), centro-oeste brasileño, es una planicie aluvial influenciada por ríos, que periódicamente inundan la región. Debido a esa intermitencia y otras particularidades, ese complejo geosistema es subdividido en 11 sub-regiones, de entre las cuales está Aquidauana, Brasil, localidad del presente estudio.

En la región del Pantanal (ecosistema Pantanal), Brasil, hay individuos con características diferenciadas de los demás trabajadores del campo. Esos son denominados trabajadores pantaneros, habitantes tradicionales de aquella región. Los pantaneros tradicionales viven con las condiciones ofrecidas por la propia naturaleza, adaptándose a los periodos de lluvia, que alagan la región por bastante tiempo. Ellos, en lo que se refiere al trabajo, poseen grandes particularidades relacionadas al contexto histórico-cultural de la región. Así, cuando las investigaciones de prevalencia se relacionan a esa población, se percibe la falta de indicadores de salud mental y trastornos mentales menores de aquel ambiente.

Metodología

Materiales/Herramientas utilizadas

Ha sido utilizada como base de datos la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) del Ministerio de la Salud que sigue el modelo propuesto por BIREME/OPAS/OMS donde es posible acceder bases de datos internacionales, y Pubmed. Los artículos utilizados en la revisión sistemática fueron retirados únicamente de la biblioteca electrónica Pubmed, mismo que varias otras bases fueron utilizadas como fuente de busca, como Cochrane, Lilacs, Medline y otras.

Los descriptores utilizados para la busca de artículos fueron “*Health mental*” con “*Spillover*”; “*Spillover*” con “*Minor mental disorders*”. Otros descriptores, como “*swamp*” y “*wetlands*” fueron utilizados juntamente con los demás en el intento de

encontrar estudios con esa temática: el pantanal y, más específicamente, el trabajador del Pantanal de Aquidauana, pero nada fue encontrado. Luego, se siguió la investigación sin foco en el trabajador del Pantanal, y pasó a filtrarlas de acuerdo con los otros intereses de estudio, esto es, con base en los criterios de inclusión y exclusión.

Participantes: criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión del estudio fueron artículos originales que trataran de la relación del fenómeno psicológico *Spillover* con trastornos mentales menores, que se podían o no especificarse. Además, deberían ser artículos publicados desde el año de 2011 y que tuviesen como temas principales salud mental y estrés psicológico.

No era de interés y, por lo tanto, fueron excluidos los estudios que no relacionaban *Spillover* a algún tipo de trastorno mental menor, específico o no. Artículos publicados antes del año 2011 y los cuales traían *Spillover* con otro direccionamiento que no fuese el fenómeno psicológico hacia el conflicto trabajo/familia-trabajo (CTF/CFT) también fueron excluidos.

De esa manera, la investigación, primeramente, dispuso 36 artículos. Posteriormente, se realizó, entonces, una primera evaluación con base en los títulos y resúmenes de esos artículos y, considerando los criterios de inclusión ya citados, fueron seleccionados tres (03) artículos para el presente estudio, con títulos descriptos a seguir:

- *Household Food Insufficiency, Financial Strain, Work–Family Spillover, and Depressive Symptoms in the Working Class: The Work, Family, and Health Network Study.*
- *Managing Work and Family: Do Control Strategies Help?*
- *Work-to-family Conflict and Family-to-work Conflict among Japanese Dual-earner Couples with Preschool Children: A Spillover-Crossover Perspective*

Procedimiento y Design

Se trata de un estudio de carácter descriptivo retrospectivo, con base en los datos secundarios; revisión de estudios ya publicados en la comunidad científica, relacionando el fenómeno psicológico *Spillover* y los trastornos mentales menores en los trabajadores del Pantanal de Aquidauana; exponiendo con claridad las divergencias y las convergencias de esos estudios.

Partiendo del presupuesto de que la cantidad de una revisión sistemática depende de la validez de estudios en ella incluidos, se realizó un análisis crítico de los artículos para efectuar su selección. En esta fase fue averiguada, especialmente, la metodología utilizada por ellos, atentándose a las posibles fuentes de error que podrían comprometer la relevancia de los estudios analizados.

Fueron realizadas comparaciones de los resultados de cada investigación. Además de realizada la síntesis narrativa de los estudios seleccionados presentando en tabla las comparaciones entre esos, también fueron incluidas las descripciones de los artículos como: año, autoría, objetivos, muestras, algunos resultados y otros.

Resultados

Después de la aplicación de la metodología y análisis de los artículos seleccionados, se obtuvo una comparación, entre los mismos, en respecto de la relación del desbordamiento transbordamiento familia-trabajo/trabajo/familia con los trastornos mentales menores. La comparación de los tres artículos utilizados en el estudio es presentada en la tabla que sigue.

Tabla 1

Resumen de los puntos principales y las interpretaciones de los estudios

	Shimazu et al., 2013	Okechukwu, Ayadi, Tamers, Sabbath y Berkman, 2012	Versey, 2015
Objetivos	Examinar si experiencias duales de los trabajadores de CTF e CFT tienen fuertes asociaciones de que experiencias separadas de CTF o CFT respecto a su propio sufrimiento social y comportamientos frente a su compañero, y su compañero de aflicción psicológica	Evaluar la asociación del conflicto <i>Spillover</i> trabajo-familia o familia-trabajo a síntomas de depresión.	Incidir sobre los efectos colaterales, un modelo <i>Sillover</i> negativo lleva al estrés, absentismo y problemas de salud.
Muestra	1.790 compañeros	416 adultos	7.108 adultos

Tabla 1 (continuación)

Resultados	Los valores de prevalencia de los conflictos psicológicos para hombres: CFT – 23,2% ; CTF - 28,3% y los 2 Conflictos juntos – 53,7% Para as mujeres: CFT – 23,3%; CTF – 30,7% y 2 Conflictos juntos – 49,5%.	La asociación del mecanismo <i>Spillover</i> con síntomas de depresión tenía valores positivos, hasta tornarse estadísticamente no significativa con la inclusión de todos los predictores primarios.	Aunque las diferencias de nivel medio fueron semejantes para ambos, hombres y mujeres, éstas relatan <i>Spillover</i> significativamente más negativo en comparación con los hombres. Ellas también puntuaron más en evaluaciones positivas.
Relación: <i>Spillover</i> y TMM*	El análisis de los resultados evidencia una relación de entre el conflicto Trabajo-Familia y conflicto Familia-Trabajo con sufrimientos psicológicos, principalmente cuando el individuo se sitúa en las dos vías.	Los resultados muestran una asociación entre síntomas depresivos y el fenómeno psicológico <i>Spillover</i> , pero solamente si este último esté conectado a un factor financiero.	Es evidenciado en el estudio la relación entre <i>Spillover</i> negativo y el mayor nivel de estrés, siendo resaltado que cuando el conflicto ocurre bidireccionalmente, el efecto psicológico es peor.

*TMM = Trastornos Mentales Menores

Discusión y Conclusión

Como observado en la Tabla 1, se observan algunas convergencias entre los estudios, como el hecho de el género femenino ser más vulnerable a los efectos psicológicos negativo del mecanismo *Spillover*. De acuerdo con las investigaciones de Shimazu et al. (2013), ese se debe al hecho de que las mujeres, del estudio, estén ejerciendo más horas de trabajo externo además de que están sobrecargándose con tareas domésticas y la educación de los hijos. Tal sobrecarga se debe a los desequilibrios que vienen a surgir entre los quehaceres domésticos y el trabajo externo. Mientras tanto, el hombre no disfruta de ese pensamiento de deberes domésticos a cumplir, haciendo con que la probabilidad de los efectos psicológicos negativos disminuya en su relación.

El estudio de Versey (2015) corrobora con la visión general de los resultados de Shimazu et al. (2013). Aquél resalta que por más que las diferencias de nivel mediano fuesen semejantes para ambos, hombres y mujeres, éstas detenían *Spillover* significativamente más negativo en comparación a los hombres. Además, ellas también puntuaron más en evaluaciones positivas. Ese estudio también resalta que, por más que las situaciones negativas ocurran con el fenómeno, hay técnicas y estrategias individuales que pueden ayudar a amenizar los efectos sobre las mujeres, en las cuales son más eminentes.

Aún de acuerdo con la Tabla 1, tales estudios demuestran algunas divergencias en lo que concierne a los efectos del fenómeno *Spillover* en la salud mental, cuando se especifican los trastornos mentales menores. En el estudio de Okechukwu et al. (2012), primeramente, el mecanismo *Spillover* trabajo-familia es asociado a síntomas de depresión. Tal asociación es significativa, pues los individuos que sufren con el conflicto tienen la probabilidad de tener síntomas depresivos. Con todo, el segundo plano, el mismo estudio ratifica que esa relación pierde estadísticamente su significado cuando se incluyen otros predictores esenciales al estudio, como situación económica. Luego, tal estudio, por más que no evidencie separadamente la relación de la depresión con el fenómeno *Spillover*, ese vuelve su estudio para un trastorno mental menor específico.

Los otros dos estudios relacionan directamente el *Spillover* con angustias y sufrimientos psicológicos, pero sin demostrar avance para un real trastorno mental menor. Todavía, traen valores que evidencian una relación directa entre el conflicto trabajo-familia y la salud mental.

Tomando en cuenta lo expuesto, se concluye que hay relación relevante entre el fenómeno psicológico *Spillover* y perjuicios en la salud mental. También se concluye que hay diferencias en la intensidad de esos perjuicios cuando se verifica género y otros factores, como condiciones socioeconómicas.

Sin embargo, no es perceptible en la literatura estudios que traigan a fondo una investigación que relacione el mecanismo *Spillover* trabajo-familia con reales trastornos mentales menores como un todo. Además, no hay estudios respecto al trabajador del pantanal de Aquidauana, Brasil. Luego, se hacen necesarios estudios para verificar la

fuerza de la relación entre los trastornos mentales menores y el fenómeno psicológico *Spillover*.

Referencias

- Faria, N. M. X., Facchini, L. A., Fassa, A. G., y Tomasi, E. (2000). Processo de produção rural e saúde na Serra Gaúcha: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 115-28.
- Fioritti, K. P., Rossoni, R. R., Borges, L. H., y Miranda, A. E. (2010). Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 17-23.
- Lambert, S. J. (1990). Processes linking work and family: A critical review and research agenda. *Human Relations*, 43(3), 239-257.
- Okechukvu, C. A., Ayadi, A. M. E., Tamers, S. L., Sabbath, E. L., y Berkman, L. (2012). Household Food Insufficiency, Financial Strain, Work–Family Spillover, and Depressive Symptoms in the Working Class: The Work, Family, and Health Network Study. *American Journal of Public Health*, 102(1), 126-133.
- Shimazu, A., Kubota, K., Bakker, A., Demerouti, E., Shimada, K., y Kawakami, N. (2013). Work-to-family Conflict and Family-to-work Conflict among Japanese Dual-earner Couples with Preschool Children: A Spillover-Crossover Perspective. *Journal of Occupational Health*, 55(4), 234–243.
- Silva, J. S. V, y Abdon, M. M. (1998). Delimitação do pantanal brasileiro e suas sub-regiões. *Pesquisa Agropecuária Brasileira*, 33(Número Especial), 1703-1711.
- Versey, H. S. (2015). Managing Work and Family: Do Control Strategies Help? Developmental Psychology. *American Psychological Association*, 51(11), 1672–1681.
- Voydanoff, P. (2002). Linkages between the work family interface and work, family and individual outcomes: An integrative model. *Journal of Family Issues*, 23(1), 138-164.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

María Pilar Delgado-Miguel*, **Isabel Laporta-Herrero**** y **María Burillo-Gonzalvo*****

Facultativo Especialista de Área Psicología Clínica. Hospital Royo Villanova de Zaragoza; **Facultativo Especialista de Área Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infanto- Juvenil Servicio Navarro de Salud; *Psicóloga Especialista en Psicología Clínica*

Resumen

El propósito de las acciones llevadas a cabo por el psicólogo clínico en promoción y prevención en Salud Mental, es la disminución del impacto negativo que el estrés psicosocial tiene en el bienestar individual y colectivo, o nivel de salud mental. Para el logro de este objetivo se llevó a cabo un programa piloto de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales en Atención Primaria. El programa estuvo compuesto de 12 sesiones, de frecuencia semanal, impartidas por un psicólogo clínico. Los objetivos que se plantearon fueron: desarrollo de habilidades para el fortalecimiento de las personas y la facilitación de un grado óptimo de cohesión social. Las vías de acceso al programa fueron mediante la derivación por parte del médico de atención primaria o por iniciativa del usuario que lo solicitaba. Se llevó a cabo una evaluación, de cada sesión y una evaluación final del programa. Los participantes valoraron positivamente esta intervención y manifestaron la necesidad de la implantación, de forma regular y estable en el tiempo, de ese tipo de programas. Por otro lado, se observaron deficiencias en los criterios de derivación del médico de atención primaria a Salud Mental, detectándose la necesidad de la figura del psicólogo clínico en atención primaria.

Palabras clave: atención primaria, promoción y prevención, salud mental, psicólogo clínico

PROMOTION AND PREVENTION OF MENTAL DISORDERS IN PRIMARY CARE

Abstract

The purpose of the actions carried out by the clinical psychologist in promotion and prevention in Mental Health is the reduction of the negative impact that the psychosocial stress has on individual and collective well-being or mental health level. To achieve this goal, a pilot program for the promotion of mental health and prevention of mental disorders in Primary Care was carried out. The program was composed of 12 sessions, of weekly frequency, given by a clinical psychologist. The objectives were: development of skills for the strengthening of people and the facilitation of an optimal degree of social cohesion. The access routes to the program were through referral by the primary care physician or at the initiative of the user requesting it. An evaluation of each session and a final evaluation of the program was carried out. The participants positively valued this intervention and expressed the need for the implementation, in a regular and stable manner over time, of such programs. On the other hand, there were deficiencies in the referral criteria of the primary care physician to Mental Health, detecting the need for the figure of the clinical psychologist in primary care.

Key words: Primary care, promotion and prevention, mental health, clinical psychologist

Introducción

La alta prevalencia de los trastornos mentales comunes en España y otros países, junto a la baja dotación de recursos públicos para la atención a la salud mental, constituye uno de los problemas de salud pública. Los resultados obtenidos en el proyecto ESEMeD-España en el 2006, un estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales en nuestro país, muestran una prevalencia-año del 8,4% y una prevalencia-vida del 19,4%. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2006), en España el 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental. Algo más del 19% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se

incrementará considerablemente en el futuro. Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado. Se estima que la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, en 1998, de 3.005 millones de euros. Los trastornos mentales conforman el grupo de condiciones clínicas con mayor coste directo y mayor carga social total sobre los sistemas sanitarios occidentales.

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2013) aprobó un Plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020. En el marco del Plan, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales. Dicho Plan tiene el objetivo general de promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales. En el marco del Plan se hace particular hincapié en la protección y promoción de los derechos humanos, el fortalecimiento y fomento de la sociedad civil y el papel central de la atención comunitaria.

Salud Mental en Atención Primaria

La Atención Primaria es la puerta de acceso al sistema sanitario público de las personas con problemas mentales o psicosociales. Regier et al. (1993) señala que constituye el sistema de Salud Mental para el 70% de la población. Se atribuye a sus profesionales una función reguladora de la carga asistencial de los servicios especializados, asumiendo la detección de los trastornos mentales y la asistencia a problemas psicosociales que no requieren tratamiento especializado. Este modelo se muestra deficitario debido, en primer lugar, a la escasez de recursos destinados a Atención Primaria en España. El ratio de tarjetas asignadas en Atención Primaria ha crecido hasta en 52 pacientes por médico en algunas de las regiones de España, según un informe emitido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2015. En total, el ratio alcanzó un ratio medio de 1.372 pacientes por médico para 2014.

En segundo lugar, se pone de manifiesto la falta de competencias profesionales específicas de los equipos de Atención Primaria en intervención psicológica. Coyne, Thompson, Klinkman y Nease (2002) señalan que entre un 50-70% de pacientes con

depresión no son detectados. Además, un 26,5% de los pacientes fueron diagnosticados erróneamente de depresión (Aragónés, Piñol y Labad, 2006). Sólo entre un 20% y un tercio de trastornos de ansiedad son reconocidos (Roy-Byrne, Wagner y Scraunfnagel, 2005; Wittchen, 1998)

La aplicación de una intervención adecuada para los problemas emocionales y psicológicos debe ser un objetivo principal para la asistencia sanitaria en el nivel primario y para ello son necesarios importantes esfuerzos en esta dirección. Algunos de estos esfuerzos deben pasar por mejorar la educación de la población acerca de los problemas de salud mental, así como la puesta en marcha de programas de promoción y prevención. El hecho de que las personas presenten sus problemas psicológicos y/o emocionales como su principal queja se ha mostrado relacionado con una mayor precisión en el diagnóstico (Vindel, Salguero, Maewood, Collado y Latorre, 2012). En este sentido, mejorar la educación sobre cómo funcionan los problemas emocionales, cuáles son sus principales síntomas y posibilidades de tratamiento, y reducir la estigmatización en torno a los mismos, puede ser de gran ayuda a la hora de incrementar la probabilidad de que sean expresados y reconocidos en las consultas de Atención Primaria (Fernández et al., 2010). Por otra parte, aunque los problemas psicológicos no siempre son el problema principal de muchos de los pacientes que acuden a Atención Primaria, pueden aparecer como secundario a otras condiciones médicas (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel y Ustun, 2007; Scott et al., 2007) y su correcta identificación será de gran importancia a la hora de tomar decisiones acertadas sobre el tratamiento.

Así, la intervención del psicólogo clínico se presenta como una herramienta esencial (Cano, 2011a; Cano, 2011b), al mostrarse más eficaz que los psicofármacos, mejorando los resultados en Atención Primaria de los tratamientos convencionales tanto en términos de eficacia, como de eficiencia y efectividad. Por tanto, la inclusión de los servicios de atención psicológica en Atención Primaria parece un paso necesario en nuestro país (Pastor, 2008). Son diversos los modelos de colaboración entre los servicios psicológicos y médicos que están dando buenos resultados en otros países y que revelan una mejora en la calidad y la sostenibilidad del servicio (Turpin, Richards, Hope y Duffy, 2008).

A nivel de promoción y prevención en Salud Mental, el propósito de las acciones

llevadas a cabo por el psicólogo clínico, es la disminución del impacto negativo que el estrés psicosocial tiene en el bienestar individual y colectivo, siempre desde un encuadre biopsicosocial e integral. Así, la Atención Primaria se presenta como el lugar adecuado para la implantación de actividades preventivas en salud mental, debido al ingente y siempre creciente número de consultas atendidas y a la accesibilidad de los usuarios del sistema de salud pública.

En este trabajo, se presenta un programa piloto de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales que se llevó a cabo en el Centro de Salud “Delicias Sur” de Zaragoza, elaborado en función de los objetivos planteados (ver figura 1). La estructura del programa aparece en la figura 2. Los contenidos teóricos y los talleres que se realizaron se encuadran dentro de los desarrollos teóricos de la terapia Cognitivo-conductual y terapias con una perspectiva funcional y contextual de los trastornos psicológicos.

1. Mejora de la comunicación interpersonal
2. Gestión y resolución de conflictos
3. Reconocer y expresar sentimientos y emociones
4. Manejo eficaz de pensamientos y emociones
5. Fomento del autocontrol y la autoeficacia
6. Estrategias para la toma de decisiones
7. Favorecer el sentimiento de pertenencia, cohesión y establecimiento de vínculos afectivos

Figura 1. Objetivos del programa.

Módulos	Tema	Nº sesiones
I	Relaciones Interpersonales	4
II	Relación con el entorno	4
III	Relación con uno mismo	4

Figura 2. Estructura del programa.

Método

El programa estuvo dirigido a la población en general y a población no identificada en situación de riesgo. El tamaño del grupo de cada sesión fue de un máximo de 25 personas, con una media por sesión de 22 personas. El formato grupal abierto, siendo la incorporación a las sesiones a través de derivaciones de los médicos de familia del centro, en pacientes con situaciones de riesgo, o por iniciativa del participante.

Se recogieron datos sociodemográficos de los asistentes a las sesiones. Se confeccionó un cuestionario, escala tipo Likert (de 0 a 10), para evaluar los siguientes aspectos: grado de motivación, nivel de expectativas y aprendizaje, aplicabilidad en su vida diaria y valoración de cada sesión. Este cuestionario se cumplimentaba antes de cada sesión y al término de las mismas.

Resultados

Los participantes a las sesiones fueron el 70% de mujeres y el 30% hombres, con un nivel de estudios medio/alto, edad media de 50 años. Las expectativas sobre el programa en general fueron: aprender a manejar los síntomas de ansiedad y las emociones, así como mejorar las relaciones sociales. Los ámbitos en los que los asistentes mostraban preocupaciones han sido el personal, de pareja y laboral.

Las valoraciones realizadas en cada sesión se muestran en la figura 3. El programa en general fue valorado con una media de 9.

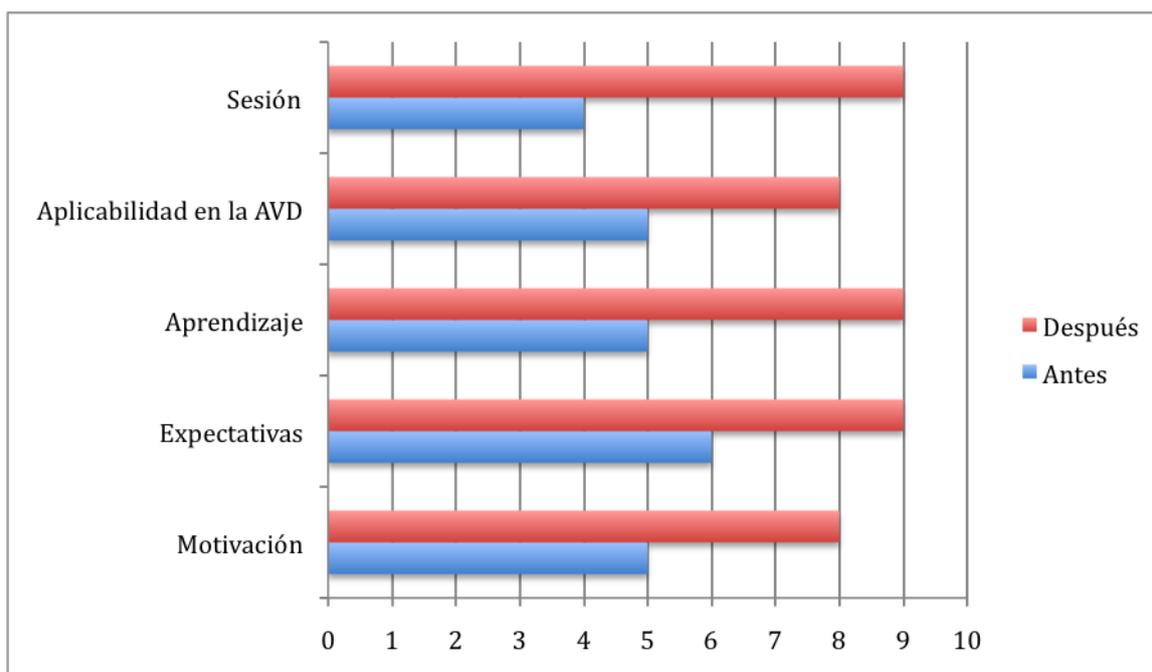


Figura 3. Medias de los resultados de los cuestionarios antes de la sesiones y después de las sesiones.

Discusión

Los pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria no siempre demandan atención sobre sus síntomas psicológicos o presentan sus problemas afectivos como su principal queja. En la depresión, y otros trastornos mentales, los problemas físicos guardan una estrecha relación y, en ocasiones, estos pacientes presentarán como quejas principales otras dolencias, principalmente de carácter somático, sin hacer una atribución directa a sus problemas emocionales. Por tanto, la realización de un correcto diagnóstico no siempre es sencilla. En el programa que se presenta 4 participantes a las sesiones fueron derivados a Salud Mental por presentar sintomatología ansioso-depresiva (de años de evolución) en las sesiones realizadas.

La aplicación de una intervención adecuada para los problemas emocionales y psicológicos debe ser un objetivo principal para la asistencia sanitaria en el nivel primario y para ello son necesarios importantes esfuerzos en esta dirección. Algunos de estos esfuerzos deben pasar por mejorar la educación de la población acerca de los problemas de salud mental, así como la puesta en marcha de programas de promoción y prevención, lo puede ser de gran ayuda a la hora de incrementar la probabilidad de que sean expresados y reconocidos en las consultas de Atención Primaria (Fernández et al.,

2010). El hecho de que las personas presenten sus problemas psicológicos y/o emocionales como su principal queja se ha mostrado relacionado con una mayor precisión en el diagnóstico (Vindel et al., 2012). Por otra parte, aunque los problemas psicológicos no siempre son el problema principal de muchos de los pacientes que acuden a Atención Primaria, pueden aparecer como secundario a otras condiciones médicas (Moussavi et al., 2007; Scott et al., 2007) y su correcta identificación será de gran importancia a la hora de tomar decisiones acertadas sobre el tratamiento.

En este sentido, la intervención del psicólogo clínico se presenta como una herramienta esencial (Cano, 2011a; Cano, 2011b), al mostrarse más eficaz que los psicofármacos, mejorando los resultados en Atención Primaria de los tratamientos convencionales tanto en términos de eficacia, como de eficiencia y efectividad. Por tanto, la inclusión de los servicios de atención psicológica en Atención Primaria parece un paso necesario en nuestro país (Pastor, 2008). Son diversos los modelos de colaboración entre los servicios psicológicos y médicos que están dando buenos resultados en otros países y que revelan una mejora en la calidad y la sostenibilidad del servicio (Turpin et al., 2008).

Así, La promoción y la prevención en salud mental proporcionan una estrategia adicional a la del tratamiento para combatir con éxito la creciente epidemia de trastornos mentales. Dicha estrategia no sólo hace frente a los problemas de salud mental antes de que éstos aparezcan, sino que además puede ser aplicada en el ámbito comunitario. Existe suficiente evidencia de que los programas de prevención y promoción funcionan y producen beneficios importantes en la salud de los individuos y en general en toda la sociedad (Mrazek y Haggerty, 1994; Mrazek y Hall, 1997). En el programa que presentamos, los participantes se mostraron motivados, consideraron que se cumplieron las expectativas iniciales, valoraron muy positivamente la información aportada y manifestaron la necesidad de su implantación de forma regular.

La integración de los resultados de varios estudios recientes revela que: la prevención es igualmente eficaz cuando es aplicada a distintas edades y grupos con niveles de riesgo diferentes; las técnicas cognitivas y las que ayudan a mejorar la competencia y habilidades personales son las más eficaces para distintas edades y óptimas cuando se combinan en una estrategia que incluya múltiples métodos. Por

tanto, la creciente problemática de la Salud Mental, es posible reducirla a través de acciones de promoción y prevención.

Referencias

- Aragonés, E., Piñol, J. L. y Labad, A. (2006): The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, 23(3), 363-368.
- Cano, A. (2011a). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17, 157- 184.
- Cano, A. (2011b). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.
- Coyne, J. C., Thompson, R., Klinkman, M. S., y Nease Jr, D. E. (2002). Emotional disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 798.
- Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura- Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., ...Serrano-Blanco, A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, 32, 201-209.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Proyecto AP21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud 2007-2012*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://www.msc.es>
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. y Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-858.
- Mrazek, P.J. y Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Mrazek, P.J. y Hall, M. (1997). A policy perspective on prevention. *American Journal of Community Psychology*, 25, 221-226.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *66ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones*. Recuperado de <http://www.who.int.es>
- Pastor, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: Un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, 29, 271-290.

- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., y Goodwin F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rate of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.
- Roy-Byrne P., Wagner, A. W., y Scraunfnagel, B. S. (2005). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 16-22.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., ...Von Korff, M. (2007). Depression- anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the world mental health surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103, 113-120.
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R., y Duffy, R., (2008). Delivering the IAPT programme. *Health Care and Psychotherapy Journal*, 8(2), 2-7.
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Maewood, C., Collado, E. D. y Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Wittchen, H. U. (1998): Recognition an management of anxiety syndromes. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 34), 1-3.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: INTERVENCIÓN CON GRUPOS DE CUIDADORES

Alicia Ruiz-Toca*, **J. Gabriel Calcedo-Giraldo****, **Andrés Gómez-Del Barrio****,
Pilar Benito- González**, **M^a Dolores Muñoz-Torres**** y **Nuria Pérez-Aller****

**Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid. Spain;*

***Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. Spain*

Resumen

Introducción: Desde hace décadas se ha venido considerando que la intervención multimodal en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es fundamental para conseguir una mayor eficiencia en los objetivos de trabajo, y que intervenir en psicoeducación con los cuidadores mejora tanto las relaciones familiares como la sintomatología alimentaria. **Objetivos:** Analizar los efectos de la intervención grupal psicoeducativa sobre las características experienciales, relacionales y emocionales del rol de los cuidadores de pacientes con TCA. **Método:** Se reclutaron 8 cuidadores principales de pacientes entre 15 y 20 años con TCA en la unidad de TCA del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (UTCA). Se analizaron variables relacionadas con la experiencia de cuidado en TCA a través de 4 escalas que evalúan emociones, conducta y cogniciones de la relación cuidador-paciente en fase pretratamiento y en fase postratamiento: Inventario de la experiencia del cuidador (IEC-TCA), Eating disorders symptoms impact scale (EDSIS), General Health Questionnaire (GHQ) y Escala Level Expresse Emotion (LEE). Los sujetos realizaron un programa psicoeducativo teórico-práctico basado en el Programa Maudsley de 10 sesiones de duración paralelo al tratamiento de los pacientes. **Resultados:** Se comprobó la bondad de ajuste en todos los test ($p > .05$). Dado las características de la muestra se realizaron estadísticos descriptivos (media y desviación típica –d.t.–) en fase pretratamiento: IEC-TCA: 72,50; d.t.: 24,669; EDSIS: 24,00, d.t.: 8,848; GHQ: 12,38, d.t.: 3,583 y LEE: 7,13, d.t.: 3,871 y postratamiento: IEC-TCA: 81,00 d.t.: 24,089; EDSIS: 29,50, d.t.: 11,148; GHQ: 12,88, d.t.: 8,008, y LEE: 10,13, d.t.: 9,628. **Conclusiones:** Los resultados muestran una tendencia general negativa en las diferentes escalas valoradas tras la intervención psicoeducativa que puede relacionarse con el reducido tamaño muestral y con las

características de la población objeto de estudio, que hace necesario continuar ampliando el estudio con un grupo más representativo y nuevas propuestas de intervención.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, cuidadores, psicoeducación, intervención.

EATING DISORDERS: INTERVENTION WITH GROUPS OF CAREGIVERS

Abstract

Introduction: It has been known for years that multimodal intervention in eating disorders is essential to achieve greater efficiency in work objectives and that psychoeducation with caregivers improves both family relationships and food symptomatology. **Objectives:** To analyze the effects of psychoeducational group intervention on the experiential, relational and emotional characteristics of the role of caregivers of patients with eating disorders. **Method:** 8 caregivers of patients between 15 and 20 years old were enrolled in ED unit Marqués de Valdecilla University Hospital (UTCA). Variables related to care experience through 4 scales assessing emotions, behavior and cognitions of the caregiver-patient relationship in pretreatment and posttreatment phase were analyzed: Inventory caregiver experience (ICE-TCA), Eating disorders symptoms impact scale (EDSIS), General Health Questionnaire (GHQ) and Scale Level Expresse Emotion (SLEE). Subjects performed a theoretical and practical psychoeducational program based on the Maudsley Program through 10 sessions, while the patients performed their usual treatment. **Results:** the goodness of fit in all tests ($p > .05$) was found. Given the characteristics of the sample they were performed descriptive statistics (mean and standard deviation -s.d.-) pretreatment phase: ICE-ED: 72.50; s.d.:24,669; EDSIS: 24.00, s.d.: 8,848; GHQ: 12.38, and 3,583 s.d. : LEE: 7,13, s.d.: 3,871 and posttreatment: IEC-ED: 81.00 s.d.:24,089; EDSIS: 29,50, s.d.:11,148; GHQ: 12.88, s.d.: 8,008, and LEE: 10.13, s.d.: 9,628. **Conclusions:** The results show an overall negative trend in the different scales valued after psychoeducational intervention that may be related to the small sample size and characteristics of the study population, which makes it necessary to continue to expand the study with a representative group

and new proposals for intervention.

Keywords: eating disorders; caregivers; psychoeducation; intervention.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una excesiva preocupación por la imagen corporal, el peso y la figura y pueden tener graves consecuencias para el estado físico y psicológico general sobre todo cuando presentan un inicio temprano (Couturier, Kimber y Szatmari, 2013). Este inicio temprano que supone el comienzo promedio de esta enfermedad, coincide con una época en la que los pacientes, sobre todo mujeres, se encuentran en entornos familiares, a menudo significados por las dificultades en las relaciones vinculares (Hibbs, Rhind, Leppanen, y Treasure, 2015).

Algunas de estas dificultades familiares que actúan como factores mantenedores de la enfermedad vienen marcadas por la forma de vinculación padres-paciente como una alta emoción expresada (Zabala, Macdonald, y Treasure, 2009). Otras formas en las que las relaciones familiares pueden contribuir a perpetuar la enfermedad se relacionan con las consecuencias que la propia enfermedad tiene para el cuidador a nivel funcional, social, físico y psicológico (Goddard et al., 2011), (Treasure et al., 2008). Conscientes de estas dificultades, los miembros de estas familias, solicitan con frecuencia información sobre la enfermedad y cómo mejorar sus habilidades como cuidadores (Haigh y Treasure, 2003).

Este tipo de factores familiares y la propia demanda de los cuidadores ha contribuido a proponer nuevas estrategias de intervención dentro de los programas de rehabilitación de los trastornos de la conducta alimentaria, con el objetivo de mejorar el conocimiento de la enfermedad y los patrones de reacción e interacción dentro de las relaciones paciente-cuidadores (Grover et al., 2011). Son diversos los modelos de intervención familiar que se han venido utilizando hasta la fecha. En el metanálisis llevado a cabo por Hibbs et al. (2015), en el que valoraron trece estudios con diferentes metodologías establecieron que existía una reducción en el estrés del cuidador y emoción expresada familiar tras las intervenciones familiares con un tamaño del efecto moderado, sobre todo cuando este tipo de intervenciones se realizaban en los tres

primeros años de evolución de la enfermedad, demostrando mayor eficacia que terapias individuales. Otro estudio metanalítico elaborado por Couturier et al. (2013) confirmó que las estrategias familiares que utilizaban el programa de tratamiento “Terapia Familiar Maudsley” (TFM), obtenía mejores resultados a largo plazo que intervenciones individuales.

El programa Maudsley fue desallorado para el Hospital Maudsley en Londres y en la actualidad está traducido y aplicado en diferentes países (Lock, Le Grange, Agras y Dare, 2011). Este programa requiere de un tratamiento intensivo de varios meses de duración que utiliza grupos de familiares para implementar habilidades más eficaces en los cuidadores gracias al apoyo de profesionales expertos.

El objetivo por tanto de este trabajo es valorar la eficacia de un programa de intervención con familiares en la experiencia y habilidades de los cuidadores de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Método

Participantes

Se reclutaron un total de 8 cuidadores de pacientes entre 15 y 20 años que cumplían los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno de la conducta alimentaria no especificado en primer episodio que se encontraban ingresados en la Unidad de Trastornos de la conducta Alimentaria, en régimen de Hospital de Día, Hospitalización Total o seguimiento ambulatorio del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), de Santander. Los criterios de exclusión para estos grupos fueron: situación de reingreso en la unidad de TCA del HUMV, pacientes mayores de 25 años, diagnóstico de psicosis; traumatismo craneoencefálico (TCE), enfermedad neurológica, o condición médica que afecte a su rendimiento cognitivo. Los sujetos podían abandonar o ser retirados del estudio por los investigadores o profesionales por cuestiones clínicas.

Todas las pacientes y familiares firmaron el consentimiento informado de participación en el estudio.

Material/ Instrumentos

La evaluación pre y postratamiento se llevó a cabo con las siguientes escalas:

11. Inventario de la experiencia del cuidador (IEC-TCA) (Szmukler et al., 1996). Se trata de un cuestionario con 66 ítems. El cuestionario se divide en 10 subescalas: Comportamientos difíciles, síntomas negativos, estigma, problemas con los servicios, efectos en la familia, necesidad de apoyo, dependencia, pérdida, experiencias personales positivas y aspectos buenos de las relaciones, con respuestas de 0 (nunca), 1 (infrecuentemente), 2 (a veces), 3 (a menudo) y 4 (casi siempre). Este test ha demostrado una fiabilidad entre 0,74 y 0,91 (Szmukler et al., 1996).

12. Eating disorders symptoms impact scale (EDSIS), Adaptación española de Carral-Fernández, Sepúlveda, Gómez del Barrio, Graell, y Treasure, (2013). Se trata de una escala de 24 ítems que valora el impacto de los síntomas del trastorno alimentario en el cuidador. Se divide en 4 subescalas: aislamiento, culpa, nutrición y disregulación. Esta escala ha demostrado una fiabilidad superior a 0,70 (Carral-Fernández et al., 2013).

13. General Health Questionnaire (GHQ), adaptación española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, (1979). Este cuestionario valora trastornos psiquiátricos menores en las últimas semanas. Este instrumento ha demostrado una fiabilidad general de 0,78 en población española (Sánchez-López y Dresch, 2008).

14. Escala Level Expresse Emotion (LEE), Adaptación Española de Sepúlveda, Anastasiadou, Del Río y Graell, (2012). Se trata de un inventario de 60 ítems con respuesta de verdadero y falso. La escala se divide en cuatro factores: Actitud hacia la enfermedad, intrusión, hostilidad hacia el paciente y tolerancia o afrontamiento ante la enfermedad. Su fiabilidad se sitúa entre 0,73 y 0,86 (Sepúlveda et al., 2012).

Procedimiento

En primer lugar se procedió a la recogida de datos clínicos y psicosociales así como la firma del consentimiento informado por parte del sujeto y familiares. Se aplicaron las diferentes escalas a los cuidadores principales que cumplían con los criterios de inclusión. Posteriormente, todos los cuidadores realizaron un programa psicoeducativo teórico-práctico de 10 sesiones de hora y media de duración cada una, 4 sesiones teóricas sobre la enfermedad y características del TCA y 6 sesiones prácticas

sobre el rol del cuidador, basado en el Programa Maudsley de forma paralela al tratamiento habitual de los pacientes.

En segundo lugar, se llevó a cabo la evaluación de la fase postratamiento donde los cuidadores completaron el mismo protocolo de cuestionarios que en la fase de pretratamiento.

Diseño

Se trata de un estudio longitudinal con pre y postratamiento con un diseño del tipo caso-control, que evalúa la respuesta subjetiva a diferentes características y experiencia del rol de cuidador en un grupo de cuidadores de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y grupo control.

Resultados

Para el análisis de resultados se comprobó la bondad de ajuste en todos los test ($p > .05$). Dado las características de la muestra se realizaron únicamente estadísticos descriptivos (media y desviación típica –d.t.–) en fase pretratamiento y postratamiento.

Los resultados en la fase de pretratamiento fueron: IEC-TCA: 72,50; d.t.: 24,669; EDSIS: 24,00, d.t.: 8,848; GHQ: 12,38, d.t.: 3,583 y LEE: 7,13, d.t.: 3,871. Mientras que en la fase de postratamiento fueron: IEC-TCA: 81,00 d.t.: 24,089; EDSIS: 29,50, d.t.: 11,148; GHQ: 12,88, d.t.: 8,008, y LEE: 10,13, d.t.: 9,628.

Discusión y Conclusiones

Los resultados anteriormente descritos muestran una tendencia general negativa con peores resultados en la fase de postratamiento que en la fase de pretratamiento en las diferentes escalas valoradas tras la intervención psicoeducativa que puede relacionarse con el reducido tamaño muestral escasamente representativo de una entidad nosológica tan compleja y diversa como los trastornos de la conducta alimentaria, donde los aspectos relacional y familiar juegan un papel tan importante (Hibbs et al., 2015). Otros estudios que han analizado los efectos del programa Maudsley como el trabajo metanalítico de Couturier et al. (2013), observaron que la intervención con familiares no se diferenciaba de la terapia individual durante la fase final del tratamiento, si en el periodo de seguimiento a los 6 y 12 meses. En este sentido también

se ha considerado la importancia del tiempo de evolución de la enfermedad donde la terapia familiar muestra mejores resultados con procesos de evolución corta o pacientes adolescentes (Russell, Szmukler, Dare, y Eisler, 1987), así como la heterogeneidad del grupo de estudio en el que las necesidades y dificultades familiares son diferentes en función de la patología de los pacientes o la propia dinámica familiar (Couturier et al., 2013). Los resultados de este trabajo hacen necesario continuar ampliando el estudio en intervención con familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con un grupo más representativo, y en comparación con un grupo control de tratamiento habitual, así como valorar nuevas propuestas de intervención como grupos psicoeducativos con mayor número de sesiones, o con una orientación más práctica a través de ejercicios y representaciones que permitan la expresión y debate de las dificultades cotidianas con los pacientes, que amplíen el repertorio conductual y flexibilicen la perspectiva cognitiva en el trabajo con sus familiares.

Referencias

- Carral-Fernández, L., Sepúlveda, A.R., Gómez del Barrio, A., Graell, M. y Treasure, J. (2013). The Spanish validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) among caregivers. *Psychiatry Research*, 209, 626-631.
- Couturier, J., Kimber, M. y Szatmari, M. (2013). Efficacy of Family-Based Treatment for Adolescents with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 3–11.
- Goddard, E., Macdonald, P., Sepulveda, A.R., Naumann, U., Landau, S., Schmidt, U. y Treasure, J. (2011). Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers. *British Journal of Psychiatry*, 199, 225–231.
- Grover, M., Williams, C., Eisler, I., Fairbairn, P., McCloskey, C., Smith, G. y Treasure J. (2011). An off-line pilot evaluation of a web-based systemic cognitive behavioral intervention for carers of people with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 708–715.
- Haigh, R. y Treasure, J. (2003). Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: Development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review*, 11, 125–141.
- Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J. y Treasure, J. (2015). Interventions for Caregivers of

- Someone with an Eating Disorder: A Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 349–361.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, S. y Dare, C. (2011). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based approach*. The Guilford Press: New York.
- Muñoz, P.E., Vázquez-Barquero, J.L., Rodríguez, F., Pastrana, E. y Varo, J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología*, 42, 139-158.
- Russell, G.F., Szmukler, G.I., Dare, C. y Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047–1056.
- Sánchez-López, M. P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20, 839-843.
- Sepúlveda, A.R., Anastasiadou, D., Del Rio, A. M. y Graell, M. (2012). The Spanish validation of level of expressed emotion scale for relatives of people with eating disorders. *Spanish Journal Psychology*, 15, 825-839.
- Szmukler, G.I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S. y Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 137-148.
- Treasure, J., Sepúlveda, A., Macdonald, P., Lopez, C., Zabala, M., Kyraciou, O. y Todd, G. (2008). Interpersonal maintaining factors in eating disorder: Skill sharing interventions for carers. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 1, 331–338.
- Zabala, M., Macdonald, P. y Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 17, 338–349.

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

Calcedo-Giraldo J. Gabriel*, Ruiz-Toca Alicia, Benito-González Pilar*, Gómez del Barrio Andrés*, Muñoz Torres M^a Dolores* y Pérez Aller Nuria***

**Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; **Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid*

Resumen

Antecedentes. Los trastornos alimentarios son enfermedades complejas que resultan de la interacción de factores psicológicos, físicos y socio-culturales, interfieren en el comportamiento del individuo, afectan a los adolescentes con una frecuencia cada vez mayor. Además los comportamientos y actitudes relacionadas con la salud, como los hábitos alimentarios, se desarrollan durante la infancia y adolescencia persistiendo hasta la edad adulta teniendo un papel relevante en la salud del adulto. Los objetivos son realizar una intervención de Prevención Primaria Universal en estudiantes de Educación Secundaria, determinar el riesgo y la incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) a 12 y 36 meses y disminuir la incidencia de TCA significativamente en el grupo de intervención. *Método.* Estudio en dos fases de prevalencia (1º ESO) e incidencia (2º y 4º ESO). Cribado con cuestionarios y entrevista semiestructurada SCAN en intervención y control. En una muestra de 20 aulas, 10 colegios de Cantabria. La intervención consiste en cinco sesiones semanales de 120 minutos de duración en 1º ESO, una sesión con padres y una sesión de recuerdo a los 12 meses de la intervención. *Resultados.* La incidencia acumulada de TCA en nuestro estudio es menor en el grupo de intervención y la probabilidad de desarrollar un TCA en el grupo de control es 4,8 veces mayor ajustando los datos por edad y 8,7 veces más probable en las chicas. *Conclusiones.* Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que un programa como el nuestro, universal selectivo en estudiantes de Secundaria es efectivo y pone de manifiesto la importancia de realizar investigación de los TCA en prevención primaria, con un enfoque amplio, especialmente en población adolescente antes de que la enfermedad o los hábitos alimentarios disfuncionales se instauren de forma definitiva.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, prevención, estudiantes, educación secundaria

PREVENTION EATING DISORDERS AMONG SECONDARY SCHOOL STUDENTS

Abstract

Introduction. The Eating Disorders (ED) are complex diseases that result from the interaction of psychological, physical and socio-cultural factors. This disorders interfere with the individual's behavior and affect adolescents with increasing frequency. In addition, health-related behaviors and attitudes, such as eating habits, develop during childhood and adolescence, persisting into adulthood and having a relevant role in adult health. The objectives are to carryout a Universal Primary Prevention intervention in Secondary Education students, determine the risk and incidence of ED at 12 and 36 months of follow-up and decrease ED incidence significantly in the intervention group.

Methods. We used a two-phase prevalence (1° ESO) and incidence (2° and 4° ESO) design. Screening questionnaires and semi-structured interview (SCAN) in intervention and control group. In a sample of 20 classrooms, 10 schools in Cantabria. The intervention consists of five weekly sessions of 120 minutes duration in 1° ESO with adolescents, a session with parents and a session of remembrance at 12 months of the intervention.

Results. The cumulative incidence of ED in our study is lower in the intervention group and the probability of developing ED in the control group is 4.8 times higher by adjusting data by age and 8.7 times more likely in girls.

Conclusions. The results obtained in our study indicate that a program like ours, universal selective in high school students is effective and highlights the importance of conducting research on eating disorders in primary prevention with a broad focus, especially on the adolescent population before disease or dysfunctional eating habits are definitively established.

Keywords: Eating disorders, prevention, students, secondary education

Introducción

Las causas que originan los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son multifactoriales e incluyen factores individuales, familiares y sociales, entre los que destacan el sobrepeso previo, el estilo de crianza, los antecedentes familiares de TCA y el culto que existe actualmente en la sociedad a los cuerpos delgados y perfectos (Haycraft y Blissett, 2010; Neumark-Sztainer et al., 2006).

Los TCA se caracterizan por el deterioro funcional, complicaciones médicas y la utilización de servicios de salud mental, también aumenta el riesgo de aparición futura de obesidad, trastornos depresivos, intentos suicidio, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y problemas de salud (Lewinsohn, Striegel-Moore y Seeley, 2000; Stice, Hayward, Cameron, Killen y Taylor, 2000).

La aparición de AN y BN y, en especial, de los síndromes parciales, es mayor en la adolescencia, dada la magnitud de los cambios biológicos, psicológicos y de redefinición del papel social en esta etapa de la vida, asociada a la preocupación por la imagen (Markey, 2010; Peláez, Raich y Encinas, 2010).

Aunque existen tratamientos eficaces para los jóvenes con trastornos de la alimentación, (Hsu, 1996; Theander, 1985) los hallazgos son consistentes e indican que, relativamente pocos adolescentes con trastornos de la alimentación reciben este tipo de tratamientos especializados (Álvarez-Malé, Bautista y Serra, 2015; Peláez, Labrador y Raich, 2007).

Este panorama señala la necesidad de llevar a cabo estudios en la prevención primaria de los trastornos alimentarios, con un enfoque amplio y especialmente en población adolescentes antes de que la enfermedad o los hábitos alimentarios disfuncionales se instauren de forma definitiva.

La experiencia señala que, al igual que en otras patologías, también en los TCA además de los tratamientos efectivos es conveniente tomar las medidas de prevención que puedan reducir la incidencia o mejorar el pronóstico, ahorrando costes y mejorando los rendimientos (Fairburn, 1995).

En los últimos años se han desarrollado una variedad de programas de prevención, que han incluido algunas innovaciones incluyendo sesiones menos didácticas y más interactivas sobre factores de riesgo o aumento de las fortalezas, como resistencia a las presiones socioculturales para la delgadez, satisfacción corporal o autoestima, entre

otras (Stice y Shaw, 2004).

Los objetivos son realizar una intervención de Prevención Primaria Universal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra de estudiantes de Educación Secundaria en la comunidad de Cantabria y determinar el riesgo y la incidencia de los TCA a los 12 y 36 meses. Nuestra hipótesis de trabajo es que el programa disminuirá el riesgo y la incidencia de padecer un TCA tras la intervención y a los 12 y 36 meses.

Método

Participantes

El estudio se realizó en un marco educativo de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Así, se seleccionaron 20 aulas de primero de la ESO en 10 colegios mixtos de dos líneas, del área de Santander.

Tras conseguir el permiso tanto de la Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria como de los directores y personal educativo, así como de la Asociaciones de Padres y Madres (AMPAS) se seleccionaron las aulas de 1º de la ESO de cada centro, asignando aleatoriamente una de ellas como grupo control y otra como intervención.

Los criterios de inclusión fueron tener entre 12 y 17 años, estar matriculados en 1º de la ESO en los centros seleccionados y que los padres hubiesen firmado un consentimiento informado. Participaron un total de 434 estudiantes.

Material/ Instrumentos

La evaluación pre y postratamiento se llevó a cabo con las siguientes escalas:

1. Eating Attitudes Test (EAT-26) es un cuestionario autoadministrado empleado para detectar población en riesgo de desarrollar un TCA y desarrollado a partir del EAT-40, es una versión breve de 26 ítems.

El EAT-26, tiene una sensibilidad del 91% y una especificidad del 69% y guarda una correlación del 0,98 con el cuestionario EAT-40 (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveday Muñoz, 2004).

2. SCAN: la sección nueve de la “Parte Primera” del Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) en su adaptación al español (Vázquez-Barquero et al., 1994). La entrevista SCAN es un instrumento de evaluación y

diagnóstico altamente fiable, aplicado por profesionales con amplia experiencia en los TCA, ha sido ampliamente utilizada en estudios similares (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario y Martínez-Delgado, 2004).

Procedimiento

Se aplicó un programa de prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria, con un formato interactivo, aplicado por personal entrenado y experto, con actividades en pequeño grupo.

Los adolescentes reciben cinco sesiones semanales de 120 minutos de duración en 1º ESO, una sesión para padres y una sesión de recuerdo a los 12 meses de la intervención nuevamente con los alumnos.

Las 5 sesiones con los adolescentes versaban sobre alimentación saludable, habilidades para resistir la presión social, la influencia sociocultural, cómo interpretar y resistir la influencia de los medios de comunicación, como mejorar la autoestima/autoconcepto, las habilidades sociales y comunicativas y el entrenamiento asertivo.

En la primera fase todos los participantes recibían un cuadernillo con el cuestionario Eating Attitudes Test (EAT-26) tanto en el pretest como en el postest. Además se recogieron datos sociodemográficos y antropométricos.

En la segunda fase se efectuó una evaluación con la entrevista semi-estructurada SCAN de quienes se consideraron con riesgo tras la primera fase (EAT-26 puntuación \geq 20) y una muestra de los sujetos que no presentaron riesgo y cuyas puntuaciones en el test de screening fue de 0 ó 1. La entrevista se efectuó por un psiquiatra o psicólogo clínico. Dicha entrevista se realizó en la condición de ciego para el alumno evaluado.

Diseño

Se llevó a cabo un diseño experimental con grupo de control, que formaba parte de un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico (Programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes FIS PI05/2533), con medidas estandarizadas pre- y post-intervención en el grupo de intervención y en el de control y con un seguimiento de ambos grupos a los 12 y 36 meses.

Resultados

De los 434 participantes 226 son chicos (52,07%) y 208 chicas (47,93%). En el grupo de control participaron 209 chicos y chicas representando el (48,16%) de la muestra y en el grupo de intervención 225 alumnos (51,84%).

En la tabla 1 se presenta la edad y las variables antropométricas peso, talla e IMC con su media y desviación estándar correspondiente.

Tabla 1

Variables: Edad, Peso, Talla e IMC

	Intervención (Media y Sd)	Control (Media y Sd)	Total (Media y Sd)
Edad (11-15)	12,8 (0,55)	12,8(0,58)	12,82(0,56)
Peso	51 (11,37)	51,3 (11,87)	51,15(11,60)
Talla	1,57 (0,08)	1,57 (0,08)	1,57 (0,08)
IMC	20,48 (3,74)	20,72 (4,00)	20,59 (3,86)

La prevalencia de TCA para las mujeres fue de 0,52% y el intervalo de confianza IC 95% (0,013% a 2,86%).

Respecto al riesgo de TCA medido con el cuestionario EAT-26 en el pretest encontramos un 8,58% con un IC 95% (6,29% a 11,51%) sin diferencias entre los grupos intervención y control en el pretest, $p=0,293$. En el posttest un riesgo de 6,10% con un IC 95% (4,16% a 8,85%) también sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos $p=0,370$ al finalizar el programa de prevención.

A los 12 meses volvimos a pasar el EAT-26 a ambos grupos y la probabilidad de presentar Riesgo para desarrollar un TCA es casi tres veces y media mayor en el grupo de control que en el de intervención (Razón de Odds (OR) = 3,45) con un IC 95% (1,22 a 9,77) y la Razón de Prevalencias o riesgo relativo es (RR)= 3,26 con un IC 95% (1,20 a 8,86) calculado con el procedimiento Crosstabs.

Estos resultados no se mantuvieron a los 36 meses $p=0,073$ y el intervalo de confianza al 95% de Razón de Odds (OR) y Razón de Prevalencias (RR) incluye valores por debajo y por encima de 1.

Respecto a la incidencia al finalizar el estudio a los 36 meses en 4º de la ESO,

realizamos un análisis de regresión de Cox ajustado por la edad, para evitar la confusión de esta variable y encontramos $\text{Exp}(B) = 4,78$ veces más probabilidad de desarrollar un TCA para el grupo de control que para el de intervención y significativo estadísticamente $p = 0,049$.

Por otra parte, al seleccionar solamente chicas vimos que el efecto protector era todavía más fuerte $\text{Exp}(B) = 8,65$ y también significativo $p = 0,045$.

Discusión y Conclusiones

El riesgo de desarrollar un TCA en Cantabria medido con el EAT-26 se situó dentro del rango esperable, en unas cifras similares a los de otros estudios como el de Gil, Ortiz y Fernández (2007) en una muestra de 12 años de edad encontró un riesgo del 11%.

La prevalencia de TCA hallada en los estudiantes de Secundaria en Cantabria fue de 0,52% en las mujeres, aunque es baja entra dentro del rango encontrado en otros estudios nacionales e internacionales. En estudios nacionales Ruiz-Lázaro et al. (2010) señaló una prevalencia de 0.7% en TCANE en estudiantes de 12 a 13 años. En otros estudios internacionales también se encontraron prevalencias bajas como en nuestro estudio, por ejemplo Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen y Merikangas (2011) con una prevalencia vida 0.3% para la Anorexia nerviosa y 0.9% para la Bulimia.

Un punto fuerte de nuestro estudio es el seguimiento a largo plazo. Revisando la literatura vemos que muy pocos programas de prevención han incluido seguimientos a tan largo plazo y, por tanto, se sabe poco acerca de cuánto tiempo y de qué manera persisten los efectos de estos programas de prevención (Stice, Marti, Spoor, Presnell y Shaw, 2008). También hay muy pocos estudios que hablen de la incidencia, ya que la mayoría hablan del éxito en la reducción de factores de riesgo y sintomatología asociada, por ejemplo el programa peso saludable de Shaw, Stice y Becker (2009).

Una posible limitación en este estudio surge por la relativa baja tasa de prevalencia de los TCA, que conlleva la necesidad de un gran tamaño muestral de población a estudio para obtener estimaciones precisas (Gandarillas y Febrel, 2000)

Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que un programa como el nuestro, universal selectivo en estudiantes de Secundaria es efectivo y pone de manifiesto la importancia de realizar futuras investigaciones en la prevención de los

TCA.

Referencias

- Álvarez-Malé, M. L., Bautista, I., y Serra, L. (2015). Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283–2288.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., y Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 13(5), 287–294.
- Fairburn, C. (1995). *The Prevention of Eating Disorders. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Gandarillas, A., y Febrel, C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R., y Muñoz, P. E. (2004). Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Psiquiatria.com*, 8(2). Recuperado de <https://www.psiquiatria.com/>
- Gil, E., Ortiz, T., y Fernández, M. (2007). Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Atención Primaria*, 39(1), 7–11.
- Haycraft, E., y Blissett, J. (2010). Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite*, 54(1), 221–224.
- Hsu, L. K. G. (1996). Outcome of early onset anorexia nervosa: What do we know? *Journal of Youth and Adolescence*, 25(4), 563–568.
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H., y Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1284–1292.
- Markey, C. N. (2010). Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1387–1391.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., y Eisenberg, M. (2006).

- Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106(4), 559–568.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J., y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681–690.
- Peláez, M. A., Raich, R. M., y Encinas, J. F. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 62–75.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Comet, M. P., Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L., y Lobo, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios enestudiantesadolescentestempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4), 204-211.
- Shaw, H., Stice, E., y Becker, C. B. (2009). Preventing Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 199–207.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D., y Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 438–444.
- Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K., y Shaw, H. (2008). Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: Long-Term Effects from a Randomized Efficacy Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 329–340.
- Stice, E., y Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130(2), 206–227.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714–723.
- Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2), 493–508.

Vázquez-Barquero, J.L., Gaité, L., Artal, J., Arenal, A., Herrera, S., y Díez-Manrique, J.F. (1994). Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica “Sistema SCAN” (“cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría”). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22(3), 109–20.

**PARÂMETROS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS AO REGANHO OU
MANUTENÇÃO DE PESO APÓS REALIZAÇÃO DE CIRURGIA
BARIÁTRICA**

Lis Marina Lopes-Lazzarini*, **Ana Laura Schliemann**** E **Maria Helena Senger*****

*Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Faculdade de Ciências Médicas e da
Saúde. *Mestre; **Professora Doutora; ***Professora Doutora*

Resumo

A cirurgia bariátrica é uma terapia auxiliar na obesidade, mas alguns pacientes têm reganho de peso e retorno de comorbidades. Objetivou-se avaliar parâmetros psicológicos associados ao reganho ou à manutenção de peso após realização da cirurgia há, no mínimo, dois anos em pacientes sob acompanhamento. O estudo transversal, observacional e quali-quantitativo baseou-se em dados de prontuários, entrevista aberta e no Questionário Breve de Qualidade de Vida. Os discursos transcritos foram submetidos à análise de conteúdo. Participaram doze mulheres, sem e com reganho de peso (n=6 cada), considerado quando houve aumento de 15% ou mais do peso mínimo alcançado. Houve associações entre aspectos psicológicos e psicossociais no reganho de peso. Os participantes sem reganho apresentavam angustias e dificuldades e sentimentos negativos em menor grau, sentiam-se mais seguros e tinham mais cuidados de saúde e sociais. Estes parâmetros devem auxiliar na detecção e intervenção terapêutica de pacientes propensos ao reganho de peso.

Palavras-chave: obesidade; cirurgia bariátrica; reganho de peso; aspectos psicossociais; psicologia.

**PSYCHOLOGICAL PARAMETERS ASSOCIATED WITH WEIGHT REGAIN
OR WEIGHT MAINTENANCE AFTER BARIATRIC SURGERY**

Abstract

Bariatric surgery is a therapy for obesity, but some patients have weight regain and manifest comorbidities again. This study aimed to evaluate psychological parameters

associated either with the maintenance or regained weight. The study was cross-sectional, observational and qualitative and quantitative. Twelve female patients who underwent surgery up to two years before were divided between no (n=6) and with weight regain (when presented weight increase of 15% or more of the minimum weight after surgery). Medical records, open interviews and Quality of Life Bref Scale were assessed. Content analysis was realized in interviews material. It was confirmed that there were associations between psychological and psychosocial aspects of weight regain. No weight regain patients presented lower anxieties and difficulties, felt more secure e underwent more health and social care. These parameters may help in detection and therapeutical intervention of would-be weight regain patients.

Key words: obesity; bariatric surgery; weight regain; psychosocial aspects; psychology.

PARÁMETROS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS CON EL MANTENIMIENTO O RECUPERACIÓN DE PESO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Resumen

La cirugía bariátrica es un tratamiento complementario de la obesidad, pero algunos pacientes recuperan el peso y el retorno de comorbilidades. Este estudio tuvo como objetivo evaluar los parámetros psicológicos asociados con la recuperación o manutencion del peso después de la realización de la cirugía por lo menos dos años en los pacientes bajo supervisión. El estudio transversal, observacional, cualitativo y cuantitativo se basó en los datos de prontuario, entrevistas abiertas y en el Cuestionario de Calidad de Vida Breve. Las transcripciones fueron sometidas a análisis de contenido. Participaron doce mujeres, en dos grupos, (n = 6 cada uno) sin y con recuperación del peso (cuando hay un aumento del 15% o más del peso mínimo alcanzado). Hubo asociaciones entre aspectos psicológicos y psicosociales del peso recuperado. Los participantes que mantuvieron el peso tenían ansiedades, dificultades y trastornos del estado de ánimo en menor medida, y además se sentían más seguros y tenían mas atención con la salud y la vida social. Estes parámetros deben ayudar en la detección y la intervención terapéutica de pacientes propensos a recuperar peso

Palabras clave: obesidad; cirugía bariátrica; recuperación de peso; aspectos psicosociales; psicología.

Introdução

A obesidade é uma condição médica crônica de etiologia multifatorial e tratamento multidisciplinar. A psicologia se fará presente nesta equipe com um papel ligado à avaliação, tratamento e recuperação dos pacientes.

Observa-se que as histórias de vida da pessoa obesa e de sua obesidade se inter-relacionam e participam do desenvolvimento biológico, social, cognitivo e emocional (Campos, 1993; Kolotkin, Meter e Williams, 2001).

A cirurgia bariátrica e metabólica (CBM), cada vez mais realizada, é uma técnica de grande auxílio na condução de alguns casos de obesidade. A avaliação psicológica é item obrigatório na fase pré-operatória da CBM, assim como é recomendado o acompanhamento psicológico até 18 meses após a cirurgia (Ministério da Saúde do Brasil, 2013a; Ministério da Saúde do Brasil, 2013b).

A população obesa tem sido referida na literatura como aquela que apresenta alterações frequentes psicopatológicas e de personalidade e que podem comprometer a adesão ao tratamento (Carvalho Jr, 2013; Marcus, Stunkard e Wadden, 1992; Orsi et al., 2008; Sloth, Holst, Flint, Gregersen e Astrup, 2007; Vaz, Conceição e Machado, 2009).

Outro conceito que pode ser aplicado no conjunto dos aspectos psicossociais do indivíduo com excesso de peso é o da qualidade de vida (QV) que corresponde à percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O emagrecimento resulta na melhora significativa da QV dessas pessoas devido ao peso eliminado após a cirurgia (Fleck, 1998; Fleck et al., 1999; Fleck et al., 2000). Uma ferramenta avaliativa muito usada neste sentido é o Instrumento de Avaliação Breve da QV da OMS (WHOQol-bref).

Após a CBM, a maioria das pessoas perde uma quantidade significativa de peso. No entanto, estudos sugerem que muitos pacientes retomam o peso e suas comorbidades (Amado et al., 2011; Odom et al., 2010).

Considerou-se ganho considerável de peso aquele maior ou igual a 15% do peso mínimo atingido após a CBM, porém percentual que separa o ganho de peso daquela

recuperação considerada como aceitável ainda não está plenamente estabelecido na literatura (Amado et al., 2011; Carvalho Jr, 2013; Koyama, 2007; Odom et al., 2010).

Os parâmetros psicossociais preditivos julgados como positivos para melhor evolução do pós-operatório são a melhora dos níveis de autoestima, ajuste social e pessoal, satisfação com os resultados e confiança na própria habilidade de mudar comportamento (Carvalho Jr, 2013; Marcus et al., 1992).

O reganho de peso estaria condicionado ao “comer” diante de emoções negativas, à passividade na resposta a situações de estresse da vida cotidiana e à tendência para usar a comida como reguladora de humor (Carvalho Jr, 2013; Marcus et al., 1992).

Nesse contexto, investigar quem são os pacientes que sofrem o reganho, como se comportam e se apresentam, quais são suas características psicológicas e qual o impacto do reganho em sua QV merece consideração.

Métodos

Foi realizado um estudo do tipo transversal, observacional e quali-quantitativo com amostra composta por participantes maiores de 18 anos, operados há no mínimo dois anos e que mantiveram a frequência de seguimento sistemático no ambulatório de obesidade e aceitaram participar do estudo.

O processo de coleta de dados foi iniciado com análise de prontuários após seleção prévia que permitiu a discriminação dos casos e posterior convite conforme primeira possibilidade de convite para participação.

Realizou-se entrevista em profundidade, em que as seguintes questões norteadoras foram aplicadas: sua vida mudou após a CBM? Como isso aconteceu ou deixou de acontecer? Foram gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora.

Foi aplicado o WHOQol-bref para avaliar a percepção da QV nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os resultados das facetas de cada domínio foram avaliados nos grupos com e sem reganho de peso, utilizando-se da análise de variância de Friedman e do teste de Mann-Whitney. O resultado foi considerado estatisticamente significativo quando $p \leq 0,05$.

Os dados obtidos nas entrevistas foram colhidos seguindo o critério de saturação ou exaustão até que a repetição das respostas não fornecia novas informações (Muchielli, 1990). Depois da transcrição foi utilizado o método de análise de conteúdo

com uma descrição objetiva, sistemática e qualitativa do teor emitido e manifesto na comunicação (Bardin, 1977). As categorias temáticas foram encontradas a partir das respostas oferecidas pelas participantes e foram salientadas e sobrescritas em diferentes cores para facilitar o trabalho de análise.

Resultados e Discussão

Doze participantes, todas do sexo feminino, compuseram a amostra estudada. A mediana de idade do grupo sem reganho de peso foi de 45,5 anos, quatro eram casadas e todas exerciam profissões sem qualificação universitária. Três pessoas apresentavam IMC considerado como super obesidade ($IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$) no início do tratamento e três eliminaram mais de 10% peso, conforme é recomendado no preparo para a CBM. Atualmente ninguém continua com o tratamento psicológico.

No grupo com reganho de peso a mediana da idade foi de 52 anos, todas estavam casadas e exerciam profissões sem qualificação universitária. Neste grupo, uma pessoa apresentava IMC considerado como super obesidade quando iniciou o tratamento. Quatro eliminaram 10% ou mais de peso recomendado no preparo para a CBM. As pacientes com reganho fizeram e fazem seguimento pré e pós CBM com nutricionista e psicólogo. Uma participante engravidou quatro anos após a CBM.

Os dados obtidos nas entrevistas geraram categorias temáticas após a análise de conteúdo (com suas respectivas subcategorias), que foram: história da obesidade (fase do desenvolvimento, preconceito, autoimagem, autoestima, estilo de personalidade e formação de identidade); feminilidade (infância, puberdade/adolescência, casamento, gestação e menopausa); relacionamentos (apoio familiar, apoio social, relação com a obesidade, relação com a cirurgia); e experiências pré e pós-cirurgia (expectativas em relação com a cirurgia, confronto com a realidade e ganho de peso).

A categoria história da obesidade contemplou a inter-relação entre a obesidade e a história de vida das participantes. O grupo com reganho de peso referiu sofrimento atual com a obesidade, ao passo que as pessoas sem reganho relataram receio em recuperar o peso.

Psiquicamente o ser humano tende a buscar explicações e justificativas que o façam entender suas condições. Uma história de vida pode compreender relatos de experiências reais ou fictícias vivenciadas por uma pessoa e que retratam

acontecimentos de uma existência ou parte dela (Appart, Tordeurs e Reinaert, 2007; Felipe, 2001).

Adultos obesos tendem a apresentar, muitas vezes, características comportamentais de passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceito ou amado, indicadores de dificuldades de adaptação social, agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa. Observa-se que os sintomas e comportamentos compulsivos expressam esses sentimentos ditos negativos e que povoam as fantasias desses doentes (Segal & Fandino, 2002; Turato, 2005).

Uma das representações presente nos discursos das obesas participantes é a divisão afetiva entre prazer e desprazer, mostrando aspectos contraditórios no significado do ato de comer e revelando o paradoxo do prazer e sofrimento, compulsão e descontrolo.

A categoria da feminilidade foi salientada, em suas diversas fases da vida: a infância, a puberdade com suas alterações hormonais, a adolescência, o casamento, a gravidez e a menopausa. Percebe-se que o desenvolvimento biopsicossocial feminino é atravessado por experiências na vida das mulheres que são impactantes. “Na vida das mulheres existem marcos concretos e definitivos que sinalizam diferentes fases ou passagens de suas vidas” (Aragão, 2006; Kovács, 1992; Pope e Mays, 2009).

A importância dos relacionamentos se traduziu tanto na presença quanto na ausência de redes de apoio. O apoio familiar é revelado na medida que o gosto pelo comer e o prazer coexistem, dificultando a limitação prática na alimentação.

O preconceito e a discriminação no trabalho, na sociedade em geral e nos relacionamentos interpessoais são um dos maiores problemas enfrentados pelos obesos que os leva a menor participação social, escolar ou profissional. A experiência em lidar com o preconceito, a discriminação e rejeição social abordada nas entrevistas deste estudo transpareceu como memórias de dor e sofrimento, bem como um comportamento carregado de culpa e responsabilidade (Felipe, 2001).

Evidenciou-se a expectativa em relação à cirurgia e suas implicações psíquicas na vida dessas pessoas. Os esperados resultados sobre a autoestima e motivação prevalecem na maioria dos pacientes, enquanto é relatado que o foco central da equipe

multidisciplinar permanece na resolução das doenças associadas à obesidade (Carvalho Jr, 2013). Além de experimentar o confronto com a realidade propriamente dita, ainda há o temor da eventual experiência com o reganho de peso.

A questão da autoimagem ressaltou que pessoas obesas apresentam uma imagem corporal muitas vezes “desfocada” e com contornos corporais não integrados e dimensionados de forma compatível com o esquema corporal. Após a cirurgia bariátrica os pacientes podem apresentar dificuldades de se reconhecerem e se identificarem e tendem com isso a manter a imagem corporal anterior sobreposta em seu corpo atual (Appart et al., 2007).

Os dados obtidos no WHOQol-bref mostraram que as participantes referiram uma boa QV, mas o grupo com reganho de peso apresentou menores índices em seus domínios, em especial quanto às relações sociais e meio ambiente.

A análise estatística evidenciou três resultados: (1) os sentimentos negativos no domínio psicológico do grupo sem reganho são menores do que no grupo com reganho ($p=0,02$); (2) a segurança física e a proteção no domínio do meio ambiente no grupo sem reganho é maior que no grupo com reganho ($p=0,01$); (3) também no domínio do meio ambiente, os cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade foram maiores no grupo sem reganho quando comparado com o do reganho ($p=0,01$).

Mulheres que não tiveram reganho de peso indicaram alguns caminhos que percorreram como: a tomada de decisão pela cirurgia, entendendo que elas são as responsáveis por sua mudança de vida e que possuem determinação para manterem-se magras. As participantes com reganho de peso geralmente não se identificavam com a imagem e com o perfil após a cirurgia, julgando que não se reconheciam estando magras. Não houve mudança de vida significativa, por exemplo com uma rotina de exercícios, hábitos alimentares e expectativas quanto a aparência física, entre outros. As mesmas colocam a manutenção dos seus relacionamentos como fator principal na própria referência de vida, enquanto as que não tiveram reganho são mais autocentradas.

As expectativas em relação à CMB restaram frustradas, pois se destruiu a visão mágica de que a cirurgia faria todas as mudanças. Aí reside a importância do trabalho psicológico tanto no pré como no pós-operatório em auxiliar na desconstrução dessas fantasias. Continuar o processo de autocuidado num plano fantasioso significa falta de força egóica para enfrentar o tempo após a cirurgia e para exercer resiliência.

Os dados apresentados levaram à descrição de um perfil de pacientes mais propensas ao reganho do peso eliminado após a realização da CBM. Espera-se que com isso, possa se avançar para medidas de apoio mais direcionadas às estas pessoas, visando a persistência dos bons efeitos da cirurgia.

Referências

- Aragão, R. (2006). De mãe para filha: a transmissão da maternidade. Em R. Melgaço (Org.), *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação* (pp. 97-108). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Amado, E. A., Garrido-Junior, A. B., Berti, L. V., Oliveira, M. R., Bertin, N. T. S., Malheiros, C. A., e Bastouly, M. (2011). Derivações gástricas em y-de-roux com anel de silicone para o tratamento da obesidade: estudo das complicações relacionadas com o anel. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 24(4), 290-295.
- Appart, A., Tordeurs, D., e Reinaert, D. (2007). La prise en charge du patientobese: aspectspsychologiques. *Louvain Medical*, 126(5),153-159.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (Edição 70). Lisboa.
- Campos, A. L. R. (1993). Aspectos psicológicos da obesidade. *Pediatria Moderna*, 29, 129-133.
- Carvalho Jr., A. (2013). *Vivências emocionais de pacientes submetidos à cirurgia metabólica e bariátrica com reganho de peso: um estudo clínico-qualitativo* (Tese de doutorado). Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas.
- Felippe, F. M. (2001). *O peso social da obesidade*. (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Fleck, M. P. A. (1998). *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQol). Divisão de saúde mental - grupo WHOQol*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., e Pinzon, L. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.

- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., e Pinzon, L. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Kolotkin, R. L., Meter, K., e Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Review*, 2(4), 219-29.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Koyama, R. E. (2007). *A mobilidade de pacientes obesos no pós-cirúrgico bariátrico* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade de São Paulo, Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, São Paulo.
- Marcus, M., Stunkard, A. e Wadden, T. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191-203.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2013a). *Portaria n. 424, de 19 de março de 2013* (Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html
- Ministério da Saúde do Brasil. (2013b). *Portaria n. 425, de 19 de março de 2013* (Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade). Brasília, DF: Ministério da Saúde do Brasil. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html
- Muchielli, A. (1990). *Les methods qualitatives*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Odom, J., Zalesin, K. C., Washington, T. L., Miller, W. W., Hakmeh, B., Zaremba, D. L., ...McCullough, P. A. (2010). Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20(3), 349-356.
- Orsi, J. V. A., Nahas, F. X., Gomes, H. C., Andrade, C. H. V., Veiga, D. F., Novo, N. F., e Ferreira, L. M. (2008). Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(2), 106-109.

- Pope, C., e Mays, N. (2009). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde* (3a Ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Segal, A., e Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Suppl. 3), 68-72.
- Sloth, B., Holst, J. J., Flint, A., Gregersen, N. T., e Astrup, A. (2007). Effects of PYY1-36 and PYY3-36 on appetite, energy intake, energy expenditure, glucose and fat metabolism in obese and lean subjects. *American Journal of Physiology. Endocrinology and Metabolism*, 292(4), 1062-1068.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Vaz, A. R., Conceição, E. M., e Machado, P. P. P. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 27(2), 189-197.

**CONTRIBUTIONS OF SCHOOL PSYCHOLOGY AND WINNICOTTIAN
PSYCHOANALYSIS ON PLAYING AND CHILD EDUCATION IN BRAZIL****Thaís Vectore Pavanin***Universidade Federal de Uberlândia***Abstract**

Spontaneous play allows child a global development, but it still appears as a coadjuvant in the curriculum of early childhood education in Brazil. As already reported by studies, quality education can reduce rates of school failure, increase permanence at school, as well as higher rate of employment relationships in adulthood. Thus, this study aimed to investigate the contributions of School Psychology on the importance of play in early childhood education. For this, it was carried out a theoretical study of play in the work of Winnicott – psychoanalyst that allows a dialogue with education – and a literature review on Brazilian databases, of the period from 2010 to 2015, about studies and practices of School Psychology and Education relating to play in the age group 0 to 5 years. Were found 35 articles, which were analyzed and classified according to the following topics related to play: culture, education, interaction, specific, mental health and child development. From this, it was found that the play is perceived as an important educational issue (not restricted to educational institutions), as promoter of human development and as a privileged form of communication with children and belonging to them. Practice of play also proves to be important in cases of learning problems, allowing educators and psychologists diagnose children and carry out interventions more effective through play. Therefore, understanding the school today as a privileged space for the practice of playing, realizing this activity is becoming even more limited in today's society and questioning the relative scarcity of studies found, we highlight the importance of the contributions of Winnicott's theory on this subject and the need for more studies on the role of the school psychologist in children's educational institutions.

Keywords: Play. Childhood Education. School Psychology. Winnicottian Psychoanalysis. Child Development.

Introduction

This paper aims to address the importance of playing in the childhood education from the perspective of Winnicott's theory, investigating, especially the contributions of the School Psychology area on this theme. For this, it was carried out a literature review about studies and practices of School Psychology for the play aged 0-5 years, and a study on the work of Winnicott, with regard to the origins and the importance of play in the his theory of human emotional maturation.

Childhood is admittedly a crucial period for the development of all human beings. Thus, the play is conceived as the childhood's own activity, including being considered by the Statute of Child and Adolescent - ECA (Câmara dos Deputados, 2013a) as a right, featuring the right to freedom. Papalia, Olds and Feldman (2006) indicate that through play children stimulate the senses, learn to use muscles, coordinate vision with movement, acquire mastery over their bodies and new skills. It is understood then that the play gives children a global development. Brazilian legislation (Câmara dos Deputados, 2013b; Ministério da Educação. Secretaria de Educação básica, 2010) prioritize the development of children in their physical, intellectual, social and psychological.

Therefore, despite the play being recognized as an important component of the government documents and considered essential for global child development, most schools gives the free toy a second place (Araújo, 2009; Benedet and Zanella, 2011; Cordazzo, Martins, Macarini and Vieira, 2007; Lordelo and Carvalho, 2003; Marques and Sperb, 2013; Raymundo, Kuhnen and Soares, 2010). As pointed by Lordelo and Carvalho (2003), the children's institutions are organized as classrooms, where most of the activities of children is typically academic nature, development is not seen as a whole, in an integrated manner, schooling early childhood education takes cognitive development as a privileged target and virtually ignores its relationship with other aspects.

Campos (1997) reports the adoption of a quality education - professional knowledge, more flexible teaching style and adapted to the needs of children and communication between school and family - in childhood suggests a satisfactory academic performance in elementary school (compared to those who do not attended

programs of early childhood education); indicates lower rates of school failure; shows longer remaining in school, and even the occurrence of higher job linkage in adulthood. Moreover, the reduction of inequality is identified, since no significant differences noted among the children who had a pre-school quality concerning social and economic issues. Thus, it is considered the adoption of the free and spontaneous play in the educational proposals, essential for the full development of human beings.

This leads us to reflect on the current situation of early childhood education in Brazil: children are entering more and more earlier in school institution - some few months old are already attending day cares - which places the school as a privileged place (and in some cases the only) to practice playing from the beginning. Hence the importance of Winnicott's theory for understanding the beginnings of play in the course of human development.

It is possible that the school psychologist is a professional who can establish a dialogue between the educational issues, pedagogical practices and child development, including focusing on the prevention of learning difficulties. The work of Winnicott, may be valuable to the field of education and for the development of the school psychologist practices focused on this theme.

Methodology

It was carried out a theoretical study of play in the work of D. W. Winnicott – psychoanalyst that allows a dialogue with education. And also in order to know the perspectives in the study of play in the Brazilian context, a literature search was conducted, covering the period 2010-2015, on studies and practices of the School Psychology and Education relating to play in the age group 0-5 years.

For the research, it was selected scientific articles indexed in Brazilian databases: SciELO Brazil, Google Academic, PePSIC e Portal CAPES. It was employed the following keywords: play, toy and playing.

The research is characterized as qualitative.

Results

It was perceived Winnicott's thought brings important contributions to the play and education. Among the contributions, it is emphasized: the idea of the importance of play not being related to its content but to play as an activity to end in himself, the fact of the kind of concentration that characterizes the child while playing is apparently the concentration of older children or adults (Dias, 2014). Winnicott (1965/1982) also points out the fact that children play because they like and feel pleasure in this activity and the playing also facilitate social interaction with other children.

Were found 35 articles, which were analyzed and classified according to the following topics related to play:

- a) *Culture*: studies shows the *children's cultures*, play while production and product of culture.
- b) *Education*: the relationship of play in the school context and its relation to learning.
- c) *Interaction*: researches that had as main aspect investigate the interaction in the play child-child and/or child-adult, and their ways of interacting with the physical space.
- d) *Specific*: studies that had as characteristic get to know particular modes of play, in different contexts of study.
- e) *Mental health*: articles pointed the play as a protective factor associated with hospital settings and other risk situations. Playing seen as therapeutic.
- f) *Child development*: studies turned especially to the relationship between the play and development in its various aspects.

Discussion and Conclusions

Note some surveys show the child as a social actor, as a producer and culture transmitter; through play, children learn behaviors, builds knowledge, express and means to himself the culture in which it operates, since the play is configured as an own childhood activity.

Articles, almost in its entirety, point out the importance of considering the child's opinion, his perspective on the theme, instead of giving priority to adult opinion. Monteiro and Delgado (2014) reveal the overvaluation of *adult-view* in society, whether

in making toys (which are devised by adults) to the issue of education, considering that when the play is used by adults as a pedagogical tool and as a means to reach school learning, it turns and differs from the playful culture.

Considering the articles related to the play and education, is possible to realize the need to link learning to the playful, so the learning itself becomes a game. The play is seen as not only fun, but also as a matter of education, construction, socialization and development of children's potential (Teixeira and Volpini, 2014).

However, Andrade and Teibel (2011) found the play is seen in a positive and idealized manner, among a group of Faculty of Education students, in that way aggressive and destructive elements are disregarded in the act to play. Moreover, the play also appears as linked to the meaning of work associated with a product: learning. There is a disarticulation between "being a kid" and "being a student" as a child playing is allowed, and while a student, his duty is to study.

The school context appears as a major focus of studies, many researches place it as a privileged environment for play. The studies point to the need for the school to provide adequate space and toys, which are used by children as mediators in interactions and play. Toys often end up even taking other roles, different from the one he apparently is, this is a feature of the game of make-believe. It also shows how the play is a promoter of social interactions, favoring the development and facilitating relations between children and adults (these can act as mediators).

The forms of appropriation of space by children is not limited to the school context, also extending to the urban environment, using different spaces for their play. Furthermore, there are researches that sought to investigate the specifics of playing in different regions and populations of Brazil, considering the universality and diversity present in the game, as all the children play, but the way is can vary from one context to another and from child to child, and how that influence child development in different regions and Brazilian contexts.

There were also records of play in hospital and institutional contexts of child care. In these studies, there is a play associated with health, particularly mental health, it is presented the possibility of a therapeutic play.

Child development issue is also well addressed by the researches, emphasizing studies investigating the relationship between the play and the development of children with disabilities.

With this research it was sought to investigate how the field of school psychology and education are positioning themselves on the theme of the play, were found 35 scientific articles, ranging from exclusively literature searches to fields research, such as case studies and research-action, and, most of these were cross-sectional surveys.

From the analysis of articles was possible to see that the play is understood as an important issue of the educational context (not restricted to educational institutions), as human development promoter and as a privileged form of communication with and from children. Moreover, it is observed that the focus is on the child's opinion, demonstrating that children have a good perception of school functioning, and indicating that they are able to participate in discussions on topics of its interest (Marques and Sperb, 2013).

The concern for educational and academic issues also has its space; it is clear that the contemporary world is marked by the acceleration stroke; in education, this feature can be noted in the social demand for children to learn more things, more and more quickly. The studies then consider it is necessary to associate learning to playful, and despite emphasized the importance of free and spontaneous play, they wonder if it would not be restricted curriculum of early childhood education.

As is highlighted by Winnicott (1965/1982), play is vitally important for all children, being the ability to play a health indicator in emotional development, so that in a normal development, there is the evolution of transient phenomena and the use of objects to the full capacity to play of the child. The author also points out there was a major change in society with regard to children care, understanding that childhood is the basis for mental health.

Reflecting on Winnicott's work and the results presented by the literature review, we highlight the author's thinking in some of the topics that were founded, such as: play and development; play and cultural experience, understanding the play as a way to access the cultural space; the importance of children to play together and the adult role in presenting the play to them; play and health, as Winnicott describes the ability to play as indicative of a normal development.

Despite not having been used in the analysis, the study highlights the large number of scientific articles on the play in the areas of Nursing and Physical Education, which may be indicative of a possible interdisciplinary between these areas and psychology. The play is a broad topic, comprehensive, and interesting to understand it as an interdisciplinary knowledge, where many professionals would bring fundamental contributions. For example, thinking is about the considerations of the study of Andrade and Teibel (2011), educators concerned with aggression issues could discuss ideas related to this topic and the children's play. In the book *The Child and the Outside World*, Winnicott (1965/1982) makes it clear that, through play, children express their anger and desires, and guide their own aggression into constructive channels and to acquire effective skills. According to the author, the game offers infinite possibilities, enabling the child to experience what is in its intimate personal psychic reality, this means that either there will be aggression as love.

Underling that school subjects like Physical Education and Arts are often seen as fun, a time for play, taking even less hours in educational curriculum in Brazil (Benedet and Zanella, 2011). Thus, reflecting on the large amount of items found in the area of Physical Education, one can see that this field of knowledge has appropriated enough of the play, producing many studies on the subject. Aim, then, the possibility of appreciating the play also at other times, they are not only the physical education classes.

Although psychology has important theoretical basis for action in schools, especially when it comes to play, the psychologist does not appear as a constant and essential element in schools. This demonstrates the need to disseminate the work done by this professional, the diversity of its operations, including what refers to the theme of the play.

For Winnicott, the school for young children should serve as a support, not as a substitute home. In early childhood education, the play is respected in a positive way, using stories, drawings and music. The author understands that it is especially in this sector that the nursery school can foster enrichment and help the child find a relationship between the ideas that are free and behavior that have become associated with the group (Winnicott, 1965/1982).

In this direction the school psychologist is the professional capable of a theoretical and practical articulation that can enlarge the space of play in early childhood education. It is known, in schools, these professionals can contribute in various ways: in the preparation, evaluation and redesign of political-pedagogical projects; interventions in the teaching-learning process; teacher training; school inclusion, among other forms of performance (Conselho Federal de Psicologia, 2013). It is understood, finally, that the psychologist can bring valuable contributions also on the child's emotional development, enriching the dialogue between Psychology and Education, seeking the construction of educational spaces that meet the basic needs of children, which includes the right to freedom to play.

Referências

- Andrade, D. B. S. F., & Teibel, E. N. H. (2011). Representações sociais de futuros professores sobre o brincar: elementos para se pensar os reguladores sociais associados à infância. *Temas em Psicologia, 19*(1), 219-231.
- Araújo, V. C. (2009). Desvelando o universo da brincadeira a partir da perspectiva das crianças. *Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade, 18*(31), 73-83.
- Benedet, M. C., & Zanella, A. V. (2011). Brinquedoteca na escola: tempos/espços e sentidos do brincar. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 63*(2), 69-81.
- Campos, M. M. (1997). Educação infantil: o debate e a pesquisa. *Cadernos de Pesquisa, 101*, 113-127.
- Câmara dos Deputados. (2013a). *Estatuto da criança e do adolescente* (10ª ed.). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. Brasília: Câmara dos Deputados.
- Câmara dos Deputados. (2013b). *Lei de diretrizes e bases da educação nacional* (8ª ed.). Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília: Câmara dos Deputados.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na educação básica*. Brasília: CFP.
- Cordazzo, S. T. D., Martins, G. D. F., Macarini, S. M., & Vieira, M. L. (2007). Perspectivas no estudo do brincar: um levantamento bibliográfico. *Aletheia, 26*, 122-136.

- Dias, E. O. (2014). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial.
- Lordelo, E. R., & Carvalho, A. M. A. (2003). Educação infantil e psicologia: para que brincar? *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(2), 14-21.
- Marques, F. M., & Sperb, T. M. (2013). A escola de educação infantil na perspectiva das crianças. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 414-421.
- Ministério da Educação. Secretaria de Educação básica. (2010). *Diretrizes curriculares nacionais para a educação infantil*. Brasília: MEC/SEB.
- Monteiro, C. M. V. R., & Delgado, A. C. C. (2014). Crianças, brincar, culturas da infância e cultura lúdica: uma análise dos estudos da infância. *Saber & Educar*, 19, 106-114.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). Desenvolvimento psicossocial na segunda infância. In D.E. Papalia, S.W. Olds & R.D. Feldman (Eds.), *Desenvolvimento humano* (pp. 313-350). Porto Alegre: Artmed.
- Raymundo, L. S., Kuhnen, A., & Soares, L. B. (2010). O espaço aberto da educação infantil: lugar para brincar e desenvolver-se. *Psicologia em Revista*, 16(2), 251-270.
- Teixeira, H. C., & Volpini, M. N. (2014). A importância do brincar no contexto da educação infantil: creche e pré-escola. *Cadernos de Educação: Ensino e Sociedade*, 1(1), 76-88.
- Winnicott, D. W. (1982). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC. (Original published in 1965).

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL COGNITIVE AVOIDANCE QUESTIONNAIRE (CAQ)

M. Antònia Font-Payeras*, **M^a de la Merced Novo-Vázquez***, **Carmen Abellán-Maeso***, **Anabel Yanina Lemus-Veleda****, **Ana M^a Hermosilla-Pasamar****, **Laura Ros-Segura***** y **José Miguel Latorre-Postigo*****

Psicólogo Clínico, SESCAM; ** Residente Psicología Clínica, SESCAM; * Unidad de Psicología Cognitiva Aplicada, Centro de Investigación en Psicología Aplicada y Criminología, UCLM*

Resumen

Antecedentes. En las últimas décadas ha aumentado el interés por el estudio de las estrategias de evitación cognitiva en relación a la psicopatología. Este tipo de estrategias pueden influir en los trastornos de ansiedad como factor de desarrollo o de mantenimiento. El objetivo de este trabajo es presentar la adaptación española del Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ; Sexton y Douglas, 2008), un autoinforme que evalúa la evitación cognitiva, así como sus propiedades psicométricas. Método. Se utilizó una muestra de población no clínica de 147 participantes, que cumplimentaron en una única ocasión la versión española (Cuestionario de Evitación Cognitiva-CEC), además de otros instrumentos de medida que se utilizaron para examinar la validez. El CEC evalúa cinco estrategias de evitación cognitiva, que son: supresión del pensamiento, sustitución del pensamiento, distracción, evitación de estímulos amenazantes y transformación de imágenes en pensamientos. Resultados. Se observó que los resultados de los índices de bondad de ajuste para el modelo eran ligeramente inferiores a los esperados. En cuanto a la consistencia interna, tanto para la escala CEC como para las subescalas fue buena. Se evidenció la validez convergente y divergente analizando las correlaciones entre el CEC y las medidas de preocupación, supresión del pensamiento y respuestas de afrontamiento. En este estudio, a diferencia de la versión inglesa, añadimos una medida de rumiación, la cual presenta una correlación positiva con el CEC. Conclusiones. En general los resultados del estudio son satisfactorios, a pesar de que es un trabajo con limitaciones, sobre todo en cuanto al tamaño de la muestra.

Palabras clave: evitación cognitiva, estrategias de control del pensamiento, preocupación, ansiedad.

SPANISH ADAPTATION AND VALIDATION OF COGNITIVE AVOIDANCE QUESTIONNAIRE (CAQ)

Abstract

Antecedents. In the last decades the interest over the cognitive avoidance strategies has increased in relation to the psychopathology. These types of strategies may influence anxiety disorders as a development or maintenance factor. The aim of this work is presenting the Spanish adaptation of the Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ), a self-report that assesses the cognitive avoidance, as well as an approach to its psychometric properties. **Methodology.** A sample of non-clinical population of 147 participants was used, which filled in the Spanish version once (Cuestionario de Evitación Cognitiva-CEC), besides other measuring tools that were used to examine the validity. The CEC assesses five cognitive avoidance strategies, such as the following: thought suppression, thought substitution, distraction, avoidance of threatening stimulus and transformation of images into thoughts. **Results.** It was observed that the results of the goodness-of-fit index for the model were slightly less than expected. The internal consistency for both CEC scale and subscale, was good. The convergent and divergent validity became evident assessing the correlation between CEC and the measures of worry, thought suppression and coping answers. In this study, unlike the English version, we have added a rumination measure, which has a positive correlation with the CEC. **Conclusions.** Overall, the results of the study are satisfactory, although there are some limitations, mainly due to the size of the sample.

Key words: cognitive avoidance, thought control strategies, worry, anxiety.

Introducción

Desde los modelos cognitivos de la psicopatología se considera que las interpretaciones y respuestas de las personas ante sus emociones, pensamientos,

comportamientos o síntomas fisiológicos son factores de desarrollo o mantenimiento en los trastornos mentales. En este contexto, a finales del siglo pasado, aumentó el interés por estudiar la relación entre estrategias de control del pensamiento y la ansiedad, siendo uno de estos ámbitos de estudio el papel de la evitación cognitiva (EC) en la psicopatología (Sexton, 2005). La EC se define como una estrategia de evasión para no tener que pensar, recordar o atender a algo preocupante. Foa y Kozak (1986) sugieren que al usar estas estrategias en los trastornos de ansiedad, se inhibe el procesamiento emocional de estímulos temidos. De hecho, se ha identificado que la EC puede influir en el desarrollo o mantenimiento de la ansiedad, en particular en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG; Sexton y Dugas, 2008). Una característica definitoria de este trastorno, es experimentar preocupación excesiva, generalizada e incontrolable, junto con síntomas asociados que generan malestar significativo en la persona (Sandín, Chorot, Valiente y Lostao, 2009). En su teoría más influyente en relación al TAG, Borkovec y Inz (1990) subrayan que el contenido verbal de la preocupación en sí mismo representa una estrategia de EC en el contexto de la ansiedad, es decir que la EC tiene una implicación con el fenómeno de preocupación excesiva asociado a este trastorno. Siguiendo esta conceptualización de la preocupación, hay estudios que establecen paralelismos con la rumiación y que sugieren que la EC favorece su mantenimiento de ambos fenómenos, que tienden a ser pasivos, no implican la resolución activa de problemas, y agravan la ansiedad. Algunos autores proponen que pueden ser el resultado paradójico de intentos repetidos de suprimir el pensamiento, que es una estrategia de EC (Dickson, Ciesla, y Reilly, 2012).

Teniendo en cuenta la relevancia de este constructo, se hace importante disponer de un instrumento que evalúe un abanico amplio de estrategias de EC, así como la preocupación, puesto que esto favorecería avanzar en la relación entre procesos cognitivos y trastornos mentales, en especial el TAG, y brindaría una herramienta más en la práctica clínica. Un cuestionario que presenta estas características es el Questionnaire d'évitement cognitif (QEC; Gosselin et al., 2002), que consta de 25 ítems y mide este constructo a partir de 5 estrategias, algunas ya mencionadas previamente, con buenas propiedades psicométricas (Gosselin et al., 2002), En 2008 Sexton y Dugas desarrollaron la adaptación y validación inglesa (CAQ). En cuanto a la estructura

factorial, analizada mediante el análisis factorial confirmatorio, apoya la estructura de cinco factores, a pesar de que la bondad de ajuste del modelo fue menor a la esperada.

El propósito de este trabajo fue traducir el CAQ del inglés al español y examinar las propiedades psicométricas de la versión española, el Cuestionario de Evitación Cognitiva (CEC). Al plantear el estudio se esperaba que presentara buena consistencia interna, tanto del CEC total como de las subescalas. En cuanto al análisis factorial confirmatorio era previsible que la bondad de ajuste del modelo no fuese elevada, aunque sí aceptable. Se esperaban correlaciones con las medidas de supresión, preocupación, rumiación y estilos de afrontamiento de EC. Por último, se planteó que el CEC puede tener una carga aceptable en la predicción de la medida de preocupación.

Método

Participantes

En este estudio participaron 147 personas de población no clínica, manera voluntaria, confidencial y anónima. La muestra estaba constituida por 89 mujeres y 58 hombres. El rango de edad oscilaba entre 18 y 69 años (media de 27,38 años). La mayoría de los participantes eran solteros (78%), y un 77% tenía o cursaba estudios universitarios.

Instrumentos utilizados

Cuestionario de Evitación Cognitiva (CAQ; Sexton y Dugas, 2008).

Es un autoinforme de 25 ítems que mide la tendencia a usar la EC ante pensamientos intrusivos amenazantes. Tiene cinco subescalas: 1) sustitución del pensamiento; 2) transformación de imágenes en pensamientos; 3) distracción; 4) evitación de estímulos amenazantes; 5) supresión del pensamiento. En su versión inglesa tiene excelente consistencia interna ($\alpha = .92$) y muy buena fiabilidad test-re-test, además de evidencias tanto de validez convergente como de validez de criterio (Dugas et al., 2007).

Inventario de Supresión del Pensamiento del Oso Blanco (WBSI; adaptación española de Fernández-Berrocal, Extremera, y Ramos, 2004).

Se trata de un autoinforme de 15 ítems, que evalúa la tendencia de las personas a usar la supresión de pensamientos como forma de control mental. Una puntuación elevada indica mayor tendencia a utilizar esta estrategia. El instrumento presenta una buena consistencia interna y fiabilidad test-retest.

Inventario de Respuestas de Afrontamiento–Adultos (CRI-A; adaptación española de Kirchner y Forns, 2010)

Este cuestionario evalúa las estrategias de afrontamiento que una persona usa ante un problema o situación estresante. Tiene dos partes: 1) el evaluado indica un problema importante que ha tenido que afrontar midiendo grado de estrés y control percibido, y responde 10 ítems que miden la valoración que hace del problema; 2) responder a 48 ítems. Se puede dividir en cuatro categorías de respuesta combinando dos conceptos (aproximación/ evitación y cognitivo/ conductual), y cada una incluye estrategias de afrontamiento diferentes. La consistencia interna de este instrumento es adecuada, y presenta buena validez de constructo, divergente y predictiva.

Escala Visual Análoga de Rumiación (VARs; adaptación española de Ros et al., 2014)

En esta escala el evaluado tiene que indicar de 0 a 10 en qué grado, cuando se encuentra triste o desanimado, realiza lo descrito en los cuatro ítems, con un rango en puntuación total de 0 a 40, siendo mayor la tendencia a la rumiación si la puntuación es más elevada. El índice de consistencia interna de esta escala es elevado.

Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ; adaptación española de Sandín et al., 2009)

Este inventario está diseñado para medir con sus 16 ítems la preocupación-rasgo, elemento que parece cumplir un importante papel en todos los procesos emocionales y trastornos de ansiedad. Presenta muy buena consistencia interna y fiabilidad test-retest.

Procedimiento

La traducción de la versión inglesa la realizaron dos traductores nativos bilingües. La distribución de los cuestionarios administrados se realizó durante el período de recogida de muestra durante dos meses, en que cada participante respondió en una única ocasión el conjunto de instrumentos seleccionados, explicándole previamente el fin del

estudio, y obteniendo su consentimiento verbal. Por último, el programa estadístico utilizado para elaboración de la base de datos y posterior análisis de datos fue el SPSS.

Resultados

En el análisis factorial confirmatorio (programa AMOS; Arbuckle, 2009), para evaluar la validez de la estructura de cinco factores con 25 ítems propuesta en las versiones previas, se halló que todas las relaciones entre variables eran significativas ($p < .001$). El modelo $\chi^2 = 561,458$ ($p = .000$) fue significativo con g.l.=270, y el ratio de $\chi^2/g.l.$ ligeramente mayor que el recomendado (Tabachnick y Fidell, 2001), por lo que la bondad de ajuste del modelo estuvo ligeramente por debajo de lo esperado.

Para analizar la consistencia interna del instrumento se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach, con resultados satisfactorios tanto del CEC ($\alpha = ,95$) como de sus subescalas (entre $\alpha = ,76$ y $\alpha = ,88$).

Los resultados de las correlaciones del CEC con las distintas variables medidas en el estudio, incluidas con el fin de examinar la validez, se exponen a continuación. Se observó una correlación moderada ($r = ,41$) entre la puntuación total y el PSWQ que es una medida de preocupación, dato que da apoyo a la validez de criterio del CEC. En este estudio, respecto al trabajo en que se elaboró la versión inglesa, se añadió una medida de rumiación (VARs) para observar su correlación con la escala CEC, la cual resultó ser positiva pero moderada ($r = ,37$). El cuestionario WBSI presentó correlaciones positivas entre moderadas y elevadas tanto con el total de la escala CEC ($r = ,72$) como con cada uno de sus factores, aunque en menor medida. Por otro lado, se observó una correlación moderada ($r = ,48$) entre la subescala de evitación cognitiva del CRI-A y el CEC total. Así mismo, y en relación a la validez convergente del CEC, se halló una correlación modesta con la subescala categorizada como estrategia de evitación cognitiva del CRI-A, $r = ,27$ ($p < .01$). Respecto a la validez discriminante, las correlaciones con las estrategias de aproximación cognitiva del CRI-A fueron muy bajas y no significativas.

Con tal de maximizar el conocimiento de la carga de cada variable y estudiar la validez incremental del CEC respecto a la preocupación, se utilizó el método de análisis de regresión jerárquico, donde el criterio era la medida de preocupación (PSWQ). La variable que predijo de manera más significativa la preocupación fue el

cuestionario WBSI. En cambio, y contra nuestras expectativas y los resultados de la versión inglesa, el CEC apenas tuvo carga en la predicción de esta variable.

Discusión

El CAQ es un cuestionario con buenas con buenas propiedades psicométricas que evalúa cinco formas de evitación cognitiva. Este tipo de estrategias, según se refleja en la literatura, se relaciona con la preocupación y con el TAG (ver por ejemplo, Dugas et al., 2007). La motivación de este estudio era hacer la adaptación del CAQ en español y llevar a cabo un análisis preliminar de sus propiedades psicométricas en población no clínica.

Los resultados obtenidos en este trabajo en términos generales fueron satisfactorios, pudiendo considerarse un instrumento de medida fiable, puesto que los coeficientes alpha de Cronbach resultaron adecuados tanto para la prueba en su totalidad como para cada uno de los cinco factores, además de ser similares a los que hallaron los autores de la versión inglesa.

En cuanto a la estructura de los factores, se obtuvieron unos índices más bajos de lo esperado, no obstante, tal y como especificaron Sexton y Dugas (2008) en su estudio, hay que tener en cuenta que la estructura de cinco escalas está basada en la experiencia clínica y en consideraciones teóricas. De todas formas, en próximos estudios psicométricos del CEC sería importante introducir el uso de otro programa distinto de ecuaciones estructurales para el análisis factorial confirmatorio que permita obtener más índices con el fin de tener más información de la bondad de ajuste del modelo, tal y como hicieron Sexton y Douglas (2008) con el programa EQS.

Los resultados de los análisis de correlación con las medidas del estudio pusieron de manifiesto que este instrumento es válido, con una buena validez convergente, lo cual se deduce de la correlación con el WBSI, con el PSWQ, y con las dos subescalas de evitación cognitiva del CRI-A. Por otro lado, la validez divergente se evidencia a partir de los resultados de las correlaciones con las medidas de aproximación cognitiva del CRI-A. En base a lo descrito en la introducción del trabajo, se decidió establecer un primer acercamiento a la relación entre rumiación y EC, siendo los resultados favorables puesto que se halló una correlación moderada. En cuanto al análisis de la predicción de la preocupación, se observó que el CEC prácticamente no contribuía en la

explicación de la tendencia a la preocupación, en contraste con los resultados del estudio de la versión inglesa.

El presente estudio tiene una serie de limitaciones que merecen ser consideradas para mejorar futuras investigaciones sobre el tema, siendo una de las más importantes el reducido tamaño de la muestra, que impide generalizar los resultados a la población general. Es necesario seguir realizando estudios de fiabilidad y validez que permitan verificar la utilidad del CEC en nuestro contexto. En futuros trabajos, además de lo ya descrito, se podrían estudiar las propiedades psicométricas en población clínica de pacientes con TAG, así como valorar su sensibilidad al tratamiento cognitivo conductual, como hicieron en la versión original (Gosselin et al., 2002). En definitiva, los resultados de este trabajo aportan unos datos preliminares con resultados esperanzadores, por lo que sería interesante y necesario que fuese un punto de partida para impulsar estudios posteriores más rigurosos.

Referencias

- Arbuckle, J. L. (2009). *AMOS (18.0)* [software]. Crawfordville, USA: AMOS Development Corporation.
- Borkovec, T. D., y Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153–158.
- Dickson, K. S., Ciesla, J. A., y Reilly, L. C. (2012). Rumination, worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: Examination of temporal effects. *Behaviour Therapy*, 43, 629-640.
- Dugas, M.J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., ...Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy*, 38, 169-178.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish version of the White Bear Suppression Inventory. *Psychological Reports*, 94, 782-784.
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., y Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'évitement cognitif (QEC): Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents [The Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ): Development and validation among adult and adolescent samples]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12, 24–37.
- Kirchner, T., y Forns, M. (2010). *CRI-A. Inventario de respuestas de afrontamiento-adultos. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ros, L., Ricarte, J.J., Serrano, J.P., Nieto, M., Aguilar, M.J., y Latorre, J.M. (2014). Overgeneral Autobiographical Memories: Gender differences in depression. *Applied Cognitive Psychology*, 28, 472-480.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122.
- Sexton, K. A. (2005). *An investigation of cognitive avoidance in worry (Tesis de Maestría)*. Concordia University, Canada.
- Sexton, K. A., y Dugas, M. J. (2008). The Cognitive Avoidance Questionnaire: Validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 355-370.
- Tabachnick, B. G., y Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th Ed.). Boston, MA: Allyn y Bacon.

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE FATIGA Y VARIABLES CLÍNICAS Y DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. UN ESTUDIO PRELIMINAR

Batz-Colvée, Carmen*; Tena-García, Patricia*; Romero-González, Miguel;
Luque-Budía, Asunción*****

Residente de psicología clínica (Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla); **Psicólogo Clínico; *F.E.A Psicología Clínica. (Servicio de enlace-interconsulta. HU Virgen del Rocío. Sevilla)*

Resumen

Antecedentes: El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una condición clínica heterogénea y multifactorial caracterizada por fatiga y discapacidad, y cuya etiología es aún desconocida. Es un cuadro cada vez más presente en las consultas de Atención Primaria y Medicina Interna y para el cual no existe una indicación terapéutica determinada. En un alto porcentaje de casos aparece sintomatología asociada a depresión y ansiedad, lo que justifica la intervención multidisciplinar. En este artículo presentamos los resultados obtenidos del estudio de la asociación entre nivel de fatiga y variables clínicas y de funcionamiento en una muestra de 30 pacientes con SFC. Método: Las pruebas utilizadas fueron el SCL-90 de Derogatis para medir variables clínicas, el SF-36 para medir calidad de vida y el Bip-sp para medir el nivel de fatiga. Posteriormente realizamos un análisis estadístico de correlación, así como un análisis de regresión lineal múltiple. Resultados: En el análisis de datos aparecen correlaciones significativas en las variables obsesiones, depresión, hostilidad, ideación paranoide, somatizaciones, ansiedad, ansiedad fóbica, psicoticismo y en el índice global de severidad. Respecto a las variables de calidad de vida, los resultados muestran una correlación negativa significativa en las variables de salud general, dolor corporal, vitalidad, función social y componente de salud física. El análisis de regresión lineal múltiple señala la variable obsesiones e índice global de severidad como explicativas. Conclusiones: La elevada presencia de sintomatología de salud mental en estos cuadros, que correlacionan directamente con la gravedad de la fatiga experimentada nos sugiere la importancia de

la intervención multidisciplinar. Además, los resultados muestran la relevancia de la variable obsesiones en relación a los altos niveles de fatiga.

Palabras clave: Síndrome de Fatiga Crónica; fatiga crónica; Intervención multidisciplinar; Evaluación psicológica; SCI-90; SF-36; variables clínicas; funcionamiento; calidad de vida.

**STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN FATIGUE AND CLINICAL
AND FUNCIONAL VARIABLES IN PATIENTS WITH CRONIC FATIGUE
SYNDROME. A PRELIMINAR STUDY.**

Abstract

Background: Fatigue Chronic Syndrome (FCS) is a heterogamous and multifactorial clinical condition, characterized by fatigue and disability, and which etiologic is still unknown. This condition is more and more present in the Primary Care and in Internal Medicine attention, and currently there is no a specific therapeutic indication. In a significant percentage of the cases, depression and anxiety sintomatology concurs, consequently multidisciplinary intervention and research is a key. This paper presents the results of the association study between fatigue levels and clinical and functional variables in a 30 people with FCS sample. Method: The scale used to measure clinical variables were SCL-90, and for function variables the SF-36 scale. We conduct a correlational stadistic analysis as well as a multiple regression analysis. Results: the analysis of the statistical data shows significative correlations in the variables of obsessions, depression, hostility, paranoid ideation and global severity index ($p < 0, 01$), and in the variables of somatization, anxiety, phobic anxiety and psychoticism in a 0, 05 level. Regarding the psychosocial functioning variables, the results show a significative negative correlation in the variables of general health and physical health component ($p < 0, 01$ level) and in corporal pain, vitality and social function. Finally, the multiple lineal regression analysis indicates the variable obsessions as relevant to predict the level of fatigue. Conclusions: The high presences of mental health clinical signs, which are associated to the severity of the fatigue, suggest the importance of a

multidisciplinary intervention. Moreover, the results shows the relevance of the variable obsessions associate to high levels of fatigue.

Keywords: Chronic Fatigue Syndrome; Chronic fatigue; Multidisciplinary intervention; Psychological evaluation; SCL-90; SF-36; clinical variables; functional variables; life quality.

Introducción

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) es considerado una enfermedad compleja de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de intensa fatiga o cansancio físico y mental que debilita gravemente a quienes la padecen con una alta repercusión en la calidad de vida y con un curso generalmente crónico.

Fue Fukuda y su grupo (Fukuda et al., 1994) quienes en 1994 establecieron una serie de criterios diagnósticos para identificar este síndrome. Establecen como primer criterio la presencia de fatiga crónica persistente (al menos 6 meses) o intermitente, inexplicada, que se presenta de nuevo o con inicio definido y que no es resultado de esfuerzos recientes; la fatiga no mejora con el descanso y origina una reducción notable de la previa actividad habitual del paciente. Se requiere la exclusión de otras enfermedades que pueden ser causa de fatiga crónica. Además, deben estar presentes cuatro o más de los siguientes signos o síntomas: alteración de la concentración o de la memoria recientes; odinofagia; adenopatías cervicales o axilares dolorosas; mialgias; poliartralgias sin signos de flogosis; cefalea de inicio reciente o de características diferentes de la habitual; sueño no reparador; malestar postesfuerzo de duración superior a 24 horas.

Los síntomas generalmente surgen de forma aguda, e incluso de forma súbita, en una persona previamente activa. Si bien no se conocen una etiología definida las hipótesis de su patogénesis incluyen una serie de factores en la aparición del cuadro: interacción medio-ambiente/genética, vulnerabilidad psicológica y estilos de personalidad, factores disparadores como trauma físico o emocional y condicionantes sociales (Friedberg, 2010).

Los solapamientos en los diagnósticos y las cuestiones que los mismos suscitan pueden venir de un pobre entendimiento de la interacción de factores físicos, químicos,

biológicos, medioambientales, vulnerabilidad individual, factores psicológicos así como mecanismos de afrontamiento y percepción de los síntomas (Fernández-Solá, 2004) (Wiesmiller, Ebel, Hornberg, Kwan, y Friel, 2003).

El curso del SFC es fluctuante y empeora con el estrés físico o psíquico. En muchos casos interfiere y puede suponer una ruptura con las actividades previas (familiares, laborales, sociales), conllevando gran afectación en la vida diaria y puede ser causa de discapacidad laboral. La calidad de vida de las personas con este diagnóstico se ve muy afectada, habiéndose estudiado como su repercusión en el funcionamiento es mayor que en la población general y que en otros trastornos médicos y psicopatológicos (Buchwald, Pearlman, Umali, Schmaling y Katon, 1996). Se observa una tendencia a la cronicidad, con una tasa de recuperación entre el 7 y el 22% (White, Goldsmith, Johnson, Chalder y Sharpe, 2013).

Por tanto, parece coherente tener en cuenta la necesidad de realizar una aproximación multidimensional que considera los factores fisiológicos, psicológicos y conductuales en la génesis y perpetuación de los síntomas y en el abordaje de tratamiento. Parece importante que el o la paciente juegue un rol activo, alejándose del rol pasivo característico del modelo médico tradicional.

La presencia de sintomatología afectiva en el SFC aparece descrita en múltiples trabajos. Si bien parece que sólo en una minoría existe un trastorno mental específico de base (Friedberg y Jason 2001), es frecuente la presencia de ansiedad y depresión. Además, en ambas patologías, las y los afectados informan del inicio de la sintomatología en relación a diferentes traumas emocionales o físicos (Boscarino, 2004).

El objetivo del presente trabajo es estudiar la relación entre fatiga crónica y variables clínicas y de funcionamiento.

Partiendo de este objetivo, nos planteamos la hipótesis de que existe una asociación positiva entre nivel de fatiga y las variables clínicas y funcionales. Nuestra segunda hipótesis es que las variables clínicas y funcionales predecirán el nivel de fatiga.

Método

Participantes

La muestra evaluada se compuso de 30 personas, de las cuales 27 eran mujeres (90%) y 3 eran hombres (10 %) de edades comprendidas entre los 29 y los 52 años. La edad media de los pacientes evaluados fue de 44,7 años. La diferencia en la prevalencia por género es consistente con la literatura encontrada. Otros datos relevantes de la muestra están recogidos a continuación (Ver tabla 1).

Tabla 1

Datos descriptivos de la muestra empleada

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de estudios		
Primarios	2	6,7%
Secundarios	4	13,3%
Bachiller/FP	7	23,3%
Superiores	17	56,7%
Estado Civil		
Solter@	8	26,7%
Casad@/en pareja	14	46,7%
Divorciad@	7	23,3%
Viud@	1	3,3%
Situación laboral		
Activo	9	30%
Desempleo	10	33,3%
Jubilación/pensión	10	33,3%
Ama de casa	1	3,3%
Antecedentes de Salud Mental		
Si	20	66,7%
No	10	33,3%
Antecedentes familiares de SM		
Si	8	26,7%
No	22	73,3%
Comorbilidad Fibromialgia		
Si	19	63,3
No	11	36,7
Comorbilidad sensibilidad química		
Si	3	10%
No	27	90%

Materiales/instrumentos utilizados

Ficha descriptiva. De esta ficha se obtuvieron los datos sociodemográficos de la muestra.

Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R) que permite conocer los síntomas y la intensidad de los mismos en un paciente en un determinado momento, permitiendo evaluar a un sujeto a lo largo de las diferentes fases del tratamiento. Cada

uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala tipo lickert de cinco puntos (0-4). Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: 1) *Somatizaciones* (SOM); 2) *Obsesiones y compulsiones* (OBS); 3) *Sensitividad interpersonal* (SI); 4) *Depresión* (DEP); 5) *Ansiedad* (ANS); 6) *Hostilidad* (HOS); 7) *Ansiedad fóbica* (FOB); 8) *Ideación paranoide* (PAR) y 9) *Psicoticismo* (PSIC). Existe un “Índice global de severidad” (IGS), un “Índice positivo de Malestar” (PSDI) y por último se recoge el “Total de síntomas positivos”(TP). Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de la administración del inventario...

Health Survey SF-36 (SF-36) en su versión española para medir la calidad de vida. El SF-36 consta de 36 ítems que cubren dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional.

Brief Pain Inventory adaptado a fatiga, para evaluar el nivel de fatiga y las repercusiones en su funcionamiento El BIP es un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión que contiene dos dimensiones: la intensidad del dolor y el impacto del dolor en las actividades de la vida del paciente.

Procedimiento

Los pacientes fueron seleccionados y derivados al Servicio de enlace interconsulta de Salud Mental por parte de Medicina Interna tras el diagnóstico de SFC. Tras la firma del consentimiento informado, se procedió a la aplicación de las pruebas por parte de una psicóloga clínica y residentes de psicología clínica, en los despachos del Servicio de enlace.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete informático SSPS versión 15.0 para Windows. Para estudiar el tipo de distribución de nuestros datos se utilizó Kolmorov-Smirnoff y los resultados mostraron que los resultados de la muestra no seguían una distribución normal, por lo cual para el análisis de los datos empleamos pruebas no paramétricas.

Para nuestra primera hipótesis se utilizó un análisis de correlación de Spearman y para la segunda hipótesis empleamos un análisis de regresión múltiple, en que las variables predictoras eran las subescalas del cuestionario SCL-90 y el índice global de severidad, y como variable criterio el nivel de fatiga medido por el cuestionario Bip-sp.

Resultados

Los resultados señalan correlaciones estadísticamente significativas tanto entre en nivel de fatiga percibida y variables clínicas (subescalas clínicas e índice global de severidad) (ver tabla 2), como entre el nivel de fatiga y variables de calidad de vida (ver tabla 3)

Tabla 2

Correlación entre nivel de fatiga percibida (Bip-sp) y variables clínicas (SCL-90)

		Somatiza ciones	obsesiones	depresión	ansiedad	hostilidad	Ansiedad fóbica	Ideación paranoide	Psicoticis mo
Bip sp	Coefficiente	0,453*	0,634**	0,498**	0,435*	0,541**	0,373*	0,492**	0,462*
Nivel de fatiga	correlación								

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

En el cuestionario SCL-90, el índice global de severidad es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Los resultados obtenidos muestran también una correlación significativa directa entre el nivel de fatiga y el índice global de severidad con un coeficiente de correlación de 0,565 ($p < 0,01$).

Los resultados también muestran una correlación negativa significativa entre nivel de fatiga y variables de calidad de vida medidas a través del SF36 (Ver tabla 3), como son el dolor corporal, la salud general, la vitalidad y la función social. Dicha correlación es negativa dadas las características de medición del instrumento, por lo que la correlación implica que a mayor nivel de fatiga, menor salud percibida (representada por diferentes componentes). Los resultados muestran una correlación negativa significativa entre nivel de fatiga y componente de salud física, con un coeficiente de correlación de -0,497 ($p < 0,01$)

Tabla 3

Correlación entre nivel de fatiga percibida (Bip-sp) y variables de calidad de vida (SF36)

		Dolor corporal	Salud general	vitalidad	Función social
Bip sp	Coficiente	-0,428*	-0,538**	-0,373*	-0,372*
Nivel de fatiga	correlación				

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Por último, realizamos dos análisis de regresión múltiple por pasos. En el primero, la variable predictora eran las dimensiones de la escala SCL-90 y la variable criterio el nivel de fatiga percibida medido mediante el Bip-sp. Se obtuvo una R de 0,61 ($F_{1,27} = 16,27$, $p < 0,001$), y una R ajustada de 0,35. El único índice del SCL-90 predictor del nivel de fatiga fue la variable obsesiones ($\beta = 0,61$, $t = 4,034$, $p < 0,001$). En el segundo análisis, la variable predictora fue el índice global de severidad. Se obtuvo una R de 0,58 ($F_{1,27} = 13,67$, $p = 0,001$) y una R ajustada de 0,31. El índice global de severidad apareció como predictora del nivel de fatiga ($\beta = 0,58$, $t = 3,69$, $p = 0,001$).

Discusión/ Conclusiones

Los resultados muestran, respecto al análisis de la muestra, la mayor presencia de esta patología en mujeres respecto a hombres. Esta diferencia de género, también encontrada en otras patologías del espectro y altamente comórbidas como fibromialgia, se ha encontrado en otra bibliografía consultada y nos dirige a pensar en qué elementos pueden estar en la base de la misma, pudiendo proponerse hipótesis desde un prisma cultural o desde la patología ansioso-depresiva presente en muchos de los cuadros. Además, analizando el alto nivel de estudios alcanzado por la mayoría de los pacientes evaluados o el estado civil, nos sugiere una edad de aparición tardía, con un inicio generalmente brusco y un funcionamiento premórbido bueno, lo que hace se traduce en que en la mayoría de los casos se ha podido normalizar un estilo de vida no interferido por el trastorno y la consecución de gran parte de los hitos evolutivos, todo ello aspectos corroborados en su discurso.

Los resultados también evidencian la alta presencia de psicopatología, la cual correlaciona con la gravedad de la fatiga percibida. Estos resultados, coherentes con los

resultados de otros estudios consultados, contextualizan las dificultades que los profesionales médicos pueden encontrar y encuentran en el manejo e intervención terapéutica con estas pacientes, así como la necesidad de una intervención multidisciplinar que incluya estos aspectos tan relevantes e interferentes en su día a día. Además, la relación entre estas variables debe ser más estudiada, ya que la gravedad de la fatiga puede generar mayor sintomatología afectiva (o de otros tipo), y asimismo, esta sintomatología puede agravar el cuadro somático y la sensación de fatiga. En relación a esto, señalar que, en el análisis de regresión, la variable obsesiones es la que aparece como variable predictora del nivel de fatiga. Dicha variable es medida en el SCL-90 a través de ítems que recogen la dificultad para terminar tareas o para tomar decisiones, aspectos muy presentes en el discurso de estas pacientes. Esto puede ser un factor a considerar a la hora de interpretar la relevancia hallada de esta variable.

El análisis de datos también señala como variable predictora el índice global de severidad, resultado coherente con otros resultados obtenidos y que sería necesario analizar más pormenorizadamente de cara a identificar en qué medida la sintomatología de salud mental “agrava” el cuadro de fatiga crónica y cómo se establece la relación entre ambas variables, hipotetizando que dicha relación es posiblemente compleja y multidireccional.

Por último, en relación a las limitaciones del estudio, referir que se trata de un estudio preliminar, realizado como primera aproximación a esta patología tan desconocida y en muchos casos polémica. En este trabajo lo limitado de la muestra nos hace ser cautelosos respecto a los resultados encontrados y las conclusiones establecidas. Mencionar que dicho estudio sigue en marcha en la actualidad, habiéndose establecido un marco de colaboración estable entre Medicina Interna y Salud Mental, y que dicha labor será objeto de nuevas publicaciones que incluyan, tanto el trabajo de evaluación y conocimiento de las variables implicadas como de intervención grupal realizada y sus efectos.

Referencias

- Boscarino, J.A. (2004). Posttraumatic stress disorder and physical illness. Results from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 141-153.

- Buchwald, D., Pearlman, T., Umali, J., Schmaling, K., y Katon, W. (1996). Functional Status in Patients with chronic fatigue syndrome, other fatiguing illnesses, and healthy individuals. *Experta medicine*, 101, 364-370.
- Fernández-Solá, J. (2004). Síndrome de fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 31, 535-537.
- Friedberg, F. (2010). Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and related illness: A clinical model of assessment and Intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 641-665.
- Fukuda, K., Straus, S.E., Hickie, I., Sharpe, M.C., Dobbins, J.G., y Komaroff, A. (1994). The Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Approach to its Definition and Study. *Annals of Internal Medicine*, 121, 953-959.
- White, P., Goldsmith K., Johnson, A., Chalder, T., y Sharpe, M. (2013). Recovery from chronic fatigue syndrome after treatment given in the PACE trial. *Psychological Medicine*, 43, 2227-2235.
- Wiesmiller, G. A., Ebel, H., Hornberg, C., Kwan, O., y Friel, J. (2003). Are syndromes in environmental medicine variants of somatoform disorders? *Medical Hypotheses*, 61(4), 419-430.

EL RECHAZO A LA PSICOLOGÍA POR PARTE DE LAS PERSONAS TRANSEXUALES

Denis Gil-Vega* y José Miguel Rodríguez-Molina***

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

Resumen

Antecedentes: Actualmente la transexualidad está siguiendo un proceso de despatologización, siendo recogida en el último DSM como Disforia de Género. En este trabajo se pretende explorar el rechazo al psicólogo en personas transexuales. Se pretende comprender mejor su posición hacia el psicólogo y el papel que éste debe tener en el proceso de transición. **Método:** Para realizar el estudio se elaboró un cuestionario de 10 ítems y preguntas abiertas y se pasó a dos muestras: en la Unidad de Identidad de Género del Ramón y Cajal (45 participantes voluntarios) y una muestra abierta en internet (42 participantes voluntarios). **Resultados:** En la UIG se obtuvieron resultados muy positivos y más homogéneos. Entre el 85% se sentía con confianza y lo consideraba útil en el proceso y solo 2 personas tenían miedo de que pudiese bloquear el proceso o no entender su identidad. Internet presentaba mayor disgregación de datos. Primaban opiniones a favor del psicólogo pero también una mayor inseguridad. Aunque nadie consideró que al psicólogo vayan solo los enfermos mentales, el 30% consideraba que hacer pasar a una persona trans por el psicólogo es etiquetarle como enfermo mental. Toda la muestra prefería que sí hubiese psicólogo en el proceso, aunque el 69% demandaba una labor de acompañamiento en vez de diagnóstico. Los principales miedos detectados son: verse invalidado, que pare el proceso, no encajar en los requisitos, y malas experiencias previas con psicólogos no especializados. **Conclusiones:** La respuesta de las propias personas transexuales es unánime: la labor del psicólogo es útil en el proceso y debe estar presente. En la UIG las respuestas son más favorables por estar ya en contacto real con la experiencia y haber desmentido sus temores.

Palabras clave: transexualidad, despatologización, transgénero.

TRANSEXUAL PEOPLE'S REJECTION AGAINST PSYCHOLOGY

Abstract

Antecedents: Currently the transexuality is driving a depathologization process. The present work studies the rejection of the psychologists by transsexual people. It pretends to understand the opinion of the users towards the psychologist and the role that they should have in the transition. As well to understand their fears and concerns. **Methods:** In order of this we elaborated questionnaire with 10 items and open questions and it was passed to two samples: one in the Unit of Gender Identity of the Ramón y Cajal Hospital (45 volunteers) and an open sample in internet (42 volunteers). **Results:** In the UGI were very positive and more homogeneous. 85% felt confident and considerer the psychologist useful in the process, none felt mistrust and only 2 people were afraid that it could block the process or won't understand their identity. The internet sample had major data disaggregation. The major opinion is in favor of the psychologist but they are more insecure. Although no one saw that the psychologist is only for mentally ill people, the 30% considered that pass a trans person through the psychologist is label they as mentally ill. However at the end of the questionnaire the entire internet sample believed that the psychologist could be useful, although 69% would prefer that it would be optional with an accompaniment work rather than evaluation. The main fears are: being invalidated, that the psychologist will stop the process, not fit in the requirements, and bad experiences with non-specialized psychologists. **Conclusions:** The response of the users is unanimous: the psychologist work is useful and should be present. The UGI responses are friendly and more homogeneous possible because they already had contact with the unit psychologist and this refuted their insecurities.

Keywords: transsexuality, depathologization, transgender.

Introducción

Se considera transexual a la persona cuya identidad de género sentida no coincide con la identidad asignada al nacer en base a su sex biológico. Actualmente en el DSM-V ha pasado de considerarse "Trastorno de Identidad de Género" a recogerse

como Disforia de género dado el sufrimiento psicológico que la discrepancia del físico supone para muchas personas transexuales, aunque no todas, en un paso del proceso de despatologización que está siguiendo para no considerar la transexualidad un trastorno mental.

Sin embargo, aunque no se considere un trastorno mental, está reconocida la atención a la salud (atención primaria, ginecología, salud mental, tratamiento hormonal, cirugías, etc.) que tienen derecho a recibir las personas transexuales por la WPATH (Coleman et al., 2012) para atender el sufrimiento que origina. En España en 2016 la atención se provee especialmente en las Unidades de Identidad de Género (UIG). En 2016 la UIG de Madrid atiende a más de 1400 personas transexuales que buscan estas atenciones a la salud, en su mayor parte para llevar a cabo un proceso de transición que adecue sus caracteres físicos a su identidad sentida.

Dentro del abordaje multidisciplinar de las UIG existe una fase de evaluación psicológica antes de iniciar el tratamiento médico, en la cual se pretende llevar un acompañamiento en el proceso de autorrealización, además de una orientación en la construcción de la identidad sentida (Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina, Lucio-Perez y Becerra-Fernández, 2011).

El dilema de la despatologización ha llevado a menudo a plantear el dilema de la necesidad o no de un abordaje psicológico en el proceso de reasignación.

El objetivo de este trabajo es recoger la opinión de las propias personas transexuales en tratamiento, que quieren o podrían querer pasar por el proceso, respecto a la función que el psicólogo debe tener y su papel patologizante o no.

Método

Participantes

Se valoró especialmente recoger la opinión directa de las personas afectadas por la presencia del psicólogo en el proceso de transición, por lo que se reunieron dos muestras:

Muestra 1: 45 participantes voluntarios en distintos momentos del proceso en la UIG del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Muestra 2: 42 participantes voluntarios que se identifican como transexuales, recogida a través de internet de forma abierta. El 26% no estaba interesada por ahora en comenzar un proceso de transición, mientras que el 24% ya estaba en proceso.

Es relevante que la proporción en ambas muestras de participantes que pertenecen a una asociación activista es similar, igual que el porcentaje que han tenido contacto con psicólogos con anterioridad (ver Tabla 1).

Tabla 1

Comparación entre muestras de las variables controladas

	MuestraUIG	MuestraInternet
Edad	28 años (16-59)	18 años (15-30)
Género	42% masculino 51% femenino 6% no especificado	45% masculino 23% femenino 28% otros
Tiempo de conciencia	84% está seguro de su género por >2 años	28% está seguro de su género por >2 años
Ha acudido a un psicólogo con anterioridad	51%	50%
Pertenece a alguna asociación	38%	31%

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario de 10 ítems sobre la percepción del psicólogo en el proceso de transición, los temores que suscita, etc. Los ítems eran tipo Likert con rango de respuesta 1(Nada de acuerdo)-5(Totalmente de acuerdo).

Además contaba con un apartado de respuesta abierta tanto a favor como en contra del psicólogo.

Procedimiento

Se aplicó el cuestionario en ambos contextos: la UIG, y de forma abierta en Internet mediante un formulario google. En el segundo caso se añadieron algunas preguntas específicas para controlar ciertas variables (por ejemplo si está en proceso de transición, quiere realizarlo, etc).

Resultados

Lo primero que llama la atención es la homogeneidad de los datos en la muestra de la UIG. Pese a que bastantes participantes estaban en la fase de evaluación, previa al tratamiento hormonal, las respuestas resultaron muy favorables a la posición del psicólogo en el proceso, con una desviación típica de entre 0,5 y 1,1.

Se aprecian unos resultados más dispersos en la muestra online. La sensación de desconfianza hacia el psicólogo aumenta en todos los ítems en esta muestra y desciende la percepción positiva aunque sigue teniendo un peso importante: el 51% considera que el periodo psicológico puede ser positivo frente al 77% en la UIG (ver tabla 2).

En la tabla puede verse la comparación de porcentajes de respuesta más alta de acuerdo con el ítem, seguido del porcentaje acumulado de las opciones de las dos respuestas más de acuerdo.

Tabla 2

Comparación de los resultados en ambas muestras

Ítem	Muestra UIG	Muestra Internet
La idea de pasar por el psicólogo en mi proceso me produce inseguridad	4-5%	7-18%
Me siento con confianza para hablar con un psicólogo	85%	40-55%
Siento rechazo/desconfianza por los psicólogos en general	2%	12-25%
Siento rechazo/desconfianza por los psicólogos en el ámbito trans	0%	23-43%
Considero que el periodo psicológico puede ser positivo para mí	69-77%	31-57%

Tabla 2 (continuación)

Siento que hacerme pasar por un psicólogo es equivalente a decir que tengo un problema o enfermedad mental	2-4%	16-31% (solo acude al psicólogo alguien con un trastorno mental: 0-0%)
Mi opinión del psicólogo se ve afectada por rechazos sociales previos (familia, escuela, etc.)	2-4%	10-26%
Mi opinión del psicólogo se ve afectada por comentarios negativos que he oído al respecto	2%	26-43%

Es relevante que, pese a que toda la muestra online coincide en que no solo acude al psicólogo alguien con un trastorno mental en la población general, entre el 16 y 31% consideran que es equivalente a decir que se tiene un trastorno mental. Esto puede ser a causa del estrés minoritario y estigmatización que sufre esta población (Rodríguez-Molina, Asenjo-Araque, Becerra-Fernández y Lucio-Pérez, 2016).

Es interesante la respuesta ante los dos últimos ítems: sería esperable una mayor desconfianza hacia el psicólogo a causa de haber vivido situaciones de rechazo directas anteriormente (si he sido rechazado en mi familia, o no he sido entendido en mi entorno escolar, es más probable esperar no ser entendido también por el psicólogo), pero aunque hay un 20% de respuestas en internet que confirman esta posibilidad, es mucho mayor el aumento de la desconfianza por experiencias ajenas, recibidas de otras personas respecto a la actuación de psicólogos (hasta el 43% remiten sentirse influidos por experiencias como éstas).

En la parte abierta del cuestionario no hubo ninguna respuesta en la UIG, mientras que prácticamente todos los participantes online dejaron su opinión. Esto puede deberse a que en la UIG el cuestionario se rellenó más automáticamente, y en internet la gente buscó participar más intencionadamente.

En estas opiniones abiertas destacan el alto reconocimiento de la ayuda que puede suponer el psicólogo (ver Figura 1). También que los argumentos en contra se corresponden la mayor parte con miedos (ver Figura 2), especialmente a no encajar en lo que se espera de una persona transexual para poder acceder al tratamiento.

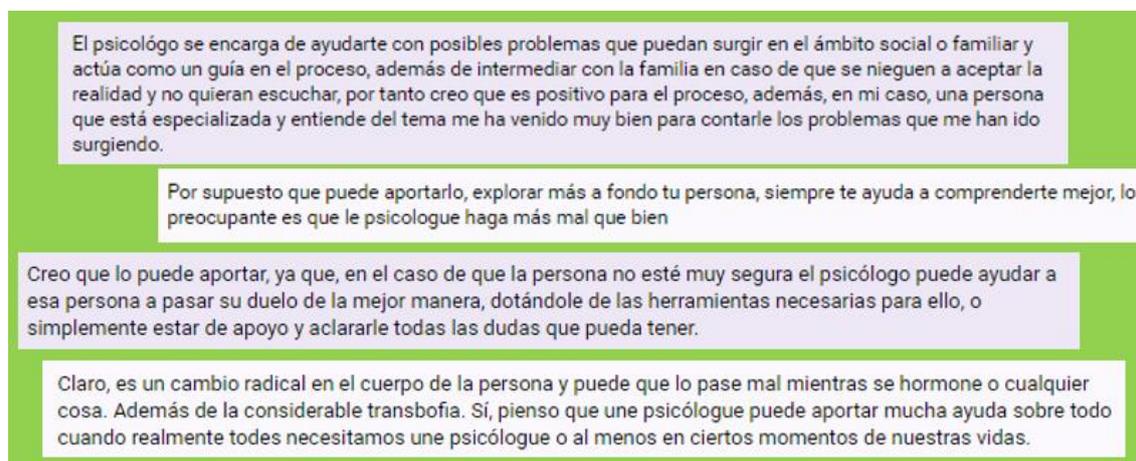


Figura 2. Opiniones negativas de la muestra online hacia el psicólogo.

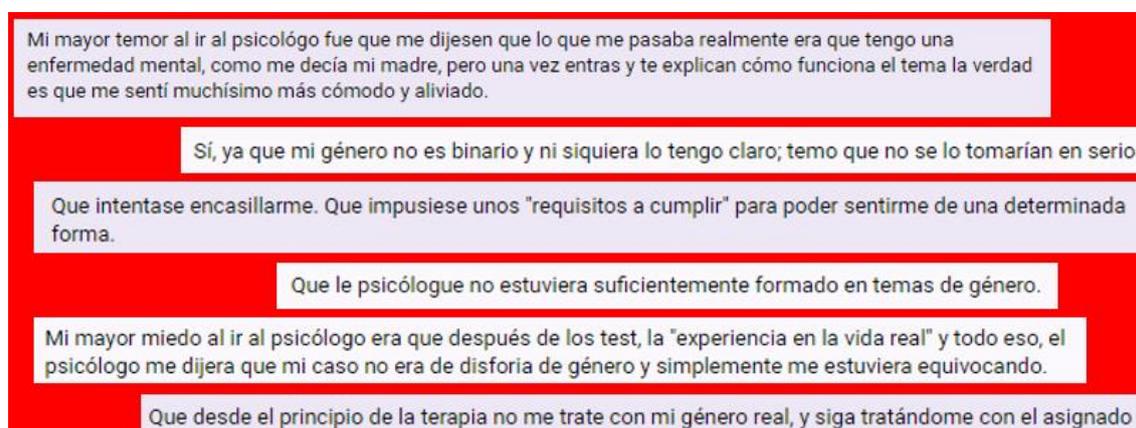


Figura 1. Opiniones positivas de la muestra online hacia el psicólogo.

Respecto a los temores son superiores en la muestra online que en la UIG.

Analizando las respuestas abiertas de la muestra online pueden identificarse cuatro temores básicos: verse invalidado, que el psicólogo impida el tratamiento, tener que cumplir unos requisitos y no encajar en ellos, y finalmente malas experiencias previas con psicólogos no especializados.

Para profundizar en el estudio de los resultados se procedió a explorar las correlaciones y se encontró una relación positiva (P de Pearson=0,302, a un nivel de

significación=0,49) entre la haber acudido previamente al psicólogo y una expectativa más positiva del periodo psicológico.

Además pertenecer a una asociación presenta una relación positiva con una mayor desconfianza hacia los psicólogos en el ámbito trans (ver tabla3) con una P=0,526, al igual que con los temores de no verse comprendidos por el psicólogo. Sin embargo no tiene una correlación significativa con la desconfianza por los psicólogos en general.

El temor a no ser entendido correlaciona también positiva con el resto de temores, lo que indica que aquellas personas que pretensan uno de los temores mencionados, tiende a presentar el resto también, formando un paquete.

Tabla 3

Correlaciones entre las variables Pertenecer a una asociación, y los temores

		Correlaciones									
			...puede no ... pueda ... por entender poner afectada	... en el mi pegas o por	identidad bloquear comentar	ASOCIA CION	s en general	trans en concreto	de género	mi proceso	ios negativos
ASOCIACION	Correlación de Pearson	1	,156	,526**	,467**	,401**	,269				
	Sig. (bilateral)		,324	,000	,002	,009	,085				
	N	42	42	41	42	42	42				
Siento rechazo o desconfianza por los psicologos en general	Correlación de Pearson	,156	1	,443**	,350*	,199	,084				
	Sig. (bilateral)	,324		,003	,019	,190	,585				
	N	42	45	44	45	45	45				

Tabla 3 (continuación)

Siento rechazo o desconfianza por los psicólogos en el ámbito trans concreto	Correlación de Pearson	,526**	,443**	1	,564**	,467**	,085
	Sig. (bilateral)	,000	,003		,000	,001	,584
	N	41	44	44	44	44	44
Tengo miedo o creo que el psicólogo puede no entender mi identidad de género	Correlación de Pearson	,467**	,350*	,564**	1	,420**	,129
	Sig. (bilateral)	,002	,019	,000		,004	,400
	N	42	45	44	45	45	45
Tengo miedo de que el psicólogo pueda poner pegaso o bloquear mi proceso	Correlación de Pearson	,401**	,199	,467**	,420**	1	,058
	Sig. (bilateral)	,009	,190	,001	,004		,704
	N	42	45	44	45	45	45
Mi opinión del psicólogo se ve afectada por comentarios negativos que he oído al respecto	Correlación de Pearson	,269	,084	,085	,129	,058	1
	Sig. (bilateral)	,085	,585	,584	,400	,704	
	N	42	45	44	45	45	45

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Finalmente se preguntó a la muestra online si creían que debería haber psicólogo en el proceso (ver figura 3) y qué tipo de psicólogo le daba mayor seguridad (ver figura 4). No hubo ninguna respuesta negativa en el primer ítem y la mayoría prefería un psicólogo en una Unidad especializada (87,8%).

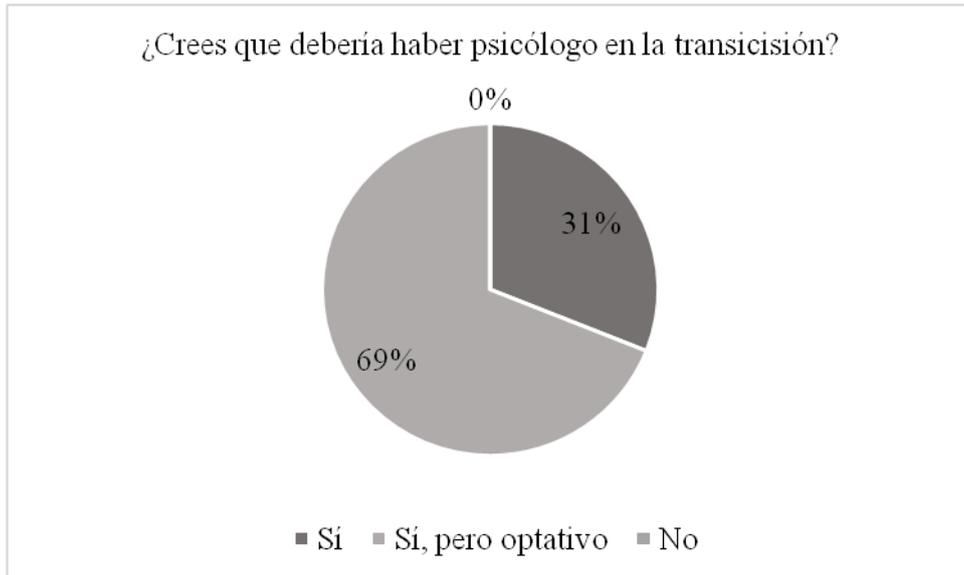


Figura 3. Preferencia sobre la presencia del psicólogo.

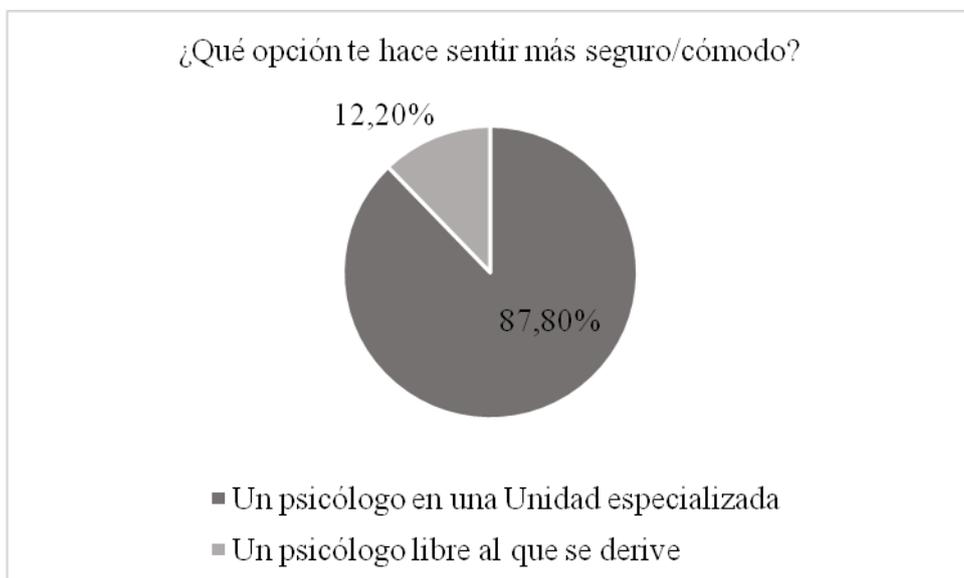


Figura 4. Tipo de psicólogo preferido.

Discusión

En ambos casos hay una opinión clara a favor del psicólogo. Las respuestas más homogéneas en la UIG pueden deberse a que ya ha habido un contacto real con el psicólogo en el proceso, lo cual permite una contrastar los miedos.

En la muestra online nadie prefiere que no haya psicólogo, aunque la gran mayoría prefiere una función de acompañamiento. Las propias personas transexuales reconocen la ayuda que puede suponer el psicólogo para confiar tus dudas y problemas, explorar tu propio género, afrontar los cambios físicos, o suponer un apoyo respecto a la familia. Aunque la transexualidad no sea una patología mental la psicología puede hacer un papel de ayuda importante, especialmente durante el proceso, que es reconocido. Por tanto la participación de la psicología puede llevarse a cabo desde una perspectiva no patologizante.

Además hay una demanda de que los psicólogos sean parte de una unidad especializada ya que ofrece mayor formación y confianza.

Los temores se disparan ante la función de evaluador por miedo a recibir un resultado que impida el tratamiento, del que depende su bienestar futuro por lo que es un temor altamente ansiógeno. Puede ser explicado porque suelen haber experimentado en muchos contextos que no encajan con la norma, por lo que un organismo reconocido por una sociedad en la que no suelen encajar hace temer criterios que no encajen con ellos.

Es necesario trabajar para trasladar mejor la función que realiza el psicólogo y los motivos por los que puede haber un rechazo, para la población que aún no ha entrado en contacto con ellos. Solo el 61% de la muestra online decía tener información realista al respecto.

Las opiniones negativas escuchadas de otras personas pueden tener especial importancia en internet donde es muy fácil la rumorología. Sería interesante trabajar en un futuro con la imagen que se percibe y la realidad. Muchas malas experiencias previas con psicólogos pueden haber sido con profesionales no-especializados en transexualidad dado que la mayoría no disponen de tanta información como se debería (García-Gilbert, 2016) y por tanto pueden cometer errores en el trato (como los pronombres) que son especialmente importantes con esta población.

Es destacable la relación entre pertenecer a una asociación y la desconfianza. Pero aunque los datos den evidencia de esta relación no puede establecerse su dirección solo con este estudio: ¿la gente en asociaciones tiende a desconfiar más del psicólogo? ¿O la gente con mayor inseguridad tiende a asociarse en busca de protección y por ello se encuentra esta relación? Una posible forma de trabajo en un futuro sería establecer un análisis con modelos de ecuaciones estructurales para identificar mejor los componentes de la actitud hacia el psicólogo y su relación.

Finalmente como conclusión podemos afirmar que la psicología tiene una utilidad en el proceso. No solo eso: está reconocida por las propias personas transexuales que son los interesados finales, tanto las que ya están en un proceso como las que no lo han iniciado.

Referencias

- Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Perez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid). *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 37(2), 87-92.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ...Zucker, K. (2012). *Standars of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7*. Recuperado de <http://www.tandfonline.com>
- García-Gilbert, C. (2016). *Diversidad sexual y de género*. En M^a. T.a Ramiro y T. Ramiro-Sánchez (Comps.), *Libro de Actas del IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica* (p. 419). Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Becerra-Fernández, A., y Lucio-Pérez, M. J. (2016). Estrés minoritario, estigma, transfobiainteriorizada y bienestar psicológico. En M^a. T. Ramiro y T. Ramiro-Sánchez (Comps.), *Libro de Actas del IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica* (p. 418). Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

EXPERIENCIA PILOTO: PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL DEL INSOMNIO PRIMARIO

Beatriz García-Parreño*, Paula Placencia-Morán** y Cristina Tormo-Martin***

**Psicóloga Interna Residente del Hospital Clínico Universitario de Valencia;*

***Hospital Clínico Universitario de Valencia, Servicio de Psiquiatría*

Resumen

INTRODUCCIÓN: El insomnio es la incapacidad de dormir en cantidad o calidad suficientes para sentirse descansado y operativo. Es probablemente el trastorno más frecuente de la humanidad. En ocasiones se mantiene durante más de 6 meses, considerándose crónico y generando importantes dificultades en el individuo. Si no existe una causa conocida se denomina insomnio primario. Una revisión de la literatura realizada previamente, muestra que el tratamiento de elección es la terapia psicológica cognitivo-conductual, por encima de la farmacoterapia. **OBJETIVO:** La finalidad de este trabajo es dar a conocer la propuesta de intervención psicológica en grupo para los trastornos de insomnio primario llevada a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Valencia. **MÉTODO:** Se diseña un programa de tratamiento de 10 sesiones de 1 hora y media de duración. El programa se divide en 2 módulos de 5 sesiones (psicoeducación en sueño y pautas conductuales; y otras intervenciones cognitivo-conductuales más amplias). Se seleccionan 15 pacientes de los que 7 inician el tratamiento. Se hacen evaluaciones pre y post tratamiento con una amplia batería de cuestionarios, además de un seguimiento semana a semana mediante diarios de sueño. **RESULTADOS:** Se observan disminuciones en las puntuaciones postratamiento. Los resultados son significativos, aunque la muestra es muy pequeña y no permite su generalización. Además, se solicita feedback a los pacientes, quienes se muestran muy satisfechos con el programa y creen que les ha sido útil. Proponen que las sesiones sean más interactivas y personalizadas. **CONCLUSIONES:** Los resultados obtenidos no son del todo significativos debido al escaso número de participantes en este grupo piloto. Sin embargo, los datos preliminares son prometedores y la acogida de los pacientes es muy buena. Esto nos anima a poner en marcha nuevos grupos que permitan comprobar la

eficacia de esta forma de intervención. Sin embargo, el contenido y el formato de las sesiones deben ser mejorados.

Palabras clave: Insomnio, tratamiento grupal, tratamiento psicológico, insomnio primario.

PILOT EXPERIENCE: PROTOCOL OF A PSYCHOLOGICAL TREATMENT IN GROUP OF PRIMARY INSOMNIA

Abstract

INTRODUCTION: Insomnia is the inability to sleep in sufficient quantity or quality to feel rested and operative. It is probably the most prevalent disorder of mankind. Sometimes it is maintained for more than 6 months, being considered chronic and generating important difficulties in the person. If there is no known cause, it is called primary insomnia. A review of the literature shows the election treatment is cognitive-behavioral psychological therapy, above pharmacotherapy.**OBJECTIVE:** The aim of this paper is to present a proposal of psychological intervention in group for primary insomnia disorders carried out at the Hospital Clínico Universitario de Valencia.**METHOD:** A treatment program of 10 sessions of 1 hour and half duration is designed. The program is divided into 2 modules of 5 sessions (psychoeducation in sleep and behavioral guidelines and other broader cognitive-behavioral interventions). Fifteen patients are selected, of whom 7 start treatment. Pre and post-treatment evaluations are done with a large battery of questionnaires, as well as weekly follow-up through sleep journals.**RESULTS:** Decreases in punctuations are observed in the post treatment. These results are significant, although the group is so small. In addition, feedback is requested from patients who are very satisfied with the program and believe it has been useful to them. They propose that the sessions be more interactive and personalized.**CONCLUSIONS:** The results obtained are not very significant due to the small number of participants in this group. However, the preliminary data are promising and the patient reception is very good. This encourages us to launch new groups that allow us to verify the effectiveness of this form of intervention. However, the content and format of the sessions should be improved.

Keywords: Insomnia, psychological treatment, groupal treatment, primary insomnia.

Introducción

En las guías clínicas el insomnio se define como la permanente insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a dificultades para iniciar el sueño, para mantenerlo durante la noche o por despertarse de manera precoz. Este problema es el trastorno del sueño más prevalente en población clínica y general. En ocasiones se mantiene durante más de 6 meses, considerándose crónico y generando importantes dificultades en el individuo. Si no existe una causa conocida se denomina insomnio primario.

Tradicionalmente el abordaje de estos problemas se ha llevado a cabo mediante farmacoterapia, especialmente del tipo hipnóticos y benzodiacepinas. Muchas veces, ante la demanda de los pacientes, se llega a una sobre medicación que no es suficientemente eficaz. De esta forma, es interesante la búsqueda e implementación de otras posibles intervenciones más efectivas y eficientes.

En este sentido, actualmente se está viendo que los tratamientos psicológicos tienen mucho que ofrecer. La posibilidad de incluir el punto de vista psicológico en el tratamiento de los problemas del sueño, un aspecto que hasta el momento había estado olvidado y que para el grueso de la población sigue siendo desconocido. Por un lado, en las formas más puramente orgánicas se ha demostrado que el estado psicológico es un elemento modulador de la gravedad y/o cronicidad de la enfermedad. Por otro lado, un problema de sueño mantenido en el tiempo es un factor de riesgo para la aparición de un trastorno psiquiátrico. Pero además, son muchos los pacientes que consultan porque no pueden dormir pero no son conscientes de que en realidad están deprimidos o ansiosos. En estos casos un abordaje inicial de la psicopatología mejora de forma significativa la calidad y/o cantidad de su sueño. En un artículo de 2015 en *The Lancet*, revista médica poco sospechosa de sesgos psicologicistas, ya se incluye la terapia cognitivo-conductual como una opción sólida de tratamiento a la par que las benzodiacepinas. Y nombra como métodos bajo investigación otras formas de psicoterapia junto a la estimulación transcraneal magnética o la estimulación cerebral eléctrica (Riemann et al., 2015).

Además, en nuestro equipo nos preguntamos cómo podríamos ofrecer este tipo de intervenciones de una forma más eficiente. La respuesta más habitual en nuestro ámbito suele ser adaptar las intervenciones al formato grupal. Con esta idea realizamos una revisión de la literatura (2016) que estudiase los posibles beneficios que puede tener una intervención grupal para insomnio, en comparación con el abordaje individual, así como conocer las particularidades que hacen que la terapia cognitivo-conductual grupal para el insomnio sea efectiva, para así poder diseñar un protocolo grupal de tratamiento en nuestro hospital.

Teniendo en cuenta lo publicado en los últimos 10 años, encontramos 6 trabajos relevantes (Constantino, 2007; Koffel, Koffel y Gehrman, 2015; Lovato, Lack, Wright y Kennaway, 2014; Ong, Kuo y Manber, 2008; Utoyo et al., 2013; Yamadera et al., 2013) y todos apuntan en la misma dirección: El tratamiento de elección es la terapia psicológica cognitivo-conductual, por encima de la farmacoterapia (Tang et al., 2015); además, el abordaje grupal para el tratamiento del insomnio es eficaz, obteniéndose resultados similares a los del tratamiento individual, suponiendo un ahorro en costes de aplicación y mejorando de manera indirecta los niveles de otros problemas psicológicos clínicos como la ansiedad y la depresión.

A pesar de estos datos son pocos los estudios clínicos existentes al respecto. Ni tampoco se implementa el tratamiento psicológico del insomnio primario en los hospitales de forma habitual.

En nuestro caso se detecta la necesidad desde la consulta del sueño del servicio de neuropsicología del HCUV. Se reciben demandas de numerosos pacientes con insomnio primario y un tratamiento inadecuado. Desde allí se solicita colaboración a Psicología Clínica y se comienza a trabajar conjuntamente en el diseño del protocolo que comentamos a continuación.

Con todos estos supuestos nuestro equipo se anima a poner en marcha un grupo piloto con la intención de afianzar este tipo de intervenciones en el marco de la sanidad pública. La finalidad de este trabajo es dar a conocer la propuesta de intervención psicológica en grupo para los trastornos de insomnio primario llevada a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Método

Participantes

La muestra es seleccionada entre el grupo de pacientes en tratamiento por insomnio de larga duración en la consulta del sueño. Los criterios de inclusión son: que presenten un nivel intelectual y cultural suficiente, que sean personas motivadas para el trabajo psicológico y la ausencia de enfermedad psiquiátrica o médica grave. De esta forma se incluyen inicialmente 15 sujetos de los que, por diferentes motivos (incompatibilidad horaria principalmente), sólo 7 aceptan iniciar el tratamiento. Todos ellos lo finalizan.

Materiales: Escalas de evaluación

Con el objetivo de caracterizar la muestra de pacientes en una serie de rasgos psicológicos básicos se utilizan los siguientes instrumentos: Inventario de Beck para Ansiedad (BAI), Inventario de Beck para depresión (BDI), Cuestionario de regulación emocional (ERQ) y Cuestionario de temperamento y carácter de Cloninger (TCI-R). Además se añade un cuestionario específico de ira, el Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2), ya que en la bibliografía consultada era uno de los rasgos que más parecía variar.

Por otra parte, como medidas de resultado empleamos 5 cuestionarios específicos que miden diferentes variables del sueño: Índice de severidad del insomnio (ISI), Cuestionario Pittsburgh de síntomas de insomnio (ISQ), Índice Pittsburgh de calidad del sueño, (PSQI), Escala Epworth de Sueño (ESS) y Cuestionario de creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño (DBAS). Estos instrumentos se administran a los sujetos durante una sesión previa de evaluación para tener la línea base o medida pre-tratamiento y otra vez una semana después de haber finalizado el protocolo como medida post-tratamiento.

Por otro lado se incluye un seguimiento semanal de los pacientes por medio de un diario de sueño (DS) con formato de tabla para completar por los sujetos en el que se recogen diferentes variables como: horas de sueño, horas en la cama, hora de acostarse y levantarse, calidad del sueño (1 a 5 puntos, muy buena a muy mala, uso de hipnóticos y grado de seguimiento de las estrategias propuestas. Este diario está pensado como una

forma de seguimiento con la que cada individuo pueda recibir un feedback personalizado a medida que avanza el proceso.

Material de las sesiones

Cada semana se entrega a los participantes un resumen de lo que se ha trabajado en esa sesión que incluye una explicación básica de los mecanismos del sueño y diferentes estrategias o intervenciones para mejorarlo. De esta forma se pretende que al finalizar el tratamiento dispongan en casa de todas las fichas recordatorias y las puedan utilizar para mantener los beneficios logrados. Además, en cada sesión se emplean diferentes materiales audiovisuales que faciliten el seguimiento de lo que se va a trabajar.

Procedimiento

El programa de tratamiento completo consta de 10 sesiones de 1 hora y media de duración. Está estructurado en dos módulos distintos: el primero, llamado “psicoeducación en sueño”, se centra en los mecanismos psicofisiológicos del dormir y en el uso de estrategias conductuales que lo favorecen; mientras que el segundo, “psicoterapia para el sueño”, aborda otros procesos psicológicos que modulan la presencia y la gravedad del insomnio. A continuación se presenta un esquema de las sesiones realizadas.

- Módulo I: PSICOEDUCACIÓN EN SUEÑO
 - Sesión 1: Presentación del programa y terapeutas. Evaluación basal (cuestionarios). Bases del sueño y el insomnio
 - Sesión 2: Higiene del sueño y Mitos acerca del sueño
 - Sesión 3: Pensamientos negativos sobre el sueño y reestructuración cognitiva
 - Sesión 4: Técnicas de programación del sueño
 - Sesión 5: Estilo de vida y factores ambientales
- Módulo II: PSICOTERAPIA PARA EL SUEÑO
 - Sesión 6: Componente fisiológico: Relajación muscular progresiva, respiración lenta diafragmática, mindfulness (observación del aquí y ahora), visualizaciones

- Sesión 7: Componente cognitivo. Distorsiones y creencias disfuncionales en relación al sueño (pensamientos irracionales como exigencias absolutas y catastrofización), intención paradójica
- Sesión 8: Componente emocional: Gestión emociones , identificación y comprensión: miedo, tristeza y rabia
- Sesión 9: Componente conductual: Conflictos interpersonales. Manejo asertivo
- Sesión 10: Mantenerse bien: Valores (ACT) y autocuidado (atención a mis necesidades)

Diseño

La intención de este trabajo es poner a prueba con un grupo piloto los beneficios de este tipo de intervención. De esta manera el diseño del estudio es de grupo único, sin grupo control, funcionando como tales los pacientes que acuden a la consulta del sueño de forma habitual y reciben un tratamiento al uso.

Los resultados pre y post tratamiento se comparan mediante la prueba estadística no paramétrica pertinente según el tipo de variable.

Resultados

El análisis estadístico de los datos muestra que ha habido reducciones significativas en casi todos los cuestionarios de insomnio: ISI $p=.027$; ISQ $p=.042$; PSQI $p=.027$; DBAS $p=.028$. Esto significa que los sujetos han mostrado mejoría en sus síntomas de insomnio, y además, según muestra la escala DBAS han cambiado o flexibilizados sus creencias disfuncionales acerca del sueño. El único cuestionario en el que no ha habido mejorías ha sido el ESS ($p=.467$).

Por otro lado, teniendo en cuenta los diarios de sueño se observa que en todos los pacientes ha habido un aumento en el número de horas de sueño ($p=.046$). Pero no sólo eso, también la eficiencia del sueño, es decir la proporción de tiempo que se duerme en relación al tiempo que se está en la cama, ha mejorado ($p=.028$). No ocurre lo mismo con la calidad del sueño percibida, que a pesar de mostrar cambios en las puntuaciones, la diferencia no es significativa ($p=.141$)

Al finalizar las 10 sesiones de tratamiento se solicita feedback a los pacientes para comprobar cuál es su satisfacción y los resultados subjetivos obtenidos. Éstos se muestran muy satisfechos con el programa y creen que les ha sido bastante útil. Sin embargo, proponen ideas de mejora como que las sesiones sean más interactivas y personalizadas.

Discusión/Conclusiones

Una vez terminado el grupo de tratamiento podemos decir que el resultado global es satisfactorio. En primer lugar por la buena crítica recibida por parte de los pacientes, quienes sentían que las sesiones les habían sido de ayuda. Sin embargo, es posible que esta valoración de su mejoría esté mediatizada por el aprendizaje que han hecho durante las semanas de tratamiento. Han aprendido qué es dormir bien y cómo manejar la ansiedad que produce el insomnio. Sus criterios de evaluación no son los mismos, hecho que no se ha medido pero que puede ser tenido en cuenta como un aspecto más de su mejoría clínica.

Los datos cuantitativos arrojan unos resultados satisfactorios, aunque debido al escaso número de participantes de la muestra carecen de ninguna validez ecológica ni predictiva. Por ello es importante replicar con nuevos grupos la aplicación del protocolo propuesto en aras de contar con una N lo suficientemente grande como para poder generalizar los resultados. En este sentido, sería de gran utilidad el diseño con lista de espera como forma de contar con un grupo control. Y para una mayor confianza se pretende incluir seguimientos a los seis meses de haber finalizado el tratamiento.

De cara a nuevas aplicaciones es necesario hacer una revisión de los materiales entregados a los asistentes y de la estructura y el formato de las sesiones para que resulten más atractivas y motivadoras. En concreto, buscar la manera de que sean más interactivas y personalizadas.

Con esta primera experiencia preliminar y los datos orientativos obtenidos, que parecen ser prometedores, podemos concluir que la terapia psicológica grupal para el tratamiento del insomnio primario, apunta como una forma de intervención eficaz y eficiente. A falta de más estudios que confirmen estas primeras impresiones, parece una alternativa susceptible de ser aplicada de forma más generalizada y de ser ofrecida en el marco de la sanidad pública.

Referencias

- Constantino, M. J., Manber, R., Ong, J., Kuo, T. F., Huang, J. S., y Arnou, B. A. (2007). Patient expectations and therapeutic alliance as predictors of outcome in group cognitive-behavioral therapy for insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 5(3), 210–228.
- Koffel, E. A., Koffel, J. B., y Gehrman, P. R. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 19, 6–16.
- Lovato, N., Lack, L., Wright, H., y Kennaway, D. J. (2014). Evaluation of a brief treatment program of cognitive behavior therapy for insomnia in older adults. *Sleep*, 37(1), 117–26.
- Ong, J. C., Kuo, T. F., y Manber, R. (2008). Who is at risk for dropout from group cognitive-behavior therapy for insomnia? *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 419–25.
- Riemann, D., Nissen, C., Palagini, L., Otte, A., Perlis, M. L., y Spiegelhalder, K. (2015). The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *The Lancet Neurology*, 14, 547-558.
- Tang, N.K.Y., Lereya, S.T., Boulton, H., Miller, M.A., Wolke, D., y Cappucino, F.P. (2015). Nonpharmacological treatments if insomnia for long-term painful conditions: a systematic review and meta-analysis of patient-reported outcomes in randomized controlled trials. *Sleep*, 38(11), 1751-1764.
- Utoyo, D. B., Lubis, D. U., Jaya, E. S., Arjadi, R., Hanum, L., Astri, K., y Putri, M. D. D. (2013). Preliminary study on the effectiveness of short group cognitive behavioral therapy (GCBT) on Indonesian older adults. *PloS One*, 8(2), e57198.
- Yamadera, W., Sato, M., Harada, D., Iwashita, M., Aoki, R., Obuchi, K., ...Nakayama, K. (2013). Comparisons of short-term efficacy between individual and group cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms*, 11(3), 176–184.

INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD ESTADO EN LA TOMA DE DECISIONES ECONÓMICAS

Carolina Pérez-Dueñas, Francisco García-Torres, Eliana M. Moreno, Francisco J. Alós y Araceli Sánchez-Raya

Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía

Resumen

Antecedentes: Existe abundante evidencia científica sobre la existencia de sesgos atencionales en personas ansiosas. Sin embargo, los efectos que la ansiedad tiene sobre distintos procesos ejecutivos como la toma de decisiones, es un ámbito relativamente novedoso. Dado el creciente número de personas que viven en un estado de ansiedad elevado, creemos de especial relevancia investigar la influencia que la ansiedad estado tiene sobre la toma de decisiones. **Método:** Seguimos una metodología experimental cuantitativa. Al principio del experimento, los participantes jugaron cuatro rondas de un juego conocido como “dictator game”. En dicho juego están implicados tres jugadores, dos pasivos (que van cambiando en cada una de las rondas) y un dictador activo. Éste último debía decidir entre la opción A (darle 10 euros a cada uno de los jugadores pasivos y para él 0 euros) o la opción B (darle a un jugador pasivo 0 euros, a otro 10 euros y 5 euros para él mismo). A continuación, a la mitad de los participantes dictadores se les indujo un estado negativo de ansiedad (grupo experimental) y a la otra mitad, un estado afectivo positivo (grupo control) y volvieron a realizar las cuatro rondas de juego con otros jugadores distintos. **Resultados:** Los participantes con alta ansiedad estado cambiaron de forma significativa la tendencia de sus decisiones, siendo más altruistas, a pesar de salir perjudicados. Sin embargo, esto no ocurrió antes de la inducción de la ansiedad, ni en el grupo control. **Conclusiones:** Sugerimos la importancia de evaluar los niveles de ansiedad en personas que muestran problemas sociales y conductuales relacionados con la toma de decisiones económicas y tratar sus problemas afectivos con tratamientos cognitivos conductuales, modificando la valoración cognitiva o *appraisal* de la situación.

Palabras clave: Ansiedad estado, Toma de decisiones, *Dictator Game*, Teorías del *Appraisal*.

THE EFFECTS OF STATE ANXIETY ON ECONOMIC DECISION MAKING

Abstract

Background: There is a plenty of scientific evidence about attentional biases in anxious people. However, the anxiety effects on different executive processes as decision making, is a relatively new area. Given the growing number of people living with high state anxiety, the aim of this study was to investigate the effects of state anxiety on making decision **Method:** An experimental, quantitative methodology was used. Participants played a game known as the “dictator game” (DG) and they played four rounds before and after inducing a specific emotion. In the (DG), are involved three players: two passive recipient players (they are different in each round) and an active dictator, who had to decide between two options. Option A (giving 10 euros to each of the recipient players, and keeping 0 euro for him/herself) or option B (giving 0 euro to one passive player, 10 Euros to another passive player, and keeping 5 Euros for Him/herself). After four rounds, the half of the dictator participants were induced high state anxiety (experimental group) and the other half was induced a positive affective state (control group). After the induction, the dictators perform other four rounds. **Results:** Participants dramatically increased the decision A when they were induced high anxiety compare with previous rounds and compare to experimental group after induction. This change in economic decision making harms dictators and increases the altruism. **Conclusions:** We suggest assessing anxiety levels in people who show social and behavioral problems related to economic decision making and treat their affective problems with behavioral cognitive therapies, changing their appraisal.

Keywords: State Anxiety; Decision making; Dictator Game; Appraisal theories

Introducción

La ansiedad se caracteriza por sentimientos de tensión y pensamientos de preocupación sobre una amenaza futura acompañada de comportamiento nervioso,

rumiación y cambios físicos (Spielberger y Vagg, 1995). Según las teorías del *appraisal*, una situación negativa unida a la percepción de incertidumbre y ausencia de control daría lugar a la ansiedad estado (Moors, Ellsworth, Scherer y Frijda, 2013).

Un número creciente de investigaciones indican que las emociones o los estados afectivos en general influyen en la toma de decisiones debido a la valoración o *appraisal* que el individuo hace de la situación particular (e.g. Capra, 2004; Gambetti y Giusberti, 2012; Peters, Västfäll, Gärling y Slovic, 2006). Según la teoría del *Appraisal Tendency Framework* (ATF), cada emoción va asociada a una toma de decisiones distinta dependiendo de su valoración cognitiva. Así, las personas ansiosas, eligen la opción más segura en vez de la más lucrativa, llegando en ocasiones a ser perjudicial para ella misma (Lerner, Li, Valdesolo y Kassam, 2015).

Por otra parte, aquellos individuos con alta ansiedad parecen mostrar mayor egocentrismo en su estado de razonamiento mental, debido tal vez a la misma valoración de incertidumbre y falta de control (Todd, Forstmann, Burgmer, Brooks y Galinsky, 2015). Sin embargo, si atendemos a la literatura sobre toma de decisiones de tipo económico, vemos que las personas con un estado afectivo negativo, son más altruistas y menos egoístas que aquellos con un estado afectivo positivo (ver por ejemplo Tan y Forgas, 2010).

Así, el objetivo de nuestro trabajo fue estudiar cómo la ansiedad influye en la toma de decisiones de tipo económico. Específicamente, si las personas con elevada ansiedad son más altruistas o egoístas a la hora de tomar este tipo de decisiones.

El juego del dictador, o más conocido en inglés como *Dictator Game* (DG) se ha usado de manera habitual en el contexto de la economía experimental en las dos últimas décadas para estudiar el comportamiento altruista, donde un dictador muestra su preocupación por los demás. En este juego, una persona determina qué cantidad de dinero asignar a uno o varios jugadores pasivos y a él mismo, en un entorno totalmente anónimo con ninguna oportunidad de castigo. Contrario a la lógica del máximo beneficio, los dictadores suelen dar entre el 30% y el 50% de la cantidad total a los otros jugadores. Sin embargo, el comportamiento altruista depende de del contexto y del estado afectivo de la persona (para una revisión ver Forgas, 2016).

En nuestra investigación, manipulamos las condiciones del DG para que participantes ansiosos tuviesen que decidir entre una opción claramente altruista y otra egoísta.

Este estudio permitirá avanzar en el conocimiento de los aspectos cognitivos vinculados a la ansiedad y la toma de decisiones, siendo ambos clave en el proceso terapéutico.

Método

Participantes

Ciento ochenta y nueve estudiantes universitarios participaron en el estudio. De ellos, 63 hicieron de dictadores (21 hombres y 42 mujeres) y 126 de receptores pasivos (76 hombres y 50 mujeres). El grupo de los dictadores fueron divididos al azar al grupo experimental o de Alta Ansiedad (10 hombres y 22 mujeres) o al grupo control o de Baja Ansiedad (11 hombres y 20 mujeres). Nos aseguramos y confirmamos con los dictadores, que los recipientes y dictadores no se conocían.

Materiales

- Para medir el nivel de ansiedad estado se utilizó la versión española del STAI estado (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994). Este cuestionario consta de 20 items con tres opciones de respuesta tipo Lickert y con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,92.

- Para inducir alta ansiedad estado se utilizaron 10 imágenes con valencia negativa y alto *arousal*, (números de las imágenes: 3000, 3071, 3080, 3150, 3170, 3350, 3550, 6312, 9040, y 9410) extraídas del International Affective Picture System (IAPS; Lang, Bradley y Cuthbert, 2005), acompañadas cada una de un breve texto enfatizando la incertidumbre y ausencia de control de los eventos negativos que aparecían. Para inducir baja ansiedad estado se utilizaron imágenes del IAPS con valencia positiva y medio *arousal* (números de las imágenes: 2040, 2091, 2340, 2501, 2540, 4599, 5260, 5830, 8540, y 8600) acompañadas de textos agradables que enfatizaban las magníficas posibilidades que nos ofrece la vida. Este procedimiento ha sido usado en

investigaciones previas para inducir alta y baja ansiedad (Pacheco-Unguetti, Acosta, Callejas y Lupiáñez, 2010; Pérez-Dueñas, Acosta y Lupiáñez, 2014).

- Para la presentación aleatoria de los receptores pasivos, la inducción emocional y el registro de la toma de decisiones se utilizó el software e-prime (Schneider, Eschman y Zuccolotto, 2002).

Procedimiento

Antes de comenzar con el juego del DG propiamente dicho, se hicieron fotografías a los participantes recipientes, a los que se les dijo que iban a participar en un experimento como sujetos pasivos. Se les pagó 3 euros por su participación en el estudio y se les informó de que podrían recibir 10 euros, si la persona que iba a hacer de dictador en el juego del DG así lo decidía.

Varias semanas más tarde, entre todos los voluntarios de una universidad distinta al de los recipientes, se comenzaron a citar a los dictadores, que recibieron una puntuación adicional en una de las asignaturas que cursaban, por su participación en el experimento. Se les explicó que ellos jugarían a un juego de toma de decisiones económicas y tendrían que decidir cuánto dinero iba a ganar para ellos mismos y para otros dos participantes, estudiantes universitarios como ellos, de acuerdo con las instrucciones del juego. Se les indicó que primero jugarían 4 rondas, después verían unas imágenes con un texto asociado, después jugarían otras cuatro rondas y al final, se seleccionaría una de las ocho rondas al azar y la decisión que hubiese tomado en esa ronda es la que finalmente se pagaría. Cada dictador rellenó el STAI estado antes de comenzar a jugar las primeras cuatro rondas y de nuevo, antes de las segundas cuatro rondas (después de la visualización de las imágenes junto con el texto asociado). Es importante destacar, que se les insistió para que leyeran los textos y se implicaran personalmente con los mismos.

Cada ronda estuvo compuesta de tres jugadores. Dos receptores pasivos a los que el dictador veía a través de una fotografía presentada en la pantalla del ordenador y un dictador activo que tomaba las decisiones. Los receptores cambiaban cada ronda y el dictador era el mismo para las cuatro rondas pre-imágenes y las cuatro rondas post-imágenes. En cada ronda ellos tendrían que pulsar una tecla si elegían la opción A consistente en darle 10 euros a cada uno de los jugadores pasivos y para él 0 euros o pulsar otra tecla del ordenador distinta, si elegían la opción B en que la le daría a un

jugador pasivo 0 euros, a otro 10 euros y 5 euros para él mismo. En la Tabla 1 se puede ver un esquema del procedimiento seguido por los dictadores.

Tabla 1

Esquema del procedimiento seguido por los dictadores

STAI estado	Ronda 1-4	Imágenes junto con el texto asociado (+/-)	STAI estado	Ronda 5-8
Evaluación del nivel de ansiedad a la hora de tomar las decisiones	Decisiones pre-imágenes	Inducción de alta o baja ansiedad estado	Evaluación del nivel de ansiedad a la hora de tomar las decisiones	Decisiones post-imágenes

Diseño

Se utilizó un diseño experimental factorial mixto 2 x 2 con un primer factor entre grupos (nivel de ansiedad alto y bajo) y un segundo factor de medidas repetidas con dos niveles (pre-inducción y post-inducción del estado afectivo).

Resultados

La prueba de T de Student nos reveló diferencias en las puntuaciones medias del STAI estado antes y después de la inducción emocional, incrementándose en el grupo de Alta Ansiedad (media pre-imágenes: 13,24 y desviación típica: 6,65; media post-imágenes: 25,19 y desviación típica: 10,45) de manera significativa $p < 0,01$ y disminuyendo en el grupo de Baja ansiedad (media pre-imágenes: 14,25 y desviación típica: 6,96; media post-imágenes: 11,62 y desviación típica: 7,01) $p < 0,05$.

Los resultados del ANOVA para el porcentaje de elección de la opción B [0, 10, 5] mostraron una interacción del factor tiempo por grupo $F(1, 61) = 11,684, p < 0,001$. Como se puede apreciar en la Figura 1 y desprende el análisis de comparaciones planeadas, no hubo diferencias en el porcentaje de elecciones de la opción B antes y después de la visualización de las imágenes positivas $F(1, 61) = 1$. Sin embargo, sí



que disminuyó el porcentaje de elecciones de la opción B después de la inducción de ansiedad en el grupo de Alta ansiedad $F(1, 61) = 27,45, p < 0,001$.

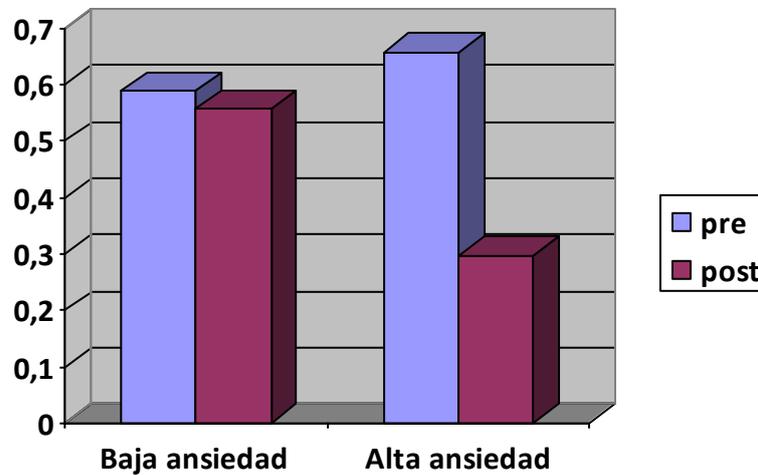


Figura 1. Nivel de porcentaje de elecciones de la opción B, en la que el dictador ganaba algo de dinero, antes y después de inducir el estado afectivo a los grupos de Alta y Baja Ansiedad.

Discusión/Conclusiones

Los resultados indican que las personas con alta ansiedad estado incrementan su comportamiento altruista a la hora de tomar decisiones de tipo económico en un DG, de manera que prefieren que los demás obtengan un beneficio mayor, aunque ellos mismos se perjudiquen. Estos resultados van en la línea de otros estudios como el de Forgas y Tan (2013) donde en un DG, los participantes con afecto positivo fueron más egoístas que aquellos que experimentaron un afecto negativo.

De acuerdo con las teorías del *appraisal* y otros autores como Peng, Xiao, Yang, Wu y Miao (2014), los pensamientos de incertidumbre y falta de control ante sucesos negativos parecen ir asociados a un *set mental* conservador y esta puede ser la causa de que los participantes ansiosos sean más altruistas en nuestro estudio, al no tener ninguna cantidad de dinero previa que puedan perder. Sin embargo, esta tendencia altruista podría ser explicada por la necesidad de compensar el afecto negativo que sienten las personas ansiosas a través de un comportamiento altruista que los hace sentir mejor

(Capra, 2004). O tal vez por un *set mental* de proteger los intereses del grupo en consonancia con la disposición de evitar riesgos (ver por ejemplo Maner et al., 2007).

Investigaciones futuras deberán abordar los contextos específicos y las causas de por qué las personas ansiosas son más altruistas al tomar decisiones de tipo económico.

De igual forma, se debería estudiar, qué ocurre cuando se cambia la valoración o *appraisal* de la situación evaluada o se utilizan técnicas de reevaluación cognitiva o *reappraisal* como estrategias de regulación emocional (Gross y Barret, 2011).

Como conclusión, los resultados encontrados apuntan a que el proceso de toma de decisiones económicas difiere entre personas con alta y baja ansiedad y se hace necesario estudiar estas diferencias en mayor profundidad para mejorar el proceso terapéutico en el que se aborden tanto aspectos cognitivos como afectivos.

Referencias

- Capra, C. M. (2004). Mood-driven behavior in strategic interactions. *The American Economic Review*, 94(2), 367-372.
- Forgas, J. P. (2016). Affective influences on moral decisions. En J.P. Forgas, L. Jussim, y P.A.M. Van Lange (Eds.), *The Social Psychology of Morality* (pp. 152-170). Psychology Press.
- Forgas, J. P., y Tan, H. B. (2013). To give or to keep? Affective influences on selfishness and fairness in computer-mediated interactions in the dictator game and the ultimatum game. *Computers in Human Behavior*, 29(1), 64-74.
- Gambetti, E., y Giusberti, F. (2012). The effect of anger and anxiety traits on investment decisions. *Journal of Economic Psychology*, 33(6), 1059-1069.
- Gross, J., y Barret, L. F. (2011). Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Emotion Review*, 3(1), 8-16.
- Lang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (2005). *International Affective Picture System (IAPS): Digitized photographs, instruction manual and affective ratings (Tech. Rep A-6)*. Gainesville: University of Florida.
- Lerner, J. S., Li, Y., Valdesolo, P., y Kassam, K. S. (2015). Emotion and decision making. *Annual Review of Psychology*, 66, 799-823.

- Maner, J. K., Richey, J. A., Cromer, K., Mallott, M., Lejuez, C. W., Joiner, T. E., y Schmidt, N. B. (2007). Dispositional anxiety and risk-avoidant decision-making. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 665-675.
- Moors, A., Ellsworth, P. C., Scherer, K. R., y Frijda, N. H. (2013). Appraisal theories of emotion: State of the art and future development. *Emotion Review*, 5(2), 119-124.
- Pacheco-Unguetti, A. P., Acosta, A., Callejas, A. y Lupiáñez, J. (2010). Attention and Anxiety: Different Attentional Functioning Under State and Trait Anxiety. *Psychological Science*, 21(2), 298-304.
- Peng, J., Xiao, W., Yang, Y., Wu, S., y Miao, D. (2014). The impact of trait anxiety on self-frame and decision making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 27(1), 11-19.
- Pérez-Dueñas, C., Acosta, A., y Lupiáñez, J. (2014). Reduced habituation to angry faces: increased attentional capture as to override inhibition of return. *Psychological Research*, 78(2), 196-208.
- Peters, E., Västfäll, D., Gärling, T., y Slovic P. (2006). Affect and decision-making: a “hot” topic. *Journal of Behavioral Decision Making*, 19, 79–85.
- Schneider, W., Eschman, A., y Zuccolotto, A. (2002). *E-prime user's guide*. Pittsburgh: Psychology Software Tools Inc.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. (1994). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* (4ª Ed.). Madrid: TEA.
- Spielberger, C. D., y Vagg, P. R. (1995). Test anxiety: A transactional process. En C.D. Spielberger y P.R. Vagg (Eds.), *Test anxiety: Theory, assessment and treatment* (pp. 3-14). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Tan, H. B., y Forgas, J. P. (2010). When happiness makes us selfish, but sadness makes us fair: Affective influences on interpersonal strategies in the dictator game. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(3), 571-576.
- Todd, A. R., Forstmann, M., Burgmer, P., Brooks, A. W., y Galinsky, A. D. (2015). Anxious and egocentric: How specific emotions influence perspective taking. *Journal of Experimental Psychology: General*, 144(2), 374.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN HOMBRES. UNA REVISIÓN

M. Belén Vázquez y M. Carmen Míguez

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología.

Universidad de Santiago de Compostela (España)

Resumen

Antecedentes. La depresión postparto constituye un problema de salud pública por sus repercusiones negativas. Las mujeres han sido el objetivo principal de las investigaciones, sin embargo algunos estudios apuntan a que también puede darse en los hombres, aunque en esta población ha sido menos estudiada y poco se sabe de sus factores de riesgo. El objetivo de este trabajo fue conocer la prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión postparto en hombres. **Método.** Revisión sistemática de los estudios publicados entre enero de 2010 y diciembre de 2015 en las bases de datos PubMed, Psycinfo y Medline. **Resultados.** Fueron localizados un total de 38 artículos, de los cuales 15 fueron seleccionados para su revisión crítica. Sólo un estudio aporta datos de población española. La prevalencia de la depresión postparto en los distintos momentos de evaluación fue del 3,1% al 10% entre las 6 y 8 semanas; del 3,3% al 10,3% a los 3 meses; del 4,1% al 10,5% a los 6 meses y del 4% a los 12 meses. Los hombres presentaron depresión en menor proporción que las mujeres en 7 de los 8 estudios donde fueron comparados. Entre los factores de riesgo asociados significativamente a la depresión postparto se encuentran variables sociodemográficas (menor edad, nivel educativo e ingresos económicos y relación de pareja insatisfactoria) y variables psicológicas (historia previa de depresión y depresión durante el embarazo en el hombre y /o en la pareja). **Conclusiones.** Los padres también son vulnerables a la depresión postparto y sus síntomas pueden repercutir en la pareja y el niño. Los datos encontrados apoyan la necesidad de incluir la valoración de los hombres en los cribajes rutinarios para detectar la depresión postnatal.

Palabras clave: depresión postparto, factores de riesgo, prevalencia, hombres, padres.

PREVALENCE AND ASSOCIATED RISK FACTORS WITH POSTPARTUM DEPRESSION IN MEN. A REVIEW

Abstract

Background. Postpartum depression is a public health problem by the negative impact it has on the mother, children and the environment. Women have been the main objective of the research, however some studies suggest it can also occur in men, although in this population has been less studied and little is known about their risk factors. The aim of this study was to determine the prevalence and risk factors associated with postpartum depression in men. **Method.** Systematic review of studies published between January 2010 and December 2015 in PubMed, PsycINFO and Medline data. **Results.** They were found a total of 38 articles of which 15 were selected for critical review. Only a Spanish study provides population data. The prevalence of postpartum depression at different times of evaluation was 3.1% to 10% between 6 and 8 weeks, from 3.3% to 10.3% at 3 months, from 4.1% to 10.5% at 6 months and 4% to 12 months. Men showed less depressive symptoms than women in 7 of the 8 studies that were compared. Among the risk factors associated significantly to postpartum depression sociodemographic variables (younger age, education level and income and relationship unsatisfactory partner) and psychological variables (prior history of depression and depression during pregnancy in humans and / or are the couple). **Conclusions.** Parents are vulnerable to postpartum depression and its symptoms can equally affect the couple and the child. The data found support the need to include assessment of men in routine screening for diagnosis of postnatal depression.

Keywords: postpartum depression, risk factors, prevalence, men, fathers.

Introducción

Para la mayoría de los padres el nacimiento de un hijo aporta alegría, satisfacción y plenitud con la vida familiar. Sin embargo, muchas parejas luchan para adaptarse a la nueva situación y llegan a desarrollar síntomas depresivos (Paulson y Bazemore, 2010). La depresión postparto, que puede aparecer durante el año siguiente al nacimiento de un hijo, constituye un importante problema de salud pública, tanto por los costes que

supone para los sistemas de salud como por las repercusiones negativas que ocasiona en las madres, padres e hijos (Gutierrez-Galve, Stein, Hanington, Heron y Ramchandani, 2015; Ramchandani, Stein, Evans, O'Connor y ALSPAC study team, 2005). Se caracteriza por cambios en el sueño y apetito, irritabilidad, ansiedad, dificultades de afrontamiento, concentración, sentimientos de culpa, disminución de autoeficacia y, en los casos más graves, pensamientos de autolisis y/o de infringir daño al bebé (Post and Antenatal Depression Association, 2016).

Las mujeres han sido el objetivo principal de las investigaciones (Figueiredo y Conde, 2011). Se estima que la depresión postparto materna tiene una prevalencia en torno al 13% (Rahman et al., 2013). El embarazo y postparto han sido considerados periodos de importantes cambios vitales para las madres, pero también pueden afectar a los hombres transformando sus relaciones y status dentro de la familia. Sin embargo, los padres suelen ser marginados en la atención recibida por los profesionales sanitarios y sus propias parejas (Fletcher, Matthey y Marley, 2006). Algunos estudios sugieren que la depresión postparto afecta a los padres (Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011; Paulson y Bazemore, 2010), con una prevalencia que oscila entre el 1,2% y el 25,5% durante el primer año postparto (Goodman, 2004). Los factores de riesgo asociados a la misma no se han establecido claramente (Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011). La literatura ha puesto de manifiesto la influencia que podrían tener factores de riesgo personales y psicosociales. Historia de depresión previa y/o depresión en la pareja, sucesos vitales estresantes, escaso apoyo social y relación marital insatisfactoria son algunas de las variables estudiadas (Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011). Teniendo en cuenta que la depresión postnatal en los padres puede afectar a la crianza y a la relación de apego con el bebé provocando efectos negativos en éste (Ramchandani et al., 2005), es necesario conocer el estado actual de la cuestión. Por tanto, el objetivo principal de este trabajo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión postparto en hombres.

Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Psycinfo y Medline. Los criterios de inclusión utilizados fueron: estudios publicados entre enero de 2010 y diciembre de 2015, en español o inglés y que incluyeran las palabras clave. Los

criterios de exclusión fueron: no incluir a los hombres en la valoración de la depresión postparto y no aportar datos de prevalencia y/o factores de riesgo. Las fases del procedimiento para la selección de los artículos aparecen en la Figura 1.

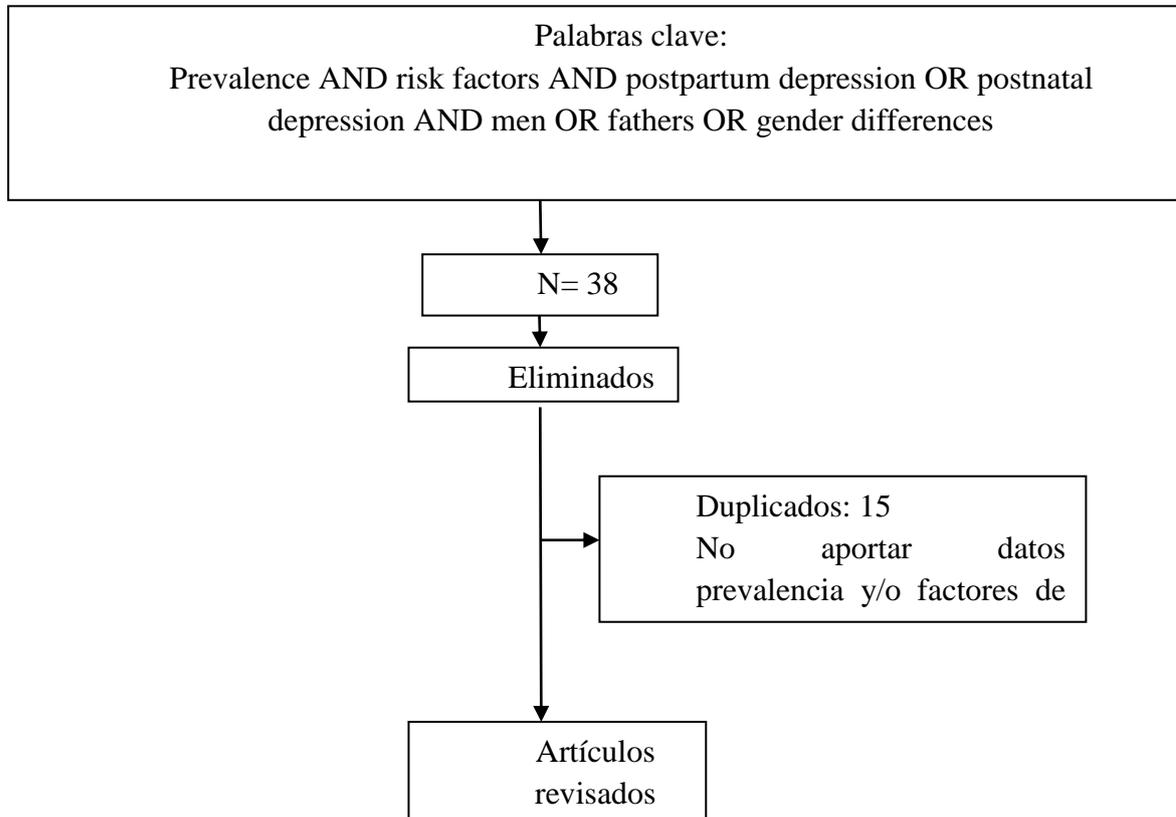


Figura 1. Procedimiento de selección de los artículos.

Resultados

En la Tabla 1 se muestra un resumen de los resultados encontrados.

Tabla1

Estudios sobre la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión postparto en hombres

Autor	Muestra	Instrumentos y momentos de evaluación	Prevalencia		Resultados
			Hombres	Mujeres	
Edmondson, Psychogiou, Vlachos, Netsi y Ramchandani (2010) UK	189 hombres	<ul style="list-style-type: none"> ▪EPDS \geq 10: - 7 semanas postparto ▪DSM-IV ▪SCID 	10%	3,7%	El punto de corte óptimo fue EPDS > 10
Lai, Tang, Lee, Yip y Chung (2010) Hong-Kong	551 hombres	<ul style="list-style-type: none"> ▪EPDS \geq 10: - 8 semanas postparto ▪BDI \geq 11 ▪PHQ-9 ▪DSM-IV ▪SCID 	- 8 semanas postparto	3,1%	La escala EPDS fue más precisa para el screening de la DPP en hombres que la BDI y la PHQ-9.
Escriba-Aguir y Artazcoz (2011) España	420 mujeres 409 hombres	<ul style="list-style-type: none"> ▪EPDS \geq 13 (mujeres) ▪EPDS \geq 11 (hombres) 	6,5%	10,3%	<ul style="list-style-type: none"> ▪Factores de riesgo sociodemográficos: Relación de pareja insatisfactoria ▪Factores de riesgo psicológicos: Historia de depresión
		<ul style="list-style-type: none"> -3 meses posparto -12 meses postparto 	3,4%	9,3%	<ul style="list-style-type: none"> Depresión en la pareja Sucesos negativos en la vida Depresión en el 3º trimestre de embarazo
			4%	4,4%	

Tabla 1. (Continuación)

			Hombres	Mujeres	
Figueiredo y Conde (2011)	260 mujeres	▪EPDS \geq 10 ▪STAI-S \geq 45			Niveles de depresión fueron más altos que ansiedad solo en las mujeres en el 1º trimestre y postparto.
Portugal	260 hombres	Embarazo:	11,3%	20%	Niveles de ansiedad y depresión fueron más altos en mujeres que en hombres durante el embarazo y el nacimiento pero no a los 3 meses postparto.
		-8-14 semanas		(2º trimestre)	
		-20-24 semanas	6,6%	19,6%	
		-30-34 semanas		(3º trimestre)	
		Postparto:	5,5%	17,4%	
		-24-72 horas		(24/72 horas)	
		-3 meses	7,5%	17,6%	
				(3 meses)	
			7,2%	11,1%	
Bergström (2013)	812 hombres	▪EPDS \geq 11: - 3 meses postparto		- 3 meses postparto	▪Factores de riesgo sociodemográficos:
Suecia				10,3%	Menor edad Menor nivel educativo Menor nivel de ingresos Preocupaciones económicas Relación de pareja insatisfactoria

EPDS: Edimburgh Postnatal Depression Scale; BDI: Beck Depression Inventory; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; SCID: Structural Clinical Interview for DSM-IV; DPP: Depresión Postparto; STAI: State-Trait Anxiety Inventory

Tabla 1. (Continuación)

Autor	Muestra	Instrumentos y momentos de evaluación	Prevalencia		Resultados						
DeMontigny, Girard, Lacharité, Dubeau y Devault (2013) Canadá	205 hombres	<ul style="list-style-type: none"> ▪EPDS \geq 10: -11 meses postparto ▪PES ▪PSI 	11 meses postparto 8,2%		<p>▪Factores de riesgo sociodemográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Relación de pareja insatisfactoria Percepción de incompetencia como padre Pérdida de un embarazo anterior <p>▪Factores de riesgo psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estrés Temperamento difícil del niño Interacciones disfuncionales con el niño 						
Serhan, Ege, Ayranci y Kosgeroglu (2013) Turquia	110 mujeres 110 hombres	▪EPDS \geq 13	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Hombres</td> <td style="text-align: center;">Mujeres</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1,8%</td> <td style="text-align: center;">9,1%</td> </tr> </table>		Hombres	Mujeres	1,8%	9,1%	<p>▪Factores de riesgo sociodemográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desempleo 		
Hombres	Mujeres										
1,8%	9,1%										
Wynter, Rowe y Fisher (2013) Australia	172 mujeres 172 hombres	<ul style="list-style-type: none"> ▪EPDS \geq 9 (mujeres) ▪EPDS \geq 10 (hombres) - 6 meses postparto ▪DSM-IV ▪EPDS \geq 9: 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Hombres</td> <td style="text-align: center;">Mujeres</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">6 meses postparto</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4,1%</td> <td style="text-align: center;">12,2%</td> </tr> </table>		Hombres	Mujeres	6 meses postparto		4,1%	12,2%	<p>El trastorno mental más frecuente para hombres y mujeres en el postparto fueron ansiedad y depresión</p>
Hombres	Mujeres										
6 meses postparto											
4,1%	12,2%										
Gawlik et al. (2014) Alemania	102 hombres	<ul style="list-style-type: none"> - 3º trimestre embarazo - 6 semanas postparto ▪STAI \geq48 ▪PFB 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">3º trimestre</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9,8%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6 semanas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7,8%</td> </tr> </table>		3º trimestre	9,8%	6 semanas	7,8%	<p>▪Factores de riesgo sociodemográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Relación de pareja insatisfactoria <p>▪Factores de riesgo psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Depresión prenatal 		
3º trimestre											
9,8%											
6 semanas											
7,8%											

		▪PRAQ		Puntuaciones altas en EPDS prenatal
Koh, Chui, Tang y Lee (2014)	187 hombres 622 (12 sg)	▪EPDS ≥ 13: -12 semanas embarazo -36 semanas embarazo	12 semanas embarazo 3,3% 36 semanas embarazo	▪Factores de riesgo sociodemográficos: Conflictos laborales y familiares
Hong Kong	337 (36 sg) 150 (6 sg)	-6 semanas postparto ▪RSE	4,1% 6 semanas postparto 5,2%	▪Factores de riesgo psicológicos: Depresión antenatal Baja autoestima

PES: Parents Expectations Survey; PSI: Parenting Stress Index; PFB: Questionnaire of Partnership; PRAQ: Pregnancy Related Anxiety Questionnaire; sg: semanas de gestación; RSE: Rosenberg Self- Steem Scale

Tabla 1. (Continuación)

Autor	Muestra	Instrumentos y momentos de evaluación	Prevalencia		Resultados
Roubinov, Luecken, Crnic, y Gonzales (2014) USA	92 hombres	<ul style="list-style-type: none"> ▪EPDS ≥ 11: -15 semanas postparto -21 semanas postparto ▪ARSMA-II 	15/21 semanas postparto 9%		<ul style="list-style-type: none"> ▪Factores de riesgo sociodemográficos: Desempleo Relación de pareja insatisfactoria Menor identificación con cultura americana
Gutierrez-Galve et al. (2015) UK	7058 hombres (42 meses) 6146 hombres (81 meses)	<ul style="list-style-type: none"> ▪EPDS > 12: -8 semanas postparto -8 meses postparto 	-		<ul style="list-style-type: none"> ▪Factores de riesgo sociodemográficos: Relación de pareja insatisfactoria Factores de riesgo psicológicos: Depresión materna
Helle et al. (2015) Alemania	230 mujeres 173 hombres	<ul style="list-style-type: none"> ▪EPDS ≥ 13: -6 semanas postparto ▪BDI ≥ 18 ▪SCID-I ▪DSM-IV 	Hombres	Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> ▪Factores de riesgo sociodemográficos: Hijo con bajo peso ▪Factores de riesgo psicológicos: Historia de trastornos psiquiátricos Bajo apoyo social
Ngai y Ngu,	200 mujeres	▪GHQ	1,4%	9,9%	

(2015)		▪FSOC-S	Hombres	Mujeres	•Factores de riesgo sociodemográficos:
Hong Kong	200	▪MOS-SSS		-Embarazo	Bajo nivel de cohesión familiar
	hombres	▪MOS-FMFM	7%	15,5%	•Factores de riesgo psicológicos:
		-Embarazo		-6 meses postparto	Depresión durante el embarazo
		-6 meses postparto	10,5%	11,5%	Depresión durante el embarazo en la mujer
Nishimura, Fujita, Katsuta, Ishihara y Ohashi	807 mujeres	▪EPDS ≥ 9:	Hombres	Mujeres	•Factores de riesgo sociodemográficos:
(2015)		-4 meses postparto	13,6%	10,3%	Relación marital insatisfactoria
Japón	807				Tratamientos de fertilidad
	hombres				Problemas económicos
					•Factores de riesgo psicológicos:
					Depresión en la pareja
					Problemas de salud mental

ARSMA-II: Acculturation Rating Scale for Mexican American II; FSOC-S: The Family Sense of Coherence Scale Short Form; MOS-SSS/ FMFM: Medical Outcomes Study- Social Support Survey/Family and Marital Functioning Measures

Discusión/Conclusiones

La depresión postparto paterna es cada vez más reconocida por los investigadores y profesionales (Paulson y Bazemore, 2010). Los datos aportados en esta revisión ponen de manifiesto la existencia de gran variabilidad en su prevalencia debido a los diferentes momentos de evaluación y los instrumentos de medida utilizados.

La prevalencia de la depresión postparto paterna fue del 3,1% (Lai et al., 2010) al 10% (Edmondson et al., 2010) entre las 6 y 8 semanas; del 3,3% (Koh et al., 2014) al 10,3% (Bergström, 2013) a los 3 meses; del 4,1% (Wynter et al., 2013) al 10,5% (Ngai y Ngu, 2015) a los 6 meses; y del 4% a los 12 meses (Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011). Con respecto a los instrumentos de evaluación, la EPDS fue utilizada en todos los estudios a excepción del llevado a cabo por Ngai y Ngu (2015). Sin embargo los puntos de corte empleados fueron diferentes: ≥ 9 (Gawlik et al., 2014; Nishimura et al., 2015; Wynter et al., 2013); ≥ 10 (DeMontigny et al., 2013; Edmondson et al., 2010; Figueiredo y Conde, 2011; Lai et al., 2010; Wynter et al., 2013); ≥ 11 (Bergström, 2013; Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011; Roubinov et al., 2014); ≥ 12 (Gutierrez-Galve et al., 2015) y ≥ 13 (Helle et al., 2015; Koh et al., 2014; Serhan et al., 2013).

Los factores de riesgo asociados a la depresión postparto paterna más frecuentemente hallados fueron la presencia de una relación de pareja insatisfactoria (Bergström, 2013; Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011; Gawlik et al., 2014; Gutierrez-Galve et al., 2015; Koh et al., 2014; Ngai y Ngu, 2015; Nishimura et al., 2015) y la depresión durante el embarazo en el hombre y/o la pareja (Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011; Gawlik et al., 2014; Gutierrez-Galve et al., 2015; Helle et al., 2015; Koh et al., 2014; Ngai y Ngu, 2015; Nishimura et al., 2015).

Los resultados parecen confirmar que los padres también son vulnerables a la depresión postparto y de igual forma sus síntomas pueden repercutir en la pareja y/o el niño. Por tanto, estos datos apoyan la necesidad de incluir la valoración de los hombres en los screenings rutinarios para detectar la depresión postnatal. Futuras investigaciones determinarán si son necesarios instrumentos de evaluación específicos o criterios diagnósticos distintos para valorar la depresión posparto en hombres y mujeres.

Referencias

- Bergström, M. (2013). Depressive symptoms in new first-time fathers: Associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth, 40*, 32-38.
- DeMontigny, F., Girard, M., Lacharité, C., Dubeau, D., y Devault, A. (2013). Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 150*, 44-49.
- Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., y Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the edinburgh postnatal depression scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders, 125*, 365-368.
- Escriba-Aguir, V., y Artazcoz, L. (2011). Gender differences in postpartum depression: A longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 65*, 320-326.
- Figueiredo, B., y Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health, 14*, 247-255.
- Fletcher, R. J., Matthey, S., y Marley, C. G. (2006). Addressing depression and anxiety among new fathers. *The Medical Journal of Australia, 185*, 461-463.
- Gawlik, S., Muller, M., Hoffmann, L., Dienes, A., Wallwiener, M., Sohn, C., et al. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Archives of Women's Mental Health, 17*, 49-56.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing, 45*, 26-35.
- Gutierrez-Galve, L., Stein, A., Hanington, L., Heron, J., y Ramchandani, P. (2015). Paternal depression in the postnatal period and child development: Mediators and moderators. *Pediatrics, 135*, 339-347.
- Helle, N., Barkmann, C., Bartz-Seel, J., Diehl, T., Ehrhardt, S., Hendel, A., et al. (2015). Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *Journal of Affective Disorders, 180*, 154-161.
- Koh, Y. W., Chui, C. Y., Tang, C. S., y Lee, A. M. (2014). The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the

- relationships between antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong. *Depression Research and Treatment*, 2014. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1155/2014/127632>
- Lai, B. P., Tang, A. K., Lee, D. T., Yip, A. S., y Chung, T. K. (2010). Detecting postnatal depression in chinese men: A comparison of three instruments. *Psychiatry Research*, 180, 80-85.
- Ngai, F. W., y Ngu, S. F. (2015). Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 156-161.
- Nishimura, A., Fujita, Y., Katsuta, M., Ishihara, A., y Ohashi, K. (2015). Paternal postnatal depression in japan: An investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 128-135
- Paulson, J. F., y Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *AMA*, 303, 1961-1969.
- Post and Antenatal Depression Association. (2016). *Postnatal depression*. Recuperado el 25 de mayo de 2016, de <http://www.panda.org.au/practical-information/382-signs-and-symptoms-of-postnatal-depression>
- Rahman, A., Fisher, J., Bower, P., Luchters, S., Tran, T., Yasamy, M. T., et al. (2013). Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 593-601.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G., y ALSPAC study team. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *Lancet*, 365, 2201-2205.
- Roubinov, D. S., Luecken, L. J., Crnic, K. A., y Gonzales, N. A. (2014). Postnatal depression in mexican american fathers: Demographic, cultural, and familial predictors. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 360-368.
- Serhan, N., Ege, E., Ayrançi, U., y Kosgeroglu, N. (2013). Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 279-284.
- Wynter, K., Rowe, H., y Fisher, J. (2013). Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: A community study in victoria, australia. *Journal of Affective Disorders*, 151, 980-985.

LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LAS SUPERVIVIENTES A LARGO PLAZO DEL CÁNCER DE MAMA

Francisco García-Torres, Carolina Pérez-Dueñas, Eliana M. Moreno y Francisco J.

Alós

Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba / Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) / Hospital Universitario Reina Sofía

Resumen

Antecedentes: La depresión es una de las consecuencias psicológicas de la enfermedad que aparece con mayor frecuencia en las supervivientes al cáncer de mama incluso años después del tratamiento, asociándose con aspectos relevantes de la supervivencia al cáncer, como un mayor miedo a la recurrencia y una peor calidad de vida. Sin embargo, existen datos contradictorios que recomiendan una mayor investigación en las supervivientes a largo plazo del cáncer de mama. Además, se han identificado diferentes categorías de síntomas depresivos (cognitivo-afectivo y motivacional-somático) en las supervivientes al cáncer de mama, sin embargo, en supervivientes a largo plazo esta información no está disponible. **Método:** En el estudio participaron 8 mujeres que habían sido diagnosticadas con cáncer de mama y cuyo tratamiento ya había finalizado. El tiempo transcurrido desde el final del tratamiento fue de entre 10-21 años con una media de 14,37 ($DT = 4,40$). La mayoría de las participantes habían sido sometidas a una mastectomía (87%). La media de edad en este grupo fue de 63,25 ($DT = 6,79$). Además participaron 8 mujeres de la población general sin historia de cáncer como grupo control. Todas las participantes cumplieron el Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II) y un cuestionario que recogía datos de tipo sociodemográfico. **Resultados:** no se observaron diferencias entre los grupos en edad, estado civil, estado laboral y nivel educativo. El grupo de supervivientes obtuvo valores de depresión mínima, con diferencias significativas con el grupo control. Además en las dos categorías de síntomas depresivos identificados (cognitivo-afectivo y motivacional somático), las diferencias fueron significativas con valores similares. **Conclusiones:** la presencia de depresión en las supervivientes a largo plazo del cáncer de mama permanece como una alteración relevante, aunque no se observa un predominio de una categoría de síntomas depresivos.

Palabras clave: cáncer de mama; supervivientes a largo plazo; depresión; cognitivo-afectivo; motivacional-somático.

DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN LONG TERM BREAST CANCER SURVIVORS

Abstract

Background: Depression is one of the psychological consequences of breast cancer that appears frequently in survivors even years after treatment, and is related with relevant aspects of cancer survivorship such as fear of recurrence and worse quality of life. However, there is contradictory data that recommended more research in long-term breast cancer survivors. Furthermore, different categories of depressive symptoms were identified (cognitive-affective and motivational-somatic) in breast cancer survivors but no previous data available are for long-term survivors. **Method:** study participants were 6 women diagnosed with breast cancer and whose treatment was finished. The time from the end of the treatment was between 10-21 years with an average of 14,37 ($SD = 4,40$). Most of the survivors had undergone a mastectomy (87%). Average age in this group was 63, 25 years ($SD = 6,79$). Furthermore, 8 women with no history of cancer were selected as a control group. All participants completed the BDI-II and a questionnaire about socio-demographic variables. **Results:** no differences were observed in age, civil state, employment estate and education. Survivors group obtained minimum depression values, with significant differences with the control group. Furthermore, in the categories of depressive symptoms identified (cognitive-affective and motivational-somatic) differences were significant, but with no prevalence of one category over the other. **Conclusions:** depression in long-term breast cancer survivors still remains as a significant issue, although no predominance of one category of depressive symptoms is observed.

Keywords: breast cancer; long-term survivors; depression; cognitive affective; motivational-somatic.

Introducción

La depresión es una de las consecuencias psicológicas del cáncer que aparece con mayor frecuencia en las supervivientes al cáncer de mama. La presencia de estos síntomas puede alcanzar el 66% en este grupo de pacientes siendo particularmente elevados en el

primer año después del diagnóstico y además, su presencia puede persistir durante años después del tratamiento (Harrington et al., 2010; Maas, Roorda, Berendsen, Verhaak y De Bock, 2015; Wang et al., 2014; Zainal, Nik-Jaafar, Baharudin, Sabki y Ng, 2013). Según los datos aportados por diferentes autores, la presencia de síntomas de depresión en este grupo de pacientes se asocia con otros aspectos relevantes relacionados con la supervivencia al cáncer, como por ejemplo el miedo a la recurrencia y una peor calidad de vida (Brunault et al., 2012; Koch et al., 2014). Sin embargo, existen autores que aportan datos de que la depresión observada en las supervivientes a largo plazo del cáncer de mama no es diferente a la observada en la población general (Hodgkinson et al., 2007; Jones et al., 2015). Esta disparidad de resultados puede estar relacionada con la escasa cantidad de estudios que evalúen la depresión en este grupo de pacientes a largo plazo. Además, hay autores que han identificado diferentes factores de depresión en las supervivientes al cáncer de mama tomando como base el Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II), observando que los síntomas de tipo motivacional-somático son los más relevantes en este grupo de pacientes (García-Torres y Alós, 2013; García-Torres y Alós, 2014) sin embargo, no existen datos previos acerca de esta diferenciación de síntomas en supervivientes al cáncer de mama a largo plazo. Por lo tanto, en el presente estudio se plantean dos objetivos: por un lado evaluar la depresión en las supervivientes de más de 10 años al cáncer de mama y por otro lado establecer qué tipo de sintomatología depresiva es más relevante en este grupo de pacientes, en comparación con un grupo de mujeres sin la enfermedad que actuaron como grupo control para lograr una mayor comprensión de cómo se manifiestan los síntomas depresivos en las supervivientes a largo plazo del cáncer de mama.

Método

Participantes

Este estudio incluye 8 mujeres que habían sido diagnosticadas con cáncer de mama y cuyo tratamiento ya había finalizado. El tiempo desde el final del tratamiento fue en todas las participantes de entre 10 y 21 años con una media de 14,37 ($DT= 4,40$). Todas las participantes habían sido sometidas a más de un tratamiento siendo la mastectomía (87%), la quimioterapia (75%) y la radioterapia (37%) las más frecuentes. Las participantes fueron diagnosticadas en los estadios I-III de la enfermedad y no habían padecido recaída durante el tiempo posterior a la finalización del tratamiento. La media de edad en el grupo de supervivientes fue de 63,25 ($DT = 6,79$). Además participaron como grupo control 8 mujeres extraídas de la población general sin una historia previa de cáncer. La media de edad de este grupo fue de 57,62 ($DT= 8,78$).

Instrumentos

Los participantes cumplieron el inventario de depresión de Beck-II (BDI-II). Este instrumento incluye 21 ítems con diferentes alternativas de respuesta que se clasifican de menor a mayor gravedad en una escala de 0-3, por lo que las puntuaciones obtenidas pueden ser entre 0-63. Las diferentes categorías en las que se pueden clasificar las puntuaciones de los sujetos son: ≤ 13 depresión mínima; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada; ≥ 29 depresión grave. Posteriormente, a partir de la solución factorial obtenida en la adaptación española del instrumento, se identificaron dos factores de síntomas depresivos: una de tipo cognitivo-afectivo (tristeza, sentimientos de fracaso, etc) y una segunda categoría de tipo motivacional-somático (pérdida de placer y/o de interés, sentimientos de inutilidad, etc). Las puntuaciones de cada uno de los factores se obtienen sumando las respuestas dadas por los participantes a los ítems incluidos en cada uno de ellos. Las propiedades psicométricas del instrumento han mostrado ser robustas en su adaptación al castellano (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Además todas las participantes rellenaron un cuestionario socio-demográfico que recogía información sobre la edad, el estado civil, el estado laboral y el nivel educativo. En las supervivientes se recogió además información acerca del tiempo desde el final del tratamiento, estadio de la enfermedad y tratamiento al que habían sido sometidas.

Procedimiento

Los autores contactaron con una asociación contra el cáncer de la ciudad de Córdoba para evaluar la posibilidad de llevar a cabo el estudio. Después de recibir la respuesta afirmativa de los responsables de la Asociación y la aprobación del comité ético, los investigadores proporcionaron a los profesionales de la asociación los criterios de inclusión propuestos para llevar a cabo el reclutamiento de las participantes. Una vez que las participantes accedían a participar en el estudio, se les proporcionaba un teléfono en el que contactar con los investigadores y proceder a la recogida de datos. Previamente a la aplicación de los cuestionarios, todas las participantes firmaron un consentimiento informado en el que quedaban explícitos los objetivos del estudio y se garantizaba la confidencialidad de los resultados obtenidos.

Diseño

En este estudio se utilizó un diseño ex post facto retrospectivo con grupo control (Montero y León, 2007).

Resultados

En primer lugar, no se observaron diferencias entre los grupos en las variables sociodemográficas a examen (Tabla 1).

Tabla 1

Comparaciones intergrupales en las variables sociodemográficas

Grupo	Edad M (DT)	Estado Civil (%)	Estado laboral (%)	Educación (%)
Supervivientes	63,25 (6,79)	Casadas (62) Viudas (12,5) Solteras (12,5) Separadas (12,5)	Desempleadas (25) Empleadas (0) Jubiladas (75)	Primarios (87,5) Secundarios (12,5) Universitarios (0)
Control	57,62 (8,78)	Casadas (87,5) Viudas (0) Solteras (12,5) Separadas (0)	Desempleadas (37,5) Empleadas (37,5) Jubiladas (25)	Primarios (62,5) Secundarios (12,5) Universitarios (25)
$U = 19, p = 0,19$ $\chi^2 (3, 16) = 2,33, p = 0,50$ $\chi^2 (2, 16) = 5,22, p = 0,07$ $U = 23, p = 0,38$				

Posteriormente, el análisis de las diferencias entre los grupos en depresión y en los dos factores previamente identificados, mostró resultados estadísticamente significativos (Tabla 2).

Tabla 2

Comparaciones intergrupales en depresión y en los factores depresivos

Grupo	Depresión M (DT)	Cognitivo-Afectivo M (DT)	Motivacional-Somático M (DT)
Supervivientes	12,87 (6,74)	5,75 (4,30)	5,75 (4,20)
Control	4,50 (3,74)	2,00 (2,07)	2,12 (2,10)
$U = 7,50, p < 0,05, r = 0,76$ $U = 11, p < 0,05, r = 0,65$ $U = 12,5, p < 0,05, r = 0,80$			

Los resultados son significativos si $p \leq 0,05$

Discusión / Conclusiones



En las supervivientes a largo plazo al cáncer de mama es frecuente que aparezcan síntomas de depresión, aunque la presencia de datos contradictorios hace necesarios mayores esfuerzos investigadores (Harrington et al., 2010; Hodgkinson et al., 2007; Jones et al., 2015; Maas et al., 2015; Wang et al., 2014; Zainal et al., 2013). En este sentido, los datos obtenidos en este estudio avalan la hipótesis de que en este grupo de pacientes la depresión es una preocupación persistente, ya que se obtienen resultados estadísticamente significativos cuando se comparan con un grupo control libre de la enfermedad, aunque es necesario señalar que los niveles alcanzados por las supervivientes se encuadran dentro de la categoría de depresión mínima, siguiendo la clasificación del instrumento aplicado para evaluar la depresión, el BDI-II. Estos resultados sugieren un buen ajuste psicológico de las supervivientes debido probablemente al proceso de adaptación posterior a la superación de una enfermedad grave como el cáncer, sin embargo, la presencia de síntomas depresivos se mantiene durante años después de la enfermedad. Además, se identificaron dos categorías de síntomas depresivos en función de los síntomas incluidos en cada una de ellas, por un lado los síntomas de tipo cognitivo-afectivo y por otro los síntomas de tipo motivacional-somático, siguiendo la identificación realizada en investigaciones previas (García-Torres y Alós, 2013; García-Torres y Alós, 2014). Los resultados van en la misma línea que los aportados previamente, ya que se observan diferencias significativas entre los grupos en las dos categorías, sin embargo no aparece una mayor presencia de una categoría de síntomas sobre la otra, lo que sugiere una mayor estabilidad en cuanto a la presencia de síntomas depresivos en las supervivientes a largo plazo del cáncer de mama. Es necesario señalar algunas limitaciones del presente estudio. Por un lado la muestra es relativamente pequeña lo que puede afectar a la generalización de los resultados, aunque los datos son similares a los aportados por otros autores en muestras mayores (García-Torres y Alós, 2013; García-Torres y Alós, 2014). Además es posible que la inclusión de la evaluación de síntomas de tipo motivacional-somático en pacientes que han padecido una enfermedad médica pueda sobreestimar la presencia de estos síntomas, aunque el tiempo desde el final del tratamiento en el grupo de supervivientes haya suavizado esta posible influencia. En conclusión, a pesar de que las supervivientes a largo plazo del cáncer de mama parece que muestran un buen ajuste psicológico, es necesario prestar atención a los síntomas depresivos que pueden aparecer como una alteración a tener en cuenta más de 10 años después del tratamiento.

Referencias

- Brunault, P., Toledano, A., Aguerre, C., Suzzane, I., Garaud, P., Trzepidur-Edom, M. et al. (2012). Impact of late treatment-related radiotherapy toxicity, depression, and anxiety on quality of life in long-term breast cancer survivors. *Bulletin du Cancer*, 99(5), 589-598.
- Garcia-Torres, F. y Alós, F. J. (2013). Identification of different depressive symptoms after mastectomy. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2857-2859.
- Garcia-Torres, F y Alós, F. J. (2014). Eysenck personality questionnaire revised psychoticism predicts motivational-somatic symptoms of depression in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 23(3), 350-352.
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L. y Fuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long term symptoms in cancer survivors—a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163-181.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G. E., Pendlebury, S., Hobbs, K. M. y Wain, G. (2007). Breast cancer survivors' supportive care needs 2-10 years after diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 15(5), 515-523.
- Jones, S. M., LaCroix, A. Z., Li, W., Zaslavsky, O., Wassertheil-Smoller, S., Weitlauf, J. et al. (2015). Depression and quality of life before and after breast cancer diagnosis in older women from the Women's Health Questionnaire. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(4), 620-629. doi: 10.1007/s11764-015-0438-y
- Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S. Waldmann, A. et al. (2014). Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors-still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the cancer survivorship-a multi-regional population-based study. *Psycho-Oncology*, 23(5), 547-554.
- Maas, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F. y De Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100-108.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Sanz, J., Perdigón, A.L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Wang, F., Liu, J., Liu, L., Wang, F., Ma, Z., Gao, D. et al. (2014). The status and correlates of depression and anxiety among breast-cancer survivors in Eastern

China: a population-based, cross-sectional case-control study. *BMC Public Health*, 14, 326.

Zainal, N. Z., Nik-Jaafar, N. R., Baharudin, A., Sabki, Z. A. y Ng, C. G. (2013). Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(4), 2649-2656.

EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN LOS TRASTORNOS EMOCIONALES: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

**Gloria Bellido-Zanin, Ana Rico-de-la-Cruz, Almudena González-Blanco y Antonio
José Vázquez-Morejón**

*Facultativo Especialista en Psicología Clínica Unidad de Salud Mental Comunitaria
Guadalquivir. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

Resumen

Antecedentes: en los últimos años se le está dando cada vez más importancia a la variable de evitación experiencial para el origen y mantenimiento de los trastornos emocionales, formando parte por lo tanto de protocolos de tratamiento para los mismos.

En el presente estudio, que forma parte de un estudio más amplio acerca de la efectividad de un tratamiento grupal para trastornos emociones desarrollado en una unidad de salud mental comunitaria en Andalucía, se pretende medir la evitación experiencial de los participantes de dichos grupos antes de comenzar en los mismos. Método: se midió la evitación experiencial a través del cuestionario AAQ-II en la evaluación previa a la participación de los grupos, en un total de 22 pacientes (5 hombres y 17 mujeres con una media de edad de 48,6). La escala consta de 7 ítems con una escala Likert de 1 a 7. La puntuación de la escala varía de 7 a 49 puntos, siendo 49 la máxima evitación experiencial. Posteriormente se realizaron los análisis descriptivos con el programa SPSS.21. Resultados: Se observa medias muy altas en cada uno de los ítems y en la puntuación total. La media total es de 32,26 con una desviación típica de 11,16. Conclusiones: Estos resultados nos indican que los participantes de los grupos tienen una mediada de evitación experiencial alta antes de comenzar los grupos. Dado que uno de los componentes del tratamiento es la disminución de la evitación, favoreciendo la exposición a emociones, pensamientos y experiencias, en futuros estudios sería interesante observar si esta medida disminuye de manera significativa al finalizar el grupo.

Palabras Claves: evitación experiencial, trastornos emocionales, ansiedad, depresión, terapia grupal

EXPERIENCIAL AVOIDANCE IN EMOCIONAL DISORDERS: DEPRESSION AND ANXIETY

Abstract

Antecedents: In recent years, the importance of experiential avoidance for the origin and maintenance of emotional disorders is becoming increasingly important and has become a part of treatment protocols for these disorders. In the present study, which is part of a larger research on the effectiveness of a group treatment for emotional disorders developed in a community mental health unit in Andalusia, it is intended to measure the experiential avoidance of the participants of these groups before starting the group. **Method:** experiential avoidance was measured through the AAQ-II questionnaire as a part of the assessment that was done before the beginning of the group in a total of 22 patients (5 males and 17 females with a mean age of 48.6). The scale consists of 7 items with a Likert scale of 1 to 7. Scale scores range from 7 to 49 points, being 49 the maximum score of experiential avoidance. Descriptive analyzes were then performed with SPSS.21. **Results:** Very high averages were observed in each one of the items and in the total score. The total mean was 32.26 with a standard deviation of 11.16. **Conclusions:** These results indicate that the participants of the groups have a high level of experiential avoidance before starting the groups. Since one of the components of the treatment is the reduction of avoidance, favoring exposure to emotions, thoughts and experiences, in future studies it would be interesting to see if this measure decreases significantly at the end of the group.

Key Word: experiential avoidance, emotional disorders, anxiety, depression, grupal therapy

Introducción

En los últimos años se le está dando cada vez más importancia a la variable de evitación experiencial para comprender el origen y el mantenimiento de los trastornos emocionales, formando parte por lo tanto de protocolos de tratamiento para los mismos (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

La evitación experiencial se refiere a la aparición de esfuerzos deliberados de evitar o escapar de eventos privados como emociones, pensamientos, recuerdos y sensaciones corporales que se experimentan como aversivos, a pesar de que ello lleve a acciones que son inconsistentes con los propios valores y metas (Hayes et al., 1996). Este constructo

psicológico ha demostrado de manera sistemática su correlación positiva con el malestar psicológico (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Ruiz, 2010) y su correlación negativa con la calidad de vida (Westin, Hayes y Andersson, 2008). Además ha demostrado tener diferentes valores según el diagnóstico (Patrón, 2010). El modelo de referencia de la evitación experiencial ha sido principalmente la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) aunque su validez como variable de vulnerabilidad psicológica ha sido tomada en consideración en otros modelos de tratamiento. En concreto el Tratamiento Unificado para los Trastornos Emocionales (Barlow, Ellard y Fairholme, 2008) tiene como uno de sus componentes principales la disminución de la evitación emocional, con acciones concretas como son la eliminación de señales de seguridad, la disminución de los rituales cognitivos y la distracción así como otras estrategias como la racionalización o la rumiación. Según los autores, todas estas estrategias estarían dirigidas a tratar de evitar el malestar psicológico y hay que ir sustituyéndolas por estrategias dirigidas a la aceptación y el afrontamiento de dicho malestar con módulos como la exposición emocional interoceptiva y situacional. En diversos estudios se han encontrado resultados positivos en los participantes al finalizar el tratamiento unificado, con disminución del afecto negativo y aumento del afecto positivo y con una menor interferencia de los síntomas en la vida diaria (Farchione et al., 2012).

En la presente investigación, que forma parte de un estudio más amplio acerca de la efectividad de un tratamiento grupal para trastornos de emociones desarrollado en una unidad de salud mental comunitaria en Andalucía (Tratamiento Unificado para los Trastornos Emocionales de Barlow) (Barlow et al., 2008), se pretende medir la evitación experiencial de los participantes de dichos grupos antes de comenzar en los mismos.

La hipótesis del presente estudio es que se encontrarán niveles altos de evitación experiencial en las personas que participen en un programa grupal de Trastornos Emocionales previamente al desarrollo del grupo.

Método

Participantes

Un total de 22 pacientes (5 hombres y 17 mujeres con una media de edad de 48,6 atendidos en una Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) con diagnóstico de Trastornos Depresivos o Ansiosos (F32, F33, F 34.1, F40, F41, F42 según la CIE-10) que fueron derivados al programa grupal por parte de sus facultativos referentes (psiquiatras o

psicólogos clínicos) con las siguientes condición de inclusión: cumplir con el criterio diagnóstico mencionado anteriormente (F32, F33, F 34.1, F40, F41, F42 según la CIE-10), tener más de 18 años, no tener dependencia a alcohol ni otros tóxicos, no presentar retraso mental ni deterioro cognitivo y que tener disponibilidad horaria para acudir al grupo. Como criterio de exclusión se consideró tener un diagnóstico de Trastorno de Personalidad. Los 22 participantes de la investigación se eligieron según un criterio incidental ya que fueron los constituyentes de los dos primeros grupos terapéuticos que se constituyeron de un total de 6 grupos que se llevaron de forma paralela en la USMC.

Materiales e Instrumentos

- Versión española del Cuestionario de Aceptación y Acción – II. (AAQ-II) (Ruiz, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013). La escala consta de 7 ítems con una escala Likert de 1 a 7. La puntuación de la escala varía de 7 a 49 puntos, siendo 49 la máxima evitación experiencial. Los ítems reflejan la no intención de experimentar algunas emociones y pensamientos desagradables (por ejemplo, “tengo miedo de mis sentimientos” “tengo miedo de no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos”) y la falta de capacidad para mantenerse en el momento presente y comportarse de tal manera que se actúe según los propios valores y metas ante eventos privados desagradables (por ejemplo, “Experiencias y recuerdos dolorosos hacen difícil vivir la vida que querría” o “mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena” “Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir”).

La validación de la escala en castellano ha demostrado buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna de esta versión medida a través de las distintas muestras es buena (entre alpha de crombach= .75 y alpha de crombarch= .93).

Diseño y Procedimiento

En una Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) del Servicio Andaluz de Salud se realizó un programa grupal siguiendo el modelo de Barlow del Tratamiento Unificado de los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2008). Previamente a la primera sesión grupal se citó a los participantes de forma individual para aplicarles una serie de escalas de evaluación entre las que se encontraba la versión en castellano del cuestionario AAQ-II de evitación experiencial. Posteriormente se realizaron los análisis descriptivos con el programa estadístico SPSS.21.

Resultados

Como se puede observar en la tabla 1, los ítems individuales y la puntuación global muestran altos niveles de evitación experiencial. El ítem con la puntuación más alta es el ítem 6 “Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir” con una $M = 5,59$ y una $DT = 1,4$ y el que tiene la puntuación más baja es el ítem 2 “tengo miedo de mis sentimientos” con una $M = 3,29$ y una $DT = 1,92$. La media de la puntuación total es de $32,26$ y una $DT = 11,17$. Estos resultados son superiores a la media de la escala.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de los ítems y la puntuación total de la escala AAQ-II (N = 22)

Ítems y Puntuación Total	M	DT
Ítem 1: Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría	4.23	2.02
Ítem 2. Tengo miedo de mis sentimientos	3.29	1.92
Ítem 3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos	4.41	1.82
Ítem 4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena	3.86	2.21
Ítem 5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida	5.15	1.93
Ítem 6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo	4.95	1.91
Ítem 7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir	5.59	1.4
Puntuación total	32.26	11.17

M = media, DT = desviación típica

Discusión

Como se ha observado en los resultados, podemos concluir que los participantes de los grupos de trastornos emocionales tienen una media alta de evitación experiencial antes de comenzar el tratamiento grupal tanto en cada ítem individual como en la puntuación global de la escala AAQ-II.

Estos resultados son coherentes con otros encontrados en investigaciones anteriores que han estudiado la evitación experiencial en población clínica. Por ejemplo, en Ruiz et al., (2013) se encontró una media de 32.3 (dt = 11.1) en una muestra de 35 pacientes con trastornos emocionales y trastornos psicóticos.

También es consistente con estudios que han demostrado una correlación positiva entre la variable de evitación experiencial y el diagnóstico de trastornos de salud mental (Ruiz, 2010).

De forma general podemos concluir que los participantes de los grupos de trastornos emocionales tenderán a un patrón de conducta con esfuerzos deliberados de evitar o escapar de eventos privados como emociones, pensamientos, recuerdos y sensaciones corporales que se experimentan como aversivos, a pesar de que ello lleve a acciones que son inconsistentes con los propios valores y metas.

Por tanto parece relevante la elección de un tratamiento donde se aborde de manera sistemática esta variable mediante la exposición a emociones, pensamientos, recuerdos y sensaciones corporales que se experimentan como aversivos como una forma de variar el patrón de afrontamiento a dichos estímulos. Es ese caso parece acertado la elección del Tratamiento Unificado para los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2008) ya que este tiene entre sus componentes específicos la disminución o eliminación de las estrategias de evitación emocional.

Como limitaciones del estudio podemos señalar la pequeña muestra de participantes y que estos se eligieron de manera incidental y no de forma aleatoria lo que puede hacer más complicado generalizar estos resultados al resto de la población clínica y al resto de los participantes de los programas grupales de tratamiento. Sin embargo, al ser los resultados parecidos a los encontrados en investigaciones anteriores, se puede mitigar la relevancia de esta limitación. Otra limitación sería que la medida de evitación experiencial es autoinformada con los sesgos que ello supone a la hora de considerar la validez de los resultados, ya que depende del recuerdo y la comprensión de los participantes a la hora de rellenar el cuestionario.

En futuras investigaciones sería interesante por un lado, ampliar la muestra de los participantes. Esto permitiría además ampliar nuestro conocimiento acerca de las variables que pueden estar influyendo en este constructo. Por ejemplo se podría comprobar si existen diferencias en función de variables como el género, la edad o el diagnóstico, algo que no se ha podido hacer en el presente estudio debido a la limitada muestra. Por otro lado sería también interesante ver si se encuentran correlaciones entre la variable de

evitación experiencial y otras variables como el nivel de malestar, la gravedad de la sintomatología o la evolución del trastorno.

Por último, en una investigación posterior sería interesante poder comprobar si los niveles de evitación experiencial sufren alguna modificación tras el tratamiento grupal y si es así ver qué componentes del tratamiento son los que influyen en esa variación.

En conclusión, parece que la evitación experiencial es un constructo relevante a la hora de entender los trastornos emocionales por lo que será importante poder evaluarla e incluirla en tratamientos dirigidos a personas con este tipo de diagnóstico.

Agradecimientos

A todos los profesionales de la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) Guadalquivir del Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla.

Referencias

- Barlow, H., Ellard, K., y Fairholme, C. (2008). *Protocolo unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales*. Universidad de Boston: Center for Anxiety and related disorders.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ...Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for trans diagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, *43*, 666-678.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K.D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152-1168.
- Patrón, F. (2010). La Evitación Experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *15*, 5-19.

- Ruiz, F. J., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129.
- Ruiz, F.J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Westin, V., Hayes, S.C., y Andersson, G. (2008). Is it the sound or your relationship to it? The role of acceptance in predicting tinnitus impact. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1259-1265.

¿SE BENEFICIAN LOS MAYORES DE 65 AÑOS DEPRIMIDOS DE LOS GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS?

Alba Larrión-Labiano, Germán Jusúé-Erro, Adriana Goñi-Sarriés y Margarita Zabala-Baquedano

Psicólogos Clínicos. Hospital de Día Psicogeriátrico. Red de Salud Mental de Navarra-Osasunbidea

Resumen

Antecedentes: la terapia cognitivo-conductual es un tratamiento eficaz y bien establecido para el trastorno depresivo. Las personas mayores de 65 años, también se benefician de estos tratamientos. El objetivo del presente trabajo es comprobar la efectividad de un tratamiento grupal ambulatorio basado en terapia cognitivo-conductual en pacientes mayores de 65 años, con depresión leve-moderada. **Método:** se han recogido datos de las cuatro ediciones grupales realizadas, correspondientes a 27 pacientes, derivados desde los Centros de Salud Mental de Navarra. El formato grupal era cerrado y constaba de 11 sesiones de 75', con frecuencia semanal. Se trabajó: psicoeducación, activación conductual, reestructuración cognitiva, interacción y apoyo social, aceptación y compromiso y prevención de recaídas. Antes y después de cada grupo se realizó a cada candidato una entrevista clínica de idoneidad y se administró la Escala de depresión de Yesavage y el Mini-Mental de Folstein (MMSE). Los datos fueron analizados mediante el SPSS 20.0 realizándose una comparación de medias (Prueba de Wilcoxon). **Resultados:** Tras el tratamiento disminuyó de manera estadísticamente significativa la puntuación en la Escala de Depresión de Yesavage (9,03/4,67; $p < 0,05$). Por otra parte, se incrementó levemente la puntuación en el MMSE de Folstein (26,87/27,56; $p < 0,05$). **Conclusiones:** la intervención fue efectiva a nivel clínico, mejorando también el rendimiento en el MMSE. Las puntuaciones en la escala post de depresión eran compatibles con la ausencia de depresión. Los participantes referían mejoría en la entrevista post-tratamiento.

Palabras clave: depresión, psicoterapia grupal, cognitivo-conductual, mayores.

DO DEPRESSED PEOPLE OVER 65 YEARS GET BENEFITS FROM PSYCHOTHERAPY GROUPS?

Abstract

Background: Cognitive-behavioral therapy is an effective and well-established treatment for depressive disorder. People over 65 years old also get benefit from these treatments. The objective of the present study is to verify the effectiveness of an outpatient group treatment based on cognitive-behavioral therapy in patients over 65 years old, with mild-moderate depression. **Method:** Data were collected from the four group editions performed, corresponding to 27 patients, derived from Navarra's Mental Health Centers. The group format was closed and consisted of 11 sessions of 75', on a weekly frequency. We worked: psychoeducation, behavioral activation, cognitive restructuring, interaction and social support, acceptance and commitment and prevention of relapse. Before and after each group, a suitability clinical interview was conducted and the Yesavage Depression Scale and the Folstein Mini-Mental (MMSE) was administered to each candidate. Data were analyzed using SPSS 20.0 with a comparison of means (Wilcoxon test). **Results:** After treatment, score on the Yesavage Depression Scale (9.03 / 4.67, $p < 0.05$) was statistically significant. The Folstein MMSE score also was slightly increased (26.87 / 27.56, $p < 0.05$). **Conclusions:** the intervention was effective at the clinical level, also improving the performance in the MMSE. Scores on the post-depression scale were consistent with the absence of depression. Participants reported improvement in the post-treatment interview.

Key words: depression, group psychotherapy, cognitive-behavioral, elderly.

Introducción

La edad avanzada constituye una etapa vital de especial vulnerabilidad para el desarrollo de un cuadro depresivo. Se trata de un trastorno muy frecuente en este grupo poblacional y se estima que podría afectar en torno al 14% de los adultos mayores. (Ezquiaga, García, Huerta y Pico, 2011). Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), los mayores tienen una tasa de suicidio mayor del doble que la media y el riesgo de suicidio en hombres de edad avanzada es hasta 4 veces mayor que en jóvenes (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2014).

Precisamente en esta etapa, los mayores han de afrontar numerosas pérdidas (enfermedades físicas, disminución de la capacidad funcional, pérdida de roles, fallecimiento de seres queridos...). Y en ocasiones, a lo anterior se le suma una situación de aislamiento, o de escaso soporte social, y/o una situación económica precaria. A pesar de lo anterior, no podemos considerar la depresión como una consecuencia esperable en el envejecimiento, si no como un trastorno tratable, de la misma manera que en etapas vitales anteriores, aunque con las adaptaciones necesarias (National Institute of Mental Health of U.S.A. [NIMH], 2009).

En relación con esto, la investigación existente apoya que los tratamientos psicológicos bien establecidos para la depresión, también son efectivos en personas mayores. Los modelos que cuentan con mayor evidencia serían la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, incluso cuando existe cierto deterioro cognitivo. Asimismo, las Guías de Práctica Clínica, recomiendan incluir la terapia psicológica en los programas de tratamiento para mayores.

Sin embargo, existen numerosos factores, como prejuicios en el propio paciente, familia o profesionales, dificultades en el acceso a los tratamientos, barreras físicas etc., que hacen que la depresión en mayores sea, en general, infradiagnosticada e infratratada.

En este contexto, consideramos necesario facilitar el acceso de las personas mayores a tratamientos psicológicos basados en la evidencia en el contexto sanitario público. En este caso, se ha elegido un formato grupal por su eficiencia, (mayor número de beneficiarios, con menor gasto de recursos) y por las ventajas que presenta el formato grupal: facilita las relaciones interpersonales, la aceptación y normalización de síntomas similares específicos, proporciona apoyo y sentido de pertenencia, mejora la autoestima...). (Correa-Palacio, 2016).

Se trata de un tratamiento que persigue reducir la sintomatología depresiva, así como mejorar el nivel de autonomía, funcionalidad y socialización de los participantes.

El objetivo del presente trabajo es valorar la utilidad clínica de un tratamiento grupal ambulatorio basado en terapia cognitivo-conductual, realizado en el Hospital de Día Psicogeriátrico, perteneciente a la Red de Salud Mental de Navarra.

Método

Participantes

Los pacientes fueron derivados al programa de tratamiento desde los Centros de Salud Mental (CSM) de la Red pública. Para ello, sus referentes en CSM (psiquiatría o psicología clínica) realizaron la derivación a través de la ficha existente a tal efecto en la Historia Clínica Informatizada.

Los criterios de inclusión fueron:

1.-Personas mayores de 65 años con diagnóstico de Trastorno Depresivo, episodio actual leve-moderado y/o Trastorno Afectivo Persistente.

Los criterios de exclusión del programa fueron:

- 1.-Pacientes con Trastorno Depresivo, episodio actual grave (F33.2 y F33.3).
- 2.-Presencia de psicopatología depresiva secundaria a un trastorno orgánico.
- 3.-Presencia de alteraciones de conducta y estado de descompensación psicopatológica grave.
- 4.-Limitaciones físicas, cognitivas y sensoriales, de carácter invalidante para poder seguir el tratamiento grupal ambulatorio.

La muestra se compuso de 27 pacientes, correspondientes a las cuatro ediciones de tratamiento grupal realizadas hasta la actualidad (2015 y 2016). El 77'8% eran mujeres (n=21) y el 22'2%, hombres (n=6). La edad media fue de 70,8 años (D.T. 5'46). En cuanto al estado civil, un 7% eran solteros (n=2), el 48% estaban casados (n=13), el 18% estaban separados /divorciados (n=5), y un 26% eran viudos (n=7). Todos los pacientes presentaban puntuaciones compatibles con cuadro depresivo en la Escala de Yesavage. Los diagnósticos más frecuentes fueron: F34 Trastornos afectivos persistentes (29'6%, n=8), F33 Trastorno depresivo recurrente (22,2%, n=6) y F32.1 Episodio depresivo moderado (14,8%, n=4).

Procedimiento

Se realizó una evaluación inicial individual a todos los pacientes remitidos al programa, previa a la inclusión en el tratamiento. Los objetivos eran: valorar idoneidad, motivación hacia el tratamiento y situación clínica previa, incluyendo la pasación de dos instrumentos estandarizados

La evaluación inicial la realizaron los Psicólogos Clínicos responsables del programa e incluía una entrevista breve semiestructurada, la Escala de Depresión de Yesavage y el Mini-Mental de Folstein.

Características del programa:

- Formato Grupal. Grupos cerrados. Entre 8-10 pacientes por grupo.
- Organización de las sesiones: el programa se organizó en 11 sesiones de 75' minutos de duración, con una frecuencia semanal.
- Responsable del programa: el Psicólogo Clínico dirigió las sesiones con el apoyo de una enfermera o del residente de psicología clínica.
- Algunas sesiones se acompañaron con proyección de dispositivas del contenido a trabajar. Se entregó material de apoyo en papel.
- Al finalizar el grupo se realizó el Informe de Tratamiento de cada paciente en

Historia Clínica

Contenido terapéutico:

El contenido del programa se distribuyó a lo largo de 6 módulos y 11 sesiones:

- Módulo 1: Psicoeducación de la Depresión
 - Sesión 1: Qué es la Depresión
- Módulo 2: Activación Conductual
 - Sesión 2: Principios básicos de la Activación Conductual para la Depresión:
 - La monitorización de las actividades
 - La “tabla de actividades”
 - Sesión 3: Programación y estructuración de la actividad
 - Sesión 4: Resolución de Problemas desde la Activación Conductual
 - Respuesta a la evitación
 - Respuesta a la rumiación
- Módulo 3: Reestructuración Cognitiva: cambiar la forma de pensar
 - Sesión 5: Los pensamientos afectan al estado de ánimo
 - Sesión 6: Cuestionar los pensamientos dañinos
- Módulo 4: de Aceptación y Compromiso
 - Sesión 7: Tener que sentirse bien para estar bien: “Una lucha estéril”
 - Sesión 8: Centrarse en los “valores”, para entender mejor el tipo de vida que le gustaría tener
- Módulo 5: Interacción Social y apoyo social

- Sesión 9: Estilos de comunicación
- Sesión 10: Estrategias para favorecer el apoyo social
- Módulo 6: La unión de todos los elementos
- Sesión 11: Actuación después de la terapia y prevención de recaídas.

Estructura de la sesión terapéutica

Cada sesión se estructuró de la siguiente manera:

- Guión de la sesión
- Revisión voluntaria de la semana
- Revisión de las “tareas de casa” de la sesión anterior.
- Contenidos teóricos de la sesión
- Ejercicios
- Descripción de las “tareas para casa”

La metodología de la intervención:

- Se basó en las estrategias derivadas de las teorías del Aprendizaje Social:
- Instrucción verbal: explicar la conducta a realizar y/o incrementar o las habilidades que deben aprender.
 - Modelado: el propio terapeuta supone un modelo para el paciente. Nuestra forma de enfocar y analizar las situaciones deben ser un referente para el paciente.
 - Refuerzo positivo: prestar especial atención a los logros conseguidos, reforzando los mismos
 - Generalización: aplicar los conocimientos aprendidos en las sesiones, al entorno social del paciente.
 - Ensayos: role - playing, prácticas en las sesiones.
 - Feedback: aportar una visión subjetiva de la evolución en el grupo con el objetivo de que esta pueda mejorar. No se trata de una crítica. Centrado en la conducta señalando en primer lugar los aspectos positivos y luego los aspectos a mejorar.

La evaluación final consistió en una entrevista individual al finalizar la terapia grupal en la que, además de valorar la evolución clínica, se volvieron a pasar los dos instrumentos empleados, la Escala de Depresión de Yesavage y el Mini-Mental de Folstein.

Materiales

Para llevar a cabo las evaluaciones pre y post-tratamiento se utilizaron dos instrumentos estandarizados:

1.-Escala de depresión geriátrica de Yesavage en su versión de 15 ítems (Martínez et al., 2002) con el objetivo de cribar la sintomatología depresiva. Es aplicada por el evaluador puesto que un porcentaje de la población mayor tuvo una escolarización mínima. Las respuestas son dicotómicas (Si/No). Los valores de fiabilidad y validez son muy altos, siendo las preguntas 3, 4 5 y 8, las que discriminan en mayor medida entre controles y sanos. Una puntuación total igual ó mayor a 5, indica probable depresión. Asimismo, existe una elevada correlación entre la GDS y el inventario de Depresión de Beck. Además, ha obtenido buenos resultados en el cribaje de pacientes con algún grado de alteración cognitiva.

2.-Minimental State Examination (MMSE), (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 1975) es el test más utilizado a nivel internacional para la evaluación cognitiva estandarizada en el ámbito clínico. Su administración es rápida y sencilla. Se utiliza sobre todo en el cribado de demencia en el anciano, y es útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 dominios: orientación, memoria inmediata, recuerdo diferido, lenguaje y praxia constructiva, atención y cálculo. En general, el punto de corte se establece en 24-23 puntos. Una puntuación igual o más baja sería compatible con la existencia de deterioro cognitivo y con la sospecha de demencia. Asimismo, existen diferentes puntos de corte según el nivel de escolaridad. (Escribano-Aparicio et al., 1999). Se encontró que los puntos de corte óptimos eran: 17/18 para personas analfabetas, 20/21 para los que no tienen estudios primarios y 23/24 para las personas con estudios primarios o superiores. (Llamas-Velasco, Llorente-Ayuso, Contador y Bermejo-Pareja, 2015).

Se elaboraron materiales específicos para el grupo:

–Cuaderno del Terapeuta: En el cuaderno del terapeuta aparecen anotaciones para la realización de los ejercicios, comentarios de ayuda y una estimación aproximada y flexible del tiempo que se puede dedicar a cada apartado y ejercicio.

–Cuaderno del paciente: El cuaderno para el paciente contiene los contenidos del programa, registros y las “tareas de casa”. Este material le servirá de apoyo y documentación.

Diseño

Se realizó un diseño preexperimental pre-post, sin grupo control, cuyo objetivo clínico principal era la disminución de la intensidad y/o remisión de la sintomatología depresiva en los participantes tras su participación en el programa de tratamiento grupal ambulatorio.

Resultados

Tras las evaluaciones pre y post tratamiento se analizaron las puntuaciones obtenidas en los instrumentos estandarizados. Para ello se realizó una comparación de medias a través del paquete de análisis estadístico SPSS 20.0 (Prueba de Wilcoxon).

Podemos afirmar que, tras el tratamiento, disminuyeron de manera estadísticamente significativa las puntuaciones en la Escala de Depresión de Yesavage (9,03/4,67; $p < 0,05$). Esta disminución de 4 puntos en la media, resultó también significativa a nivel clínico, pues, pasó a situarse por debajo del punto de corte para la depresión establecido en 5 puntos.

Por otra parte, se incrementaron levemente, pero de manera estadísticamente significativa las puntuaciones en la media del MMSE de Folstein (26,87/ 27,56; $p < 0,05$). Además de una disminución de la sintomatología de corte afectivo, se registró una ligera mejora en el rendimiento cognitivo, aunque la puntuación inicial estaba por encima del punto de corte, y por tanto indicativa de no deterioro cognitivo.

Discusión / Conclusiones

Los resultados obtenidos tras el tratamiento grupal son alentadores y nos animan a continuar poniendo en marcha posteriores ediciones de este tratamiento grupal en el sistema público. Los participantes refirieron mejoría subjetiva y satisfacción con el programa de tratamiento realizado en la entrevista de evaluación post-tratamiento.

Una fortaleza del estudio sería el haberse realizado en un contexto natural, en un servicio especializado en la atención a la salud mental de los mayores. Además, este servicio se inserta en un contexto sanitario público, lo que garantiza la equidad y el acceso a la atención psicológica en un sector de la población vulnerable y con menos acceso a las terapias psicológicas.

Sin embargo, dadas las limitaciones del estudio (programa de carácter clínico, no experimental, sin grupo control), no es posible controlar las variables extrañas y mediadoras y por tanto, establecer una relación causa-efecto entre la participación en el programa y la mejoría clínica.

Consideramos necesaria la publicación futura de trabajos en condiciones experimentales, que amplíen el cuerpo de evidencia existente en relación a la efectividad y eficiencia de los tratamientos psicoterapéuticos grupales y desarrollen más programas de intervención e investigación para consolidar esta área.

Referencias

- Correa-Palacio, A. F. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Revista Psicogeriatría*, 6, 51-59.
- Escribano-Aparicio, M. V., Pérez-Dively, M., García-García, F. J., Pérez-Martín, A., Romero, L., Ferrer, G., ...Sánchez-Ayala, M. I. (1999). Validación del MMSE de Folstein en una población española de bajo nivel educativo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34(6), 319-326.
- Ezquiaga, E., García, A., Huerta, R., y Pico, A. (2011). Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 137, 612-615.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R., y Fanjiang, G. (1975). "Mini-Mental State", a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Researches*, 12, 189-198.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2014). *Estadística de defunciones por causa de muerte*. España.
- Llamas-Velasco, S., Llorente-Ayuso, S., Contador, I. y Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del *Minimental State Examination* (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Revista de Neurología*, 61, 363-371.
- Martínez, J., Onís, M^a. C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, R. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 12, 620-630.
- National Institute of Mental Health of U.S.A. (NIMH). (2009). *Guía sobre depresión*. Recuperado el 28 del noviembre de 2016, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression.html>

**PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES AFECTADOS DE ICTUS.
CAMBIOS EN EL ESTADO DE ÁNIMO E INTERVENCIÓN EN LA
DEPRESIÓN POST- ICTUS**

Lourdes Forn*, Mònica Crusat* y Berta Massaguer**

*Psicólogas. Centre Sociosanitari Vallparadís, Mútua Terrassa; **Estudiante Máster en Psicología General Sanitaria, Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona

Resumen

En el presente estudio se analizan los cambios registrados en el estado anímico de pacientes afectados por un ictus que participaron en un grupo de psicoterapia, dado que se trata de una población de alto riesgo a la hora de padecer depresión así como trastornos de ansiedad. La depresión post-ictus (DPI) se encuentra frecuentemente infra diagnosticada a pesar de que es una secuela bastante común que puede llegar a afectar al 30-40% de pacientes (Quinn et al., 2009). La Rehabilitación neuropsicológica presta su atención principal a los déficits cognitivos, haciendo poca mención al estado anímico cuando éste es determinante para la mejora funcional y para la posterior reinserción de la persona enferma en su entorno sociolaboral. Todos los pacientes de este estudio, han recibido un programa de rehabilitación y así mismo, han asistido a un grupo de psicoterapia (contando con un trabajo psicoeducativo y técnicas cognitivo conductuales) con una frecuencia de una sesión semanal con el objetivo de aceptar las limitaciones, acompañar en el proceso de duelo y fomentar estrategias emocionales para la afrontación del proceso. Mediante test estandarizados se ha registrado el estado de ánimo de los pacientes antes de iniciar el grupo y al finalizarlo. Respecto a los resultados obtenidos al acabar el grupo de psicoterapia, el 76% de mejora anímica observada en las personas que han sufrido un ictus indica que la psicoterapia cognitivo conductual aplicada puede resultar útil en la prevención y tratamiento de la DPI. La realización de la terapia en formato grupal añade el valor terapéutico del grupo a la psicoterapia individual, además de rentabilizar horas de dedicación del profesional.

Palabras clave: Ictus, depresión post ictus, psicoterapia grupal, terapia cognitivo-conductual

GROUP THERAPY IN STROKE PATIENTS AFFECTED. CHANGES IN MOOD AND INTERVENTION IN POST-STROKE DEPRESSION.

Abstract

The present study analyzes the changes in the mental state of patients affected by a stroke who participated in a group of psychotherapy, since it is a population at high risk for depression and anxiety disorders. Post-stroke depression (IPD) is often underdiagnosed, although it is a fairly common sequel that can affect 30-40% of patients (Quinn et al., 2009). Neuropsychological rehabilitation focuses mainly on cognitive deficits, making little mention of the mental state when it is determinant for functional improvement and for the subsequent reinsertion of the sick person in their socio-labor environment. All patients in this study received standard rehabilitation program, which was also attended by group psychotherapy on a weekly basis. In this group, they received psychoeducational work and also cognitive behavioral techniques. Our objectives are related with accepting the limitations, accompanying in the grieving process and foment emotional strategies for the confrontation of the process. We used standardized tests have registered the patients' mood before starting the group and at the end. Regarding the results obtained at the end of the psychotherapy group, the 76% of the psychic improvement observed in people who have suffered a stroke indicates that applied cognitive behavioral psychotherapy may be useful in the prevention and treatment of IPD. The realization of the therapy in group format adds the therapeutic value of the group to the individual psychotherapy; in addition, it's good for optimize professional profitable hours of dedication.

Keywords: Stroke, post-stroke depression, group psychotherapy, cognitive behavioral therapy

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad vascular cerebral o Ictus representa la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en los adultos en los países occidentales, siendo la primera causa de mortalidad en España. Así mismo, representa el mayor motivo de incapacidad, ya que la mayoría de los pacientes sufre secuelas, que en el 30% de los casos los inhabilitan para realizar las actividades cotidianas (Arias-Rivas, Vivancos-Mora y Castillo, 2012). Una vez superada la fase de gravedad inicial y el período de rehabilitación, muchas personas no pueden volver a reincorporarse

1001



a su vida laboral, sufren discapacidad física (para caminar, para movilizar extremidades superiores...), psíquica (funciones cognitivas como atención, memoria, lenguaje, planificación, aéreas visuoespaciales, razonamiento lógico... pueden quedar alteradas), e incluso de personalidad, y se encuentran con unas limitaciones importantes en su día a día.

La enfermedad cerebro vascular (ACV) puede dividirse según su etología en dos tipos: isquémico y hemorrágico, con una proporción en torno al 85% y 15% respectivamente (Díez-Tejedor, Del Bruto, Álvarez, Muñoz y Abiusi, 2001).

Los principales factores de riesgo para padecer un Ictus son: la presión arterial alta, la diabetes, el colesterol, cardiopatía y el tabaquismo.

Debido a la incapacidad que provoca, que modifica la vida del paciente y su familia de una forma abrupta, a la incompreensión por parte del entorno, y a las dificultades socioeconómicas derivadas, los pacientes que han sufrido un ictus son una población de alto riesgo a padecer depresión y trastornos de ansiedad. La depresión post-ictus (DPI) se encuentra frecuentemente infra diagnosticada a pesar de que es una secuela bastante común que puede llegar a afectar al 30-40% de pacientes (Quinn et al., 2009).

La rehabilitación e intervención neuropsicológica suele prestar su atención a los déficits cognitivos, haciendo poco análisis de la afectación emocional (García-Molina, Roig-Rovira, Enseñat-Cantalops y Sánchez-Carrión, 2014), a pesar que se observa frecuentemente que el bajo estado de ánimo, la ansiedad y la poca capacidad de afrontamiento de las secuelas y los cambios en la vida pueden dificultar el proceso de rehabilitación y la reinserción sociolaboral del paciente dado que este no se encuentra motivado para implicarse durante el periodo en que el potencial rehabilitador es mayor.

La sintomatología de la DPI es similar a la depresión idiopática, con la diferencia que suele mostrarse asociada a lesión cognitiva y física. La depresión y el grado de discapacidad suelen encontrarse asociados correlacionando positivamente.

Algunos de los factores de riesgo asociados a la depresión post-ictus son la mayor severidad del ictus, el grado de discapacidad física resultante, el grado de restricción o dependencia funcional, la incapacidad laboral y la dificultad en establecer roles sociales. Es más frecuente en mujeres, en aquellas personas que ya han presentado episodios depresivos anteriormente u otro trastorno psiquiátrico y en personas con aislamiento social (Landreville, Desrosiers, Vincent, Verreault y Boudreault, 2009; Sienkiewicz-Jarosz et al., 2010)

Según Prigatano (1999) después de una lesión cerebral la persona tiene menos

capacidad de afrontamiento porque sus recursos se encuentran disminuidos. Se encuentra frágil emocionalmente y sus capacidades cognitivas pueden haberse visto alteradas dificultando así los recursos personales.

Aunque la DPI puede aparecer en cualquier momento, parece que los primeros meses tras la vuelta a casa son los más críticos (Avari y Alexopoulos, 2015). En la mayoría de los casos se trata de depresiones leves. Aun así, la DPI dificulta la rehabilitación, la recuperación funcional y reinserción en el entorno social del enfermo (Robinson et al., 2008).

Es importante diferenciar la depresión post ictus de la apatía que en ocasiones se observa derivada de la alteración de las funciones frontales, y también de la labilidad emocional que en ocasiones se observa los primeros días después de padecer un ictus. En ocasiones el paciente también puede experimentar un cuadro confusional, con desorientación y ideación delirante y será muy importante evaluar el grado de depresión cuando el estado físico, emocional y cognitivo del paciente se encuentre estabilizado.

El grado de conciencia sobre los déficits influirá de forma proporcional en el grado de afectación emocional. El estado de shock emocional en el que se encuentra el paciente y la familia al inicio de la enfermedad, y las diferentes etapas que van sucediéndose (hospital de agudos intensivos, semi-intensivos, planta, centro de rehabilitación, rehabilitación domiciliaria) hacen imprescindible un abordaje psicológico que se adapte a los cambios y que incluya tanto intervención psicoeducativa para informar sobre la enfermedad y dar pautas orientativas, como un trabajo psicoterapéutico de acompañamiento durante el proceso.

La bibliografía apunta a efectos significativos positivos de la psicoterapia en DPI, aunque todavía existe poca evidencia científica. Se plantea la psicoterapia como abordaje del sufrimiento emocional, trabajo del duelo e intervención psicoeducativa (Hackett, Anderson, House y Halteh, 2008). Se aplican técnicas cognitivo-conductuales de afrontamiento, relajación y resolución de problemas entre otras (García-Molina et al., 2014; Visser et al., 2015).

El objetivo de este estudio, considerando la correlación existente entre padecer un ictus y sufrir una depresión, es el de evaluar el grado de depresión en pacientes afectados de ictus ingresados en el centro Sociosanitari Vallparadís y evaluar los cambios en el estado de ánimo después de participar en un grupo de psicoterapia.

Nos planteamos los objetivos de trabajo psicoterapéutico dentro del grupo con el fin de ayudar a comprender la enfermedad, disminuir los miedos, aceptar las limitaciones,

acompañar en el proceso de rehabilitación, trabajar habilidades sociales y la autoestima y potenciar estrategias de afrontamiento. La psicoterapia de grupo que planteamos parte de los factores terapéuticos descritos por Yalom (2000): infundir esperanza, universalidad, información participada, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, catarsis, factores existenciales, cohesión de grupo, aprendizaje interpersonal y el grupo como microcosmos social.

La función del terapeuta es similar a la intervención en otros grupos psicoterapéuticos y son necesarias habilidades como la empatía, escucha activa, aceptación incondicional y la autenticidad, así como características como la cordialidad, la competencia o la confianza (Bados y Garcia, 2011) pero en este caso se requiere de forma añadida conocimientos sobre el daño cerebral adquirido, concretamente sobre el ictus y su proceso de rehabilitación, una actitud del terapeuta más directiva y una adaptación a las capacidades de los pacientes que implica un discurso más lento, con más reiteraciones, y con un mayor trabajo de la comunicación no verbal.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 125 pacientes (76 hombres y 49 mujeres) con edades comprendidas entre los 31 y 94 años (la media de edad fue de 64 años) que fueron ingresados a causa de un ictus en el centro Sociosanitari de Vallparadís de Mutua de Terrassa, entre los años 2008 y 2015 en los programas de convalecencia y de hospital de día rehabilitador.

Instrumentos

Con el fin de registrar las variables socio demográficas y el tipo de ictus sufrido por los pacientes, se elaboró y se hizo uso de una escala Ad Hoc en la que se recogía la edad, el sexo, los años de escolarización y la profesión.

A nivel médico se recogían antecedentes médicos, tipo de ictus, antecedentes psicopatológicos y se registraba si tomaban medicación antidepresiva o ansiolítica.

Se administró el *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996) antes de entrar en el grupo y al finalizarlo, con el objetivo de valorar si existían síntomas de depresión y si se observan cambios al finalizar su participación en el grupo.

Así mismo, también se realizó el *Mini Examen Cognoscitivo* (MEC) de Lobo, Saz y Marcos (2002), una versión adaptada y validada en España del *Mini Mental State Examination* (MMSE) de Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang (2001).

Procedimiento

Los participantes asistieron a un grupo de psicoterapia en formato abierto de 45 minutos de duración con una frecuencia semanal, en el que se realizó trabajo psicoeducativo y terapia de orientación cognitivo-conductual.

Cabe decir que en el grupo el número de participantes oscilaba entre 5 y 10 personas con una media de 8. Al ser abierto, siempre coexistían pacientes al final del proceso de rehabilitación con otros en fases intermedias y otros en fase inicial. El tiempo que cada paciente permanecía en el grupo venía definido por su proceso de rehabilitación.

Como criterios de inclusión, se estableció una puntuación en MMSE igual o superior a 20, la ausencia de un trastorno psiquiátrico severo y de afasia de comprensión o afasia global. Todos los pacientes participaron a un mínimo de 5 sesiones terapéuticas y a un máximo de 16 (con una media de 12).

Resultados

Después de comparar los datos recogidos al inicio del ingreso de los pacientes en el centro y posteriormente en el momento del alta médica, los resultados reflejan una mejoría de su estado de ánimo.

Respecto al tipo de ictus, en la muestra del presente estudio, un 66,4% de personas han padecido un ictus de tipo isquémico y el 33,6% hemorrágico.

Los datos obtenidos en esta muestra acerca del tipo de ictus, siguen la línea de lo que indican Díez- Tejedor et al. (2001) que destacan que existe una mayor proporción de personas que padece un ictus de tipo isquémico frente a un menor porcentaje de personas afectadas por un ictus hemorrágico.

La media de edad se encuentra sobre los 64 años, y el 60,8% fueron hombres frente al 39,2% que fueron mujeres.

Los resultados obtenidos en el estudio demostraron una mejora anímica del 76% de los participantes. Los cambios registrados del estado de ánimo de los pacientes, antes de iniciar la psicoterapia grupal y al finalizarla, reflejaron que un total de 30 personas

mantuvieron el estado de ánimo, 95 personas lo mejoraron y ninguna empeoró. En la siguiente gráfica se observan los resultados de la prueba previamente al inicio del grupo y al finalizar. En el inicio se registraron 11 personas que puntuaban como estado de ánimo normal, 52 con estado depresivo leve, 53 con estado depresivo moderado y 9 severo. Posteriormente al finalizar 58 personas registraron estado de ánimo dentro de lo normal, 65 leve estado de ánimo depresivo, 2 moderado y ninguna severo.

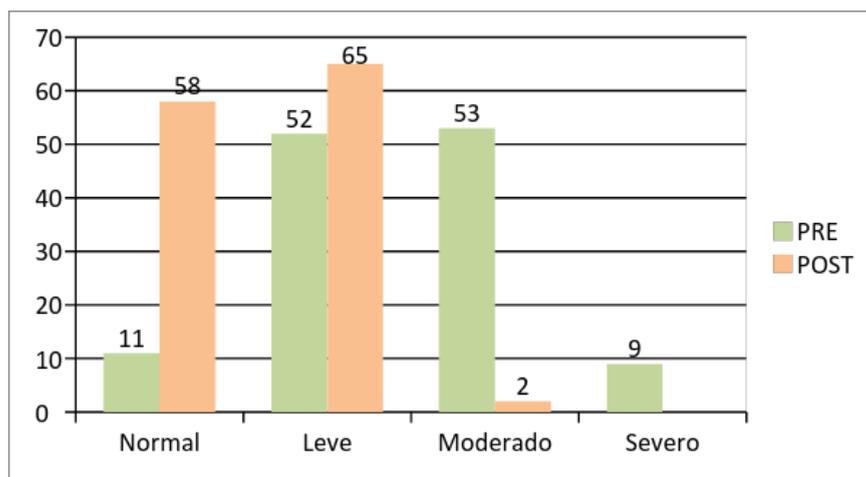


Figura 1. Cambios registrados en el estado de ánimo (BDI-II).

Discusión/ Conclusiones

Según el análisis de los datos obtenidos a través de la puntuación en el inventario BDI-II de Beck administrado previamente al inicio y al finalizar el grupo de psicoterapia, el 76% de mejora anímica observada en las personas que han sufrido un ictus demuestra que la psicoterapia cognitivo conductual aplicada puede resultar útil en la prevención y tratamiento de la DPI. Estos resultados se encuentran en la línea de la bibliografía consultada.

Cabe destacar que la realización de la terapia en formato grupal añade el valor terapéutico del grupo a la psicoterapia individual, además de rentabilizar horas de dedicación del profesional (Visser et al., 2015).

La poca literatura encontrada sobre psicoterapia grupal de características similares a la nuestra, nos impide una comparación de resultados con otros estudios. Así mismo, somos conscientes de las limitaciones metodológicas del estudio.

Debido a las dificultades en la investigación acerca de la eficacia terapéutica en este tipo de grupos clínicos, en parte por la amplia heterogeneidad de participantes y variables, nos planteamos como líneas futuras de investigación la necesidad de establecer

mayor control de variables y analizar la correlación entre ellas (variaciones en el estado de ánimo y tipo de lesión, relación con el soporte y entorno social del paciente, con la edad y con el grado de anosognosia).

Así mismo, para un posible estudio futuro, nos parece una variable importante a tener en cuenta el grado de consciencia acerca de la enfermedad, y las correspondientes secuelas que ésta provoca, dado que si el grado de consciencia de enfermedad es adecuado, se facilita el proceso rehabilitador.

La mayoría de usuarios mejoraron respecto a este aspecto, pero en el presente estudio no se ha registrado dicha variable, por lo que en un estudio futuro sería interesante tenerla en cuenta y valorar el grado de anosognosia de la lesión previa a la intervención psicoterapéutica y posterior.

Para finalizar comentar que el grado de adherencia al grupo fue muy elevado dado que no se registro ningún abandono. En experiencias futuras nos planteamos también recoger datos al respecto para valorar la adherencia y satisfacción con el grupo.

Referencias

- Arias-Rivas, S., Vivancos-Mora, J., y Castillo, J. (2012). Epidemiología de los subtipos de ictus en pacientes hospitalizados atendidos por neurólogos: resultados del registro EPICES (I). *Revista de Neurología*, 54(7), 385-393.
- Avari, J. N., y Alexopoulos, G. S. (2015). Models of care for late-Life depression of the medically ill: examples from chronic obstructive pulmonary disease and stroke. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), 477-487.
- Bados, A., y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Díez-Tejedor, E., Del Bruto, O., Alvarez, J., Muñoz, M., y Abiusi, G. (2001). Clasificación de las enfermedades cerebro vasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebro vasculares. *Revista de Neurología*, 33(5), 455-64.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R., y Fanjiang, G. (2001). *MMSE. Mini- Mental State Examination. User's Guide*. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources.

- García-Molina, A., Roig-Rovira, T., Enseñat-Cantalops, A., y Sánchez-Carrión, R. (2014). Neuropsicoterapia en la rehabilitación del daño cerebral. *Revista de Neurología*, 58(3), 125-132.
- Hackett, M.L., Anderson, C.S., House, A., y Halteh, C. (2008). Interventions for preventing depression after stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(3), CD003689. doi: 10.1002/14651858.CD003689.pub3
- Landreville, P., Desrosiers, J., Vincent, C., Verreault, R., y Boudreault, V. (2009). The role of activity restriction in poststroke depressive symptoms. *Rehabilitation Psychology*, 54(3), 315.
- Lobo, A., Saz, P., y Marcos, G. (2002). *Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: TEA Ediciones.
- Prigatano, G.P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- Quinn, T.J., Paolucci, S., Sunnerhagen, K.S., Sivenius, J., Walker, M.F., Toni, D., et al. (2009). Evidence-Based stroke rehabilitation: an expanded guidance document from the european stroke organisation (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(2), 99-111.
- Robinson, R. G., Jorge, R. E., Moser, D. J., Acion, L., Solodkin, A., Small, S.L., ...Arndt, S. (2008). Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. *Jama*, 299(20), 2391-2400.
- Sienkiewicz-Jarosz, H., Milewska, D., Bochyńska, A., Chełmniak, A., Dworek, N., Kasprzyk, K., ...Ryglewicz, D. (2010). Predictors of depressive symptoms in patients with stroke a three month follow-up. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 44(1), 13-20.
- Visser, M. M., Heijenbrok-Kal, M. H., van'tSpijker, A., Oostra, K. M., Busschbach, J. J., y Ribbers, G. M. (2015). Coping, problemsolving, depression, and health-related quality of life in patients receiving outpatient stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(8), 1492-1498.
- Yalom, Y. D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós

DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

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

Residente de Psicología Clínica, servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia (España)

Resumen

Antecedentes: El Trastorno de síntomas somáticos (DSM-5), presenta una prevalencia en la población general adulta entre un 5 y un 7%, siendo más frecuente en mujeres. La comorbilidad con sintomatología ansiosa o depresiva es frecuente y puede agravar los síntomas asociados al diagnóstico principal, así como el deterioro. El objetivo del presente trabajo es realizar una descripción sociodemográfica y clínica de los pacientes derivados para el tratamiento psicológico grupal de Trastorno de síntomas somáticos, con predominio de dolor (DSM-5), anteriormente denominado Trastorno por Dolor (DSM-IV-TR), que se desarrolla anualmente en la Unidad de Salud Mental (USM) del HCUV. *Método:* Se utilizó metodología transversal para analizar los datos, recogidos mediante la revisión de la historia clínica y mediante entrevista clínica de 11 pacientes derivados a la USM entre Junio y Octubre de 2015. *Resultados:* el 100% de las pacientes eran mujeres, tenían edades comprendidas entre 39 y 68 años, un nivel socioeconómico medio-bajo, el 100% de las pacientes se encontraban inactivas laboralmente; el 63,6% estaban casadas y el 36,4% divorciadas. El 81,8% tenían descendencia, mientras que el 18,2% no. En relación a la clínica, el 100% presentaba una evolución del trastorno mayor a 6 meses, por lo que en todos los casos se podía realizar la especificación de Trastorno de síntomas somáticos, con predominio de dolor *persistente*. En relación al tratamiento, el 100% seguían tratamiento farmacológico, concretamente con ansiolítico y antidepresivo; y el 36,4% tratamiento psicológico individual. En cuanto a la sintomatología comórbida, el 45,4% presentaban un Trastorno depresivo persistente (distimia), el 27,3% un Trastorno depresivo y el 27,3% sintomatología ansiosa marcada sin llegar a constituir un trastorno de ansiedad. *Conclusiones:* Nuestros datos concuerdan con la literatura respecto a la epidemiología del Trastorno de síntomas somáticos, ofreciendo una muestra de la sintomatología y características clínicas de los pacientes con Trastorno de síntomas somáticos atendidos en la práctica clínica diaria. Destaca la complejidad clínica y la

necesidad de ampliar el estudio de este trastorno psicopatológico y sus frecuentes comorbilidades.

Palabras clave: Trastorno de síntomas somáticos, Trastorno por dolor, descripción sociodemográfica, tratamiento cognitivo-conductual.

CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC DESCRIPTION OF A SAMPLE OF PATIENTS WITH SOMATIC SYMPTOM DISORDER

Abstract

Antecedents: Somatic Symptom Disorder (DSM-5) presents a prevalence in general population between 5 and 7%, being more frequent in women. Comorbidity with anxiety or depression is frequent and may aggravate symptoms and impairment. The aim of this study is to provide a sociodemographic and clinical description of the sample of patients referred to a group of psychological therapy for patients with Somatic Symptom Disorder, predominant pain (DSM-5), previously called Pain Disorder (DSM-IV-TR) that is taking place annually in the Mental Health Unit of the Hospital Clínico de Valencia. *Method:* Cross - sectional methodology was used to analyze the data, collected by reviewing the clinical history and by making a clinical interview, of 11 patients referred between June and October 2015. *Results:* 100% of the patients were women, they were between 39 and 68 years old, medium-low socioeconomic level, 100% of the patients were occupationally inactive; 63.6% were married and 36.4% were divorced. 81.8% had children, while 18.2% did not have. In relation to the clinical characteristics of the sample, all the patients presented an evolution of the disorder larger than 6 months, so that in all cases, the specification of Somatic Symptom Disorder, with predominance of persistent pain, could be made. In relation to the treatment, 100% of the sample, followed pharmacological treatment, specifically anxiolytic and antidepressant; And 36.4% individual psychological treatment. Regarding to the comorbid symptoms, 45.4% had a persistent depressive disorder (dysthymia), 27.3% had a depressive disorder and 27.3% had anxious symptomatology. *Conclusions:* Our data agree with the literature regarding the epidemiology of Somatic Symptom Disorder, offering a sample of the symptomatology and clinical characteristics of patients with Somatic Symptom Disorder seen in daily clinical practice. We would like to highlight its clinical complexity and the need to expand the study of this psychopathology.

Keywords: Somatic symptom disorder, Pain disorder, sociodemographic description, cognitive-behavioural treatment.

Introducción

Se estima que el Trastorno por dolor, incluido en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association [APA], 2006) dentro de la categoría de Trastornos somatomorfos, se presenta en la población general española entre un 10% y un 23%. Esto supone un impacto económico muy elevado, tanto por el coste de los tratamientos como por las bajas laborales. Además de las repercusiones económicas, tiene un gran impacto sobre la vida de las personas que lo padecen y sus familiares. En la mayoría de los casos, el individuo acude a los centros de salud mental cuando ya han transcurrido varios años desde el inicio de los síntomas. La característica central de este trastorno es el dolor, que presenta una gravedad suficiente como para requerir atención médica. El dolor provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Belloch, Ramos y Sandin, 2009). Además, se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (DSM-IV-TR). Para indicar la duración del dolor, se utilizan las especificaciones de: agudo, si la duración del dolor es inferior a 6 meses y crónico y ésta es igual o superior a 6 meses.

En la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-5 (APA, 2014), el Trastorno por dolor ha pasado a ser incluido dentro del Trastorno de síntomas somáticos. Este representa un nuevo diagnóstico, introducido por primera vez en esta última edición y constituye el diagnóstico central de la nueva categoría de “Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados” que reemplaza a la categoría de Trastornos Somatomorfos en el DSM-IV-TR (Witthöft y Hiller, 2010).

Las características centrales de este nuevo diagnóstico consisten en la presencia de uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria. También pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud. Se puede realizar la especificación “con predominio de dolor” para los individuos cuyos síntomas somáticos implican sobretodo dolor. Este constituye el diagnóstico que equivaldría al anteriormente denominado como Trastorno por dolor.

De momento no se dispone de estimaciones fiables relacionadas con la incidencia y prevalencia de este nuevo trastorno; sin embargo, se asume una prevalencia de entre un 5 y un 7% en la población general y se espera que las mujeres presenten un riesgo mayor de desarrollarlo, debido a que suelen informar de un mayor número de síntomas somáticos. También se habla de una mayor prevalencia en individuos con bajo nivel educativo y socioeconómico y en aquellos que han experimentado recientemente eventos estresantes en sus vidas. Los pacientes con este trastorno, se observan con mayor frecuencia en centros médicos y raramente consultan a profesionales de la salud mental como primera opción. Probablemente este trastorno representaría el trastorno mental más prevalente en ámbitos médicos, con una prevalencia esperada de un 15-20%.

La persistencia de los síntomas en este trastorno, se asocia con determinadas características demográficas: sexo femenino, mayor edad, nivel educativo y socioeconómico bajo y desempleo; con una enfermedad física concomitante o trastornos psiquiátricos, como: depresión, ansiedad, trastorno depresivo persistente (distimia) y el pánico. Esta comorbilidad es frecuente y puede agravar los síntomas, así como el deterioro.

El objetivo de este estudio consiste en realizar una descripción sociodemográfica y clínica de los pacientes que son derivados desde los centros de salud mental del Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV) para el tratamiento psicológico grupal del Trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor (Caballo, 2007) Este tratamiento se lleva a cabo anualmente y el plan de tratamiento seguido ha sido el propuesto por el “Manual del dolor: tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico” de Francisco Kovacs y Jenny Moix (2009). Este protocolo propone un total de 10 sesiones semanales. Parte de la teoría de la compuerta de Melzack y Wall (Acevedo, 2012) y se centra en los distintos factores que modulan la experiencia de dolor: factores físicos, cognitivos, emocionales, e interpersonales. A lo largo de la intervención, se enseña a los pacientes distintas técnicas y habilidades desde una perspectiva cognitivo-conductual, poniendo énfasis en técnicas de relajación (respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson), técnicas de focalización de la atención y conciencia plena, técnicas de tipo cognitivo (reestructuración cognitiva), entrenamiento en habilidades sociales (especialmente entrenamiento en asertividad), programación de actividades agradables y, por último, pautas de autocuidado. Este tratamiento tiene lugar en formato grupal.

Método

Participantes: la muestra que vamos a describir, son los pacientes que han sido derivados a la Unidad de Salud Mental entre Junio y Octubre de 2015 para la realización del grupo de terapia psicológica para dolor crónico que se lleva a cabo todos los años en el Hospital Clínico. Las pacientes descritas son un total de 11 y son las que finalmente participaron en dicho grupo. Todas ellas con diagnóstico de Trastorno de Dolor Crónico, actualmente denominado Trastorno de Síntomas Somáticos, con predominio de dolor y con la especificación de síntomas persistentes, ya que la evolución del trastorno era en todas ellas mayor a 6 meses.

Materiales/instrumentos utilizados: Los datos fueron recogidos mediante la realización de una entrevista clínica y a través de la revisión de la historia clínica de cada paciente. También se utilizaron cuestionarios para evaluar las características del dolor que estas personas perciben, el grado de limitación que supone en los distintos ámbitos de su vida, la percepción de la calidad del apoyo social que estas pacientes reciben por parte de sus allegados, también se evaluó la coexistencia de sintomatología depresiva y ansiosa y, por último, se evaluó su calidad de vida.

Procedimiento: los datos que nos ocupan en este estudio fueron analizados a través de metodología transversal.

Resultados

Tras el análisis de datos, vamos a pasar a describir los resultados que nos hemos encontrado:

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, podemos decir que el 100% de las pacientes eran mujeres, tenían edades comprendidas entre 39 y 68 años, siendo el rango de edad más prevalente el comprendido entre 50 y 60 años, seguido por el de 40 y 50 años, posteriormente se situaría el de 60 años en adelante y, por último, el de 30 a 40 años, ver *Figura 1. Prevalencia por rangos de edad.*

El 63,6% estaban casadas y el 36,4% divorciadas. Todas ellas presentaban un nivel socioeconómico medio-bajo. Además todas ellas se encontraban inactivas laboralmente durante la realización del grupo. El 81,8% tenían descendencia, mientras que el 18,2% no.

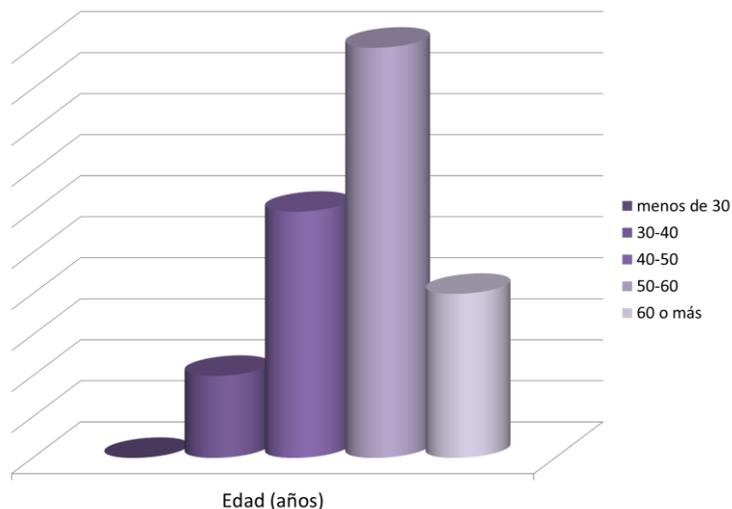


Figura 1. Prevalencia por rangos de edad.

En relación a las características clínicas de la muestra, el 100% presentaba una evolución del trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor, mayor a 6 meses, por lo que en todos los casos se podía realizar la especificación de persistente.

En relación al tratamiento, el 100% seguían un tratamiento farmacológico, concretamente con ansiolítico y antidepresivo; y el 36,4% acudían, a mayores, a tratamiento psicológico individual.

En cuanto a la sintomatología comórbida, el 45,4% presentaban de forma comórbida un Trastorno depresivo persistente (DSM-5) (anteriormente denominado distimia en el DSM-IV-TR), el 27,3% un Trastorno depresivo y el 27,3% sintomatología ansiosa marcada, ver *Figura 2. Prevalencia de sintomatología comórbida en la muestra.*

En resumen, todas las pacientes de nuestra muestra eran mujeres con edades comprendidas entre 38 y 68 años. La mayoría estaban casadas, presentaban un nivel socioeconómico medio-bajo. Ninguna de ellas estaba trabajando. La mayoría tenía descendencia. Todas ellas presentaban una evolución del trastorno mayor a 6 meses. El total de la muestra estaba con tratamiento farmacológico y una minoría estaba, a mayores, en tratamiento psicológico individual. Todas ellas presentaban sintomatología de tipo emocional, comórbida al diagnóstico principal.

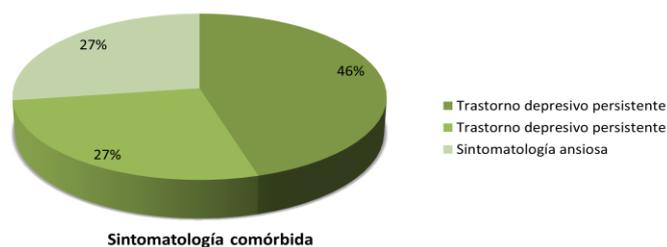


Figura 2. Prevalencia de sintomatología comórbida en la muestra.

Discusión/Conclusiones

Nuestros datos concuerdan con la escasa literatura respecto a la epidemiología del Trastorno de síntomas somáticos. En nuestra muestra hemos encontrado una mayor prevalencia del trastorno en mujeres, asociándose en mayor medida, por tanto, al sexo femenino, el rango de edad estaba comprendido entre 39 y 68 años, siendo la edad más prevalente entre 50 y 60 años; por tanto, este trastorno se presenta en edades más elevadas que otros trastornos mentales. El nivel educativo y socioeconómico en nuestra muestra era medio-bajo, estando además todas ellas desempleadas durante la realización del grupo. La totalidad de las pacientes presentaban un trastorno psiquiátrico concomitante, siendo los más presentados los que indica la literatura: depresión, ansiedad, trastorno depresivo persistente (distimia). Esta comorbilidad es frecuente y puede agravar los síntomas, así como el deterioro.

Ofrecemos con este estudio una muestra de la sintomatología y características clínicas de los pacientes con Trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor, persistente, atendidos en la práctica clínica diaria en el Hospital Clínico de Valencia. Con esto queremos contribuir a aumentar la comprensión de un trastorno muy poco estudiado en relación a otros trastornos mentales.

La limitación más importante de este estudio es el escaso tamaño de la muestra.

El trastorno de síntomas somáticos y otros trastornos relacionados, son de los trastornos mentales más frecuentes, especialmente en los contextos de atención primaria; con tasas de prevalencia similares a los trastornos de ansiedad y trastornos emocionales. La investigación empírica sistemática acerca de los mecanismos y de las distintas opciones de tratamiento es comparativamente escasa. Por tanto, un pronóstico clínico general para

los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, es muy escasa en comparación a otros trastornos mucho más estudiados como los ya mencionados trastornos de ansiedad y trastornos emocionales.

El Trastorno de síntomas somáticos supone un impacto económico muy elevado, tanto por el coste de los tratamientos como por las bajas laborales. Además de las repercusiones económicas, tiene un gran impacto sobre la vida de las personas que lo padecen y sus familiares. Destaca la cronicidad de esta patología y su elevada comorbilidad con sintomatología de tipo ansioso-depresivo que puede estar jugando un papel importante agravando el deterioro funcional de estos pacientes.

Por estos motivos, consideramos necesario ampliar el conocimiento acerca de las causas, consecuencias y opciones de tratamiento para el Trastorno de síntomas somáticos y otros trastornos relacionados.

Referencias

- Acevedo, J. C. (2012). Teoría de la compuerta (Ronald Melzack y Patrick D. Wall, 1965). *Universtas Médica*, 53, 395-419.
- American Psychological Association, APA. (2006). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª Ed., text revision) (DSM-IV-TR). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (5ª Ed.). Barcelona. Masson.
- Belloch, A., Ramos, F. y Sandin, B. (2009). *Manual de psicopatología* (1st Ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Kovacs, F. y Moix, J. (2009). *Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. PaidósIberica.
- Witthöft, M., y Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 257-283.

TRATAMIENTO GRUPAL BASADO EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA EL DOLOR CRÓNICO

Verónica Castrillo-Sarmiento*, **Mónica Santos-Rivas***, **Andrea Taboada-López***,
Cristina Caballo-Escribano** y **Manuel Ángel Franco-Martín***

**Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Complejo Hospitalario de Zamora;*

***Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología*

Resumen

Antecedentes: El dolor crónico plantea retos importantes en los Servicios de Salud Mental Públicos. Las investigaciones recientes enfatizan la promoción de la flexibilidad psicológica en personas con una amplia gama de condiciones crónicas de salud. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), se ha estudiado ampliamente en el tratamiento del dolor crónico y su evidencia está justificada. El presente estudio explora los resultados clínicos de este tipo de intervención en un servicio público de salud mental.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo con evaluación de resultados cuantitativos mediante medidas comparativas pre y postratamiento. La muestra consta de un total de 12 pacientes adultos con diagnóstico de dolor crónico. Se toman medidas de ansiedad estado y rasgo, sensibilidad a la ansiedad, depresión, niveles de intensidad e interferencia del dolor y satisfacción con el proceso. Se añade una evaluación específica de corte contextual compuesta por una entrevista semiestructurada de valores y cuestionarios AAQ-II y CPAQ. El programa de terapia grupal consta de 8 sesiones de tratamiento, más 2 sesiones de evaluación pre y postratamiento. **Resultados:** Cuantitativamente se muestra una tendencia positiva en las variables medidas, aunque sin significación estadística debido al escaso tamaño de la muestra. Así, se encuentran diferencias en el cuestionario de depresión, ansiedad estado, interferencia del dolor y en aceptación. Cualitativamente los participantes muestran un aumento en la cantidad y calidad de acciones en direcciones valiosas así como la satisfacción con la intervención es alta. **Conclusiones:** Parece que una intervención breve de ocho sesiones logra producir cambios modestos en el patrón de regulación de personas con dolor crónico de años de evolución. Impedir que el dolor se haga dueño de la vida del paciente, requiere reconocer los problemas y recuperar las actividades que se consideran valiosas, para lo que se precisa reconocer el dolor y aceptar su existencia.

Palabras clave: aceptación, dolor crónico, terapia de aceptación y compromiso, terapia de grupo, mindfulness.

GROUP TREATMENT OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY FOR CHRONIC PAIN

Abstract

Background: Chronic pain presents challenges in Public Mental Health Services. Recent developments emphasize the importance of psychological flexibility to improve daily functioning for people with a wide range of health conditions. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has been extensively studied in the treatment of chronic pain and its evidence is justified. The study explores the clinical results of this type of intervention in a public mental health service. **Method:** Prospective longitudinal study with evaluation of quantitative results using pre and posttreatment comparative measures. A total of 12 adult patients with chronic pain were enrolled at Hospital Pain Center in Zamora, Spain. The evaluation comprises state and trait anxiety measures, anxiety sensitivity, depression, levels of intensity and interference of pain and satisfaction with the process. A specific contextual evaluation composed of a semi-structured interview of values, AAQ-II, CPAQ. Treatment consists of eight group sessions and two sessions of pre-treatment and post-treatment. **Results:** A quantitative level, was shown a positive trend in the measured variables, although not statistically significant because of the small sample size. There are differences in the questionnaire of depression, state anxiety, interference of pain and acceptance. A qualitative level, patients expressed an increase in the quantity and quality of actions in valuable directions as well as, a high satisfaction with the intervention. **Conclusions:** A brief group-based form of Acceptance and Commitment therapy seems to produce slight changes in the self-regulation pattern of people with chronic pain of years of evolution. Preventing pain from taking over the patient's life requires recognizing the problems and recovering the activities that are considered valuable, for which it is necessary to recognize the pain and accept its existence.

Keywords: acceptance, chronic pain, acceptance and commitment therapy, group therapy, mindfulness

Introducción

El dolor crónico es un desafío para las personas, sus familias, y la sociedad en general, generando un gran gasto en los servicios de salud y pérdidas de productividad (Vowles et al., 2007). La investigación epidemiológica ha demostrado que el dolor crónico frecuentemente tiene una gran comorbilidad con depresión (35%) y otros problemas psicológicos (Miller y Cano, 2009).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una nueva forma de terapia cognitivo-conductual (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006), que ha evolucionado desde trabajo experimental sobre la influencia del lenguaje en el comportamiento (Zettle, 2005) y es, en parte, gracias a el desarrollo de la Teoría del Marco Relacional (De Houwer, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2016).

Los recientes desarrollos de las terapias de Conducta de Tercera Generación enfatizan la promoción de la flexibilidad psicológica para mejorar el funcionamiento diariode las personas que sufren una amplia gama de condiciones crónicas de salud (Vowles, McCracken y O'Brien, 2011). En particular, es en éste campo donde ACT ha mostrado hasta el momento una mayor eficacia. Por ello, ha sido aceptada como tratamiento empíricamente validado para dolor crónico por la División 12 de la American Psychological Association.

ACT ha demostrado beneficios en varios aspectos de la salud mental en las poblaciones de dolor crónico, incluyendo calidad de vida, autoeficacia, depresión y ansiedad, angustia, discapacidad, número de visitas médicas, estado laboral actual y rendimiento físico (McCracken, MacKichan y Eccleston, 2007; Vowles y McCracken, 2008; Wicksell et al., 2013).

En cuanto al formato de terapia, se ha demostrado eficacia, tanto en formato de psicoterapia individual (Luciano, Visdómine, Gutiérrez y Montesinos, 2001) como grupal (McCracken, Sato y Taylor, 2013).

Esta fuerte validez de ACT en el contexto de condiciones a largo plazo parece que se está traduciendo en la práctica clínica (Thewes et al., 2014). En nuestro caso, tras cinco años de aplicación de un protocolo grupal cognitivo conductual, y la revisión de la literatura, nos decidimos a realizar un protocolo de tratamiento grupal para el dolor crónico basado en ACT y realizar un estudio piloto de eficacia.

Método

Participantes

Los participantes fueron 12 pacientes (diez mujeres, dos varones), de edades comprendidas entre los 38 y 64 años, derivados por la Unidad del Dolor al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Los criterios de inclusión para el grupo eran:

-> 18 años

-Dolor crónico asociado a cualquier diagnóstico médico.

Los criterios de exclusión fueron no estar diagnosticado de Trastorno Psicótico, ni Discapacidad Intelectual.

El grupo estaba orientado a cualquier tipo de diagnóstico que cursase con dolor crónico, 10 de los 12 participantes tenían diagnóstico de dolor crónico asociado a lesión por accidente o cirugía fallida de espalda, 1 de fibromialgia y 1 de enfermedad degenerativa que cursaba con dolor.

Materiales/instrumentos utilizados

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

-Ansiedad, mediante el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) versión española de Seisdedos (1982). Este inventario es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. La fiabilidad test retest es de 0,81 en la escala rasgo y 0,40 en la de estado; validez convergente entre 0,58 y 0,79.

-Depresión, mediante el Beck Depresión Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) versión en castellano de Vázquez y Sanz (1997). Es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems, con un rango de puntuaciones entre 0 y 63. El punto de corte se suele situar en 18 o 21. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93; en validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.

-Sensibilidad a la Ansiedad, mediante el Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) (Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2005). Este cuestionario evalúa el miedo a nuestras propias respuestas de ansiedad y consta de 16 ítems que se puntúan en una escala Likert de 0 a 4. En cuanto a la fiabilidad del instrumento, los datos utilizando alfa de Cronbach fueron de 0,84 para el ASI-total, de 0,83 para el ASI-somática, de 0,77 para el ASI-cognitiva y de 0,50 para el ASI-social.

-Aceptación del dolor, mediante el Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) (McCracken, Vowles y Eccleston, 2004) versión en castellano de González, Fernández y Torres (2010). Es un cuestionario auto-administrado de 20 ítems que evalúan la aceptación del dolor. Se obtienen tres puntuaciones: una total, y dos subescalas, implicación en las actividades (IA) y apertura al dolor (AD). La fiabilidad test-retest es de 0,83 y la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach es de 0,83 (Rodero et al., 2010).

-Aceptación, mediante el AAQ Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II), (Hayes et al., 2006), en su versión española (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltran, 2013). Cuestionario de 7 ítems, supone una medida de la evitación experiencial, siendo su interpretación ascendente, a mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial. Posee buena validez convergente, divergente y discriminante, consistencia interna mediante el alfa de Cronbach es de 0,88. Se cuenta con datos normativos para grupos clínicos, siendo la media de 32.64 y desviación típica de 9.12.

Procedimiento

Cada paciente realizó una entrevista individual con una de las terapeutas del grupo. Esta constaba de dos partes, en la primera se procedía a evaluar mediante cuestionarios, y en la segunda, se hacía una entrevista de análisis funcional del problema, conceptualizando el caso desde la evitación experiencial y enmarque con la “Metáfora del Jardín” (Wilson y Luciano, 2002).

El grupo consta de 8 sesiones de hora y media de duración con frecuencia semanal, en las que se promueve la aceptación del dolor como parte inherente a la vida y se intenta disminuir el control sobre las emociones, pensamientos y sensaciones físicas a través de reconocer que el control del dolor forma parte del problema y no la solución. También se promueve la identificación con los valores y metas vitales. El objetivo final es la mejora de la calidad de vida a través del aumento de acciones en dirección valiosa, lo que colateralmente puede producir disminución de sintomatología ansiosa-depresiva.

Objetivos de las sesiones de grupo:

- 1) Primera sesión: contextualización del grupo desde la filosofía contextual-funcional.
- 2) Segunda sesión: hacer presente el costo de la evitación.
- 3) Tercera sesión: compromiso con trayectorias valiosas en su vida.
- 4) Cuarta sesión: trabajo con las barreras que aparecen al comenzar a moverse en dirección valiosa.

5) Quinta sesión: el control como problema, distinguir lo que se puede controlar y lo que no.

6) Sexta sesión: alterar el contexto de literalidad, por el cual los pacientes se comportan ante las palabras como si se tratara de los hechos a los que dichas palabras se refieren.

7) Séptima sesión: separación del yo contexto y el yo contenido. Crear la experiencia del yo como un contexto seguro desde el cual poder contemplar los pensamientos, emociones y sentimientos, tanto los que le resultaban agradables, como aquellos que más duelen.

8) Octava sesión: estar abierto a los eventos privados y comprometerse con la dirección elegida.

Todos los componentes expuestos en el grupo de terapia sientan las bases para facilitar que abandonen la lucha y se dirijan hacia donde quieran en la vida, haciendo un hueco a los pensamientos, recuerdos y emociones anteriormente evitados.

Diseño

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

Resultados

De los 12 participantes del grupo, sólo pudimos obtener los cuestionarios de once de ellos. A nivel cuantitativo se muestra una tendencia positiva en las variables medidas (Figuras 1 y 2), por ejemplo, en el cuestionario de depresión se pasa de depresión moderada (26) a leve (14), también se observan descensos relevantes en evitación experiencial y en ansiedad estado, aunque estos resultados no poseen significación estadística debido al escaso tamaño de la muestra. A nivel cualitativo, los participantes muestran un aumento en la cantidad y calidad de acciones en direcciones valiosas, disminución del malestar así como la satisfacción con la intervención es alta.

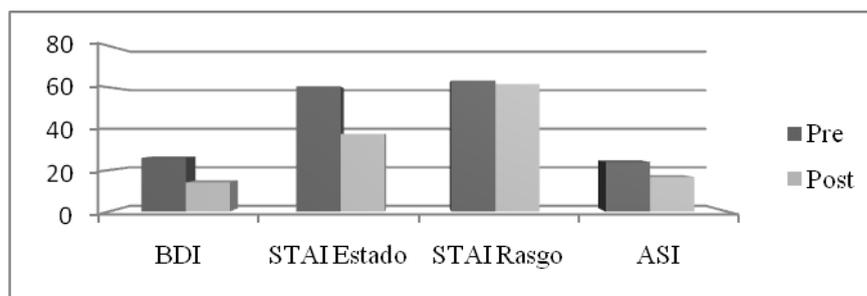


Figura 1. Diferencias pre-post en ansiedad estado y rasgo, depresión y sensibilidad a la ansiedad

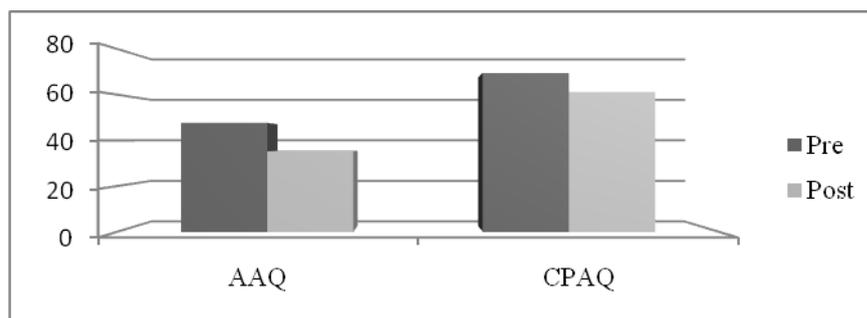


Figura 2. Diferencias pre-post en aceptación del dolor y aceptación.

Discusión/Conclusiones

Parece que una intervención breve de ocho sesiones logra producir cambios modestos en el patrón de regulación de personas con dolor crónico de años de evolución. Impedir que el dolor se haga dueño de la vida del paciente, requiere reconocer los problemas y recuperar las actividades que se consideran valiosas, para lo que se precisa reconocer el dolor y aceptar su existencia. Al igual que otros autores (McCracken et al., 2013), hemos encontrado que ACT en formato grupal presenta resultados positivos en pacientes con dolor crónico. Este estudio tiene limitaciones importantes, fundamentalmente debidas al escaso tamaño de la muestra de la que se obtuvo los resultados de los cuestionarios, los resultados son prometedores e invitan a realizar una investigación con mayor número de participantes y grupo control con el fin de dilucidar si esta tendencia positiva tiene significación estadística. Por último, sería aconsejable añadir una evaluación de calidad de vida a este protocolo, ya que es una medida relevante en la investigación de dolor crónico.

Referencias

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- De Houwer, J., Barnes-Holmes, Y., y Barnes-Holmes, D. (2016). Riding the waves: A functional-cognitive perspective on the relations among behaviour therapy, cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology*, 51(1), 40-44.
- González, A., Fernández, P. y Torres I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema*, 22(4), 997-1003.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Luciano, M. C., Visdómine, J. C., Gutiérrez, O., y Montesinos, F. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 473-501.
- McCracken, L. M., MacKichan, F., y Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain*, 11(3), 314-322.
- McCracken, L. M., Sato, A., y Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *The Journal of Pain*, 14(11), 1398-1406.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. y Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- Miller, L., y Cano, A. (2009). Comorbid chronic pain and depression: who is at risk? *The Journal of Pain*, 10, 619-627.
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., Del Hoyo, Y. L., Serrano-Blanco, A., y Luciano, J. V. (2010). Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 37.
- Ruiz, F.J., Langer, A.I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltran, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25, 123-129.

- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P. y Santed, M.A. (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, 17, 478-483.
- Seisdedos, N. (1982). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. C., y Lushene, R. F. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Thewes, B., Brebach, R., Dzidowska, M., Rhodes, P., Sharpe, L., y Butow, P. (2014). Current approaches to managing fear of cancer recurrence; a descriptive survey of psychosocial and clinical health professionals. *Psycho-Oncology*, 23(4), 390–396.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vowles, K. E., McCracken L. M., y O'Brien, J. Z. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: A three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 748–755.
- Vowles, K. E., y McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 397–407.
- Vowles, K., Mcneil, D., Gross, R., Mcdaniel, M., Mouse, A., y Gallimore, B. (2007). Effects of Pain Acceptance and Pain Control Strategies on Physical Impairment in Individuals With Chronic Low Back Pain. *Behavioral Therapy*, 38(4), 412-415.
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen K., ...Olsson, G. L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17(4), 599–611.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. España: Pirámide.
- Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 77–89.

FUNCIONAMIENTO SEXUAL EN MUJERES MALTRATADAS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

María de la Merced Novo-Vázquez*, Carmen Abellán-Maeso*, Anabel Yanina Lemus-Veleda, Ana María Hermosilla-Pasamar**, Maria Antonia Font-Payeras*, Pedro Javier Amor*** y Dolores Cervera-Vázquez****.**

FEA Psicología Clínica Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; **Residente Psicología Clínica Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; *Profesor de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Educación a Distancia; ****Directora Centro de la Mujer de Ferrol*

Resumen

Introducción: La violencia de género representa un grave problema social que se relaciona con aparición de psicopatología en las víctimas. Hasta el momento se le ha prestado poca atención a los posibles trastornos sexuales que puedan aparecer, existiendo pocos estudios y la mayoría desde una perspectiva médica, por lo que se realizó un estudio exploratorio sobre esa cuestión. **Método:** Se empleó un diseño transversal ex post facto retrospectivo. La muestra (N=38) estaba compuesta por un grupo de mujeres maltratadas que estaban recibiendo atención psicológica y un grupo control. Se hipotetizó mayor presencia de trastornos psicopatológicos y sexuales en el grupo clínico que en el control; relaciones entre la gravedad de los distintos tipos de maltrato (psicológico, físico o sexual) y presencia de trastornos sexuales; asociación entre sintomatología ansiosa y trastornos de la penetración, y relación entre sintomatología depresiva y trastornos del deseo sexual. La evaluación se realizó mediante el Listado de Síntomas SCL-90-R, Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer e Índice de Abuso a la Esposa. **Resultados:** El análisis de datos se realizó mediante SPSS utilizando pruebas no paramétricas. En líneas generales se cumplieron las hipótesis planteadas, a excepción de que tanto la ansiedad como la depresión se asociaron a la práctica totalidad de los trastornos sexuales y no específicamente a los hipotetizados. **Conclusiones:** Las mujeres maltratadas como grupo presentaban niveles más altos de psicopatología y trastornos sexuales, relacionándose estos últimos (salvo los problemas de lubricación) tanto con la sintomatología ansiosa y depresiva como con los diferentes tipos de maltrato. Sería recomendable realizar futuras investigaciones, especialmente replicar este estudio con una muestra mayor.

Palabras Clave: Maltrato, violencia de género, trastornos sexuales, psicopatología

SEXUAL FUNCTIONING IN BATTERED WOMEN: AN EXPLORATORY STUDY

Abstract

Introduction: Gender-based violence is a serious social problem related to emergence of psychopathology in the victims. Little attention has been paid so far to the possible sexual disorders that may appear, in fact, there are few studies and most of them written from a medical perspective; for this reason, the present exploratory study has been carried out on the issue. **Method:** an ex post facto (retrospective) cross-sectional design has been performed. The sample (N = 38) was composed by a group of abused women that were receiving psychological treatment and a control group. A greater presence of psychopathology and sex disorders in the clinical group than in the control group has been hypothesized, in addition to a relationship between severity of abuse (psychological, physical or sexual) and presence of sexual disorders; also, an association between anxious symptomatology and intercourse disorders and between depressive symptoms and sexual desire disorders. Evaluation has been made through the Symptom Checklist-90-Revised, the Evaluation Questionnaire of Women Sexual Function, and the Index of Spouse Abuse. **Results:** The data analysis was performed by SPSS using non-parametric tests. In general terms, the hypotheses were confirmed, except for the fact that both anxiety and depression were associated with almost all sexual disorders and not specifically to those hypothesized. **Conclusions:** Battered women as a group showed higher levels of psychopathology and sexual disorders, the latter being (except lubrication problems) related to different types of abuse and to both anxious and depressive symptomatology. It would be advisable to carry out future research, especially to replicate this study with a larger sample.

Keywords: Maltreatment, gender violence, sexual disorders, psychopathology

Introducción

La violencia de género representa un grave problema social, presentando altas tasas de prevalencia (González-Ortega, Echeburúa y Corral, 2008). El maltrato se relaciona con el desarrollo de trastornos psicopatológicos en las víctimas, presentando con frecuencia

baja autoestima, sintomatología ansiosa y depresiva y trastorno por estrés postraumático (Echeburúa y Corral, 2009; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007), así como síntomas psicósomáticos e incluso el consumo problemático de sustancias quizás como estrategia de afrontamiento (Echeburúa y Corral, 2009; Echarte et al, 2010) principalmente. Sin embargo, hasta el momento se le ha prestado poca atención a los posibles trastornos sexuales que puedan aparecer a raíz de una experiencia de maltrato, existiendo pocos estudios, y la mayoría escritos desde un punto de vista médico. Estos estudios encuentran una mayor prevalencia de historia de abuso tanto físico como sexual en mujeres con trastorno por dolor pélvico crónico (Rapkin, Kames, Darke, Stamper y Naliboff, 1990; Walling et al., 1994), mayor prevalencia de dolor pélvico crónico y dispareunia en mujeres con historia de abuso sexual (Eby, Campbell, Sullivan y Davidson, 1995, citado en Amor, Bohórquez y Echeburúa, 2006; Leithner, Assem-Hilger, Naderer, Umek y Springer-Kremser, 2009) pero no encontraron diferencias entre la población general y las mujeres que habían sufrido violencia física. Una amplia revisión de estudios cuantitativos (Coker, 2007) incluye aspectos de índole psicosexual, refiriendo que 9 estudios (Campbell et al., 2002; Campbell y Soeken, 1999; Champion et al., 2001; Champion et al., 2004; Chapman, 1989; Coker, Smith et al, 2000; Eby et al, 1995; John et al, 2004 y Schei y Bakketeig, 1989; citado en Coker, 2007) de 10 que han analizado el tema han encontrado una relación positiva entre dolor pélvico y/o dispareunia y maltrato físico, mientras que todos los estudios encontraron una asociación entre maltrato físico y falta de satisfacción o placer sexual (Campbell y Soeken, 1999; García-Moreno et al, 2006; Golding, 1996; Kovac et al, 2003; Parish et al, 2004; citado en Coker, 2007). En población española, Hurtado, Ciscar y Rubio (2003) estudiaron parejas con una relación conflictiva (independientemente de que existiera maltrato o no) y encontraron que estos conflictos se relacionaban con la presencia de trastornos sexuales, especialmente alteraciones en el deseo.

Nos planteamos realizar un estudio transversal cuyo objetivo prioritario será conocer las repercusiones de la violencia de pareja en el funcionamiento sexual de las mujeres víctimas. Un segundo objetivo sería la evaluación de otras posibles consecuencias psicopatológicas, intentando analizar las relaciones entre las alteraciones en el funcionamiento sexual con otro tipo de psicopatología. En este sentido, a priori parece lógico esperar que la sintomatología ansiosa se asocie con trastornos por dolor y ansiedad anticipatoria, ya que en ambos casos se observa una elevada ansiedad e hipervigilancia en momentos en que se anticipa que puede tener lugar una relación sexual. Otra relación

esperada y ampliamente contemplada en la literatura es la planteada entre la depresión y los trastornos del deseo, pues éstos tienen mucho que ver con la disminución de la libido y la apatía y anhedonia características de los cuadros depresivos. Adicionalmente se analizará la posible influencia del tipo y gravedad del maltrato, planteándose en resumen las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1: el grupo clínico presentará niveles más elevados de psicopatología que el grupo control
- Hipótesis 2: el grupo clínico tendrá más problemas en el funcionamiento sexual que el control.
- Hipótesis 3: existe una relación lineal positiva entre la sintomatología ansiosa y los problemas con la penetración vaginal.
- Hipótesis 4: existe una relación lineal positiva entre la sintomatología depresiva y los trastornos sexuales vinculados a problemas con el deseo sexual.
- Hipótesis 5: existe una relación lineal positiva entre la gravedad del maltrato psicológico y la presencia de trastornos sexuales.
- Hipótesis 6: existe una relación lineal positiva entre la gravedad del maltrato físico y la presencia de trastornos sexuales.
- Hipótesis 7: existe una relación lineal positiva entre la presencia de maltrato sexual y los trastornos sexuales.

Método

Materiales/instrumentos utilizados

Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer (FSM) (Sánchez et al., 2004). Evalúa trastornos sexuales mediante 14 preguntas planteadas en una escala tipo Likert de 5 puntos. Proporciona información de 13 dominios diferentes, informando los 6 primeros (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, problemas con la penetración vaginal y ansiedad anticipatoria) de posibles disfunciones sexuales, mientras que el resto ofrecen información cualitativa de otras cuestiones relacionadas con la vida sexual. Se trata de un instrumento con una buena fiabilidad, con un α de Cronbach de 0,89.

Índice de Abuso a la Esposa (Versión española del Index of Spouse Abuse de Hudson y McIntosh, 1981). Evalúa el tipo de maltrato sufrido y su gravedad a través de 30 ítems con formato tipo Likert de 5 puntos, informando a nivel cuantitativo de dos factores

(maltrato físico y maltrato no físico). Consta de ítems referidos al maltrato sexual que se incluyen en el factor de maltrato físico, pero a nivel cualitativo informa de si ha existido abuso sexual. Este cuestionario presenta una buena consistencia interna, $\alpha = 0,85$ para la subescala de violencia física y 0,90 para la de violencia no física, y una adecuada fiabilidad test-retest, con coeficientes de correlación intraclase de 0,97 para la subescala de violencia física y 0,90 para la de violencia no física.

Listado de Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1975). Cuestionario de 90 ítems en un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos que hacen referencia a diversos síntomas psicopatológicos de 9 dimensiones (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices (Índice de Gravedad Global, GSI; Total de Síntomas Positivos, PST; e Índice de Malestar Positivo, PSDI) que reflejan la gravedad de la psicopatología. Este cuestionario ha mostrado buenas propiedades psicométricas con una adecuada fiabilidad ($\alpha = 0,96$).

Participantes

La muestra estuvo constituida por 38 mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 51 años de edad; la mitad de ellas víctimas de malos tratos en tratamiento psicológico, y las otras 19 mujeres de la población general sin historia de maltrato.

Como criterios de inclusión estaba el ser mujer de entre 18 y 65 años de edad. Como criterios de exclusión, ser menor de edad o mayor de 65 años, presentar discapacidad mental o un trastorno de personalidad grave. En el caso del grupo clínico, adicionalmente se excluyeron aquellos casos cuya mejoría hacía presagiar el alta en un breve periodo de tiempo.

Procedimiento

La selección de la muestra se realizó siguiendo un procedimiento de muestreo consecutivo en el caso del grupo clínico y de muestreo por conveniencia en el caso del experimental. Las mujeres que aceptaban participar de forma totalmente voluntaria debían leer y firmar el consentimiento informado, tras lo cual se realizaba una única evaluación mediante los instrumentos mencionados anteriormente.

Diseño

Se aplicó un diseño transversal ex post facto retrospectivo. Dado el reducido tamaño muestral se optó por la utilización de pruebas no paramétricas. Para realizar las comparaciones intergrupales en función de las variables psicopatológicas y de la función sexual se aplicó la U de Mann-Whitney. Las relaciones entre los trastornos sexuales con la sintomatología ansiosa y depresiva, así como con los diferentes tipos de maltrato (físico y psicológico) se hallaron mediante correlaciones de Spearman. Las relaciones entre la presencia de maltrato sexual (variable dicotómica) y los trastornos sexuales se analizaron mediante la correlación biserial puntual. Finalmente, se calculó el tamaño del efecto para conocer la magnitud de las diferencias. Todos los análisis se realizaron mediante el paquete informático IBM SPSS Statistics Professional Edition.

Resultados

Las dos primeras hipótesis postulaban que los dos grupos (clínico y control) serían diferentes en cuanto al nivel de psicopatología y al funcionamiento sexual. En ambos casos encontramos diferencias tanto estadísticas (a un nivel de significación de 0,01) como prácticas en todas las escalas.

La siguiente hipótesis planteaba que la sintomatología ansiosa se relacionaría con la presencia de trastornos sexuales por dolor y ansiedad anticipatoria. Las correlaciones obtenidas son negativas puesto que en el SCL-90-R mayor puntuación indica mayor presencia de sintomatología mientras que en el FSM la evaluación se realiza a la inversa (lo mismo sucede con la siguiente hipótesis y en correlaciones entre el FSM y el Índice de Abuso a la Esposa), por lo que podemos concluir que a mayor presencia de sintomatología ansiosa, mayor presencia de trastornos sexuales ($p < 0,01$) con un tamaño del efecto grande, salvo la lubricación, con tamaño del efecto medio.

En cuanto a la depresión, se observó que no sólo correlacionaba con trastornos del deseo, sino con todos los problemas sexuales a un nivel de significación del 0,01, salvo con los problemas de lubricación, cuya fuerza de correlación sería menor.

Continuando con la quinta hipótesis, existe una relación significativa entre el maltrato psicológico y todos los índices de funcionamiento sexual evaluados a un nivel de significación de 0,01, salvo en el caso de la lubricación. En cuanto a la relevancia práctica, se observó que era baja con la variable de lubricación y media con la excitación, mientras que con el resto de las variables fue grande.

Pasando a la sexta hipótesis, se observaron correlaciones estadísticamente significativas con todas las variables de funcionamiento sexual ($p < 0,01$) de magnitud

grande entre estas variables y el maltrato físico, excepto con los problemas de lubricación ($p < 0.05$) que mostró una fuerza de la relación media.

Finalmente, se observó que el abuso sexual estaba asociado a una mayor presencia de todos los trastornos sexuales así como con una menor iniciativa sexual y una mayor insatisfacción con la actividad sexual y con la sexualidad general. La magnitud de esas correlaciones fue media en el caso de la lubricación y de la satisfacción sexual general y grande para el resto de variables.

Discusión y conclusiones

Se encontró que las mujeres maltratadas presentan un mayor nivel de psicopatología y de trastornos sexuales que el grupo control. Los diferentes trastornos sexuales (salvo los problemas de lubricación) se relacionan tanto con la sintomatología ansiosa y depresiva como con los diferentes tipos de maltrato (psicológico, físico y sexual). Los resultados respaldan que el maltrato psicológico puede ser tan perjudicial como el maltrato físico (Echeburúa et al, 1997; citado en Echeburúa y Corral, 2009) con una gran repercusión en el funcionamiento sexual. Estos resultados contradicen los de otros estudios citados en la introducción en los que sólo se encontraba relación del maltrato físico y/o sexual con los trastornos de este tipo (si bien en muchos casos tampoco intentaron explorar una posible relación del maltrato psicológico con los trastornos sexuales) (Campbell et al., 2002; Campbell y Soeken, 1999; Champion et al., 2001; Champion et al., 2004; Chapman, 1989; Coker, Smith et al, 2000; Eby et al., 1995; García-Moreno et al, 2006; Golding, 1996; John et al, 2004 Kovac et al, 2003; Parish et al, 2004 y Schei y Bakketeig, 1989; citado en Coker, 2007). Parece recomendable que se investigue más sobre el tema a fin de determinar más claramente hasta qué punto afecta el maltrato psicológico al funcionamiento sexual.

Por otra parte, y en contra de lo planteado, los trastornos de ansiedad y la depresión no se asocian de forma específica a los problemas de penetración y ansiedad anticipatoria por un lado, y a los trastornos del deseo por otro respectivamente. Esto puede deberse a que en nuestra muestra se observó una amplia variedad de sintomatología por lo que los otros trastornos psicopatológicos presentes pueden estar interfiriendo en las correlaciones.

Hay que tener en cuenta las limitaciones del estudio, especialmente el pequeño tamaño muestral, que conlleva que se deban tomar los resultados con prudencia. No obstante, éste pretendía ser un estudio exploratorio que orientara la realización de futuras investigaciones, teniendo como objetivo constituir una primera aproximación a un ámbito

poco estudiado. Sería recomendable realizar futuras investigaciones, siendo una de las principales la réplica de este estudio con una muestra mayor para tratar de ver si los resultados se mantienen. Podría resultar útil realizar un estudio con mujeres maltratadas con perfiles psicopatológicos diferenciados tratando de ver la relación entre trastornos específicos y el funcionamiento sexual. Por último, convendría determinar la evolución de las alteraciones en el funcionamiento sexual de esta población a medio-largo plazo, mediante estudios longitudinales.

Referencias

- Amor, P., Bohórquez, I.A. y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica*, 4, 129-154.
- Coker, A. L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence and Abuse*, 8, 149-177.
- Echarte, J. L., León, N., Puente, I., Laso de la Vega, S., Díez, E. y Martínez, M. T. (2010). Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. *Emergencias*, 22, 193-198
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). *Manual de violencia familiar* (5ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- González-Ortega, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Psicología Conductual*, 16, 207-225.
- Hurtado, F., Ciscar, C. y Rubio, M. (2004). El conflicto de pareja como variable asociada a la violencia de género contra la mujer: consecuencias sobre la salud sexual y mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 49-64
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, M. R. y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22, 99-106.
- Leithner, K., Assem-Hilger, E., Naderer, A., Umek, W. y Springer-Kremser, M. (2009). Physical, sexual and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: Prevalence and implications for mental health. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 144, 168-172

- Rapkin, A. J., Kames, L. D., Darke, L. L., Stampler, F. M. y Naliboff, B. D. (1990). History of Physical and Sexual Abuse in Women with Chronic Pelvic Pain. *Obstetrics and Gynecology*, 76, 92-96.
- Sánchez, F., Pérez, M., Borrás, J. J., Gómez, O., Aznar, J. y Caballero, A. (2004). Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención Primaria*, 34, 286-294.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad: un estudio exploratorio. *Psicothema*, 19, 53-62.
- Walling, M. K., O'Hara, M. W., Reiter, R. C., Milburn, A. K., Lilly, G. y Vincent, S. D. (1994). Abuse History and Chronic Pain in Women: II. A Multivariate Analysis of Abuse and Psychological Morbidity. *Obstetrics and Gynecology*, 84, 201-206.

DOES EMOTIONAL VALENCE AFFECT FALSE MEMORIES? EVIDENCE IN YOUNG AND OLDER ADULTS

Carmen Moret-Tatay, Sonia Lloris-Borras, María Eugenia Gutiérrez-Marco, Nuria Senent-Capuz y María José Beneyto-Arrojo

Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"

Abstract

Evidence suggests that arousal, more than emotional valence, might reduce false memories on retrieval. The aim of this work is to examine the role of emotional valence as regards age, employing a visual recognition task. In order to do that, an experiment was conducted where young people and adults were recruited. Both groups of participants had to perform a recognition task (into a repeated measure design) where images were manipulated in terms of emotional valence (and arousal was controlled). The first part of the experiment was a visualization of the target images, while the second one was a recognition task. Indeed the images in the second part were manipulated in order to induce false memories. Reaction times and accuracy were lower for young people than adults and this difference reached the statistical significance. This might be explained by a more conservative strategy employed by the adults that might shed light on some aspects of the human development.

Key words: emotional valence, age, false memories

Introduction

False memories are similar to true memories, providing even specific details and lasting for long periods of time (Mojardín-Heráldez, 2008). Moreover, it can be found in both adults and children (Otgaar, Peters and Howe, 2012). According to Santos and Stein (2008), false memories can be defined as mnemonic distortion which consists of the evocation of events that never happened. For example, Davis and Loftus (2007) reported an example of false memory widely publicized at the time: the TWA Flight 800 plane crash. Some witnesses described the accident in such a way that their statements seemed consistent with a missile attack on the plane. In particular, these kinds of events are closely related to emotions and how they affect us.

One of the most employed general methodology is the "Deese/Roediger(McDermott paradigm (DRM)". In the normal setup, a participant has to study a list of words associated with a word not presented, which is known as the critical word. Following the presentation of these words, a test is performed; it was found that the critical words tend to falsely be remembered with a high probability (Bourscheid, Haussen, Feijó and Stein, 2014). However, several studies have used simpler experimental techniques in assessing the effects of such memories (Brainerd, Stein, Silveira, Rohenkohl and Reyna, 2010). Specifically, some authors (Charles, Carstensen and Mather, 2003; Moreno-Cid et al, 2015; Moret-Tatay et al, 2014; Pôrto, Bertolucci and Bueno, 2011) have evaluated the effect of age on the impact of emotional stimuli, stipulating a bias toward positive stimuli (which could offset the negative). According to Mirandola and Toffalini (2016), Mood also affects to memory distortion, but there are many underlying variables that remain unclear. More precisely, the authors found that arousal, more than emotional valence, might reduce false memories at retrieval. Studies are aimed at criminal situations, which refer to such crimes as emotionally charged events, so that the people involved produce emotional states that impair memory capacity. (Mojardín-Heraldez, 2008). The study by Levine and Bluck (2004) found that individuals who were happy with the verdict recalled the event with greater intensity and were more willing to accept that something had happened. Even authors such as Gordillo, et al. (2010) indicated that negative emotions may have a greater impact in our memory for the purpose of the survival of the human being. In this way, and as noted above, authors such as Moret-Tatay et al. (2014) studies the effects of age and emotional valence on recognition. However, only the young participants reached the statistical significant level on reaction times for negative images. This means that the emotionally negative valence produces strong effects on recognition memory in young people but not in the older participants. These results can also be observed in the study by Carretié, Matín-Loeches, Hinojosa and Market (2001), who found that there is a tendency to draw attention to negative stimuli and that this may have played a key role in our evolution. However, there remain many questions about the relationship of induced false memories and the aforementioned variables. More research in this field seems necessary.

To perform these studies, we have designed different procedures, which are stimuli batteries comprising different sensory modalities and are able to generate different emotional states. These batteries are: Affective Norms for English Words (ANEW) (Bradley and Lang, 1999), International Affective Digitized Sound (IADS) (Bradley and



Lang, 1999), and the International Affective Picture System (IAPS) (Lang, Bradley and Cuthbert, 1999). In our experiment we used the IAPS battery (International Affective Picture System), which is a visual tool for the study of standard memory, emotion and attention in adults. It consists of images with emotional content, classified by level of excitement, arousal and dominance in accordance with a scale called the self (assessment manikin, SAM), and includes humans, animals, landscapes and objects that vary in complexity, color and composition stimuli (Bradley and Lang, 2005). However, it would be interesting to examine the suitability of the IAPS instrument through the SAM, which is a battery which was evaluated in Spain in 1999. In short, the objective of this work will be twofold: first, to study the possible evolutionary changes in image recognition and in inducing false memories. Second, to examine the effects of different emotional charges (positive, negative and neutral valences). Finally, the suitability of IAPS instrument for this type of experimental tasks in inducing false memories will be evaluated.

Method

Participants

The sample size was estimated under G* Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007), which suggested a minimum sample of 36 subjects for a number of 6 variables (see figure 1).

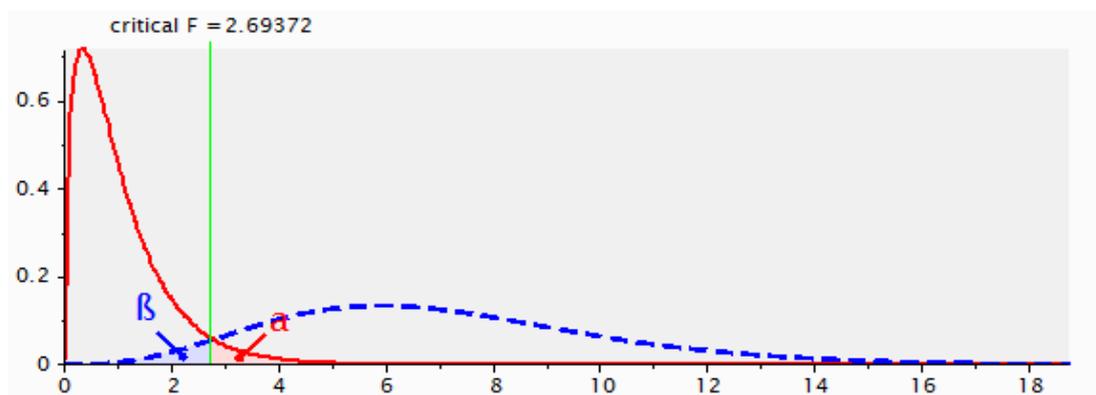


Figure 1. Distribution plot of the sample size estimation, in terms of statistical power and error probability.

The experiment was conducted with two different age samples. Firstly, a sample of 20 university young students volunteered to take part in the experiment (8 women and 12 men with average age of 22.95 years and $SD=2.12$). Secondly, a sample of 20 students

from a program for mature students volunteered to take part (9 women and 11 men, age average of 50.95 years and $SD=12.20$). One participant in this experiment was replaced due to an error rate higher than 40%. All the participants had normal or corrected to normal vision, were native Spanish speakers and did not reported cognitive impairment or neurological disorders.

Materials

The stimuli used were a selection of photographs from the International Affective Picture System (Lang et al., 1999) in the Spanish adaptation of Moltó et al. (1999). we selected a total of 48 photographs divided into two sets of 24 photographs based on their scores on valence (positive, negative or neutral). For the purpose of the recognition task, from the 48 images selected, 24 were selected as the target images and 24 as the distracting ones (see table 1). In each set, 8 were neutral images, 8 images were negative and 8 were positive images, following the same criteria employed in several studies (Gordillo, et al., 2010; Moreno-Cid et al., 2015; Moret-Tatay et al., 2014). Furthermore, the first 24 images were of a similar subject matter to the other 24 in order to induce false memories. For instance, if a target image was an image of a baby in the first part (positive emotional valence example), the second part would display this target image as well as a similar one of another baby.

Table 1

Mean and Standard deviation for the selected images (as regards emotional valence condition) following Moltó et al (1999) battery

	<u>Emotional Valence</u>	<u>Negative</u>	Positive	Neutral
Target	Mean	2.96	7.78	6.28
	SD	0.30	1.94	0.85
Distractor	Mean	3.09	7.54	6.85
	SD	0.72	1.55	1.00

Procedure

Participants were tested in a quiet room, in groups of three or four people. The presentation of stimuli and recording of response times were controlled by a Windows

operating system through the DMDX software (Forster and Forster, 2003). The experiment consisted of two phases. In the first phase, the 24 target stimuli were presented randomly with short exposures of 2 seconds each. In the second phase (15 minutes after the participants were distracted by performing distracting visual search tasks), the 24 target stimuli plus the 24 distracting stimuli were randomly presented to the participants. Each image was presented until the participant gave a response or 2000 ms passed. The participants were instructed to press a button (labelled "Yes") to indicate whether the stimulus was a target stimulus, and press another button (labelled "No") if the stimulus was a distracting stimulus (did not appear in the first phase). The participants were also instructed to respond as quickly as possible while maintaining a reasonable level of accuracy. The session lasted approximately 40 minutes.

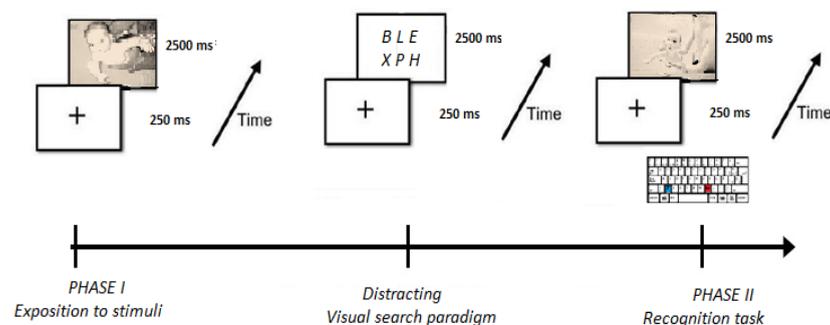


Figure 2. The experiment set up: Two Phases with a distracting part between them.

Design and data analysis

Order on presentation (target or distracting) and emotional valence (neutral, positive and negative) were manipulated as within group variables. In addition, age was varied between participants. The ANOVA was performed with a cut-off to reaction times below 250 ms and above 1800 ms (less than 5% of responses were excluded), while the distribution characterization used all data. In addition, reaction times corresponding to incorrect responses were excluded from analysis. Therefore, these analyses were performed using a mixed 2x3x2 repeated measures design, Presentation (target vs distracting) and Valence (neutral positive and negative) x 2 (young and older groups). The d' (a signal detection measure examining the ability to discriminate stimuli) and C (Criterion) were also calculated. This first measure considers hits (correctly identifying a image) and false alarms (incorrectly identifying an image) in the calculation (Macmillan and Creelman, 2004). In particular, the d' ranges from 0 (no discrimination) to infinity

(perfect discrimination). On the other hand, C values under 0 indicate a bias towards 'yes' responses (resulting in more 'hits', but also more 'false alarms'). If C is higher than 0, then the criterion favours 'no' responses (suggesting fewer hits and fewer false alarms). The statistical analysis was performed using the SPSS statistical software version 23.

Results

The table 2 presents the reaction times average (ms), error rates and standard deviation for each group of images. As expected, the reaction times average for young people was lower than the adults group. Moreover, they were slightly more accurate than adults in all conditions.

Table 2

Reaction times average and accuracy precondition and age group

Target						
Group	Young			Older		
Condition	Negative	Positive	Neutral	Negative	Positive	Neutral
Mean	804.57	832.69	814.05	985.53	980.69	968.55
SD	140.52	173.58	144.36	184.04	212.45	188.43
Hits	0.93	0.87	0.88	0.89	0.96	0.94
False alarms	0.07	0.13	0.11	0.09	0.03	0.04
Omissions	0	0.01	0.01	0.02	0.01	0.03
d'	1.626	2.432	2.247	1.607	2.468	2.270
C	1.018	1.232	1.329	1.009	1.250	1.340
Distractors						
Group	Young			Older		
Condition	Negative	Positive	Neutral	Negative	Positive	Neutral
Mean	920.46	936.89	926.89	1058.05	1042.76	1045.58
SD	185.04	176.6	138.69	211.28	196.7	215.4
Hits	0.92	0.88	0.88	0.79	0.88	0.83
False alarms	0.06	0.11	0.1	0.16	0.09	0.13
Omissions	0.03	0.02	0.02	0.04	0.04	0.04
d'	1.620	2.434	2.247	1.553	2.434	2.226
C	1.015	1.233	1.329	0.982	1.233	1.318



The ANOVA on the RT data showed that differences on valence did not reach the statistical significance: $F_{(2,76)} < 1$. However, block presentation did reach the statistical significance: $F_{(1,38)} = 67.91$; $MSE = 17549.44$; $\eta^2 = .64$; $p < .001$. The ANOVA on age showed that the difference between the young group and the adults approached the statistical significant: $F_{(1,38)} = 3.19$; $MSE = 154788.83$; $\eta^2 = .078$; $p = .08$.

As regards to accuracy, omissions and false alarms, did not reach the statistical significance ($p > 0,05$). In this way, and as expected, differences with regards to C or d' did not reach the significance ($p > 0,05$).

Moreover, the distribution representations are remarkable different with regards to emotional valence in terms of age, however, the density was similar in the neutral target condition (see figure 3). Finally, the adequacy of the IAPS battery was examined through a correlation between the SAMs punctuation referred by the participants and the scores in the Moltó Battery. The Pearson correlation coefficient was 0.95 for the young group and 0.96 for the older one.

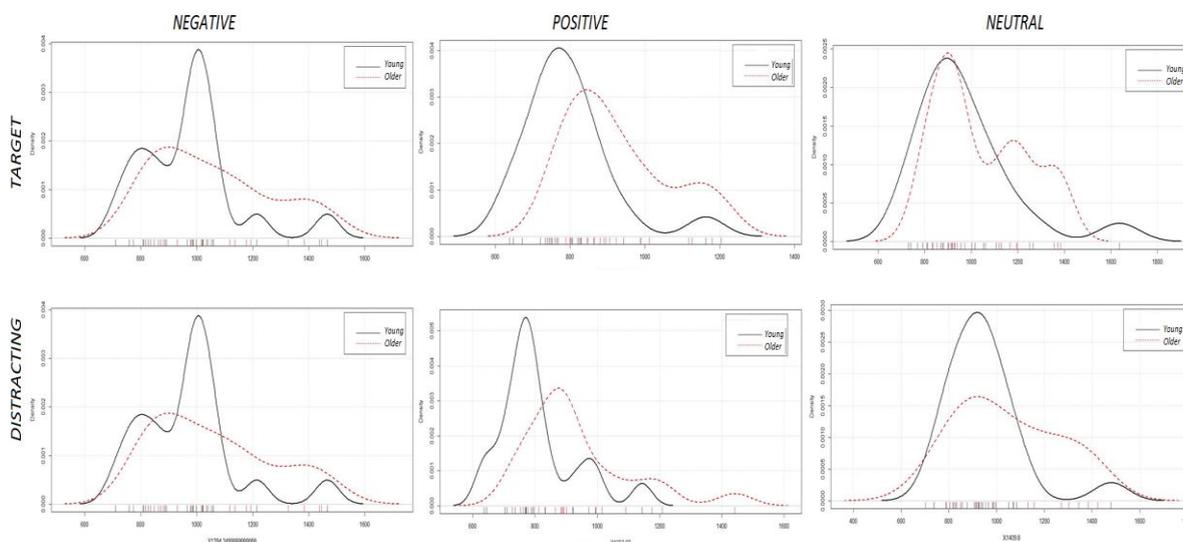


Figure 3. Density distribution for each condition and group of age.

Conclusions and Discussion

The study consisted of two phases: a first phase and a second phase of presentation of stimuli and a second phase of induction of false memories. The results showed no effect

of emotional valence recognition of the images on processing speed. This suggests that emotional charge could not clearly influence this type of induction. However, the older participants were slower than young people and this was statistically significant. The results of the young people, according to the literature we have named above, showed a greater effect towards the negative images on the general image recognition. On the other hand, the way that the adult participants did not show a bias toward emotional valences of the images could be explained by the argument that stipulates that there is a compensatory mechanism (Charles et al., 2003; Moreno-Cid et al., 2015; Moret-Tatay et al., 2014; Pôrto et al., 2011). On the other hand, no effect was found on the effectiveness of the task (hit rate) according to previous literature, that is, both groups completed the task in a similar way. On these lines, some authors state that with age the older participants develop more conservative attitudes (Moret-Tatay, 2013; Navarro-Pardo, Navarro-Prados, Gamermann and Moret-Tatay, 2013; Ratcliff, Thapar, Smith and McKoon, 2005).

References

- Bourscheid, F. R., Haussen, L., Feijó, L. & Stein, L. (2014). Falsas memorias e o paradigma DRM: uma abordagem por meio de fotos emocionais associadas. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 30(2), 163-170.
- Bradley, M. M. & Lang, P. (1999). *Affective Norms for English Word (ANEW). Technical manual and affective ratings*. Gainesville, FL: The center for research in Psychophysiology, University of Florida.
- Bradley, M. M. & Lang, P. (2005). The International Affective Picture System (IAPS) in the study of emotion and attention. En J. A. Coan y J. J. Allen (Eds.), *Handbook of emotion elicitation an assessment* (pp. 29-45). Nueva York: Oxford.
- Brainerd, C. J., Stein, L. M., Silveira, R. A., Rohenkohl, G. & Reyna, V. F. (2010). How does negative emotion cause false memories? *Psychological science*, 19(9), 919–924. Doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02177.x
- Carretié, L., Martín-Loeches, M., Hinojosa, J. A. & Mercado, F. (2001). Emotion and attention interaction studied through event-related potentials. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 13, 1109-1128.
- Charles, S., Carstensen, L. & Mather, M. (2003). Aging and emotional memory: the forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology General*, 132(2), 310-324. Doi: 10.1037/0096-3445.132.2.310

- Davis, D., & Loftus, E. F. (2007). Internal and external sources of misinformation in adult witness memory. In M. P. Toglia, J. D. Read, D. F. Ross, & R. C. L. Lindsay (Eds.), *Handbook of eyewitness psychology* (Vol. 1). Memory for events (pp. 195–237). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191.
- Forster, K. I. & Forster, J. C. (2003). DMDX: A Windows display program with millisecond accuracy. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, *35*(1), 116-124.
- Gordillo, F., Arana, J. M., Mestas, L., Salvador, J., García, J. J., Carro, J. y Pérez, E. (2010). Emoción y memoria de reconocimiento: la discriminación de la información negativa como un proceso adaptativo. *Psicothema*, *22*(4), 765-771.
- Lang, P. J., Bradley, M. M. & Cuthbert, B. N. (1999). *International affective picture system (IAPS): thecnical manual and affective ratings*. Technical report A-4. The center for research in psychophysiology: University of Florida.
- Levine, L. J. y Bluck, S. (2004). Painting with broad strokes: happiness and the malleability of event memory. *Cognition and Emotion*, *18*, 559-574.
- Loftus, E. F., & Davis, D. (2006). Recovered memories. *Annual Review of Clinical Psychology*, *2*, 469-498.
- Macmillan, N. A., & Creelman, C. D. (2004). *Detection theory: A user's guide*. Psychology press.
- Mirandola, C., & Toffalini, E. (2016). Arousal—But Not Valence—Reduces False Memories at Retrieval. *PloSone*, *11*(3), e0148716.
- Mojardín-Heráldez, A. (2008). Origen y manifestaciones de las falsas memorias. *Acta Colombiana de Psicología*, *11*(1), 37-43.
- Moltó, J., Montañés, S., Gil, R. P., Segarra, P., Pastor, M. C., Irún, M. P. T., ...& Vila, J. (1999). Un método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Picture System (IAPS). Adaptación española. *Revista de Psicología General y Aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, *52*(1), 55-87.
- Moreno-Cid, A., Moret-Tatay, C., Irigaray, T. Q., Argimon, I. I., Murphy, M., Szczerbinski, M. y Fernández, P. (2015). The Role of Age and Emotional Valence in Word Recognition: An Ex-Gaussian Analysis. *Studia Psychologica*, *57*(2), 83.

- Moret-Tatay, C. (2013). *Analysis of developmental changes in lexical decision tasks: differences between well elderly and university students* (Doctoral dissertation). Universitat Politècnica de València.
- Moret-Tatay, C., Moreno-Cid, A., Argimon, I. I. L., Quarti, T., Szczerbinski, M., Murphy, M., ...Fernández de Córdoba, P. (2014). The effects of age and emotional valence on recognition memory: an ex-Gaussian components analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*. Doi: 10.1111/sjop.12136
- Navarro-Pardo, E., Navarro-Prados, A. B., Gamermann, D. & Moret-Tatay, C. (2013). Differences between young and old university students on a lexical decision task: evidence through an ex-Gaussian approach. *The Journal of general Psychology*, 140(4), 251-268.
- Otgaar, H., Peters, M. & Howe, M. L. (2012). Dividing attention lowers children's but increases adults' false memories. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 38, 204-210.
- Pôrto, W. G., Bertolucci, P. H. F. & Bueno, O. F. A. (2011). The paradox of age: an analysis of response by aging Brazilians to the International Affective Picture System (IAPS). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33, 10-15.
- Ratcliff, R., Thapar, A., Smith, P. L. & McKoon, G. (2005). Aging and response times: A comparison of sequential sampling models. *Measuring the Mind: Speed, Control, and Age*, 3-32.
- Santos, R. F., & Stein, L. (2008). A influência das emoções nas falsas memórias: uma revisão crítica. *Psicologia USP*, 19(3), 415-434.

EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Francisco José Costa-Moreno y Francisco Javier Corbalán-Berná

Universidad De Murcia

Resumen

Antecedentes: El patrón de conducta tipo A (PCTA) se ha asociado con las enfermedades cardiovasculares (ECV) desde la aparición del concepto a finales de la década de 1950. El PCTA se caracteriza por una actitud competitiva, así como agresividad y hostilidad, prisa e impaciencia o excesiva implicación en el trabajo. Los modelos que tratan de explicarlo tienen como elemento común la tendencia de estas personas a tener comportamientos poco saludables y la hiperactivación continuada del organismo que conlleva el PCTA. Se pretende comparar las puntuaciones de PCTA en una muestra de personas diagnosticadas de ECV respecto a la población general española. También se persigue averiguar si existe correlación entre la edad de los participantes y las puntuaciones en PCTA y comprobar si se presentan diferencias de género en el constructo. **Método:** Se administró un cuestionario sociodemográfico y la adaptación española del Inventario de Actividad de Jenkins (JAS), que evalúa el PCTA global y tres de sus componentes, a una muestra de 34 participantes diagnosticados de alguna ECV. Las puntuaciones obtenidas en el JAS se compararon con la población normativa de dicho cuestionario, la cual corresponde con la población general española. **Resultados:** Se obtuvieron puntuaciones significativamente mayores del componente hostilidad y competitividad en la muestra respecto a la población general. No se dio ninguna correlación entre la edad y las puntuaciones del JAS. Se hallaron diferencias de género significativas en las escalas PCTA global y prisa. **Conclusiones:** Los resultados indicaron una mayor presencia del componente hostilidad y competitividad en personas con ECV. Se observó la necesidad de depurar el constructo de PCTA. El PCTA tiende a ser estable en el tiempo si no se interviene para modificarlo. Las diferencias de género son poco claras y podrían deberse a diferencias en la expresión.

Palabras clave: Patrón de conducta tipo A, enfermedad cardiovascular, hostilidad, factor de riesgo.

TYPE A BEHAVIOR PATTERN AND ITS RELATIONSHIP WITH CARDIOVASCULAR DISEASE

Abstract

Background: Type A Behavior Pattern (TABP) has been associated with cardiovascular diseases (CD) since the creation of the concept at the end of 1950s. TABP is characterised by a competitive attitude, aggressiveness and hostility, hurry and impatience or an excessive work involvement. All the models about TABP have as a common components the tendency of people with TABP to have unhealthy behaviors and the hyperarousal of the organism. This study's aim is to check TABP scores in a sample of people diagnosed with CD in comparison to the Spanish general population. Furthermore, other goals of this paper are the search of a correlation between age of participants and scores in TABP and looking for gender differences in the construct. **Method:** A sociodemographic survey and Spanish version of Jenkins Activity Survey (JAS) were administered to a sample of 34 participants diagnosed with a CD. Scores obtained by JAS were contrasted with the normative population of that survey, which corresponds to the Spanish general population. **Results:** They showed a higher score on hostility and the competitiveness component in the sample in comparison to the general population. There was no correlation between age and scores. Results also showed that there were significant gender differences on global TABP scale and hurry scale. **Conclusions:** Results suggest a higher presence of hostility and competitiveness in people with CD. There is a need of improve the TABP construct. TABP tends to be stable over time if nothing is done to modify it. Gender differences are not cleared, which could be due to differences in expression.

Keywords: Type A Behavior Pattern, cardiovascular disease, hostility, risk factor.

Introducción

El patrón de conducta tipo A (PCTA en adelante) es un constructo acuñado por los cardiólogos estadounidenses Friedman y Rosenman a finales de la década de 1950 para referirse a un patrón de comportamiento que habían observado en los pacientes afectados por alguna cardiopatía en sus estudios sobre el estilo de vida de estas personas (Sender, Valdés, Riesco y Martín, 1993).

Los individuos con PCTA presentan una serie de características comunes: una actitud competitiva y búsqueda de logro y sobresalir, agresividad y hostilidad, prisa e

impaciencia, excesiva implicación en el trabajo o sensación de estar constantemente bajo la presión del tiempo. Cabe mencionar que todas estas facetas no tienen un carácter dicotómico de poseerlas o no, sino que son propiedades dimensionales (Friedman y Rosenman, 1976).

Desde el origen del concepto, tanto éste como uno o varios de sus componentes han suscitado un gran interés científico y se han asociado en numerosos estudios con las enfermedades cardiovasculares (ECV en adelante), llegando en muchos de ellos a ser considerado como un factor de riesgo más para el desarrollo de estas dolencias (Trujillo, Almoguera, Román y Catalina, 2007). De hecho, Palmero et al. (2007) dicen que los conocidos como factores de riesgo “clásicos” (hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo, etc.) tan solo explican el 50% de la varianza en la predicción del riesgo de padecer alguna ECV.

Sobre la explicación del porqué está asociado el PCTA con las ECV, no existe unanimidad entre los autores. Esto se debe, según Iacovella y Troglia (2003), a que ninguno de los modelos formulados ha obtenido evidencia suficiente para descartar a los demás. En cambio, para García-León y Reyes del Paso (2002) existiría la posibilidad de que ninguno de ellos fuese desechable y la solución pasaría por adoptar un modelo integrativo, ya que las causas de esta relación pueden ser múltiples y muy complejas. No obstante, al revisar los diferentes modelos desarrollados se observa que todos tienen en común, en primer lugar, el hecho de que estas personas muestran una tendencia a tener comportamientos poco saludables (tabaquismo, mala alimentación, etc.) y, en segundo lugar, que su organismo parece estar continuamente hiperactivado en los individuos con PCTA.

Por todo ello, el estudio de este campo merece especial atención por parte de todo aquel profesional de la salud que se dedique tanto al trato con este tipo de pacientes como a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud.

A continuación se exponen los objetivos de este trabajo:

1. Conocer si se dan mayores puntuaciones de PCTA, o en alguno de sus componentes, en una muestra de personas diagnosticadas de alguna ECV con respecto a la población general española. Se espera que la prevalencia sea mayor en la muestra que en la población general.

2. Averiguar si hay alguna correlación entre edad y las puntuaciones en PCTA.

3. Saber si existe alguna diferencia de género en alguno de los componentes del PCTA.

Método

Participantes

La selección de la muestra se hizo mediante un muestreo de conveniencia con los siguientes criterios: tener diagnosticada alguna ECV; tener mayoría de edad; que el participante no padeciese algún tipo de demencia o, si habían sufrido un accidente cerebrovascular, que éste no hubiese afectado a áreas cerebrales que pudiesen influir durante la evaluación; tener un dominio alto del castellano, por ser el idioma en la que están redactados el consentimiento informado y los cuestionarios; y que supiese leer y escribir.

La muestra estuvo compuesta por 34 personas. La proporción de sexos fue homogénea, siendo 19 varones (55,9%) y 15 mujeres (44,1%). La edad media fue de 64,5 años, con una distribución que abarca desde los 49 hasta los 90 años (D.T.=10,7). Todos los participantes fueron de nacionalidad española y residentes en la Región de Murcia, habiendo nacido la mayoría en dicha comunidad autónoma, aunque uno era natural de la provincia de Alicante.

Un 70,6% estaban casados, el 17,6% estaban separados o divorciados, un 5,9% vivía en pareja, un 2,9% estaba soltero y un 2,9% se hallaba en estado de viudedad.

Un 20,6% no tenía estudios, un 20,6% tenía estudios primarios, un 8,8% poseía estudios secundarios, un 20,6% había cursado una formación profesional de grado medio o superior, un 2,9% había estudiado COU o bachillerato y un 26,5% tenía estudios universitarios o de posgrado.

Un 58,9%, estaba jubilado o era pensionista, un 26,5% trabajaba como asalariado o funcionario, un 5,9% era empresario y un 8,8% trabajaba como autónomo.

En cuanto a las variables de salud, un 58,8% había sufrido una cardiopatía isquémica (35,3% infarto y 23,5% angina de pecho), un 20,6% padecía arritmias, un 11,8% una valvulopatía y un 8,8% había sufrido un accidente cerebrovascular. Respecto al resto de variables relacionadas con el estado de salud, un 44,1% padecía hipertensión arterial. La mitad de los participantes eran o habían sido fumadores antes del diagnóstico de la ECV. Un 44,1% tenía hipercolesterolemia. Un 58,8% no padecía diabetes, un 35,3% tenía diagnosticado diabetes tipo 2 y un 5,9% diabetes tipo 1.

Instrumentos de medida

Para la medición de todos estos factores se estableció un protocolo de evaluación compuesto por dos instrumentos que se comentan a continuación:

1. *Cuestionario de datos sociodemográficos*: incluye las siguientes variables: sexo, edad, nacionalidad, estado civil, profesión, nivel de estudios y situación laboral. Al final del cuestionario se introdujeron preguntas sobre cuál era la ECV diagnosticada y si padecía hipertensión arterial, hipercolesterolemia, algún tipo de diabetes y si era o había sido fumador antes del diagnóstico de la ECV.

2. Adaptación española del *Inventario de Actividad de Jenkins (JAS)*: posee 4 escalas: escala A (presencia global del PCTA); escala S (prisa e impaciencia); escala J (implicación en el trabajo); y escala H (comportamiento duro y competitivo). Respecto a la fiabilidad del cuestionario, los resultados de la consistencia interna arrojaron un coeficiente alfa para la escala A de 0,86, para la escala S de 0,87, para la escala J de 0,80 y para la escala H de 0,84. En cuanto al análisis de la fiabilidad test-retest a los 7 meses de la primera administración, los coeficientes resultantes fueron 0,69 para la escala A de, para la escala S de 0,67, para la escala J de 0,69 y para la escala H de 0,61. Sobre la validez, se comparó un grupo de pacientes de cardiopatía isquémica a las 5 y 10 semanas después del ingreso hospitalario con un grupo control de personas sanas con características sociodemográficas equivalentes. El resultado mostró que el grupo de pacientes había obtenido puntuaciones significativamente mayores en las escalas A y H, mientras que no hubo diferencias significativas en la escala S y en la escala J se obtuvo diferencias significativas pero en sentido contrario al esperado (Fernández-Abascal, 1992).

Procedimiento

Una parte de la muestra se obtuvo de la residencia de ancianos “Virgen del Valle” de Murcia. Otra parte de la muestra procedió de pacientes hospitalizados en la unidad de cardiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Y otra parte corresponde a miembros de la Universidad de Murcia.

El protocolo de evaluación fue como sigue: primero se explicaba al participante el fin del estudio y qué debía cumplimentar, asegurando la confidencialidad de los datos. Todo esto quedaba registrado por escrito en el consentimiento informado que el participante debía leer, comprender y firmar. Después se administraba el cuestionario de datos sociodemográficos y, seguidamente, la adaptación española del JAS.

El análisis estadístico se hizo mediante el programa estadístico SPSS (v 19.0). Primero se calcularon los estadísticos descriptivos, después se compararon mediante la

prueba *t* de Student las puntuaciones obtenidas en cada escala con la media de la población española, correspondiente a los baremos del JAS. Asimismo se calculó la correlación de Pearson entre la edad de los participantes y las escalas del JAS. También se realizó un ANOVA entre la variable sexo y las puntuaciones del JAS.

Diseño

Diseño no experimental de tipo correlacional-descriptivo.

Resultados

En la Tabla 1 se observa que los participantes puntuaron de forma significativamente más elevada en el Factor H, el cual corresponde al Comportamiento duro y competitivo ($t(33) = 4.689$; $p = .000$).

Tabla 1

Diferencia de medias en el JAS con puntuaciones directas (n=34)

Factor	<i>t</i> (33)	Sig.	Dif. de medias
Factor A (tipo A)	1.326	.194	13.676
Factor S (prisa e impaciencia)	1.858	.072	17.647
Factor J (implicación trabajo)	-.669	.508	-7.324
Factor H (comp.duro y competitivo)***	4.689	.000	22.529

Nota: *t* = puntuación *t* de Student para una muestra; *** $p \leq .001$

En la Tabla 2 se ve que no se halló ninguna correlación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 2

Correlaciones edad participantes-puntuaciones del JAS

	Factor A	Factor S	Factor J	Factor H
Correlación Edad	-.037	-.185	-.248	.140
Sig.	.836	.295	.157	.430

En la Tabla 3 se muestran los resultados del ANOVA. Se hallaron puntuaciones estadísticamente significativas en relación a las escalas Tipo A ($F(1,32) = 6.383$; $p = .017$) y Prisa e impaciencia ($F(1,32) = 6.573$; $p = .015$).

Tabla 3

Resultados del ANOVA entre la variable Sexo y las puntuaciones del JAS

Escala	SC	gl	MC	F	Sig.
Factor A	19844.55	1, 32	19844.55	6.383	.017*
	99492.89		3109.15		
Factor S	17253.34	1, 32	17253.34	6.573	.015*
	83994.42		2624.83		
Factor J	123.29	1, 32	123.29	.029	.865
	134178.15		4193.07		
Factor H	1521.73	1, 32	1521.73	1.997	.167
	24378.74		761.84		

Nota: * $p \leq .05$

Discusión

Sobre el primer objetivo, en la Tabla 1 se muestra que la única escala que ha resultado estadísticamente más elevada en la muestra con respecto a la población general ha sido la escala Comportamiento duro y competitivo, confirmándose lo esperado en este trabajo. Respecto a la competitividad, los resultados van en línea con la observación hecha por Friedman y Rosenman (1976) de que es un elemento característico del PCTA, afirmación corroborada en estudios posteriores (García-Martínez y Berrios-Martos, 1999; Pérez-Llantada, Macià y Gozález, 1994). Sobre el comportamiento duro u hostilidad, los resultados son acordes con las conclusiones de las investigaciones más recientes, que indican que la hostilidad es el componente que posee mayor valor predictivo del desarrollo de una ECV (Palmero et al., 2007; Trujillo et al., 2007).

Respecto al segundo objetivo, en la Tabla 2 se ve que no hay ninguna correlación estadísticamente significativa entre la edad de los participantes y las puntuaciones en las escalas del JAS. Esto está en sintonía con la idea de que los componentes del PCTA tenderían a ser estables en el tiempo si no se interviene para modificarlos (Friedman y Rosenman, 1976; Sender et al., 1993).

Y sobre la búsqueda de diferencias de género. En la Tabla 3 se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en relación al género en las puntuaciones de los Factores A y S. El resultado en el Factor A contradice a la teoría, que señala que no existen diferencias intergénero en el PCTA (Palmero et al., 2007; Sender et al., 1993). Este resultado podría deberse al pequeño tamaño de la muestra. En el factor Prisa e impaciencia, tampoco hay estudios que apunten a que haya diferencias en función del sexo, aunque Vera-Villarroel, Sánchez y Cachinero (2004) hallaron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las puntuaciones en la escala Prisa e impaciencia y el miedo a la evaluación negativa en las mujeres. Teniendo en cuenta este dato, tendría sentido que las participantes hubieran puntuado significativamente más alto que los varones debido al miedo a una evaluación negativa.

Tras el análisis de los resultados, se considera necesario estudiar en el futuro qué variables del constructo poseen realmente valor predictivo del desarrollo de una ECV para ser tenidas en cuenta como factores de riesgo y considerarse la intervención sobre ellas. En este sentido, sería interesante investigar más sobre el peso que tiene la variable hostilidad como posible factor de riesgo de las ECV puesto que es la que más influye de todas las analizadas. Dichas investigaciones deberían hacerse con diversos métodos de medida, como pueden ser las entrevistas o los correlatos psicofisiológicos.

Respecto a las limitaciones del estudio, la principal es el pequeño tamaño muestral. Otras posibles limitaciones están relacionadas con los instrumentos de medida, ya que se poseen las propias de los cuestionarios de autoinforme. Una tercera limitación es que los baremos del JAS son de 1992, o sea, cabe la posibilidad de que dichas puntuaciones normativas se hayan modificado.

Conclusiones

A la luz de los resultados obtenidos se pueden extraer varias conclusiones:

- 1.La hostilidad y la competitividad pueden considerarse factores de riesgo cardiovascular.
- 2.En base a lo anterior, se considera oportuno y necesario estudiar qué componentes del constructo son realmente predictivos de una ECV para depurar el concepto.
- 3.Los componentes del PCTA tienden a ser estables en el tiempo si no se interviene para modificarlos.
- 4.Las diferencias de género en el PCTA no están claras y podrían deberse a la manera en que se expresa según los roles de género.

Referencias

- Fernández-Abascal, E.G. (1992). *Inventario de Actividad de Jenkins, Forma C*. Madrid: TEA Ediciones.
- Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1976). *Conducta Tipo A y su corazón*. Barcelona: Grijalbo.
- García-León, A. y Reyes del Paso, G.A. (2002). Una revisión de los modelos explicativos de la relación entre el constructo hostilidad-ira-agresión y la enfermedad coronaria. *Anales de Psicología*, 18(1), 61-76.
- García-Martínez, J.M.A. y Berrios-Martos, M.P. (1999). El significado del trabajo en personas con patrón de conducta tipo A. *Psicothema*, 11(2), 357-366.
- Iacovella, J. y Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF*, 8(1), 53-61.
- Palmero, F., Gómez, C., Guerrero, C., Carpi, A., Díez, J. L. y Diago J. L. (2007). Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 22-43.
- Pérez-Llantada, M.C., Macià, A. y Gozález, J.L. (1994). Teoría de juegos y patrón de conducta tipo A: factores de competitividad y hostilidad. *Psicothema*, 6(1), 21-26.
- Sender, R., Valdés, M., Riesco, N. y Martín, M. J. (1993). *El patrón A de conducta y su modificación terapéutica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Trujillo, M., Almoguera, A., Román, J. y Catalina, C. (Coord.). (2007). *Una visión psicosocial de la enfermedad coronaria*. Madrid: IBERMUTUAMUR.
- Vera-Villarroel, P.E., Sánchez, A.I. y Cachinero, J. (2004). Analysis of the relationship between the type A behavior pattern and fear of negative evaluation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 313-322.

A TIME TO PLAY: MATERNAL RELATIONSHIP WITH PRETERMBABIES**Rosely Aparecida Prandi Perrone*y Vera Barros de Oliveira****

**Fundação do ABC; **Universidade de São Paulo. Academia Paulista de Psicologia.
ITLA. Brasil*

Abstract

Introduction: The preterm baby needs an affective and stable maternal relationship. However, he/she suffers a sudden separation of the mother at birth. The mother's inability to interact with her baby can lead to a closure in herself, compromising the maternal bond and reverberating in the baby's overall development. **Objective:** To investigate the influence of play in the maternal relation with her preterm baby. **Method:** Evaluative-interventional-evolutive study performed with 30 mothers with preterm babies, accomplished with 16 ludic groups, in weekly sessions of 60 minutes each, on a Piagetian basis, reconciling affective-emotional and cognitive processes. **Results:** Maternal emotional opening, tension compensation, anxiety and anguish were observed when playing, generating pleasure and relaxation. Ludic corporal and symbolic situations led the mother to a less tense perception of reality, a new mental representation of her baby and the formation of affective maternal bond, with the appearance of facial, vocal and corporal manifestations of the baby, and evolution of his/her psychofunctional aspects. The action of playing freely and in group can lead the mother to compensate the suffering resulted from the birth of her preterm baby, enable the acceptance of herself and the baby, contribute to her adaptation and emotional balance and provide a maternal affective, interactive and healthy relationship with her baby.

Keywords: Maternal relationship, preterm baby, play, group of mothers.

Introduction

Every year, 20% of babies are born prematurely all over the world (Guimarães and Monticelli, 2007), being the main population attended in neonatal units. It is a large heterogeneous group, including newborns between the near-term viability limit, which present their own varied physiological and pathological characteristics. This baby usually needs hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit - NICU (Goulart, 2004). Preterm is defined as a baby born alive before 37 weeks of pregnancy are completed. An estimated

1054



15 million babies are born too early every year and in almost every country, and preterm birth rates are increasing (World Health Organization, 2016).

A study that examined associations of risk factors with spontaneous preterm birth and indicated preterm birth presented a different overall profile. Spontaneous preterm births were associated with young maternal age, low maternal weight, low or high parity, previous abortion, smoking, and early pregnancy bleeding, and preterm births were associated with older age, low weight, previous stillbirth, bacteriuria, and early pregnancy bleeding (Meis et al., 1995).

The psychological impact on the birth of a preterm baby is verified in studies, which generates a high level of maternal anxiety (Gasparetto, 1998; Valle, 2002). The level and volume of neonatal intensive care and mortality in very low birth-weight had a large increase in both the number of Neonatal Intensive Care Units (NICUs) in community hospitals and the complexity of the cases treated in these units (Phibbs et al., 2007).

A study on the perinatal social variables of affective relationships between mothers and full term and preterm newborns found that all mothers establish affective bonds with their babies, even in unplanned pregnancies. However, the relation of preterm mothers was presented to be more difficult (Thomaz, Lima, Tavares, and Oliveira, 2005). The feeling of a gap between the idealized motherhood and the premature birth hampers maternal adaptation to the reality experienced when face to a fragile newborn and arouses feelings of frustration, which may hinder her interaction with the baby and provoke the closure in herself (Iungano, 2009). Nevertheless, for the preterm newborn, affective life is the key to development, and he/she needs environmental routines and, fundamentally, a positive maternal relationship (Ministry of Health. Secretariat for Health Policies, Children's Health Area, 2002).

Aresearch on neonatal intensive care studied the reduction of the premature infants' length of stay and the improvement of the parents' mental health with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) program (Melnik et al., 2006). Although low birth weight premature infants and parents are at high risk for adverse health outcomes, there is a paucity of studies that test early NICU interventions with parents to prevent the development of negative parent-infant interaction trajectories (Shaw et al., 2013). In addition to the abrupt separation from the mother at birth, the preterm newborn suffers invasive procedures, feels the odor of the incubator cloths and substances from medical procedures (Ministry of Health. Secretariat for Health Policies, Children's Health Area, 2002).

The impaired maternal interaction has repercussions on the evolution of manifestations of the subjectivity of the baby, such as facial, vocal and corporal expressions, as well as on the psychofunctional aspects related to sleep, breathing, digestion, crying and others (Pinto, 2004).

Although there are diagnostic and therapeutic advances in the area of Neonatology and its subsequent monitoring of the long-term evolution of preterm newborns, studies find out that the main maternal emotional reactions are anxiety, depression and stress. They also indicate that the absence of interaction between mother and baby can lead to disorders in the affective relationship and provoke repercussions on the general development of the child over time (Brum and Schermann, 2004; Carvalho, Martinez, and Linhares, 2008; Casanova, Valle, and Santos, 2009; Gasparetto, 1998; Klaus and Kennell, 1995; Melnyk, Crean, Feinstein, and Fairbanks, 2008; Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, and Martinez, 2004; Ruiz, Cernadas, Cravedi, and Rodríguez, 2005; Schmücker et al., 2005; Scochi et al., 2004; Valle, 2002).

The importance and significance of playing as a strategy of relief from painful experiences and the attainment of emotional balance have been emphasized. The games, because they retain repetitive and reproductive characteristics associated to the innovative, can provide a natural interactive movement and generate pleasure, factors that are essential to the process of opening to the environment, and internal and external reorganization. This interactive character of play contributes to the individual living better with reality and repairing possible damages from suffering and anxiety linked to the process experienced. In this way, it can be seen as a preventive and curative action to support moments of greater tension (Oliveira, 2006; Vieira and Carneiro, 2008).

This research was developed based on data from the Ministry of Health on preterm newborns (Ministry of Health. Secretariat for Health Policies, Children's Health Area, 2002), with Piaget as theoretical reference (Piaget, 1973; Piaget, 1978; Souza, 2011).

Objective

To investigate the influence of play on the maternal relationship with the preterm newborn.

Method

This is a qualitative research, with descriptive exploratory character. In this kind of study, the questions can be analyzed in deeper aspects (Minayo, 2012).

Participants

30 mothers of preterm newborns, aged between 16 and 40 years old, educational level up to high school, selected at the Maternity Hospital of a University Hospital at the Greater Sao Paulo, Brazil, from January to April 2007.

Materials

The material used met the three great modalities of play described by Piaget (1978): sensorimotor, symbolic, and rules or socialization. Graphic material was available, enabling the non-verbal symbolic expression through freehand drawings. The selected toys aimed at physical movement (game of rods), the maternal representation of everyday situations (baby dolls, cribs, kitchen utensils) and sets of rules that stimulate social contact and focus on the activity developed (memory game, puzzle). The meetings were photographed, and in three of them auditory resources were used, such as songs for babies.

Procedure

Sixteen weekly group meetings, each lasting 60 minutes, were carried out using sensory-motor games (which create situations to provide bodily movements in a spontaneous and pleasurable space-time context), symbolic (involving body and imagination associated to plastic and scenic representations) and rules or socialization (linked to cognitive memory processes, language, among others), associated with graphics.

The games aimed to work on body, affective-emotional and cognitive aspects, creating conditions for integration, agility and flexibility. The meetings followed a flexible script with initial presentation of the group, followed by the choice and development of the game by the participants, ending with a discussion about the themes and the outgoing emotions. Finally, feedback was provided on the feelings and maternal relationships that emerged.

In short, play was used as a foundation for working out the maternal relationship with the preterm newborn, according to the Piagetian model, that is, prioritizing the relaxation of assimilation on the accommodation tension, by means of free and spontaneous expression.

Results

Data analysis revealed that the creation of a play group was favorable, with high adherence and motivation of the mothers, favoring the reduction of anxiety, adaptation to the reality experienced and stimulus to an effective, affective, positive and healthy maternal relationship. When attending to the meetings, the mothers reacted in an increasingly renewed and organized way, because the games involved facilitating and adaptive situations, through the action of the body, and raised new mental representations.

This study confirmed the importance of playing in the hospital as a creative and innovative strategy, temporarily causing the problems of daily living and their concerns to be ignored by the mothers of hospitalized preterm infants. It was noted that play, as a fun and stimulating activity, made the mothers more attentive and relaxed, while encouraging active participation in the meetings, provided a progressive elaboration of the experienced reality with emotional strengthening and the discovery of coping with challenges. In parallel to the safer and more affective maternal relationship, there was evolution of psychofunctional aspects of the preterm newborn when in sleep/awake, hunger/satiation, attention/habituation and rest/activity.

Discussion/Conclusion

The results of this research confirm studies that attest that premature birth is a stressful maternal event, whose mother is faced with an unpredictable situation, which generates anxiety (Brum and Schermann, 2004; Carvalho et al., 2008; Klaus and Kennell, 1995; Ruiz et al., 2005; Schmücker et al., 2005).

In the same way, they confirm researches that present the positive effects of intervention programs developed with mothers of preterm infants and their babies on the reduction of symptoms of anxiety, stress and maternal depression, which interfere with the maternal relationship (Casanova et al., 2009; Gasparetto, 1998; Melnyk et al., 2006; Padovani et al., 2004; Phibbs et al., 2007).

The data obtained in this study, based on the relevance of play, resemble the conclusions of other researchers on this subject (Scochi et al., 2004), which indicate that play contributes to the process of adaptation and balance for supporting the reality experienced by the mother of the preterm baby, besides being characterized as a form of humanized health care.

In this study, the act of playing created situations that favored greater body movement, which improved the mother's tone-postural flexibilization, initially tense, as already verified in previous studies (Carvalho, Martinez, and Linhares, 2008; Melnyk et al., 2008). This body-sensory-motor reorganization, associated to the group's pleasant interaction, favored the expression of mental representations evoked and/or imagined, which corroborates the Piagetian approach that the symbolic manifestations are based and dynamized through the body (Piaget, 1973; Piaget, 1978).

The flexible integration of sensory-motor, symbolic and rules/socialization games contributed to benefit the manifestation of anxiogenic themes and the externalization of feelings and emotions resulting therefrom. In a complementary way, the group activities led to the formation of a team spirit, in which, with progressive cohesion, there was space and listening for mothers to freely express what they felt and thought, subjects that were often shared and understood by others. This support, once felt, propitiated and associated to the development of non-directed, free and spontaneous ludic-graphic activities, increasing the physical and mental reorganization (Oliveira, 2008).

All in all, in this study, through play, a movement of openness and flexibility of mothers was observed, with decreased anxiety, less guilty feeling, and greater safety in their effective and affective relationship with her preterm baby, which indicates the convenience of further research on this approach.

References

- Brum, E. H. M. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 475-76.
- Carvalho, A. E. V., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2008). Maternal anxiety and depression and development of prematurely born infants in the first year of life. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 600-608.
- Casanova, L. D., Valle, L. M. S., & Santos, W. A. (2009). Humanização das unidades neonatais. In C.A.M. Segre (Ed.), *Perinatologia: fundamentos da prática* (pp. 866-69). São Paulo, Brazil: Sarvier.
- Gasparetto, S. (1998). *Desenvolvimento de um programa de intervenção para mães de bebês pré-termo* (Tese de Doutorado em Psicologia). São Paulo, Brazil: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

- Goulart, A. L. (2004). Caracterização da população neonatal. In B. I. Kopleman (Ed.), *Diagnóstico e tratamento em neonatologia* (pp. 3-12). São Paulo, Brazil: Atheneu.
- Guimarães, G. P. & Monticelli, M. (2007). A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da Enfermagem. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 16, 626-35.
- Iungano, E. M. (2009). A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. *Psicologia em Pediatria*, 45(1), 26-30.
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1995). Assistência aos pais. In M. H. Klaus & A. A. Fanaroff (Eds.), *Alto risco em neonatologia* (6 Ed.) (pp. 86-97). Rio de Janeiro, Brazil: Guanabara Koogan.
- Meis, P. J., Michielutte, R., Peters, T. J., Wells, H. B., Sands, R. E., Coles, E.C., & Johns, K.A. (1995). Factors associated with preterm birth in Cardiff, Wales - II. Indicated and spontaneous preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173(2), 597-602. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)90288-0](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(95)90288-0)
- Melnyk, B. M., Crean, H. F., Feinstein, N. F., & Fairbanks, E. (2008). Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. *Nursing Research Journal*, 57(6), 383-94.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R.A.,...& Gross, S.J. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118(5), e 1414-27. Doi: 10.1542/peds.2005-2580
- Minayo, M. C. de S. (2012) *Pesquisa social – teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Ministry of Health. Secretariat for Health Policies, Children's Health Area. (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru, manual do curso*. Brasília, Brazil: Ministry of Health.
- Oliveira, V. B. (2006). *Rituais e brincadeiras*. Petrópolis, Brazil: Vozes.
- Oliveira, V. B. (2008). O brincar no hospital e a aderência ao tratamento. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus & V. B. Oliveira (Orgs.), *Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa* (1.ed.) (pp. 199-218). São Bernardo do Campo, Brazil: Metodista.
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F.E. (2004). Anxiety and depression symptoms assessment in pré-term neonates'

- mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 251-54.
- Phibbs, C.S., Baker, L. C., Caughey, A. B., Danielsen, B., Schmitt, S. K., & Phibbs, R.H. (2007). Level and volume of neonatal intensive care and mortality in very-low-birth-weight infants. *The New England Journal of Medicine*, 356(21), 2165-75. Doi: 10.1056/NEJMsa065029
- Piaget, J. (1973). *Biología e conhecimento*. Rio de Janeiro, Brazil: Vozes.
- Piaget, J. (1978). *A formação do símbolo na criança, imitação, jogo, sonho, imagem e representação de jogo*. Rio de Janeiro, Brazil: Zahar.
- Pinto, E. B. (2004). Baby's psychofunctional symptoms and parents/baby therapeutic consultations. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451-457.
- Ruiz, A.L.R., Cernadas, J.M.C., Cravedi, V. & Rodríguez, D.(2005). Estrés y depresión en madresde prematuros: un programa de intervención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103, 36-45.
- Schmücker, G., Brisch, K.-H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, F.,...& Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 423-41.
- Scochi, C. G. S., Brunherotti, M. R., Fonseca, L. M. M., Nogueira, F. S., Vasconcelos, M. G. L., & Leite, A. M. (2004). Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(5), 1-15.
- Shaw, R. J., St John, N., Lilo, E., Jo, B., Benitz, W., Stevenson, D. K., & Horwitz, S. M. (2013). Prevention of Traumatic Stress in Mothers of Preterm infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 132(4), e886-94. Doi: 10.1542/peds.2013-1331
- Souza, M. T. C. C. (2011). As Relações entre Afetividade e Inteligência no Desenvolvimento Psicológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(2), 249-254.
- Thomaz, A. C. P., Lima, M. R. T., Tavares, C. H. F., & Oliveira, C. G. (2005). Relações afetivas entre mães e recém nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 139-146.
- Valle, L. M. S. (2002). *Fatores de alto risco e ansiedade em mães de recém nascido pré-termo*. 2002 (Master'sDissertation in Psychology). São Paulo, Brazil: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

- Vieira, T. & Carneiro, M. S. (2008). O brincar na sala de espera de um ambulatório pediátrico: possíveis significados. In E. Bomtempo, E.G. Antunha, & V.B. Oliveira (Eds.), *Brincando na Escola, no Hospital, na Rua...* Rio de Janeiro, Brazil: Wak.
- World Health Organization. (2016). *Fact sheet 363: Preterm Birth*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>

RESILIENCIA Y ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

M^a Soledad Temprano-Peñín*, **Guadalupe Sánchez-Crespo**** y **Fernando Jiménez-Gómez ****

**Complejo Asistencial de Zamora (Sacyl). Hospital Virgen de la Concha; **Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología*

Resumen

Antecedentes: La resiliencia es la capacidad que tiene una persona para afrontar una situación adversa, superarla y salir fortalecido. Se muestra en el estudio de Quiceno y Vinaccia (2011), como la resiliencia ha trascendido hasta el campo de la salud, especialmente, al área de la enfermedad crónica, y es un factor de protección. **Método:** Se trata de determinar los niveles de resiliencia en una muestra de pacientes oncológicos y realizar un perfil del mismo. Se analizan cada uno de los factores que componen la capacidad de Resiliencia para poder apreciar los logros del paciente y por otra, se intenta conseguir el acercamiento de la psicología al área de la oncología a través del fenómeno de la resiliencia. El diseño de la investigación es descriptivo. La muestra está constituida por 100 pacientes oncológicos del Complejo Asistencial de Zamora en los años 2013-14. Utilizamos la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young versión en español de Heilemann, Lee y Kury (2003), conformada por 25 ítems en forma de afirmación. **Resultados:** Son 32 varones y 68 mujeres con un rango de edad entre 18 y 90 años. Las subescalas de satisfacción personal, confianza en sí mismo y perseverancia puntuaron altas. El paciente que puntúa más alto en la escala tiene 174 puntos que supone un alto nivel de resiliencia y el más bajo 93 puntos con un nivel de resiliencia bajo. La media de resiliencia es de 138 puntos, siendo un nivel medio. **Conclusiones:** La confianza en sí mismo, sentirse bien solo, perseverancia, satisfacción personal y ecuanimidad ayuda a ser resilientes. La resiliencia puede aprenderse.

Palabras clave: Resiliencia. Enfermedad. Cáncer. Salud. Afrontamiento.

RESILIENCE AND ONCOLOGIC DISEASE

Abstract

Antecedents: Resilience is the ability of a person to deal with an adverse situation, overcome it and emerge stronger and Vinaccia study (2011) show how resilience has transcended the field of Medicine, especially the area of chronic diseases and is a protective factor. **Method:** The goal is to define the levels of resilience of a sample of oncologic patients and create a profile. Each of the factors that make up the resilience to appreciate the achievements of the patient and on the other, trying to get the approach of psychology to the area of oncology through the phenomenon of resilience are analyzed. The design of the research is descriptive. The sample is composed of 100 oncologic patients from the Zamora Health Care Center Complex between the years 2013-14. We have used Heilemann, Lee and Kury's Spanish version (2003) of the Wagnild and Young Resilience Scale, composed of 25 positive statements. **Results:** Are 32 men and 68 women with an age range between 18 and 90 years. The personal satisfaction, self confidence and perseverance subscales scored high. The patient who score highest on the scale has 174 points which is a high level of resilience and the lowest 93 points with a low level of resilience. The mean resilience score is 138 points, being an average level. **Conclusions:** Self confidence, feeling good by oneself, perseverance, personal satisfaction and equanimity help being resilient. Resilience can be learnt.

Keywords: Resilience. Disease. Cancer. Health. Coping.

Introducción

Grotberg (1995), Grotberg (2001), Grotberg (2006), concibe la resiliencia como un proceso dinámico y evolutivo, definiéndola como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido de aquellas experiencias de adversidad. Cyrulnik (2005), considera la resiliencia como un proceso de construcción a partir del trauma, equivale a resistir al sufrimiento y como un impulso de reparación que nace de esta resistencia. Una persona resiliente, es aquella persona que se ha adaptado de forma positiva a una situación adversa. Este término de resiliencia, proveniente de la física, se refiere a la capacidad de resistencia de algunos materiales a la presión, tensión e impacto que pueden recuperar su estado inicial. Desde hace algunos años ha comenzado a manejarse el concepto de

resiliencia como aquella cualidad de las personas para resistir y rehacerse ante situaciones traumáticas o de pérdida. Así, la resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona, o grupo, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Manciaux, Lecomte, Vanistendael y Schweizer, 2001).

Para Maganto y Maganto (2010) la importancia de la resiliencia engloba dos factores: la resistencia frente a la destrucción, o capacidad para proteger la propia integridad, y la capacidad para construir un proyecto vital positivo, pese a circunstancias adversas que incluye la capacidad de la persona y del sistema social de afrontar esas dificultades.

El cáncer por su condición de enfermedad crónica y como factor estresante y traumático tiene implicaciones tanto en el paciente como en su familia. Como objetivo general se pretende determinar los niveles de resiliencia en una muestra de pacientes oncológicos y realizar un perfil del mismo.

Método

Participantes

Son 100 pacientes con diversos tipos de diagnóstico de cáncer, con diferentes fases de evolución/remisión. El grupo presentaba una media de edad de casi 60 años (59,92 años), una SD = 14,85 y un rango de edades entre 18 y 90 años. Las 32 varones presentaban una media de edad de 65,22 años (SD = 14,20; rango de edad: 23-86 años) y las mujeres una media de edad de 57,43 (SD= 13,19; rango de edad: 18-90 años). Su estado civil era de un 11% de solteros, el 67% estaba casado, 18% viudos, el 3% separados y solamente 1% se encontraba en una situación de pareja de hecho. La muestra presentaba un nivel de estudios alcanzado de 22% en Básica, Primaria 35%, Secundaria 17%, Formación profesional un 13% y Universitario otro 13%.

Material

Se utilizó como instrumento de evaluación la Escala de Resiliencia (RS) de Wagnild y Young (versión española de Heilemann et al., 2003), conformada por 25 ítems con formato de respuesta tipo Likert de siete opciones (1 = totalmente en desacuerdo a 7 = totalmente de acuerdo) que engloban tres subescalas: Satisfacción personal, Confianza en sí mismo y Perseverancia. Los niveles de consistencia interna de la escala total oscila

entre ,72 a ,94. El rango de las puntuaciones es de 25 a 175, representando las puntuaciones más altas un mayor nivel de resiliencia. La escala evalúa dos factores generales y 4 variables específicas de la resiliencia. Los factores que evalúa son: Factor I: Competencia personal (ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10,13,14,15,17,18,19, 20, 23 y 24) que indican: Autoconfianza, Independencia, Decisión, Invencibilidad, Poderío, Ingenio y Perseverancia; Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (ítems: 7, 8, 11, 12, 16, 21, 22 y 25) que reflejan la Adaptabilidad, Balance, Flexibilidad y una Perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. Las 4 variables específicas de la resiliencia son: Satisfacción personal (ítems: 16, 21, 22 y 25); Sensibilidad (ítems: 7, 8, 11 y 12); Sentirse bien solo (ítems: 5, 3 y 19); Confianza en sí mismo (ítems: 6, 9, 10, 13, 17, 18 y 24); y Perseverancia (ítems: 1, 2, 4, 14, 15, 20, y 23).

Procedimiento

Se procedió a obtener la muestra de los pacientes que acuden a consulta del Complejo Asistencial de Zamora del Hospital Virgen de la Concha de Zamora durante los años 2013/2014. Son pacientes atendidos en el Complejo Asistencial de Zamora, y localizados en el Hospital y en la Asociación Española contra el Cáncer que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: dar su consentimiento informado oral para participar en el presente estudio. Ser pacientes oncológicos y no oncológicos con diagnóstico realizado por un especialista. Ser mayores de edad. Estado de salud física y mental que permita responder de forma coherente al cuestionario, y los siguientes criterios de exclusión: alteración cognitiva, patología mental o abuso a drogas. Negativa a entrar en el estudio. No tener su consentimiento informado oral. Detección por el investigador de sufrimiento o maleficencia mediante el transcurso de la investigación. Se redactó un consentimiento informado dirigido a los participantes, donde se explicaba el objetivo y la descripción breve de la investigación, así como, las condiciones de participación.

Diseño

La presente investigación responde a una investigación cuantitativa, analítica de corte transversal apoyada en una investigación de campo de carácter descriptivo. Se analizaron fundamentalmente las variables específicas del cuestionario de Resiliencia y variables universales.

Resultados

Se trata de 32 varones y 68 mujeres con un rango de edad entre 18 y 90 años. Los sujetos con enfermedad oncológica representan en un 49% el tramo entre 61 y 90 años. El menor tramo de edad está representado en el de los sujetos entre 18 y 40 años que conforman el 11%. El 52% de la muestra está diagnosticado desde el 2009-11, el 31% desde 1977-08 y el 17% desde el 2012-13.

Los sujetos oncológicos presentan en nuestra muestra un 42% de sujetos con cáncer de Mama y un 25% de sujetos con cáncer de cabeza y cuello. Seguidos por cáncer de tipo digestivo en un 12% y el cáncer menos numeroso es el de tiroides con un 6%. El 67% de nuestra muestra de sujetos está casado. El 67% de la muestra ha recibido un tratamiento combinado de cirugía, quimioterapia y radioterapia. El 55% de nuestra muestra pertenece al medio urbano. El 36% de nuestra muestra son ama de casas y el 17% son funcionarios. El 35% tienen estudios primarios. El 32% de nuestra muestra está jubilado, el 30% son ama de casa, el 20% están en activo y un 3% de baja o incapacidad laboral respectivamente.

El paciente que puntúa más alto en la escala tiene 174 puntos que supone un alto nivel de resiliencia y el más bajo 93 puntos considerado como un nivel de resiliencia bajo. La media de resiliencia es de 138 puntos, siendo un nivel medio. El ítem menos puntuado se relaciona con la "finalidad de todo en la vida".

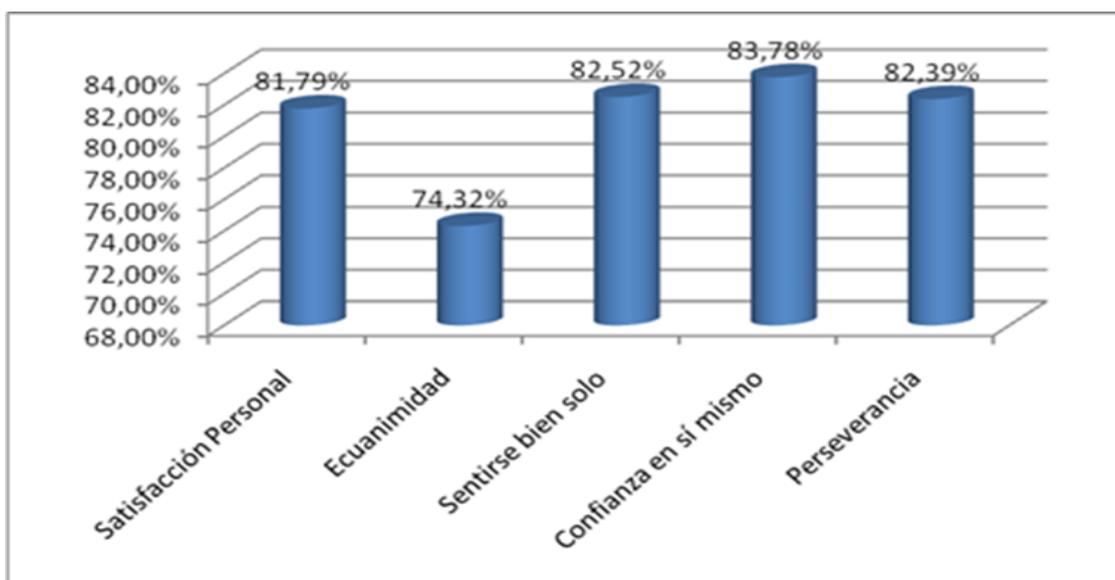


Figura 1. Características específicas de la Escala de Resiliencia (ER).

Como podemos ver en la figura 1 las características de la resiliencia se representan en el 83,78% de los sujetos oncológicos de nuestra muestra con confianza en sí mismo como habilidad para creer en sí mismo y en sus capacidades, el 82,52% dicen sentirse bien solos como significado de libertad y que somos únicos y muy importantes, el 82,39% tienen perseverancia como persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina, el 81,79% manifiestan satisfacción personal como comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta, y el 74,32% sienten ecuanimidad como perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.

Tabla 1

Diferencia de medias y significación estadística entre género en las variables de Resiliencia

Variables	Varones (n = 32)		Mujeres (n = 68)		Dif. Medias	"d" de Cohen
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.		
Satisfacción personal (4 ítems)	23,37	4,338	22,68	4,504	0,466	-
Ecuanimidad (4 ítems)	21,438	3,9752	20,515	4,8852	0,353	-
Sentirse bien solo/a (3 ítems)	16,91	3,449	17,53	3,453	0,402	-
Confianza en sí mismo/a (7 ítems)	41,81	4,961	40,69	6,950	0,415	-
Perseverancia (7 ítems)	40,78	5,259	40,18	7,350	0,677	-
Factor 1. Competencia personal (17 ítems)	99,50	12,163	98,40	16,476	0,736	-
Factor 2. Aceptación (8 ítems)	44,81	7,271	43,19	8,353	0,348	-

Contemplando la Tabla 1 se puede apreciar las puntuaciones medias de los diferentes factores y variables integrantes de la Resiliencia a través de las respuestas ofrecidas por varones y mujeres. Observamos que no existen diferencias significativas entre género en ninguna de las variables de la escala.

Discusión/Conclusiones

Los objetivos de la investigación en estudios sobre la resiliencia tienen como objeto definir los atributos que permitirán identificar las personas que podrían resistir y superarse en las situaciones adversas, así como reconocer las estrategias más adecuadas para potenciar estas capacidades.

Podemos considerar la resiliencia como proceso por el que se desarrolla la adaptación positiva frente a situaciones de adversidad como la considerada en forma de enfermedad. La persona está en situación adversa pero a pesar de ello activa respuestas de adaptación positiva como señala Luthar (2003). Ante la frase “Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas” los sujetos oncológicos en un 42% afirman estar completamente de acuerdo con esta frase, el 36% de acuerdo, el 12% más bien de acuerdo y el 1% completamente en desacuerdo. Ante la frase “Me mantengo interesado en las cosas” los sujetos oncológicos opinan en un 43% que están completamente de acuerdo con la frase, el 33% está de acuerdo, el 12% está más bien de acuerdo y el 1% está completamente en desacuerdo. Se destaca que las redes de apoyo social son importantes en los sujetos para promover esta resiliencia como señala también Wolkow y Ferguson (2001).

Las personas resilientes presentan características similares, son realistas, tratan de optimizar su salud, mantienen una capacidad de renovarse, creen en una misión de vida y se plantean un proyecto de vida. Es así también en los sujetos de nuestra muestra analizando las afirmaciones del Cuestionario de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).

La investigación basada en la evidencia ha sido concluyente en afirmar que la resiliencia es una variable protectora de la salud física y mental en momentos de enfermedad (Brix et al., 2008). Importante la conclusión de Quiceno y Vinaccia (2011), demostrando que un programa de intervención focalizado en resiliencia puede potenciarla y producir cambios importantes a nivel biopsicosocial y espiritual en pacientes, observación que también obtenemos en el estudio.

Hemos podido comprobar en los sujetos de nuestra muestra que son resilientes y cuando la enfermedad irrumpe en la vida del sujeto, ante esta situación adversa el sujeto puede desarrollar la resiliencia que le permite crecer ante esta adversidad. Los sujetos están mayoritariamente de acuerdo en realizar las cosas que planean, arreglárselas de una u otra manera, depender más de sí mismo que de otras personas, mantenerse interesado en las cosas, estar solo si lo precisa, sentirse orgulloso de haber logrado cosas en su vida, ver las cosas a largo plazo, ser amigo de sí mismo, sienten que pueden manejar varias cosas al

mismo tiempo, son personas decididas, rara vez se preguntan cuál es la finalidad de todo, toman las cosas una por una, pueden enfrentar las dificultades porque las han experimentado antes, tienen autodisciplina, se mantienen interesados por las cosas, por lo general encuentran algo de qué reírse, el creer en sí mismos le permiten atravesar tiempos difíciles, en una emergencia son personas en las que se puede confiar, generalmente pueden ver una situación de varias maneras, algunas veces se obligan a hacer las cosas aunque no quieran, su vida tiene significado, no se lamentan de las cosas por las que no pueden hacer nada, cuando están en una situación difícil, generalmente encuentran una salida, tienen la energía suficiente para hacer lo que deben hacer y aceptan que hay personas a las que no les agradan. Observando estos resultados debemos tener en cuenta la propia muestra de sujetos y sus características como limitaciones del estudio.

El enfermo oncológico, con el matiz negativo de su enfermedad a priori, pudimos ver que se sentía amparado y cuidado; también en su mayor parte la muestra de sujetos oncológicos procedía de Asociaciones, con lo cual, estaban ocupando su tiempo en actividades lucrativas, talleres, exposiciones, conferencias y lo que es más importante compartían sus experiencias en el ámbito social y de apoyo. Esto es importante para que se desarrolle el proceso de resiliencia. La utilidad del estudio nos conduce a la necesidad del desarrollo de programas de intervención en resiliencia, ya que se le considera una variable protectora, moduladora y amortiguadora de la salud física y mental (Brix et al., 2008; Wagnild, 2009).

Referencias

- Brix, C., Schleussner, C., Füller, J., Roehrig, B., Wendt T. G., y Strauss, B. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal Psychosomatic Research*, 65, 541-548.
- Cyrulnik, B. (2005). *El realismo de la esperanza. Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Grotberg, E. H. (1995). *The International Resilience Project: Promoting resilience in children*. ERIC: ED 383424. EE. UU. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/234622278_The_International_Resilience_Project_Promoting_Resilience_in_Children
- Grotberg, E. H. (2001). *Resiliencia, descubriendo las propias fuerzas*. Buenos Aires: Paidós.

- Grotberg, E. H. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona: Gedisa.
- Heilemann, M. V., Lee, K., y Kury, F.S. (2003) Psychometric Properties of the Spanish Version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11(1), 61-72.
- Luthar, S. S. (2003). Preface. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. XIX-XXV). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Maganto, C., y Maganto, J. M. (2010). *Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas*. Pirámide. Madrid.
- Manciaux, M., Lecomte, J., Vanistendael, S., y Schweizer, D. (2001). *La résilience: résister et se construire*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9, 69-82.
- Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Wagnild G.M. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17, 105-113.
- Wolkow, K. E., y Ferguson, H. B. (2001). Community factors in the development of resiliency: Considerations and future directions. *Community Mental Health Journal*, 37, 489-497.

AN IMMERSIVE VIRTUAL SERVICE APPLIED TO THE DETECTION OF BRAIN FINGERPRINTS

María Eugenia Gutiérrez-Marco*, **Hilda Maria Rodrigues-Moleda-Constant****,
Begoña Sáiz-Mauleón***, **María José Beneyto-Arrojo*** y **Carmen Moret-Tatay***

Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"; **Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA); *Departamento Expresión Gráfica Arquitectónica. E.T.S de Ingeniería del Diseño, Universidad Politécnica de Valencia*

Abstract

Within the legal framework, a great interest has been developed in the application of interrogation techniques. More precisely, the scientific awareness has increased on applying techniques focused in a more specific approach (as the case of the evoked potentials or the analysis of the P300 wave). Although the results obtained to date seem promising, since they relate the amplitude of this wave to the verdict of being innocent or guilty, this technique presents some questions that raise several doubts about its effectiveness. The objective of this work is to present the development of an immersive virtual service applied to the detection of cerebral fingerprints within judicial environments. To do this, a study using the oddball paradigm will be carried out, in which participants will be asked to honestly respond or simulate deception in counterbalance block presentation of stimuli. The wavelengths can be recorded by applying electrodes placed along the scalp of the participants while performing the task. The expected results could shed light on the wavelengths in the target condition for episodic stimuli. In addition, such scenarios could have greater ecological validity. In other words, this validity is linked to the aim of developing a scenario closed to daily life and less artificial to the traditional laboratory. This would be the innovative aspect of the present project. Moreover, this propose not only seems a promising line of research, it would be also interesting its application both in a theoretical and applied level, e.g., in the judicial framework. For this reason, we consider more research in this field necessary.

Key words: Pretended deception, brain fingerprints, P300, episodic memory

Introduction

For the past decade, scientists and psychologists have been studying the way that we recall memories and have discovered that memory is not in fact linear, but fluid. However, there remain several underlying variables regarding the identification of a false memory or a lie that remain unclear. Focusing on deception in this field (in other words, being able to distinguish between false memories and lies), one of the first techniques within the judiciary was the polygraph, or popularly known as a "lie detector". In relation to their functions, the polygraph is a tool used to measure the physiological responses of a participant. These variables are recorded as answers to certain issues related to deception. Some of them are related to changes in blood pressure and changes in heart rate, or other aspects, such as respiratory rate (Rogers, 1969). The beginning of its use occurs in the nineteenth century with William Moulton Marston, who found a correlation between changes in blood pressure and action by which the subject lies. It is not surprising that Marston has been considered to be the father of the polygraph.

The polygraph is a technique that has very low reliability, so in Europe it is generally not used in legal matters. Polygraphs can be strongly influenced by different variables such as stress. They can even be affected by a practice effect due to a learning process – in other words, one could manipulate the physiological mechanism to respond to a certain stimuli, which would significantly alter the results without the examiner being aware of it. An alternative strategy might be the use of the evoked related potential (ERP). More precisely, the analysis of the P300 wave, often related in the process of decision making and memory. The use of ERPs is based on the oddball paradigm in which targets are presented with other probes and non-target stimuli. The task is based on the logic that we recognize certain information because it is stored in our memory. Moreover, the choice that is done among types of information produces an involuntarily P300 wave that can be measure in terms of amplitude.

In this way, to carry out the registration, a minimum of two electrodes need to be placed on the surface of the head. These record neuronal activity on the scalp (EEG), which is then sent to an amplifier (Coles and Rugg, 1995). Simultaneously, a presentation of different stimuli is performed together with the completion of registration. Through this process, the signal is recorded and an average is selected in order to remain as clear as possible. Measuring P300 has been widely used in different studies for basic cognitive processes such as attention or memory (Donchin, Karis, Bashore and Coles 1986; Katayama and Polich, 1998). In terms of the legal aspects of both the aforementioned

techniques, brain fingerprinting is not legally allowed to be used in most countries. However, countries like the US can allow its use in certain cases where safety is at risk (Ben-Shakhar, Bar-Hillel and Kremnitzer, 2002). Other countries such as Germany (Fiedler, Schmidt and Stahl, 2002) or Canada (Mastroberardino, Santangelo, Botta, Marucci and Belardinelli, 2008) have completely forbidden its use. Moreover, the measurement of the P300 has had greater acceptance in general terms. One of the reasons for the success of this technique could be its legal acceptance in the US and Japan under the motto that the evoked potentials (ie P300) cannot be altered by the participant's will. In fact, it is considered that the application of this test is a superior tool to the polygraph, being used in up to 5000 cases per year in the US as evidence in court (Garland and Glimcher, 2006). Furthermore, it is worth noting that despite the progress and volume of studies on the subject, underlying issues remain unclear with regards to the reliability (Bergström, Anderson, Buda, Simons and Richardson-Klavehn, 2013).

The research in this field has focused on the use of this technique in court, for example, Farwell, Richardson and Richardson (2013) who tried to detect the existence of prior knowledge in the brain. Therefore, it is important to remember that general differences in wave amplitude (on brain fingerprints) and the P300 identification occur when the subject faces a series of stimuli of rare occurrence and frequency that are meaningful in the context. This is what is commonly referred to as the oddball paradigm. It bears noting that when an irrelevant stimulus is presented, one P300 is not expected to occur. As mentioned, in this task, the subject is instructed to react to a specified stimulus. To demonstrate the utility of this and the test paradigm, Farwell et al. (2013) developed a series of experiments using the same technique. With the same procedure as the study above, the expected results were obtained. Farwell could distinguish between subjects who had a specific information and those who didn't.

There are two main controversies surrounding the failure of the replicability of this type of task. One of the biggest controversies in these lines is the structure of memory unit and malleability thereof. Endel Tulving (1972) said the knowledge stored in our memory is expressed explicitly and implicitly, which means that the retrieval and use of information from our memory does not always go accompanied with conscious experiences. As pointed out by Levine and Pizarro (2004), emotional states directly influence the classification of events, which would increasingly influence the probability that a stimulus is actually remembered later. Bear in mind that memory is characterized by storing conceptual knowledge about the world without influencing the acquisition context

or situation in which it was learned (for example, knowing that Madrid is the capital of Spain).

The second type of criticism this study receives is linked to the use of artificial elements or the distance from the daily life of the participant. According to some authors, cognitive evaluation through Virtual Reality (VR) has a higher ecological validity than pencil tests and traditional paper Bombín et al. (2014), allowing the creation of environments and objects that are closer to people's daily routine. This project seeks to innovate in the development of the evaluation of tools in cognitive neuroscience, for the purpose of developing a new product that provides more detailed data on the performance of the participant. The novelty of the project is to offer an immersive tool against 3D traditional approach. The environment suggested, which differs from the traditional approach, is the CAVE (Computer Assisted Virtual Environment) - a room where the walls function as High resolution projection screens allowing the illusion of reality. In the present work we present a project that involves these underlying variables.

Method

Instrument and Design

On an applied level, the guidelines described in Method Farwell and Smith (2001) will be followed. For the purpose of developing the oddball paradigm, three types of stimuli will be employed, according to the knowledge of the details of the condition. Therefore, we divide stimuli into:

- i) Target: The type of stimuli where the participant is asked to lie. This will be divided into autographical and general knowledge.
- ii) Probes: The type of stimuli where the participant is not asked to lie. This will be divided into autographical and general knowledge.
- iii) Irrelevant: Other stimuli irrelevant to the participant.

The stimuli will be presented at random and a test block was developed for the participant to understand and get used to the task, with a total of 100 trials, with the same conditions presented in the experimental blocks. As shown in Table 1, the proportion or frequency presentation will approximate that employed in research (1/6, 4/6 and 1/6 respectively): In addition, the stimuli was presented randomly.

Table 1

Distribution of the stimuli in the test proposed by type, block membership, frequency, type of instruction, nature and expected potential

Type stimuli	Block	Frequency	Nature	ERP
Target	1 (Control)	14	Rare	P300
	2 (Experimental)	14	Rare	P300
Probe	1 (Control)	14	Rare	P300
	2 (Experimental)	14	Rare	P300
Irrelevant	1 (Control)	72	Frequent	No P300
	2 (Experimental)	72	Frequent	No P300

The stimuli employees are sets of words and images reported by the informant. The presentation of the stimuli and recording response times will be controlled by the Windows operating system through Mindtracer (Hernández, Martínez, & León, 2004) and a CAVE will be employed for the presentation of the stimuli over its four walls. This system also requires virtual reality glasses for the deployment of stereoscopic 3D images.

Participants

To obtain the information that would allow us to prepare the stimuli that would be introduced to participants, an adaptation of the Farwell and Smith methodology (2001) was performed, where the reporter (subject A) will be responsible for giving us the information about executing the task (about subject B).

Procedure

The participants will be evaluated in a noise-free CAVE. The session will consist of a test phase and two experimental phases (these two stages have been counterbalanced). In the first experimental phase, the participants will be instructed to press a button (marked "Yes") to indicate whether the stimulus was a known stimulus, and press another button (labeled "No") if the stimulus is not known. In the second experimental phase, the participant will be instructed to press a button (marked "Yes") to indicate whether the

stimulus is a known stimulus, and press another button (labeled "No") if the stimulus is not known. Each stimulus presented to the participant issues a response with a maximum of 3500 ms.

Expected Results

First, the reaction times will be analyzed. Despite the great competition that has flourished in this area, remember that the main advantage of CAVE is being an immersive virtual environment where, unlike other immersive systems, our body interacts within the scene. This exponentially multiplies how you perceive the immersivity. It is not intended in any way to replace the traditional techniques of pen and paper employed in the field of judicial psychology, but implement them through more objectivity and less subject to noise data. Thus, an innovative service company will be developed. Following the COTEC guidance (2001), we will try to meet the following objectives in order to develop the commercial project.

- R + D
- Industrial design
- Acquisition and modification of machines and production tools, production processes and quality control methods and standards necessary to manufacture a new product or process.
- Launch of manufacture (modify products or processes, staff retraining and experimental manufacture).
- Marketing of new products.
- Acquisition of intangible technologies (patents, inventions not patented, licenses, know-how, trademarks, designs, utility models and purchasing services with technological content).
- Procurement of technological equipment (machinery and equipment with technology-related product innovations or processes introduced by the company)

In this way, the present project tries to address basic research, both empirical and theoretical. Bear in mind that an optimization of these services allows us to obtain data with less noise or contamination, that reflects underlying cognitive processes such as memory or attention. Therefore, an innovative R+D technique is presented. In other words, we seek to develop effective tools of analysis (mainly attentional and memory related).

Conclusion and Discussion

This objective the research project is to develop an immersive virtual service applied to the detection of brain fingerprint for court and judicial environments that might offer more ecological validity. In other words, the environment selected, which differs from the traditional approach, is the CAVE (a room where the walls function as High resolution projection screens allowing the illusion of reality). This system uses virtual reality glasses for the deployment of stereoscopic 3D images.

In this way, the present project tries to address basic research, both empirical and theoretical. Bear in mind that an optimization of these services allows us to obtain data with less noise or contamination that reflects underlying cognitive processes such as memory or attention. Therefore, an innovative R+D technique is presented. In other words, we seek to develop effective tools of analysis (mainly attentional and memory related). Finally, this research project seeks to examine the adequacy of the P300 test in addition to the expert evidence. This aims to study whether there are differences in the amplitude of the P300 wave to those stimuli that are familiar, or if, on the contrary, a simulated deception regarding the autobiographical information participant is able to be made. Finally, the differences between traditional and virtual environments will be examined, in order to offer a more ecological tool in the field. This might shed light on the identification between deception and false memories in court, and the ecological problems that the traditional techniques might present.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el proyecto emergente GVA convocatoria 2016 (2016-198-003).

References

- Ben-Shakhar, G., Bar-Hillel, M., & Kremnitzer, M. (2002). Trial by polygraph: reconsidering the use of the guilty knowledge technique in court. *Law and Human Behavior, 26*(5), 527.
- Bergström, Z. M., Anderson, M. C., Buda, M., Simons, J. S., & Richardson-Klavehn, A. (2013). Intentional retrieval suppression can conceal guilty knowledge in ERP memory detection tests. *Biological Psychology, 94*(1), 1-11.

- Bombín-González, I., Cifuentes-Rodríguez, A., Climent-Martínez, G., Luna-Lario, P., Cardas-Ibáñez, J., Tirapu-Ustárroz, J., & Díaz-Orueta, U. (2014). Validez ecológica y entornos multitarea en la evaluación de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 59(2), 77-87.
- Coles, M.G.H. & Rugg, M.D. (1995). *Event-related brain potentials: An introduction*. In Rugg, M.D. & Coles, M.G.H. (Eds.), *Electro physiology of Mind: Event-Related Brain Potentials and Cognition* (pp. 1-26). Oxford University Press, Oxford.
- Donchin, E., Karis, D., Bashore, T., & Coles, M. (1986). *Cognitive psychophysiology and human information processing*. Psychophysiology: Systems, Processes, and Applications. New York: Guilford Press.
- Farwell, L. A., Richardson, D. C. & Richardson, G. M. (2013). Brain fingerprinting field studies comparing P300-MERMER and P300 brainwave responses in the detection of concealed information. *Cognitive Neurodynamics*, 7(4), 263-299. Doi: 10.1007/s11571-012-9230-0
- Farwell, L. A. & Smith, S. S. (2001). Using brain MERMER testing to detect knowledge despite efforts to conceal. *Journal of Forensic Sciences*, 46(1), 135-143.
- Fiedler, K., Schmidt, J., & Stahl, T. (2002). What is the current truth about polygraph lie detection? *Basic Applied Social Psychology*, 24, 313-324.
- Fundación COTEC. (2014). *Tecnología e Innovación en España (Informe Cotec 2014)*. Madrid, España: Fundación Cotec para la Innovación Tecnológica. Recuperado de http://informecotec.es/media/A19_Inf.14.pdf
- Garland, B. y Glimcher, P. W. (2006). Cognitive neuroscience and the law. *Current Opinion in Neurobiology*, 16(2), 130-134.
- Hernández, M. B., Martínez, L. D. C., & León, M. A. B. (2004). MINDTRACER 2.0, sistema de estimulación para estudios. *Neuropsychology*, 21(7), 691-718.
- Katayama, J. I., & Polich, J. (1998). Stimulus context determines P3a and P3b. *Psychophysiology*, 35(1), 23-33.
- Levine, L. J., & Pizarro, D. A. (2004). Emotion and memory research: A grumpy overview. *Social Cognition*, 22(5: Special issue), 530-554.
- Mastroberardino, S., Santangelo, V., Botta, F., Marucci, F. S., & Belardinelli, M. O. (2008). How the bimodal format of presentation affects working memory: an overview. *Cognitive Processing*, 9(1), 69-76.

- Rogers, E. (1969). Tonic heart rate: Experiments on the effects of collative variables lead to a hypothesis about its motivational significance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12(3), 211.
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory 1. *Organization of Memory*. London: *Academic*, 381(4), 382-404.

PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE: DISCUTINDO NOVAS ÁREAS DE SERVIÇO**Ana Laura Schliemann***Pontifícia Universidade Católica de São Paulo***Resumo**

Introdução: No Brasil as relações entre psicologia e saúde foram se transformando e o uso de cenários não convencionais tornou-se um elemento importante espaço no cuidado da saúde física e mental. A interdisciplinaridade é hoje uma realidade no cuidado no sistema de saúde, mudando a relação entre profissionais e profissões exigindo um relacionamento interpessoal e uma comunicação mais clara e mais eficiente, criando a necessidade de uma linguagem comum e fazer. O **objetivo** deste resumo é apresentar o trabalho feito por acadêmicos do curso de Psicologia da PUC / SP em comunidades de crianças e adolescentes em condições de vulnerabilidade. **Método:** Os parceiros foram centros de cuidados infantis e adolescentes, que recebem os jovens no contraturno do horário escolar. As sessões foram conduzidas por dois acadêmicos, em grupos de vinte pessoas, durante doze semanas. Os temas abordados foram a auto-estima, sexualidade e projeto de vida. **Resultados:** As dificuldades que apareceram nas foram nas relações familiares e de grupo. Esta condição foi trabalhada através de sensibilização, jogos cooperativos, conferências e preparação de material específico para tratar os temas propostos (quebra-cabeças, textos, desenhos, etc.). Sessenta estudantes foram assistidos em duas instituições parceiras. **Conclusões:** A avaliação no final do período é que os participantes do processo melhoraram a sua percepção da saúde com o aumento da auto-estima e redução da violência dentro do grupo.

Palavras-chave: Atuação, Adolescência, Saúde, Prevenção, Desenvolvimento Pessoal

CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY: DISCUSSING NEWS SERVICE SPACES**Abstract**

Introduction: In Brazil the relations of Psychology and health have been changing and the use of unconventional care settings has become an important space in physical and mental health care. Interdisciplinarity is today the reality of most of the attendances in

our Health System, changing the relationships between professionals and professions requiring an interpersonal relationship and a clearer and more efficient communication, creating the need for a common language and a common way of doing things. The objective of this abstract is to present the work carried out by academics of the Psychology course of PUC / SP in communities with children and adolescents in conditions of vulnerability. **Method:** The partner sites were child and adolescent assistance centers that aim to welcome young people against the school period. The services were provided by two academic with groups of twenty people, for twelve weeks. The themes studied were self esteem, sexuality and life project. **Results:** Those attended had difficulties with themselves, in family and group relations. This condition was worked through sensitization activities, cooperative games, expository classes, preparation of specific material to deal with the proposed themes (puzzles, texts, drawings, among others). Sixty students were attended at two partner institutions. The evaluation at the end of the period is that the participants in the process improved their perception of health with increased self-esteem and decreased violence within the group.

Keywords: Acting Out, Adolescence, Health, Prevention, Staff Development

PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD: DISCUTIR NUEVAS ÁREAS DE SERVICIO

Resumen

Introducción: En Brasil las relaciones de la psicología y la salud han estado dando vuelta y el uso de la atención de los escenarios no convencionales se ha convertido en un espacio importante en el cuidado de la salud física y mental. La interdisciplinariedad es hoy la realidad de la mayor parte de la atención en nuestro sistema de salud, el cambio de la relación entre los profesionales y las profesiones que requieren una relación interpersonal y una comunicación más clara y eficiente, creando la necesidad de un lenguaje común y hacer. El **propósito** de este sumario es presentar el trabajo realizado por los estudiantes de la carrera de Psicología de la PUC / SP en las comunidades con los niños y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad. **Método:** Socios eran centros de cuidado de niños y adolescentes locales que tiene como objetivo dar cabida a los jóvenes en contra de periodo escolar. Las sesiones se llevaron a cabo por dos académicas, con grupos de veinte personas, durante doce semanas. Los temas tratados fueron la

1082



autoestima, la sexualidad y el proyecto de vida. **Resultados:** Las dificultades que se habían reunido con mismo, en las relaciones familiares y de grupo. Esta condición se ha trabajado a través de actividades de sensibilización, juegos cooperativos, conferencias, preparación de material específico para tratar los temas propuestos (rompecabezas, textos, dibujos, etc.). Sesenta estudiantes fueron asistidos en dos instituciones asociadas. **Conclusiones:** La evaluación al final del período es que los participantes del proceso mejoraron su percepción de la salud con el aumento de la autoestima y reducir la violencia dentro del grupo.

Palabras clave: Actuación, Adolescencia, Salud, Prevención, Desarrollo de Personal

Introdução

Esse trabalho irá apresentar o processo de aprendizagem de alunos do quarto ano de Psicologia na disciplina NÚCLEO 2 - ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: SUPERVISÃO DE ESTÁGIO através da capacitação dos acadêmicos para o atendimento em grupo de adolescentes e crianças de comunidades carentes na área de saúde preventiva.

No Brasil a saúde é feita na relação entre os poderes públicos e a rede privada. O sistema de saúde prevê ações que acontecem nos três níveis de assistência: primário (ações de prevenção e promoção de saúde); secundário (atendimento ambulatorial) e terciário (atendimento hospitalar). Cada um dos níveis tem sua atuação de forma diferenciada. O profissional da Psicologia pode atuar em todos eles e é necessária uma formação efetiva para atuar nesses diferentes âmbitos.

No âmbito da atenção básica, muitas vezes o profissional psicólogo e o responsável pela efetivação dessa política. Nesse contexto, são localizadas algumas dificuldades que podem ser apontadas para a realização de tais ações por esses psicólogos, como a concepção de saúde que norteia essas atividades. Uma concepção de saúde que a toma apenas como ausência de doenças pode levar a ações pontuais, visando evitar doenças por meio de mudanças de hábitos individuais. (Lopes, Ceruti e Dalbello-Araujo, 2010)

O curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) tem como objetivos promover uma formação abrangente para o futuro profissional da Psicologia através de um ensino associado a extensão e a pesquisa. Para tal desenvolvimento os alunos são estimulados a um olhar ético, abrangente, pautado nas

diversas teorias e técnicas dos campos de atuação e que envolvem o exercício de uma convivência interdisciplinar com as demais áreas da ciência e do conhecimento.

O curso tem 5 anos de duração divididos em 10 semestres sendo que os 6 primeiros estão voltados as teorias e técnicas e os 4 últimos voltados a observação da realidade de diferentes espaços de trabalho do psicólogo tais como saúde, educação e formação, trabalho e produção. Há uma obrigatoriedade de articulação entre pratica e teoria. Os alunos precisam aprender a realizar diagnósticos e intervenções.

A disciplina denominada O NÚCLEO 2 - ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE favorece a atuação e a aprendizagem na área da saúde em instituições que atendem pessoas em diversas fases do desenvolvimento em programas de saúde mental.

A dinâmica de atendimento utilizada é o do grupo psicoeducativo definido por Bazon (1997) como uma forma de trabalho que se fundamenta em uma intervenção que através de uma ação educativa baseada na visão humanista e do potencial compartilhado do cotidiano estabelecendo uma relação de ajuda através das interações entre os envolvidos.

Mota e Munari (2006) afirma que cada grupo tem em seu bojo crenças e ideologias que vão organizar seu funcionamento, contatos, comunicação, decisões, mudanças.

Portanto esse trabalho irá apresentar as atividades desenvolvidas sob o tripé: ensino, saúde e atendimento em grupo como uma forma de atendimento em psicologia.

Material e métodos

Local de atendimento

Os locais onde aconteceram os atendimentos foram a Província Carmelita de Santo Elias (CCA – Nossa Senhora do Carmo) e Serviço Social e Promocional São Paulo da Cruz (CCA – Pinheiros São Paulo da Cruz).

População atendida.

Crianças e adolescentes (6 a 15 anos) em situação de risco e vulnerabilidade social. Foram atendidos 60 jovens, de ambos os sexos, sendo que os critérios de inclusão no projeto era estar regularmente matriculado no CCA e querer participar do projeto.

Procedimentos

Os oito estagiários matriculados na disciplina foram treinados a partir de uma observação in loco em cada uma das instituições; entrevista com as responsáveis técnicas de cada uma das instituições; revisão da literatura sobre o tema, além do suporte teórico das disciplinas teóricas discutindo a Política Pública de Saúde no Brasil e técnicas de atendimento de grupos. Ao final de cada uma das atividades realizadas é feita uma supervisão dentro da Universidade.

Os estagiários atendiam em duplas cerca de quinze adolescentes em cada grupo. Na formação dos grupos, eles se mantiveram em sua estrutura institucional com intuito de respeitar os vínculos pré-existentes, diminuir a ansiedade diante do novo e permitir a manutenção dos ganhos grupais mesmo fora do atendimento psicológico.

Os atendimentos foram realizados na sala de trabalho dos jovens e os estagiários foram introduzidos num espaço já conhecido dos assistidos.

Estrutura das sessões:

Primeira sessão: visita de observação da instituição.

Segunda sessão: atividade de integração e apresentação do grupo onde foram identificados os temas auto estima, dificuldade de relacionamento em grupo, sexualidade e projeto de vida.

Terceira sessão: formação de vínculo através de atividades de sensibilização com jogos cooperativos.

Quarta sessão: apresentação de vídeo para discussão valores éticos como respeito e grupo.

Quinta sessão: reflexão sobre si mesmo e suas vivencias.

Sexta sessão: retomada das reflexões sobre si mesmo.

Sétima sessão: quem sou eu?

Oitava sessão: fechamento e avaliação do processo através de roda de conversa.

A avaliação do trabalho era sistemática feita através da supervisão semanal dos estagiários junto a professora.

Resultado e Discussão

Esse trabalho não possui dados quantitativos porque o grupo está em atendimento e não foi feita uma análise nesse sentido somente a qualitativa.

Frequentemente, o atendimento começava com uma atividade de aquecimento,

seguida pelas dinâmicas de grupo e ao final, uma roda para compartilhamento das experiências e reflexão do dia era feita.

As medidas organizacionais e os casos pontuais foram enviados e discutidos com a instituição que sempre favoreceu a resolução dos problemas sendo uma participante ativa no processo.

Mesmo tendo um foco claro sobre as intervenções durante o desenvolvimento de trabalho, questões emergentes apareceram durante as atividades. Aos objetivos gerais foi necessário trabalhar as noções de identidade, autoconceito, auto definição, integração, cooperação, agressividade e temas relacionados a adolescência, tais como a amizade, amor, família e mudanças.

Quando os grupos começaram foram observados os temas:

a) Jovens com dificuldades emocionais consigo mesmos, nas relações familiares e no grupo.

b) Dificuldade de aproximação para desenvolver vínculos entre os atendidos e os acadêmicos.

c) Resistência as técnicas propostas e com os temas.

Os jovens assistidos têm uma estrutura emocional particular e específica que junta as questões da adolescência e da vulnerabilidade social. Geralmente, são jovens com dificuldades familiares, quer seja na sua constituição quer seja na sua manutenção; as condições financeiras são difíceis e existem muitos problemas escolares, principalmente, no processo de alfabetização, mas em toda escolaridade de forma geral.

Há uma dificuldade nesses jovens por serem adolescente e aceitar-se nesse processo de transformação e mudanças. A relação grupal é uma das características dessa fase, mas tornar-se grupo e pertencer ao mesmo é um processo delicado. Nessa fase fica dificultada a formação dos laços afetivos entre os adultos e os jovens. O terapeuta/estagiário fica identificado com a figura do adulto e deste é exigida paciência e tempo como habilidades necessárias para que os envolvidos nessa parceria possam desenvolver confiança se estabeleçam uma relação que facilite a elaboração dos temas propostos através das atividades.

Observou-se que os adolescentes têm dificuldades de trabalhar em grupo, uma vez que as atividades individuais evitam que ele lide com contextos e conflitos interpessoais, respeito e amadurecimento, comunicar e se expressar. Por isso é que o trabalho de grupo se torna pilar para favorecer o crescimento e o amadurecimento dos jovens no processo de tornar-se adulto.

As dinâmicas propostas pelas atividades foram proporcionando aos participantes retomarem e elaborarem sua vivência através da reflexão sobre a forma que lidaram com as situações. A linha teórica desse trabalho é pautada na Psicologia do Desenvolvimento e na teoria sistêmica.

Existe uma dificuldade nessa fase do desenvolvimento de interação entre meninos e meninas e essa realidade foi percebida nesse grupo.

Diante das situações experimentadas no local de estágio, notou-se que a resistência dentro dos grupos foi intensa no começo e com a evolução dos encontros e formação de um vínculo com as estagiárias essa foi diminuindo. Com uma resistência menor os grupos foram evoluindo de forma mais calma e efetiva.

Na adolescência, as questões corporais são centrais e existe uma dificuldade de contato físico consigo mesmo e com o outro, a sexualidade é um tópico valorizado, mas os contatos afetivos, também, são difíceis. Foi evidente a falta de interação entre meninos e meninas. O medo é um sentimento presente junto a curiosidade que o tema trás. As diferenças de gênero também foram tópicos presentes e marcantes nesse grupo.

Foi observado, também, que os participantes têm pouca formação de vínculos e ficam isolados mesmo em grupo. Credita-se que isso a pouca confiança no ambiente grupal e a dificuldade de expressão por medo da falta de aceitação no grupo. Houveram humilhações, brigas e provocações entre eles durante os encontros evidenciando uma baixa autoestima e que precisou ser trabalhado pelos estagiários.

Quando as atividades propostas lembravam lições de escola, tais como desenho e escrita foram rejeitadas. Foi possível constatar que dificuldades escolares, basicamente não estão alfabetizados e não valorizam a escola. Essa resistência ao conhecimento dificulta a formação de autonomia e de pensamento crítico sobre a sua vida.

A cada nova proposta de atividade observou-se que havia uma dificuldade para começar. Essa situação no começo do estágio também perpetuava por toda a atividade, mas essa situação foi mudando. Houve grande empenho e trabalho em grupo, inclusive com a presença de discussões internas sobre estratégia e formas de realizar o objetivo.

Percebeu-se que havia um medo para pedir ajuda quando estavam com qualquer dificuldade ou dúvida e, por isso, não buscavam resolver seus problemas e desafios.

Sentimentos de rebeldia, confronto, contestação e a imaturidade características dessa fase do desenvolvimento são formas de experimentar o si mesmo e a vida. Por isso a violência acaba sendo uma forma de relacionamento muito utilizada. Dentre elas, a aparente desvalorização das atividades apresentadas nos grupos foram entendidas como

uma reação natural de um adolescente em processo de construção da personalidade.

A agressividade, a rebeldia e a falta de limite diante de ordens ou acordos estabelecidos se transformaram em colaboração e participação após as interpretações e os papéis trabalhados dentro dos grupos. O espaço de escuta ativa e participante por parte dos estagiários foi fundamental no processo de mudança dos participantes. Quando os estagiários escutaram as queixas e temas trazidos de forma atenta e cuidadosa começou nos participantes uma resolução interna e das questões grupais possibilitada a partir da ressignificação de situações e sentimentos expressa em comportamentos adequados e consistentes.

Ao longo do processo dificuldades foram encontradas e trabalhadas no grupo, mas ao final do semestre todos estavam integrados com os estagiários e houve uma melhor percepção da própria saúde, de si mesmo com melhora da autoestima e diminuição da violência dentro do grupo.

Ao avaliar o processo como um todo e por todos os participantes observa-se que:

a) Para os participantes: a melhora do comportamento e a possibilidade de realização de atividades do planejamento a execução gerou amadurecimento afetivo neles;

b) Os acadêmicos avaliaram que a oportunidade de desenvolver o estágio ajudou os participantes no desenvolvimento de um olhar crítico e questionador sobre a condição de saúde em populações vulneráveis.

c) Os gestores das instituições avaliaram o processo como fundamental para o desenvolvimento e amadurecimento dos jovens e a parceria continuou no próximo semestre.

d) A Universidade atuando junto à comunidade é uma parceria que tem muito a oferecer e ajudar na formação de novos profissionais e de cidadãos que atuem com dignidade e respeito.

Através deste estágio, pode-se entender que o campo da saúde não abrange apenas o trabalho com as patologias ou em ambientes hospitalares, mas que ele deve ser trabalhado em vários espaços. Quando se estabelecem relacionamentos saudáveis cria-se um ambiente propício para um melhor desenvolvimento da saúde física e mental.

A experiência de trabalho com grupos também é bastante rica, e colocar-se diante de um grupo, favorece a aprendizagem para lidar com as resistências, levantar hipóteses, pensar em técnicas que possam mobilizar o grupo para sair da comodidade e viver suas potencialidades.

Como sugestões observa-se que é necessário:

- Trabalhar através de atividades de integração, com dinâmicas cooperativas e permitindo a troca entre os membros, explorando a questão da identidade, as individualidades e subjetividades.
- Trabalhar a agressividade através da valorização da importância do diálogo na resolução de conflitos.
- Identificar lideranças e explorá-las para o bem do grupo.
- Trabalhar com bullying através da conscientização das diferenças.
- Ampliar experiências e olhares através de atividades externas as instituições.
- Trabalhar com temas culturais que envolvam música, dança e artes, ampliando o olhar dessas crianças sobre o mundo.
- Apesar das condições de vulnerabilidade do contexto sócio-econômico em que estão inseridas, estas crianças possam desenvolver sua subjetividade e capacidade de fazer escolhas, propiciando que se tornem mais autônomas.

Terminado o estágio o que se observa é que o atendimento através de grupos psicoeducativos que respeitem e valorizam a cultura dos integrantes do grupo e que favoreçam a reflexão sobre a realidade em que se vive pode oferecer condições adequadas para uma mudança de olhar sobre si mesmo.

Referencias

- Bazon, R. (1997). Psico-educação: um projeto visando aumentar a eficiência das intervenções sociais junto às crianças e adolescentes em situação de risco psicossocial em Ribeirão Preto-S.P.. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, (12-13), 29-38. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X1997000100003>
- Lopes, K., Ceruti, B., e Dalbello-Araujo, M. (2010). A atuação do psicólogo na promoção da saúde. *Psicologia: teoria e prática*, 12(1), 181-196. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100015&lng=pt&lng=pt
- Mota, K., e Munari, D. (2006). Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(1). Doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v8i1.931>
- PUC/SP. (2013). *Catálogo de Informações Gerais. Projeto Político Pedagogia do Curso de Psicologia*. Recuperado de

file:///C:/Users/Ana%20Laura/Downloads/Vers%C3%A3o%20C3%
BAltima%20final%20maio%202007%20-%20Reforma%20Curricular.pdf

DUELO INFANTIL. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES Y PAUTAS DE ACTUACIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Josefa Morales, Nuria de Andres, Verónica Cabañas e Irene Casanova

UGS Salud Mental Campo del Gibraltar

Resumen

Antecedentes: La mayoría de los niños perderán a alguno de sus abuelos a lo largo de su infancia y hasta el 3,5-4% a uno de sus progenitores o hermanos, según las estadísticas a nivel mundial. Sin embargo, en la cultura occidental la muerte suele ser un tema tabú, por lo que muchas veces las figuras de referencia del menor no saben cómo abordar esta situación. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica para determinar las características diferenciales del duelo infantil y recoger las pautas de orientación que se consideran más adecuadas a la hora de asesorar a las figuras de referencia de los menores. **Método:** Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Psycodoc, Psycinfo y Google Academic, utilizando las siguientes palabras clave: duelo, muerte, niños, pautas de orientación. **Contenido:** El duelo infantil es diferente del adulto, y presenta una expresividad variable en cada niño y en cada edad. El concepto de muerte varía según la etapa madurativa del niño, paralelamente a su desarrollo cognitivo y emocional, condicionando su respuesta de duelo. Se recogen las siguientes pautas de orientación, entre otras: decir la verdad en un lenguaje sencillo, claro y asequible para el menor; permitir su participación en los ritos funerarios; escucharle y permitir la expresión de los sentimientos; recuperar, lo antes posible, la cotidianidad. **Conclusión:** El duelo en los menores presenta peculiaridades, asociadas fundamentalmente a su desarrollo madurativo. A menudo, la información que los progenitores proporcionan al niño sobre la muerte es escasa, tardía y equívoca, por lo que es importante el asesoramiento y el apoyo de las familias para minimizar la necesidad de las intervenciones psicológicas.

Palabras clave: Duelo, muerte, niños, pautas de orientación.

CHILD MOURNING. DIFFERENTIAL CHARACTERISTICS AND GUIDELINES. BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

Abstract

Background: Most children will lose one of their grandparents during their childhood and up to 3.5-4% will suffer the loss of one of their parents or siblings, according to world statistics. In Western culture, death is often a taboo subject, many times the child reference figures do not know how to approach this situation. The objective of the present work is to carry out a bibliographic review to determine the differential characteristics of child grieving versus mourning in adults and, secondly, to collect guidelines that are considered more adequate when advising parents, relatives and reference figures of the child. **Method:** A bibliographic search is performed in the databases of Psycodoc, Psycinfo and Google Academic, using the following keywords: mourning, death, children, orientation guidelines. **Content:** Child grieving is very different to adults, and has a variable expressiveness in each child and in each age. The concept of death varies according to the maturative stage of the child, in parallel with their cognitive and emotional development, conditioning their grieving response. The following orientation guidelines are collected, among others, for parents and family: telling the truth in simple, clear and accessible language for the child; allowing their participation in funeral rites; listening to the child and allowing their expression of feelings; recovering normality as soon as possible. **Conclusion:** Mourning in children presents peculiarities, associated fundamentally to their mature development. Often, the information that parents provide to the child about death is scarce, late, and misleading, so counseling and support to the family is important to minimise the need for psychological interventions.

Keywords: Grief, bereavement, death, children, orientation guidelines,

Introducción

La mayoría de los niños perderán a alguno de sus abuelos a lo largo de su infancia y hasta el 3,5-4% a uno de sus progenitores o hermanos, según las estadísticas a escala mundial (Lewis, 2002). Por tanto, las experiencias de pérdida son parte integrante del desarrollo infantil y la manera en que se resuelven estas situaciones determinará la capacidad de afrontar y resolver experiencias de pérdida posteriores.

El duelo en los niños, presenta unos rasgos peculiares determinados por las características propias de la infancia, en la que el carácter y los recursos personales del individuo están en proceso de desarrollo, por lo que existe una gran dependencia del adulto para afrontar y resolver las situaciones problemáticas. Las características del niño que se consideran más importantes en la modulación de la respuesta a la pérdida son: la edad, el sexo, el temperamento y la adaptación socioescolar. En consecuencia, la reacción del niño a la pérdida dependerá del momento evolutivo, y también de circunstancias externas y en especial de la situación y actitud de los adultos que rodean al niño (Sipos y Solano, 2002).

Sin embargo, en la sociedad occidental el tema de la muerte es tabú. Se evita hablar de la muerte, y usamos eufemismos cuando tenemos que referirnos a ella. De esta forma alejamos esta realidad de nuestra vida cotidiana. Pero esto no siempre ha sido así, en otras culturas, y no hace mucho tiempo en la nuestra, la muerte forma y ha formado parte de la vida cotidiana de las personas, y el dolor por la muerte era compartido y acogido por todos, adultos y niños, por lo que no aparecía dudas sobre cómo afrontar estas situaciones con los menores. (Cid, 2011).

En el presente trabajo se plantea, a partir de una revisión bibliográfica, dos objetivos: determinar las características diferenciales del duelo infantil frente al que presentan los adultos, y recoger las pautas de orientación propuestas para asesorar a las figuras de referencia de un menor que ha sufrido una pérdida.

Método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica, utilizando las siguientes Bases de Datos: Pubmed, PsycInfo, y Psycodoc. Igualmente se realizó una búsqueda guiada con el buscador de internet "Google". Algunas de las palabras clave utilizadas para ello fueron: duelo, muerte, niños y pautas de orientación.

Resultados

Al abordar este tema, en primer lugar, hay que tener en cuenta que para poder construir un significado de lo que representa la muerte y poder elaborar el sentimiento de pérdida (el duelo), es necesario haber adquirido la comprensión de cuatro conceptos clave (Cid, 2011):

1. La muerte es universal. Todos los seres vivos mueren.
2. La muerte es irreversible. Cuando morimos no volvemos a estar vivos nunca.

3. Todas las funciones vitales terminan completamente en el momento de la muerte. El cuerpo ya no funciona.

4. Toda muerte tiene una causa física.

La interiorización de esos conceptos y la construcción de lo que significa la muerte, y de la respuesta de duelo, dependerá de la etapa de desarrollo del niño (Cid, 2011; de Hoyos, 2015; Lewis, 2002; Lozano y Chaskel, 2009):

-Primera infancia (lactancia-2/3 años). la muerte sólo es una palabra, no hay comprensión cognitiva de su significado. Sin embargo, se percibe como ausencia, abandono o separación que amenaza a la seguridad y bienestar. Igualmente se percibe los cambios que se puedan producir en el entorno y en las rutinas, y se es sensible al estado de ánimo negativo que puedan experimentar los cuidadores como consecuencia de la pérdida.

Ante la ausencia de la figura de vínculo, se responde inicialmente con reacciones de llanto, inquietud y actitudes de alerta que con el tiempo darán paso a un estado de apatía.

-Etapa preescolar (3/4-6 años). Creen que la muerte es temporal y reversible. El concepto de insensibilidad post mortem está todavía en construcción, y piensan que la persona puede seguir viva, y experimentar sentimientos y sensaciones una vez fallecida (ver, sentir frío...). No creen que la muerte sea universal, y piensan que los padres y ellos mismos no van a morir. Predomina el «pensamiento mágico», los deseos pueden hacerse reales, e interpretan de forma literal cualquier explicación que les demos sobre la muerte.

Los mecanismos de defensa que suelen aparecer son: conductas de regresión (enuresis, succión del pulgar), angustia de separación, miedo a morir, perplejidad (preguntas reiteradas por el fallecido, sobre cuándo va a volver), negación de la realidad, aislamiento y ambivalencia (parece no afectarles la pérdida y responden con preguntas o afirmaciones inadecuadas). Suelen sentir rabia por el abandono y lo expresan proyectándola hacia sus familiares y mediante juegos agresivos, travesuras, irritabilidad, o pesadillas.

-Etapa escolar (6/7 a 12/13 años). Ya diferencian fantasía de realidad. Han adquirido el concepto de irreversibilidad de la muerte, saben que es definitiva, y el de insensibilidad post mortem. Comprenden la diferencia entre vivir y no vivir utilizando términos biológicos para referirse a la muerte: se deja de respirar... Saben que las personas mueren, aunque siguen pensando que a ellos no les sucede. Es hacia los 8 ó 9 años que ya son capaces de comprender que ellos también se pueden morir. Les inquieta que sus parientes puedan morir, y se preocupan mucho de que se cuiden y no hagan cosas “peligrosas” o

enfermen. Pueden preguntarse si ellos tuvieron algo que ver en la muerte de su familiar, apareciendo sentimientos de culpa. Desarrollan mucho interés por los ritos funerarios y pueden mostrar el deseo de participar en ellos. Hacia los 8 años un niño puede participar en las ceremonias de despedida si quiere, siendo fundamental acompañarle y explicarle con antelación en qué consisten. A partir de los 10 años comprenden el significado de la muerte en su totalidad y lo que implica: irreversible, universal y fin de las funciones vitales. Son plenamente conscientes de su propia mortalidad (y puede producirles mucha inquietud). Se muestran muy interesados sobre el más allá, así como por las creencias religiosas o culturales que rodean a la muerte. Desean conocer más a fondo los ritos funerarios, siendo aconsejable que participen en ellos. Tienen una mayor conciencia de los cambios que la muerte traerá a sus vidas y a su futuro, por lo que es necesario tranquilizarles al respecto, haciéndoles ver que su entorno se hará cargo, en lo posible, de todo lo que necesiten. Les cuesta mucho verbalizar lo que sienten y piensan sobre la muerte, pudiéndose sentir abrumados. Les resulta de gran ayuda conocer las experiencias de duelo de las personas de referencia y familiares allegados, y saber que se puede volver a llevar una vida normal a pesar de la pérdida de un ser querido.

Pueden aparecer las siguientes respuestas adaptativas, debido a que todavía no tienen habilidades necesarias para afrontar adecuadamente la pérdida: la negación (manifestada en comportamientos agresivos o excesivamente eufóricos en un intento de aislarse del dolor que no soportan), la idealización del fallecido, la culpabilidad (en niños que no pueden expresar la tristeza que sienten), el miedo y la vulnerabilidad (enmascarada en hostilidad), y la asunción de un rol adulto (hermanos mayores cuidando de los pequeños).

-Adolescencia. Tienen plena conciencia de lo que significa la muerte y pueden formarse una explicación completa, tanto desde una perspectiva biológica como filosófica, ideológica o religiosa, y teorizan sobre ella a medida que adquieren capacidades para el pensamiento formal y abstracto. Tienen plena comprensión de su propia muerte y puede fantasear sobre ella con mayor o menor angustia, dependiendo de cómo se encuentre emocionalmente: pueden negar su propia mortalidad a través de conductas de riesgo y provocaciones, o bien mostrar ansiedades hipocondríacas ante los cambios corporales que van sufriendo. Ante la muerte de un familiar cercano pueden sentirse muy abrumados al tomar conciencia de lo que va a suponer en sus vidas y en su futuro. Es importante integrarles en todos los ritos de despedida que vayan a tener lugar y ofrecerles la posibilidad de participar activamente en ellos, ya que necesitan sentirse parte activa de la familia, dar su opinión y ser tenidos en cuenta. Es necesario animarles a que retome su

vida y sus relaciones sociales, puesto que pasar tiempo con sus amigos puede serles de gran ayuda. A la situación de pérdida del ser querido se le añade la superación de los cambios y conflictos personales propios de su etapa madurativa. La necesidad de aislamiento, la presencia de sentimientos de culpa y el sentirse incapaces de cumplir las expectativas familiares complican más aún el duelo. A veces, renuncian a vivir su propio dolor («duelo aplazado o congelado») y lo transforma en rabia, miedo e impotencia, pudiendo aparecer incluso ideaciones suicidas. Es frecuente la presencia de insomnio, fracaso escolar, baja autoestima, pérdida de amistades, conductas de riesgo (deportivas, sexuales, drogas), apatía, depresión y ansiedad.

Por tanto, hay que tener en cuenta que el duelo en los niños tiene unas características particulares que difieren del duelo en los adultos (Cid, 2011):

-Tienen menos comprensión de la muerte, por lo que el significado de la pérdida estará teñida por sus propias inferencias e interpretaciones.

-Necesitan de la puesta en marcha de todos los recursos externos que le rodean, ya que sus recursos internos son todavía frágiles y deficitarios. Por lo que dependen de los adultos para elaborar su duelo.

-Sus estados de ánimo son más cambiantes: pasan de momentos de pena a concentrarse en otras actividades como jugar, dibujar, ver la televisión, etc. Estos cambios son normales y naturales.

-Habitualmente resuelven el duelo de forma más rápida.

-Expresan sus emociones utilizando registros diferentes a la palabra: tienden a expresar más su pena con su cuerpo y su comportamiento (somatizaciones y cambios de conducta).

-El juego, el dibujo y los cuentos son su medio de expresión natural. Debemos animarles a que dibujen, jueguen o inventen historias, porque estas serán sus herramientas para tratar de comprender y elaborar su duelo.

En cuanto a las pautas, existe un amplio consenso en cuanto a las directrices recomendadas (Cid, 2011; de Hoyos, 2015):

-Transmitir al niño lo antes posible la noticia de la muerte del ser querido y siempre por medio de una persona que sienta cercana y en la que confíe, a ser posible sus propios padres.

-La explicación no tiene por qué darse “de golpe”, sino que se puede ir haciendo poco a poco y completándola siempre con las preguntas, dudas y observaciones que el

niño quiera hacer. Pero debe saber siempre la verdad sobre lo sucedido, en función de su capacidad emocional y cognitiva.

-Hay que explicar la muerte en términos reales, atendiendo fundamentalmente a lo que tiene de irreversible, definitiva y final de las funciones vitales. Los niños necesitan conocer la parte física y real del fallecimiento.

-La escuela debe ser informada cuanto antes de lo sucedido para que el equipo docente y psicopedagógico tome las medidas oportunas.

-Hay que tener en cuenta que el uso de metáforas o explicaciones de tipo metafísico o espiritual puede confundirles. Los niños más pequeños todavía no están preparados para comprender determinados conceptos simbólicos. Por tanto, aunque es importante compartir nuestras creencias religiosas y espirituales con ellos, antes debemos haber dado una explicación física de la muerte.

-Es importante ayudarle a que pueda expresar y aclarar todas aquellas dudas que puedan inquietarle o preocuparle.

-Si muestra sentimientos de culpa debemos asegurarnos de que comprenda que no es responsable de la muerte de su familiar.

-Es fundamental poder dar seguridad y protección, especialmente a los niños más pequeños, para prevenir su temor a que otro familiar cercano pueda morir. Debemos tranquilizarles y decirles que nosotros estamos bien y que le vamos a cuidar. Es esencial intentar dar continuidad a sus vidas y mantener las rutinas, suele ser un factor protector.

-Pueden sentir mucha angustia al pensar que se olvidarán de la persona que ha fallecido. Es importante hacerles ver que la muerte no significa olvidarnos de esa persona. Por eso es importante que compartamos con ellos recuerdos, historias o fotos de la persona fallecida, hablar de ella con asiduidad, y señalarles que siempre estará en nuestro corazón y en nuestra memoria. Esto les ayudará enormemente a elaborar su duelo.

-Necesitan aprender a expresar lo que sienten. Los adultos, son su modelo de aprendizaje en la expresión emocional de su dolor. Si se niega u oculta lo que se siente, ellos harán lo mismo.

-A partir de los ocho años, aproximadamente, pueden participar en los ritos que se lleven a cabo por la muerte de un familiar (velatorio, entierro, funeral), siempre debidamente explicados con anterioridad y acompañándole, De esta forma se favorece que se sientan unidos a la familia e integrados en la experiencia de despedida. También les ayuda a que la muerte pueda ser concretada en un tiempo y en un espacio. Necesitan despedirse.

Conclusión

El duelo en los menores tiene una expresividad variable en cada niño y en cada edad, y presenta características diferenciales frente al duelo en los adultos, asociadas fundamentalmente a su desarrollo madurativo.

A la hora de abordar la situación de pérdida de una menor, hay que tener en cuenta que su comprensión de la muerte es limitada y les hace dependientes de los recursos externos, fundamentalmente los adultos que le rodean.

Sin embargo, a menudo, la información que los progenitores y figuras de referencia proporcionan al niño sobre la muerte es escasa, tardía y equívoca, por lo que es importante el asesoramiento y el apoyo de las familias para minimizar la necesidad de las intervenciones psicológicas, y facilitar un adecuado aprendizaje de la expresión emocional y de la experiencia de duelo.

Referencias

- Cid, L. (2011). *Explícame que ha pasado. Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños*. Recuperado el 15 diciembre 2015 de <http://www.fundacionmlc.org>
- De Hoyos, M. C. (2015). ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños? *Acta Pediátrica Española*, 73(2), 27-32.
- Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Lozano, L. M., y Chaskel, R. (2009). *El diagnóstico y manejo del duelo en niños y adolescentes en la práctica pediátrica. Reconocimiento y manejo*. Recuperado el 15 de diciembre de <http://www.scp.com.co>
- Sipos, L., y Solano, C. (2002). *El duelo en los niños. Experiencia clínica en un Centro de Salud Mental*. Recuperado el 20 de diciembre de 2015 de <http://www.Psiquiatría.com>

EL “FUNCIONAMIENTO FAMILIAR” COMO INDICADOR DE CAMBIO EN LA TERAPIA FAMILIAR

Patricia Tena García, Carmen Batz Colvée y Ainoa Bua Fernández

Residente de Psicología Clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Resumen

Antecedentes: Estudios recientes señalan que la prevalencia de problemas de salud mental en población infanto-juvenil se encuentra entre el 17 y el 26%, resultando especialmente recomendable un abordaje familiar (Minuchin, 1985). Actualmente existe un mayor consenso en medir el “Funcionamiento Familiar” como indicador del cambio a nivel familiar después de un proceso de psicoterapia con Terapia Familiar. Desde el Modelo Circumplejo (Olson, Russell y Sprenkle, 1999), los autores sostienen que las variables que deberían considerarse son la Cohesión, la Flexibilidad y la Comunicación, como las tres dimensiones que principalmente definen dicho constructo. El objetivo sería cuantificar la mejora clínica a nivel familiar en las dimensiones anteriormente referidas tras el proceso de terapia, trasladando el foco de interés al nuevo funcionamiento encontrado y no sólo a la variación de síntomas del paciente identificado. **Método:** En el contexto de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla y dentro de la oferta terapéutica específica de Terapia Familiar Sistémica que se lleva a cabo con los pacientes derivados a nuestro dispositivo y sus familias, hemos estudiado la variable “Funcionamiento Familiar” como variable multidimensional indicador del cambio conseguido tras el desarrollo del tratamiento con Terapia Familiar Sistémica. Se aplica el cuestionario FACES-IV que mide Funcionamiento Familiar en la sesión inicial y al alta. Se presentan datos de 19 sujetos. **Resultados:** Los resultados apuntan hacia una variabilidad mayor de las puntuaciones en la dimensión Cohesión frente a las obtenidas en Adaptabilidad; llegando a puntuaciones extremas en la primera, siendo deseables las puntuaciones intermedias. **Conclusiones:** Este análisis multidimensional del cambio es de gran interés de cara mejorar el trabajo psicoterapéutico con las familias y ofrecer intervenciones específicas en las áreas más disfuncionales.

Palabras claves: Terapia de Familia, Funcionamiento Familiar, Cambio, Cohesión, Flexibilidad.

'FAMILY FUNCTIONING' AS AN INDICATOR TO EVALUATE CHANGE IN FAMILY THERAPY

Abstract

Background: Recent studies show that the prevalence of mental health problems in child population is between 17 and 26% and it is specially advisable in this population a family treatment approach (Minuchin, 1985). There is currently greater consensus in using “Family Functioning” as an indicator to evaluate family change after psychotherapy process with Family Therapy. From the Circumplex Model (Olson, Russell and Sprenkle, 1999), the authors propose the main scales in this variable are: Cohesion, Flexibility and Communication. The goal is to quantify the clinical improvement at the family level in the previous said scales after a family treatment approach, focusing on the new functioning and not to focus only in the patient improvement and symptoms. **Method:** This work was performed at the University Hospital Virgen del Rocío in Sevilla, with a specific Family Therapy intervention with patients in treatment and their families in our center; we have studied the variable “Family Functioning” as a multidimensional scale indicator of change after family treatment. The resource used was a self-report questionnaire FACES-IV in the first and the last session therapy. 19 patients are evaluated. **Results:** The results show that the cohesion variability is higher than flexibility variability; the results are extreme in the first scale, the aim is to get medium scores. **Conclusions:** This multidimensional change analysis is useful to improve the psychotherapeutic interventions with families and to offer more specific actions in the dysfunctional areas.

Key words: family therapy, family functioning, change, cohesion, flexibility.

Introducción

En los últimos años la patología en la población infanto-juvenil ha sufrido un incremento significativo, con los consecuentes problemas familiares, sociales y educativos que esto supone para la sociedad y los servicios sanitarios. El aumento de estas patologías ha requerido la actualización y mejora de las intervenciones específicas.

En nuestro interés por estudiar las variables relacionadas con la eficacia de las intervenciones y con la cuantificación del cambio conseguido a nivel familiar, nuestro equipo planteó en un primer momento el estudio de una variable esencial como es la “Alianza terapéutica”; en un segundo lugar nos interesamos por la medición de la mejoría

en las familias tras intervención reglada de tipo sistémica; y como indicador de cambio consideramos la cuantificación de la variable “Funcionamiento Familiar”.

En nuestros próximos trabajos tenemos el objetivo de consolidar los estudios actuales, para así llegar a conclusiones de mayor validez y con mayor poder de generalizabilidad, a la par que presentar los datos preliminares poniendo en relación ambas variables anteriormente citadas, es decir, la Alianza Terapéutica observada y el cambio en el Funcionamiento Familiar percibido por la familia, en su correlato con la eficacia de la intervención.

El uso del término alianza ha tenido una larga y significativa historia en el ámbito de la psicoterapia. La conceptualización de la alianza hecha por Bordin (1976) es el modelo de alianza más heurístico, definiéndola en base a tres componentes clásicos: el acuerdo entre el terapeuta y el cliente acerca de las metas del tratamiento; el acuerdo de ambos sobre las tareas a realizar y los lazos afectivos necesarios para sostener el cambio terapéutico.

Un grupo de investigadores de España y Estados Unidos han desarrollado un modelo de evaluación de la alianza terapéutica con los aspectos diferenciales de la terapia sistémica y un instrumento específico, es el SOATIF (sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar), con dos versiones: SOATIF-o aplicable por observador entrenado en la prueba durante la sesión de terapia y SOATIF-s, un autoinforme para cada miembro de la familia.

Como objetivo de nuestro estudio nos propusimos estudiar el grado de concordancia entre ambas puntuaciones, es decir, la medida de la Alianza Terapéutica por el observador y la misma percibida en cada uno de los miembros de la familia, transformando estos datos de los distintos familiares en una puntuación media final de la alianza.

Como fase de investigación previa a la etapa de estudio del Funcionamiento Familiar y para la mejor comprensión de la misma, pasaremos a explicar la parte metodológica y resultados en relación a la alianza en este apartado. Utilizamos el instrumento SOATIF-o que mide las cuatro dimensiones de la Alianza Terapéutica según el modelo teórico que lo sustenta (Escudero, 2009), siendo así: conexión emocional, enganche, seguridad y compartir objetivo en la terapia; y el cuestionario SOAFIF-s para cada uno los miembros de la familia mayores de 16 años. Para posibilitar el calculo metodológico de la concordancia a nivel familiar formulamos el siguiente algoritmo: A.T del observador – A.T media de la familia. Resultados posibles entre -6 a +6, siendo el máximo nivel de concordancia 0. Se define como “buena concordancia” las puntuaciones dentro del rango -

1,5 a 1,5 incluidos ambos valores.

A continuación, en la figura 1, presentamos los datos preliminares recogidos durante el estudio piloto en que pusimos a prueba la pregunta de investigación planteada. Los datos corresponden a 14 familias en tratamiento con Terapia Familiar en la USMIJ del HUVR de Sevilla en 2015.

FAMILIA	DIMENSIONES DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA			
	CONEXIÓN EMOCIONAL	ENGANCHE	SEGURIDAD	COMPARTIR OBJETIVO
1	0	1,5	2	2
2	0,4	1	0	-0,3
3	-2,5	-1,5	-3,5	-3,5
4	0	0	4	-1
5	0	0	-1	-1
6	0	0	0	1
7	2	0	-1	0
8	-2	-1	0	-0,5
9	2	0	-1	1
10	-2,5	-1	-0,5	-4,5
11	0,2	-1,2	-0,6	0,2
12	1	1	0	-1
13	0	0	0	1
14	-1,3	0,2	0	-2

Figura 1. Puntuaciones de la concordancia. Valores posibles entre -6 a +6. “Buena concordancia”: puntuaciones entre -1,5 a 1,5 incluidos ambos valores (sombreado amarillo).

El análisis de los datos y la puesta en común con las terapeutas que desarrollan las sesiones de familia, nos llevó a plantearnos nuevos objetivos y profundizar más en el estudio en su relación con otras variables de interés.

Así fue como nos propusimos cuantificar la mejoría conseguida a través del trabajo con Terapia de Familia, a través de la medida del cambio del funcionamiento y, en un segundo momento de estudio, cuantificar y estudiar la relación que guarda con la medida de la Alianza Terapéutica y la concordancia entre los valores, anteriormente explicada.

Investigar en familia requiere de gran esfuerzo y creatividad, para que la elección de las técnicas e instrumentos para obtener datos y los modelos de análisis sean acordes y congruentes con el modelo teórico que se ha elegido como marco referencial. Por otra parte, se hace necesario investigar en familia, enfatizando en el estudio de los procesos familiares y en el concepto de funcionamiento familiar, donde lo que cuenta no es la ausencia de problemas, sino la capacidad de la familias para resolverlos y superarlos (Falicov, 1991).

Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el Modelo Circumplejo que fue desarrollado por D. Olson et al. en 1999 con el objetivo de cubrir la brecha existente entre investigación, teoría y práctica (Olson et al., 1999). Y teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló la escala FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), siendo la versión IV la que hemos utilizado en nuestro estudio.

Se trata de un modelo dinámico que integra tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Su aplicación se considera útil para realizar un diagnóstico relacional, destacando áreas saludables y problemáticas.

La dimensión cohesión es definida como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí. Sus indicadores específicos incluyen: cercanía emocional, límites, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. Existen 4 niveles de cohesión en los grupos familiares, pudiéndose identificar familias desligadas, separadas, conectadas y enmarañadas.

Las hipótesis señalan que las posiciones en los niveles centrales de cohesión conllevarán un funcionamiento familiar más saludable (separadas o conectadas). Por otra parte, los niveles extremos implicarían un funcionamiento más problemático (desligadas o enmarañadas).

La dimensión adaptabilidad es definida como la calidad y expresión del liderazgo, organización, roles, reglas y negociaciones existentes en la familia. Existen 4 niveles de adaptabilidad identificándose familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas. Nuevamente los niveles centrales conllevan un funcionamiento familiar más saludable.

En la USMIJ del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla nos planteamos como objetivo cuantificar la mejoría y cambio subjetivo percibido por las familias tras las sesiones de Terapia Familiar Sistémica, tomando la medida del Funcionamiento Familiar como un nuevo indicador, siguiendo el modelo teórico e instrumentos de medida explicados anteriormente.

Método

Participantes

Miembros de 7 familias en tratamiento con Terapia Familiar en una USMIJ, siendo un total de 19 sujetos. La muestra está formada por un 36,8% de padres, un 36,8% de madres y 26,3% de pacientes; siendo los criterios para la evaluación ser mayor de 16 años, pudiendo participar cualquier familiar que acudiera a la sesión. Todos ellos previo a la inclusión en la investigación firmaron consentimiento informado.

Materiales

La versión original del FACES contaba con 111 ítems y fue modificada en varias ocasiones para mejorar sus propiedades psicométricas. El FACES IV mide las dimensiones de cohesión y flexibilidad utilizando dentro del cuestionario seis escalas: dos escalas balanceadas de 7 ítems cada una y cuatro escalas desbalanceadas, que evalúan los extremos superiores e inferiores de la cohesión y la flexibilidad.

Cada escala está compuesta por siete ítems; conformando un total de 42 ítems. Es un cuestionario de autoinforme que se puntúa a través de una escala de tipo Likert que va de 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta 5 (Totalmente de acuerdo). No hay límite de tiempo para contestarlo aunque se estima que su aplicación dura aproximadamente 15 minutos. La administración puede ser colectiva.

También construimos una hoja de datos personales ad-hoc donde recogimos algunas variables que consideramos de interés para el estudio: genograma, sexo y edad del paciente identificado y cuidadores; fecha de contacto inicial con SM, de derivación a USMIJ y de inicio de Terapia de Familia; referentes clínicos y tratamientos psicofarmacológicos realizados.

Procedimiento

En la primera o segunda sesión de Terapia de Familia se realizó la primera medición. A todos los participantes se les pidió consentimiento informado. A continuación pasamos a medir las variables sociodemográficas (hoja de datos personales) y clínicas (FACES-IV). Al alta de la Terapia de Familia reevaluaremos las variables clínicas (FACES-IV).

Diseño

Se trata de un estudio observacional. La población quedaría definida en los adolescentes de 12 a 16 años que han seguido una terapia individual y ésta no ha reportado cambios significativos. Se incluirán todos los diagnósticos posibles. Con objetivo estadístico se dividirán en dos grupos según los criterios diagnósticos CIE-10 en trastornos externalizantes (incluye diagnósticos CIE-10: F90; F91; F92) y trastornos internalizantes (incluye diagnósticos CIE-10: F93; F94). Esta opción de tratamiento consiste en una sesión mensual de una hora y media de duración durante diez meses, llevada a cabo por dos terapeutas (Psicóloga Clínica y Psiquiatra) de la USMIJ. Como criterios de exclusión se establecerá el haber faltado a más de 2 sesiones de Terapia de Familia.

Resultados

Según los baremos de corrección aplicados, quedan definidas cuatro tipologías en cada una de las dimensiones estudiadas. Dentro de cohesión se establecen los tipos desligadas, separadas, conectadas y enmarañadas; y en Adaptabilidad/flexibilidad los tipos de familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas. En la casuística de cada familia podemos encontrar toda la variabilidad posible de combinaciones entre las tipologías descritas.

SUJETOS	ADAPTABILIDAD	TIPO	COHESIÓN	TIPO
1	42	3	40	3
2	34	3	28	2
3	21	2	26	2
4	25	2	40	3
5	34	3	48	4
6	32	3	45	3
7	31	3	43	3
8	41	3	52	4
9	33	3	50	4
10	34	3	55	4
11	32	3	36	3
12	30	3	40	3
13	20	2	26	2
14	42	3	42	3
15	28	2	25	2
16	21	2	22	2
17	31	3	53	4
18	20	2	46	4
19	18	2	28	2

Figura 2. Puntuaciones directas y tipologías en las dimensiones de Adaptabilidad y Cohesión. (Adaptabilidad: 1= rígidas, 2= estructuradas, 3= flexibles y 4=caóticas; Cohesión: 1= desligadas, 2= separadas, 3= conectadas y 4= enmarañadas). Señaladas en rojo en la tabla aparecen marcados los casos con un funcionamiento extremo, tipo 4, “Enmarañada”.

En la figura 2 mostramos los datos obtenidos tras las mediciones realizadas a las familias en su primera sesión de Terapia Familiar en su puntuación directa y la tipología correspondiente según baremos.

- Todos los resultados en la dimensión Adaptabilidad se encuentran comprendidos entre las puntuaciones intermedias 2 y 3 (tipo estructurada y flexible)
- En la dimensión Cohesión sí aparecen puntuaciones en una de las tipologías extremas, en concreto, la tipo 4 “enmarañada”.
- En la dimensión de Adaptabilidad, un 36,8% de tipo “estructurada” (tipo 2) y un 63,1% de tipo “flexible” (tipo 3).
- En la dimensión de Cohesión, el 68,4% de los participantes se percibe en los tipos intermedios (tipo 2 y 3). Del total de la muestra, un 31,6% corresponde al tipo “Separada” (tipo 2) y un 36,8% al tipo “Conectada” (tipo 3). Un 31,6% puntúa en la tipología extrema tipo 4, “Enmarañada” (señaladas en rojo en la tabla de resultados).

Conclusiones

Los resultados apuntan hacia una variabilidad mayor en las puntuaciones en la dimensión Cohesión frente a las obtenidas en Adaptabilidad. En un tercio de la muestra se reflejan puntuaciones extremas de tipo “cohesión enmarañada” en la familia, siendo así percibido el funcionamiento por sus miembros en la primera sesión del tratamiento.

Cuantificar esta variable de estudio y conocer de forma aislada la puntuación de las dimensiones nos supone un importante interés de cara a orientar la exploración e intervenciones durante las sucesivas sesiones de la Terapia de Familia.

En una segunda fase del estudio, analizaremos el cambio conseguido en esta variable del Funcionamiento Familiar con la comparación de las medidas con FACES-IV, pre y post-intervención. Así esperamos que tras la intervención con Terapia de Familia donde el objetivo de intervención es la disfunción familiar referida por sus miembros, podamos cuantificar el cambio conseguido a través del instrumento FACES-IV, siendo deseable puntuaciones intermedias que corresponden a un funcionamiento más saludable.

Rescatando el interés inicial del equipo de investigación en la variable “Alianza Terapéutica” y contrastando la utilidad de la medición del “Funcionamiento Familiar” para la mejora de la eficacia y eficiencia de los tratamientos, nos planteamos conocer de qué forma se relacionan ambas variables, ya que nos daría la posibilidad de descubrir qué dimensiones de la Alianza Terapéutica se relaciona con la mejoría en determinadas escala

del Funcionamiento. Esto facilitaría el diseño de intervenciones de mayor calidad, con evidencia contrastada.

Agradecimientos

Nos gustaría dar las gracias, en primer lugar, a todas las familias que han participado en la investigación, ya que nos ha permitido hacer un análisis dentro del área de la salud mental infanto-juvenil donde somos responsables del tratamiento de esta población, de la mejora de nuestra intervenciones y de la calidad de la atención pública ofrecida. También de forma especial a los profesionales que forman parte del Equipo de Terapia Familiar de la USMIJ del HUVR en Sevilla y a los profesionales que han formado parte del equipo reflexivo.

Referencias

- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Escudero, V. (2009). *La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. Apuntes de psicología*, 27(2-3), 247-259.
- Falicov, C. (Comp.). (1991). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo vital*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin P. (1985). Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56(2), 89-302.
- Olson, D. H., Russell, C. S. y Sprenkle, D. H. (1999). Circumplex model of marital and family system I: cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 14, 1-35.

HÁBITOS DE CRIANZA Y RETRAIMIENTO SOCIAL EN UNA MUESTRA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL

Isabel Laporta-Herrero*, M^a Pilar Delgado-Miguel**, Sandra del Olmo-Conte***, Miguel Mamajón-Mateos**** y María Burillo-Gonzalvo*****

*Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, Pamplona (Servicio Navarro de Salud);

Hospital Royo Villanova, Zaragoza (Servicio Aragón de Salud); *Clínica

Psiquiátrica Bellavista, Lérida; ****Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital de

Laredo (Servicio Cantabro de Salud); *****Hospital Universitario Miguel Servet

(Servicio Aragón de Salud)

Resumen

Antecedentes: El retraimiento social puede ser considerado una característica idiosincrásica que afecta a la calidad de las relaciones sociales, a la reputación y consideración personal que se tiene del sujeto en su comunidad, pudiendo conllevar al rechazo o la exclusión social. El retraimiento social constituye un factor de riesgo y vulnerabilidad para diferentes trastornos mentales, así como uno de sus principales síntomas (trastornos psicóticos, del espectro autista, del estado de ánimo, adaptativos, etc.). El objetivo es conocer cuál es la relación que se establece entre los hábitos de crianza ejercidos por la madre y el retraimiento social que sufre el niño. **Método:** La muestra estuvo formada por 52 sujetos (57,7% hombres y 42,3% mujeres) entre 5 y 16 años ($M=11,58$, $DT=3,208$) que acudían ambulatoriamente a la Unidad de Salud Mental infanto-juvenil del Hospital de Laredo (Cantabria). Todas las madres cumplimentaron el *Parental-Child Relationship Inventory* (PCRI-M) que valora actitudes de la madre hacia la crianza y hacia los mismos hijos; y el *Child Behavior Checklist* (CBCL) que evalúa la percepción de la madre sobre los problemas conductuales del niño. **Resultados:** Los resultados indicaron que existía una correlación negativa significativa ($p<.05$) entre el apoyo ($r=-.333$, $p<.05$), satisfacción con la crianza ($r=-.389$, $p<.01$) y disciplina ($r=-.587$, $p<.01$) percibida de la madre, con el retraimiento social experimentado por el hijo. **Conclusiones:** Estos resultados van en la línea de otros estudios realizados; y sugieren que el sentimiento de apoyo, social y emocional, percibido por la madre, unido a una adecuada implantación de criterios que conduzcan a una ajustada disciplina, más la satisfacción de ser madre, conformarán un salvoconducto que preservará al hijo de la aparición de un retraimiento social.

Palabras clave: estilo de crianza; retraimiento social; niños; adolescentes; muestra clínica.

PARENTING STYLE AND SOCIAL WITHDRAWAL IN A CHILD AND ADOLESCENT CLINICAL SAMPLE

Abstract

Background: Social withdrawal can be considered an idiosyncratic characteristic that affects the quality of social relationships, reputation and personal consideration that the community has about the subject, which can lead to rejection or social exclusion. Social withdrawal is a risk factor and vulnerability to various mental disorders, as well as one of its main symptoms (psychotic disorders, autism spectrum, mood, adaptative, etc.). The aim of the study is to know what is the relationship established between the breeding habits carried out by the mother and social withdrawal suffered by the child. **Method:** The sample consisted of 52 subjects (57.7% men and 42.3% women) between 5 and 16 years ($M=11.58$, $SD=3.208$) who were attended at the Health Unit Child and Adolescent Mental Laredo Hospital (Cantabria). All mothers completed the Parental-Child Relationship Inventory (PCRI-M) which assesses their insights about the child's behavioural problems. **Results:** The results indicated that there was a significant negative correlation ($p<.05$) between support ($r=-.333$, $p<.05$), satisfaction with parenting ($r=-.389$, $p<.01$) and discipline ($r=-.587$, $p<.01$) perceived by the mother, with the social withdrawal experienced by the child. **Conclusions:** These results are in line with other studies conducted; and suggest that the feeling of social and emotional support, perceived by the mother, combined with appropriate implementation of criteria leading to a suitable discipline, plus the satisfaction of being a mother, will form a safeguard that will shield the son of the emergence of a social withdrawal.

Keywords: parenting style; social withdrawal; children; adolescents; clinical sample.

Introducción

La definición del retraimiento social va más allá del insuficiente intercambio social, comprende la limitación de la actividad relacional del individuo y la restricción de la participación grupal y comunitaria (Torralbas, Arias, Puntí, Naranjo y Palomino, 2010). El retraimiento social puede ser considerado una característica idiosincrásica que afecta a la

1110



calidad de las relaciones sociales, a la reputación y consideración personal que se tiene del sujeto en su comunidad, pudiendo conllevar al rechazo o la exclusión social (Rubin, Coplan y Bowker, 2009). Asimismo, constituye un factor de riesgo y vulnerabilidad para diferentes trastornos mentales (Heritage, Wilkinson, Grimaud y Pickett, 2008), así como uno de sus principales síntomas (trastornos psicóticos, del espectro autista, del estado de ánimo, adaptativos, etc.) (Obiols, 2008). A todo esto se le une el conocimiento que tenemos de que el entorno socio-familiar en el que crece el niño aporta los modelos a seguir y, al tiempo, sirve de poso para la ejecución de las futuras conductas. La familia, entendida como la primera institución social, cumple una función esencial en el desarrollo integral del niño/adolescente. Como sistema de valores, conductas, relaciones y sentimientos particulares, posibilita el ajuste psicosocial en sus miembros (Isaza, 2015). Para Simón (2000), la familia comprende los elementos de: afecto, lazos consanguíneos y apoyo emocional; elementos que juegan un papel esencial en la configuración de la personalidad y la identidad del menor. Así pues, la familia se considera como sistema que propicia el desarrollo social. Además, se ha visto como las experiencias sociales que tienen los niños con las figuras parentales, resultan ser la base para los futuros encuentros sociales, generando un impacto fundamental para el desempeño social competitivo (Bornstein, Hahn y Haynes, 2011).

En los estudios realizados sobre actitudes de crianza parentales, aparecen constantemente dos dimensiones básicas que parecen ser esenciales para conseguir las funciones de socialización de los hijos (Musitu y Allatt, 1994). Estas dimensiones, factores, tipos de socialización o crianza son: apoyo y control. El apoyo se identifica con bajos niveles de castigo físico, la utilización del razonamiento por parte de ambos padres, la buena comunicación y la adecuada expresión de las emociones durante las interacciones padres-hijos (Becker, Peterson, Luria, Shoemaker y Hellmer, 1962). Se considera que el afecto o calor emocional, la sensibilidad y la mutua confianza son variables que se incluyen en la dimensión de apoyo, y son necesarias para el buen funcionamiento de las relaciones padres-hijo, sobretudo, para el desarrollo adaptativo del niño. El control, por su parte, se considera la dimensión que se caracteriza por un estilo autocrático y afirmación del poder; y correspondería con una adecuada disciplina (Becerra, Roldán y Aguirre, 2008).

El objetivo de nuestra investigación es conocer cuál es la relación que se establece entre los hábitos de crianza percibidos por la madre y el retraimiento social que sufre el niño.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 52 sujetos (57,7% hombres y 42,3% mujeres) entre 5 y 16 años ($M=11,58$, $DT=3,208$) que acudían ambulatoriamente a la Unidad de Salud Mental infanto-juvenil del Hospital de Laredo (Cantabria). Las madres de los pacientes fueron las que cumplimentaron los cuestionarios con la información relativa a su actitud respecto a la crianza de sus hijos, así como el comportamiento de sus hijos. La edad media de las madres que participaron en el estudio fue de 42,33 años ($DT=6,336$). Respecto a la profesión que desempeñaban las madres: el 46,2% de la muestra desempeñaban trabajos no cualificados, 9,6% trabajos semi-especializados, 19,2% trabajos especializados, 7,7% trabajos que requerían una Diplomatura Universitaria, y el 1,9% de la muestra estaban en situación de desempleo.

Materiales

Para llevar a cabo el estudio se utilizaron los siguientes cuestionarios:

Parental-Child Relationship Inventory (PCRI-M) de Gerard (1994), adaptado a nuestro país por Roa y del Barrio (2001). Valora actitudes de la madre hacia la crianza y hacia los mismos hijos. Está compuesto por 78 ítems con cuatro opciones de respuesta escala tipo Likert de 4 puntos que va desde muy de acuerdo hasta total desacuerdo. Aparecen 7 escalas que fueron desarrolladas usando una combinación de enfoques empíricos y racionales: apoyo (nivel de apoyo social y emocional que una madre está recibiendo), satisfacción con la crianza (satisfacción que obtiene una madre por el hecho de serlo), compromiso (grado de interacción y conocimiento que la madre tiene de su hijo), comunicación (percepción que la madre tiene de la efectividad de la comunicación con su hijo), autonomía (habilidad de la madre para proporcionar independencia al hijo), disciplina (nivel de exigencia de cumplimiento de las normas impuesto por la madre), distribución de rol (actitud de la madre acerca del papel que desempeña el género en la crianza). En general, una alta puntuación en cualquiera de las escalas indica una buena actitud hacia la crianza (estilo democrático), mientras que puntuaciones bajas son signo de un estilo de crianza poco efectivo. El cuestionario adaptado a población española arroja buenas propiedades psicométricas (Roa y del Barrio, 2001).

Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach y Edelbrock (1983), adaptado a población española por del Barrio y Cerezo (1990). Evalúa la percepción de los progenitores sobre los problemas conductuales del niño, comprendiendo varios factores: agresividad, depresión, conductas obsesivo-compulsivas, delincuencia, ansiedad somática, problemas somáticos, delincuencia no socializada, hiperactividad y, la variable que nos atañe, retraimiento social.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron entregados a las madres de los pacientes que acudían de forma ambulatoria a las consultas de Psicología Clínica y de Psiquiatría de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) del Hospital de Laredo, durante un año - entre julio de 2015 y julio de 2016 -. Todas las madres tras firmar un consentimiento informado de su participación en la investigación, cumplimentaron el *Parental-Child Relationship Inventory* (PCRI-M) que valora actitudes de la madre hacia la crianza y hacia los mismos hijos; y el *Child Behavior Checklist* (CBCL) que evalúa la percepción de la madre sobre los problemas conductuales del niño. Posteriormente se recogieron los datos y se analizaron con el paquete estadístico para Windows *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 19; realizando los análisis oportunos en función de la naturaleza de las variables estudiadas.

Diseño

Se trata de un diseño transversal correlacional, en el que se han recogido las puntuaciones obtenidas en los distintos instrumentos y se ha calculado el coeficiente de correlación de Pearson, tras comprobar la normalidad de las variables de estudio, entre la variable “retraimiento social” y los factores del estilo de crianza de la madre.

Resultados

Los resultados del análisis correlacional, tal y como se observan en la Tabla 1, indicaron que existía una correlación negativa significativa ($p < .05$) entre el apoyo ($r = -.333$, $p < .05$), satisfacción con la crianza ($r = -.389$, $p < .01$) y disciplina ($r = -.587$, $p < .01$) percibida de la madre, con el retraimiento social experimentado por el hijo. Sin embargo, no se encontraron relaciones significativas entre la condición retraimiento social del niño y las variables compromiso, comunicación, distribución del rol y autonomía percibidas por la madre ($p > .05$).

Tabla 1

Puntuación media (M) y desviación típica (DT) para cada factor del PCRI y coeficientes de correlación de Pearson entre los factores del PCRI de la madre y la variable retraimiento social

PCRI MADRE	M	DT	Correlación con retraimiento social
Apoyo	24,55	5,842	-0,333*
Satisfacción con la crianza	33,71	4,933	-0,389*
Compromiso	43,49	5,236	-0,143
Comunicación	27,84	3,608	-0,157
Disciplina	29,59	4,859	-0,587*
Autonomía	24,80	2,757	-0,162
Distribución de rol	16,10	2,795	-0,025

Nota. * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Discusión

En primer lugar, los resultados exponen como el apoyo de la madre correlaciona negativamente con el retraimiento social que experimenta el niño. Este hecho muestra consistencia con el estudio previo de Hart et al. (2003), quienes demostraron que el calor, la sensibilidad y el apoyo paterno promovía un adecuado desarrollo en la regulación emocional y las habilidades sociales del niño. En segundo lugar, la satisfacción con la crianza correlacionó negativamente con el retraimiento social. Revisando la literatura actual, esta variable apenas ha sido estudiada. Creemos que es posible que las madres con mayor satisfacción subjetiva forman un vínculo más afectuoso y seguro con sus hijos, lo cual puede generar en el niño/a una mejor imagen de sí mismo así como una percepción menos amenazante de los demás, logrando relacionarse de manera más satisfactoria. Por último, el factor disciplina correlacionó negativamente con el retraimiento social. Tal y como se ha visto en otros estudios previos (Barber, 1996; Hart et al., 2003), un adecuado control parental basado en establecimiento de límites, consistencia en la disciplina y exigencia de madurez, predecía el desarrollo adaptativo del niño así como disminuía los niveles de problemas de comportamiento externalizante. Sin embargo, un excesivo control

psicológico por parte de los progenitores, incrementaba los problemas internalizantes de los niños, como la depresión, ansiedad y la angustia internalizada (Barber, 1996).

Las conclusiones que se pueden extraer de nuestro estudio van en la línea de otros estudios realizados (Tur, Maestre y del Barrio, 2004); y sugieren que el sentimiento de apoyo, social y emocional, percibido por la madre, unido a una adecuada implantación de criterios que conduzcan a una ajustada disciplina, más la satisfacción de ser madre, conformarán un salvoconducto que preservará al hijo de la aparición de un retraimiento social. Por tanto, las madres que transmiten apoyo y afecto a sus hijos, desarrollan la comunicación en el ámbito familiar, establecen normas familiares y el cumplimiento de las mismas utilizando el razonamiento inductivo como técnica de disciplina, educan con mayor probabilidad hijos sociables, cooperativos y autónomos (Alonso y Román, 2005; Lila y Gracia, 2005).

Como limitaciones del estudio cabe indicar que sólo se ha tenido en cuenta la percepción de la madre, sin incluir al padre. En este sentido, es crucial la implicación de ambos padres en la crianza, la disponibilidad y el apoyo que percibe el menor, y en general, el predominio de una buena comunicación, para un buen apoyo instrumental y emocional de ambos padres (Rodrigo et al., 2004).

Referencias

- Achenbach, T. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and revised Child Behavior Profile*. University of Vermont, Burlington: Ed. Department of Psychiatry.
- Alonso, J. y Román, J. M. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1), 76-82.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Becerra, S., Roldán, W. y Aguirre, M. (2008). Adaptación del cuestionario de crianza parental (pcri-m) en canto Grande. *Pensamiento Psicológico*, 11(4), 135-150.
- Becker, W. C., Petersen, D. R., Luria, Z., Shoemaker, D. J. y Hellmer, L. A. (1962). Relations of factors derive from parent-interview ratings to behavior problems of five years olds. *Child development*, 33, 509-535.
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S. y Haynes, O. M. (2011). Maternal personality, parenting cognitions, and parenting practices. *Developmental Psychology*, 47(3), 658-675.

- Del Barrio, M. V. y Cerezo, M. A. (1990). *CBCL-Achenbach. Escala de problemas infantiles en población española. Varones 6-11 años*. Presentado en II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Area 7.- Diagnóstico y Evaluación Psicológica. Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.
- Gerard, A. B. (1994). *Parent-child relationship inventory*. Los Angeles, California: Westerns Psychological Services (WPS).
- Hart, C. H., Newell, L. D. y Olsen, S. F. (2003). Parenting skills and social-communicative competence in childhood. En J. O. Greene y B. R. Burlison (Eds.), *Handbook of Communication and Social Interaction Skills* (pp. 753-797). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Heritage, Z., Wilkinson, R. G., Grimaud, O. y Pickett, K. E. (2008). Impact of social ties on self reported health in France: Is everyone affected equally? *BMC Public Health*, 8, 1-7.
- Isaza, L. (2015). Habilidades sociales en pre-adolescentes y su relación con las prácticas educativas. *Investigium IRE: Ciencias Sociales y Humanas*, VI(1), 14-29.
- Lila, M. y Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental. *Psicothema*, 17(1), 107-111.
- Musitu, G. y Allat, P. (1994). *Psicosociología de la familia*. Universidad de Valencia: Albatros Educación.
- Obiols, J. E. (2008). *Manual de psicopatología general*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Roa, L. y del Barrio, V. (1998). *Aspectos demográficos, hábitos de crianza y problemas infantiles*. Trabajo presentado en V Congreso de Evaluación Psicológica. Málaga.
- Roa, L. y del Barrio, V. (2001). Adaptación del Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 329-341.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. y Matín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 203-210.
- Rubin, K. H., Coplan, R. J. y Bowker, J. C. (2009). Social Withdrawal in Childhood. *Annual Review of Psychology*, 60, 141-171.
- Simón, M. I. (2000). *El concepto de familia: una perspectiva socioconstructiva* (Tesis doctoral). Universidad de La Laguna, Tenerife.
- Torrallas, J., Arias, E., Puntí, J., Naranjo, M. C. y Palomino, J. (2010). Perfil de los adolescentes con retraimiento social ingresados en una Unidad de Hospitalización Parcial de Salud mental. *Enfermería Clínica*, 20(1), 17-22.

Tur, A. M., Maestre, A. V. y del Barrio, V. (2004). Los problemas de conducta exteriorizados e interiorizados en la adolescencia: relaciones con los hábitos de crianza y con el temperamento. *Acción Psicológica*, 3(3), 207-221.

TRABAJO POR PROGRAMAS EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: LA EXPERIENCIA DEL TDAH (TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD)

Rocío Gordo*, Dolores Díaz y Ana Isabel Ledo*****

**Equipo de Salud mental Infanto Juvenil, Hospital Universitario de Burgos, España;*

***Hospital Universitario de Burgos, España; ***Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil, Hospital de Palencia, España.*

Resumen

Antecedentes: En las últimas décadas el TDAH se convirtió en un problema sociosanitario a nivel mundial. Su impacto en los servicios de atención a la infancia motivó múltiples actuaciones (informes de consenso, recomendaciones de expertos, etc). En Castilla y León se implantó en 2011 un Protocolo de coordinación, dirigido a armonizar la actuación de los equipos de la Comunidad. Desde ese año utilizamos un sistema propio de registro de casos, del que extraeremos los datos analizados en este trabajo. **Objetivos:** nos planteamos conocer la situación asistencial al TDAH en el área de salud de Burgos y analizar la evolución de la demanda desde la implantación del protocolo. **Método:** se realiza un estudio descriptivo retrospectivo analizando los datos del Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil (ESMIJ) en el período de 2012 a 2015. Se hace un estudio de la derivación e incidencias de relación con otros dispositivos en las historias abiertas en 2015, que tenían como motivo de consulta sintomatología relativa al TDAH o que, aún no siendo este el motivo de la demanda fueran diagnosticados de TDAH. **Resultados:** La gran mayoría de las consultas se originan en el medio escolar y en el medio familiar. Tras un período en el que fue el motivo de consulta más frecuente, la incidencia relativa ha ido disminuyendo. En el mismo período aumentó el porcentaje de confirmación de casos. Sigue existiendo una inflación de sospecha diagnóstica de aproximadamente el 40%. **Conclusiones:** La implantación del protocolo mejoró la atención al TDAH; favoreció la canalización de la demanda y ayudó al ESMIJ a definir un modelo de funcionamiento interno mejorando la coordinación con otros dispositivos.

Palabras clave: Salud mental infantil, TDAH, programa

**PROGRAMME WORK IN CHILDREN AND ADOLESCENTS MENTAL
HEALTH: ADHD (ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER)
EXPERIENCE**

Abstract

Background: During the last decades, ADHD became a social-sanitary problem worldwide. Its impact on childcare services caused diverse actions (consensus reports, expert recommendations, meetings, congresses...). In 2011, in Castilla y León, a Coordination Protocol was introduced, to harmonize the performance at the different teams. Coinciding with its implementation, we started to use our own case registration system, from which one we will extract the data analyzed in this project. **Objectives:** We decided to know the welfare situation of ADHD in the health area of Burgos and to analyze the evolution of the demand since the implementation of the protocol. **Method:** A retrospective and descriptive study was carried out through the analysis of the data of the Burgos Child and Adolescent Mental Health Team in the period from 2012 to 2015. A study of the derivation and incidences of relation with other devices in the medical records opened in 2015, whose reason for consultation was symptomatology relative to the ADHD or even if the reason of the demand was different but finally ADHD was diagnosed. **Results:** The vast majority of consultations came from the school and family environment. It was the most frequent reason for consultation during a period of time but then, the relative incidence has been decreasing. In the same period the percentage of confirmed cases increased. There is still an inflation of diagnostic suspicion of approximately 40%. **Conclusions:** the protocol implementation improved the ADHD assistance; promoted the demand channeling and helped the Child and Adolescent Mental Health Team to describe an internal working model, improving the coordination with other devices.

Keywords: children Mental Health, ADHD, program.

Introducción

En las dos últimas décadas la preocupación por la salud mental infanto juvenil en muchos casos ha desbordado el debate clínico y se ha convertido en un tema mediático. Un ejemplo de demandas sucesivas que aparecieron con gran difusión en los medios de comunicación creando alarma social en distintos grados fueron los Trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) a finales de los años noventa. El TDAH pasó a ser

1119



considerado un problema socio sanitario a nivel mundial, lo que impulsó inicialmente a las autoridades sanitarias estadounidenses a realizar un informe de consenso entre expertos para su abordaje; estas medidas se fueron aplicando progresivamente en otros países llevando al desarrollo de numerosas guías y recomendaciones de expertos. Al revisar estas guías encontramos que los datos respecto a prevalencia son muy variables, oscilando desde un 1% hasta un 17,8%, dependiendo esta variabilidad de muchos factores (población clínica o escolar, lugar de procedencia de la muestra, criterios diagnósticos empleados, formas de evaluación). En Castilla y León su presencia, según los últimos estudios, se encuentra en torno al 6,6% (Rodríguez et al., 2009).

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2010 presentó una Guía de Práctica Clínica elaborada por parte de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica Catalana. También en el año 2010 en la Comunidad Autónoma del País Vasco se realizó un estudio para conocer la situación asistencial al TDAH teniendo como uno de sus objetivos emitir recomendaciones para la práctica clínica basadas en las conclusiones obtenidas (*Lasa-Zulueta, Jorquera-Cuevas, 2009*). A nivel de otras comunidades autónomas se han ido desarrollando diferentes programas; en Castilla y León, en 2011 se implanta un protocolo de coordinación de Educación y Sanidad, con el objetivo de homologar la atención en todos los equipos de salud mental infanto juvenil de la región.

El Protocolo de Coordinación del TDAH de Castilla y León se estructura en tres fases:

1.- Fase de Detección Temprana: en el momento que exista sospecha de enfermedad por parte de la familia o el colegio se trasladará el caso a los servicios sanitarios específicos.

2.- Fase de Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria: incluye confirmación del diagnóstico, diseño de un Plan de Acción Individualizado, seguimiento y derivación a Atención Especializada en los casos que proceda.

3.- Fase de Diagnóstico y Tratamiento en Atención Especializada: cuando se cumplan determinados criterios por los que no puedan ser atendidos en Atención Primaria.

En el Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil (ESMIJ) de Burgos se han llevado a cabo sucesivas actuaciones en los últimos años relacionadas con la atención al TDAH. Entre 2004 y 2006 se elaboraron dos protocolos de uso provincial. El protocolo autonómico de 2011, homologó algunos aspectos con el resto de Servicios de nuestra Comunidad. En un intento de suplir la carencia de un sistema de registro de casos

homologado para salud mental infanto juvenil de la Comunidad, y para cumplir con las exigencias de datos estadísticos solicitados por la Gerencia de Salud Mental con la implantación del programa de coordinación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, elaboramos en el año 2013 un sistema de registro de casos, en el que venimos trabajando hasta la actualidad. Finalmente en 2015 se llegó a un nuevo acuerdo provincial, para la realización de actividades regulares de coordinación de servicios educativos y de salud mental, que nuevamente añade un elemento singular en la respuesta al cuadro.

En este trabajo nos planteamos como objetivo analizar diferentes aspectos relacionados con la atención al TDAH desde la implantación del trabajo por programas a nivel comunitario:

15. conocer la situación asistencial al TDAH en el área de salud de Burgos

16. describir las características de los pacientes nuevos atendidos por sintomatología relativa al TDAH en 2015

17. analizar la evolución de la demanda desde la implantación del Protocolo de Coordinación de la Junta de Castilla y León

18. definir las dificultades y beneficios observados con la implantación del protocolo

Método

Participantes

Los datos que presentamos corresponden a la atención en el Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil del área de Burgos que en el año 2015 atendió a una población menor de 18 años de 64785 habitantes. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes nuevos vistos a lo largo del 2015 que tenían como motivo de consulta aspectos relacionados con el TDAH. Se incluyeron los que cumplían alguno de los siguientes criterios:

- derivados por sospecha diagnóstica
- petición de seguimiento en pacientes ya diagnosticados
- petición de segunda opinión por parte de los padres u otros profesionales
- consulta por sintomatología propia del cuadro
- consulta por síntomas no relacionados con TDAH cuyo diagnóstico final es TDAH

Procedimiento y Diseño

Para analizar la evolución de la demanda en relación con la atención al TDAH hacemos un estudio descriptivo a partir de los diferentes sistemas de registro de casos disponibles. Se hace un análisis de los datos del período de 2012 a 2015.

Con el objetivo de conocer la situación asistencial al TDAH en el área de salud de Burgos realizamos una revisión de una muestra de las historias de pacientes nuevos vistos en el año 2015 por sintomatología relativa al TDAH. Se revisan un total de 238 historias clínicas de las que recogimos variables sociodemográficas y clínicas para conseguir una visión más detallada de la realidad asistencial.

Se diseña un protocolo que incluye las siguientes variables: edad, sexo, procedencia de la consulta, motivo de consulta, tratamiento y seguimiento.

Los resultados fueron procesados mediante Excel, utilizando como medida resumen el porcentaje.

Resultados

- En 2015 nos encontramos con 238 solicitudes de consulta relacionadas con el TDAH, confirmándose el diagnóstico en 159. Se pasó de una demanda inexistente en 1989 (primer año del que disponemos de registros en el equipo) a 238 solicitudes de valoración en 2015.

- En el período analizado desde la implantación del protocolo la evolución de la demanda se ha ido modificando. Después de un período en el que fue el trastorno más común atendido en las consultas del Equipo, la incidencia ha ido disminuyendo (tabla 1).

- La incidencia relativa en 2015 (20,48% del total de los casos vistos) ha disminuido significativamente respecto a la de 2011 (53,24%).

Tabla 1

Evolución de la demanda de pacientes nuevos atendidos por TDAH

	Pacientes nuevos total	Pacientes nuevos TDAH	Incidencia TDAH
2010	1062	150	14,12%
2011	939	500	53,24%
2012	1207	489	40,51%
2013	1029	398	38,67%
2014	1064	375	35,24%
2015	1162	238	20,48%

- Desde que se implantó el trabajo por programa, aunque ha disminuido significativamente el número de pacientes evaluados para su inclusión, el porcentaje de confirmación de los casos que son evaluados (tabla 2) no ha mostrado una tendencia clara (la cifra más alta la encontramos el primer año, mientras que la tendencia en los últimos tres años es a la baja), persistiendo una importante inflación de la sospecha diagnóstica cercana al 40% en 2015.

Tabla 2

Evolución de la confirmación de sospecha diagnóstica en pacientes evaluados

	Pacientes evaluados	Pacientes TDAH	% confirmación TDAH
2011	500	380	76%
2012	489	273	55,82%
2013	398	299	75,12%
2014	375	262	69,86%
2015	238	147	61,76%

- La muestra de casos nuevos remitidos por sintomatología relacionada con el TDAH en 2015 está formada por 238 pacientes.

1.La distribución por sexo corresponde a un 70,59% de varones y un 29,41% de mujeres.

2.La distribución por edad: de 0 a 5 años 2,52% , de 6 a 12 años 64,71% y 32,77% de 13 a 18 años

3.La procedencia de la consulta: 91,60% de Atención Primaria, un 4,20% de Neuropediatría y un 4,20% de otros servicios.

4.De los pacientes derivados un 40% (94 casos) llegan al ESMIJ sin haberse realizado el filtrado correspondiente por los servicios escolares y de pediatría.

5. De éstos, 91 casos (38,23%) ya habían sido evaluados y diagnosticados en el ESMIJ.

6.El porcentaje de confirmación de los casos evaluados es de 61,76%.

7.Respecto al tratamiento farmacológico, encontramos un 57,56% de pacientes que están tomando algún fármaco y un 42,44% que no están tomando tratamiento.

8.De los 137 pacientes con tratamiento (57,56%) 111 son pacientes con diagnóstico de TDAH.

9.Del 42,44% de pacientes sin tratamiento, que corresponde a 101 pacientes, 36 tienen diagnóstico de TDAH.

Conclusiones

El estudio y análisis de la atención a los pacientes con TDAH en el Equipo de Salud Mental Infante Juvenil de Burgos nos ha permitido conocer las ventajas y desventajas de la implementación del trabajo por programas, algunas de las cuales serían propias del área y de las características concretas del proceso, y otras que consideramos se pueden generalizar al trabajo por programas en salud mental infante-juvenil (Pedreira, 1987).

En nuestro caso la implantación del protocolo ha servido para una mejora en la atención al proceso. Por un lado, ha permitido mejorar la canalización de la demanda en cuanto que la inflación de la sospecha diagnóstica ha ido disminuyendo, y por otro, nos ha ayudado a los profesionales del equipo a mejorar los mecanismos de organización interna y coordinación con otros dispositivos.

A pesar de lo señalado, nos encontramos con la persistencia una importante inflación de la sospecha diagnóstica (44,18% en 2012 y 38,24% en 2015) que está en relación con la ineficacia y problemas del procedimiento de valoración basado en la “sospecha diagnóstica” formulada en el centro escolar, según plantea el protocolo. Esta practica, además de favorecer el etiquetado psicopatológico de los alumnos por sus profesores contribuye a crear falsas expectativas a las familias y nos dificulta la atención médica y psicológica. Es imprescindible la coordinación con Educación, pero para que sea eficiente y responsable, en los centros escolares se deberían analizar y describir las

dificultades de los alumnos con las herramientas propias de su formación y funciones, sin establecer la sospecha de enfermedades mentales en los alumnos.

Otro aspecto importante a la hora de desarrollar el trabajo por programas en salud mental infanto-juvenil es la coordinación con Atención Primaria. Tenemos que tener en cuenta sus capacidades, recursos y formación para atender la patología mental; sería conveniente desarrollar actividades dirigidas a aumentar la capacidad resolutive a nivel de Atención Primaria, que repercutiría en una menor sobrecarga en la atención especializada.

En un tema como el TDAH, en el que aún existen muchas controversias en aspectos importantes (diagnóstico, tratamiento...) es clave a la hora de implantar un programa de atención al proceso que los profesionales que trabajen en él tengan la flexibilidad suficiente, para desde sus diferentes paradigmas de trabajo, desarrollar un modelo consensuado.

Referencias

- Junta de Castilla y León. (2011). *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Gerencia Regional de Salud. LE-518-2011.
- Lasa-Zulueta, A., y Jorquera-Cuevas, C. (2009). *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y Política Social. Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Informes de evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2007/09.
- Pedreira, J. L. (1987). Metodología y elaboración de programas en salud mental infanto-juvenil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, VII(22), 371-378.
- Rodriguez, L., López-Villalobos, J.A., Garrido, M., Sacristán, A.M., Martínez, M.T., y Ruiz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 2009, 251-270.

REVISIÓN TEÓRICA: MULTIDIMENSIONALIDAD DE FUNCIONES Y CONTROL EJECUTIVO EN POBLACIÓN ADULTA

Patricia Cordero-Andrés*, **Javier Tirapu-Ustárroz****, **Pilar Luna-Lario***** y **Pilar Hernández-Goñi******

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; **Responsable de Neuropsicología de Fundación Argibide. Director técnico y científico de Fundación Argibide, Pamplona; *Coordinadora del Servicio de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Terapia Ocupacional del Servicio de Rehabilitación Neurológica, Complejo Hospitalario de Navarra. Fundación Argibide, Pamplona; ****Servicio de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Terapia Ocupacional del Servicio de Rehabilitación Neurológica, Complejo Hospitalario de Navarra. Fundación Argibide, Pamplona*

Resumen

Antecedentes: Lezak (1982) acuñó el término *funciones ejecutivas* para referirse a las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente. Diversos modelos han sido planteados para explicar su naturaleza, pero ningún modelo por si solo permite captar la complejidad de este proceso cognitivo. Se diferencian dos enfoques: las funciones ejecutivas entendidas como un constructo unitario inespecífico que es adaptable a las demandas del entorno, o un sistema de procesamiento multimodal con componentes independientes pero interconectados. Los estudios de lesión, técnicas de neuroimagen y, más recientemente, el análisis factorial han sido los métodos empleados para su estudio. Nuestro objetivo es realizar una revisión sistemática de los modelos factoriales de funciones y control ejecutivo en población adulta. **Método:** se utilizaron las bases de datos PubMed, OvidSP y PsycINFO para buscar estudios que evalúan las funciones ejecutivas mediante varias pruebas neuropsicológicas en adultos, utilizando el análisis factorial como metodología principal. **Resultados:** se seleccionaron 33 estudios. Miyake, Friedman, Emerson, Witzki y Howerter (2000) proponen tres procesos ejecutivos diferenciados: actualización, inhibición y alternancia/flexibilidad cognitiva, que ha servido de marco para estudios posteriores. Más recientemente, se plantean factores adicionales como fluidez verbal/acceso a la memoria a largo plazo, toma de decisiones y planificación. **Conclusiones:** los hallazgos de este estudio ofrecen apoyo a la idea de la multidimensionalidad de las funciones ejecutivas,

siendo actualización, inhibición, flexibilidad cognitiva y acceso a la memoria a largo plazo los que gozan de mayor evidencia. Sería importante integrar estos resultados con la información aportada por estudios de lesión y técnicas de neuroimagen y así poder arrojar más claridad a un constructo complejo como el de funciones ejecutivas.

Palabras clave: funciones ejecutivas, análisis factorial, actualización, inhibición, alternancia/flexibilidad cognitiva.

A THEORETICAL REVIEW: EXECUTIVE CONTROL AND EXECUTIVE FUNCTIONS MULTIDIMENSIONALITY IN ADULT POPULATION

Abstract

Background: Lezak (1982) coined the term *executive functions* to refer to the essential mental abilities to carry out an effective, creative and socially acceptable behavior. Several models have been suggested to explain their nature, but no single model explains the entire range of these cognitive abilities. There are two different approaches: executive functions as a non-specific unitary construct that is adaptable to the environment requests, or a multimodal processing system which encompasses separable but related components. Lesion studies, neuroimaging techniques and, more recently, factor analysis methods have been used for their study. Our goal is to conduct a systematic review of executive control and executive functions factorial models in the adult population. **Method:** PubMed, PsycINFO and OvidSP databases has been used to search studies that assess executive functions through several neuropsychological tests in adults, using factor analysis as the main methodology. **Results:** 33 studies were included. Miyake, Friedman, Emerson, Witzki and Howerter (2000) propose three differentiated executives processes: updating, inhibition and shifting/ cognitive flexibility, which have served as a framework for further studies. Lately, additional factors such as verbal fluency/access to long-term memory, decision making and planning arise. **Conclusions:** The findings of this study support the multidimensionality of executive functions, being updating, inhibition, cognitive flexibility and access to long-term memory which have greater evidence. It would be important to integrate these results with the information provided by lesion studies and neuroimaging techniques so we can bring more clarity to a complex construct as executive functions.

Keywords: executive functions, factorial analysis, updating, inhibition, shifting/cognitive flexibility.

Introducción

Desde la neuropsicología, las funciones ejecutivas se definen como un conjunto de habilidades implicadas en la generación, supervisión, regulación, ejecución y reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos, especialmente aquellos novedosos para el individuo y que precisan una solución creativa (Gilbert y Burgess, 2008). Este término es utilizado por primera vez por Lezak (1982) para describir las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente que comprenden cuatro componentes: 1) Formulación de metas: capacidad de generar y seleccionar estados deseables en el futuro; 2) Planificación: selección de acciones, elementos y secuencias necesarios para alcanzar un objetivo; 3) Desarrollo: habilidad para iniciar, detener, mantener y cambiar entre acciones planificadas; y 4) Ejecución: capacidad para monitorizar y corregir actividades.

Las funciones ejecutivas han gozado de considerable protagonismo dentro de la investigación neuropsicológica, planteándose múltiples definiciones y modelos teóricos para clarificar los procesos implicados dentro de este constructo, así como su relación con distintas áreas cerebrales, especialmente el córtex prefrontal. Es precisamente dentro del contexto de la diversidad funcional del córtex frontal donde surge el debate sobre la naturaleza de las funciones ejecutivas: un constructo unitario, es decir, un sistema inespecífico y adaptable a las demandas del entorno en el que distintas áreas del córtex prefrontal responden coordinadamente cuando el sistema debe resolver nuevos retos, o un sistema multimodal de procesos relativamente modulares, jerarquizados y especializados.

En los últimos años el análisis factorial ha sido empleado como una metodología útil para identificar los componentes de este constructo, ya que permite conocer la estructura de los procesos cognitivos que subyacen al rendimiento observado en la ejecución de pruebas etiquetadas como “ejecutivas”. No obstante, el análisis factorial no está exento de limitaciones que reducen el poder de generalización de los resultados; así, correlaciones bajas entre tareas no necesariamente pueden deberse a la existencia de procesos ejecutivos diferenciados (Miyake y Shah, 1999) o el problema de la impureza de las pruebas ejecutivas (Burgess, 1997), que plantea que éstas implican la intervención de otros procesos cognitivos.

Tomando como punto de partida el debate respecto a la naturaleza del constructo de funciones ejecutivas, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión exhaustiva de los modelos factoriales de funciones y control ejecutivo para sintetizar los principales hallazgos.

Método

Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos publicados entre 1991-2016 con los siguientes términos: *executive function*, *executive functions*, *executive control*, *executive functioning*, *executive dysfunction*, *factor analysis*, *factor structure*, y términos relacionados, utilizando tres bases de datos (PubMed, OvidSP, PsycINFO).

Los criterios para seleccionar los artículos son los siguientes:

1. Estudio de funciones/control ejecutivo mediante análisis factorial. Se excluyen los trabajos que, utilizando análisis factorial, se centran en procesos cognitivos generales o emplean una batería de evaluación de múltiples dominios (incluyendo las funciones ejecutivas).

2. Población adulta: mayores de 18 años.

Posteriormente, se establecen como criterios de exclusión:

a) Trabajos que se centran en un único proceso ejecutivo o realizan análisis factorial de una prueba única de funciones ejecutivas.

b) Estudios que utilizan medidas de autoinforme (cuestionarios) como tareas exclusivas para evaluar las funciones ejecutivas. Se excluyen trabajos de análisis factorial de pruebas de autoinforme, pero sí se incluyen artículos que utilizan paradigmas específicos de evaluación de funciones ejecutivas, además de autoinformes.

Por tanto, se seleccionan trabajos que estudian las funciones ejecutivas a través de varias pruebas neuropsicológicas en adultos, utilizando el análisis factorial como metodología. También se revisan las referencias de dichos trabajos, incluyendo un total de 33 artículos (Ver Figura 1).

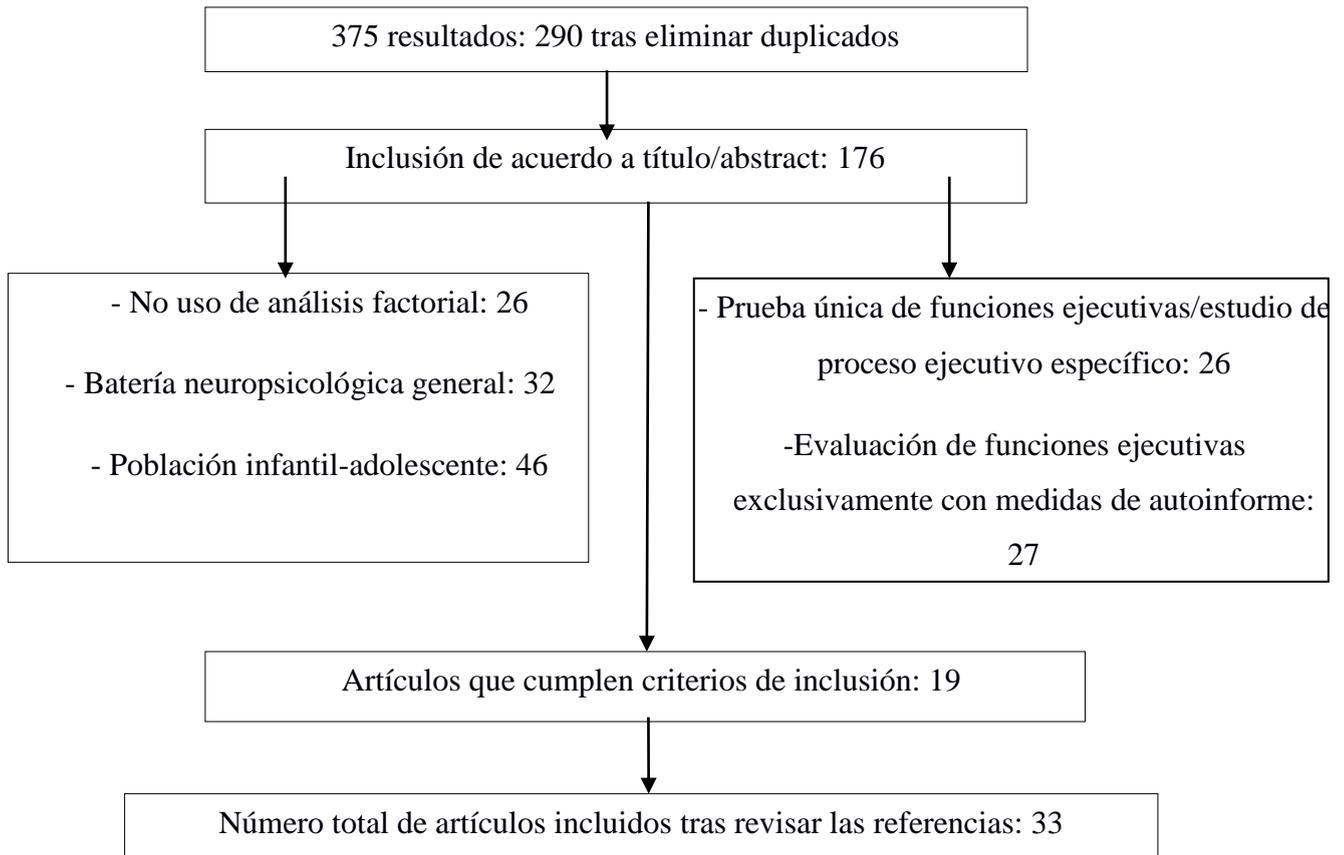


Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de modelos factoriales de funciones y control ejecutivo en población adulta.

Resultados

Los primeros modelos factoriales aparecen a principios de los años 90 y se centran en procesos atencionales, siendo los factores que mayor evidencia muestran en la literatura: atención selectiva, dividida y sostenida, cambio atencional y velocidad de procesamiento.

Miyake, Friedman, Emerson, Witzki y Howerter (2000) encuentran tres procesos ejecutivos diferenciados: actualización, entendida como la capacidad para actualizar, manipular y mantener la información durante un tiempo concreto; inhibición, definida como la habilidad para suprimir deliberadamente las respuestas automáticas en función de la situación; y alternancia, consistente en el cambio flexible de operaciones mentales para adaptarse a las demandas del entorno. Plantean la hipótesis de la unidad/diversidad de las funciones ejecutivas, entendiendo que existen factores ejecutivos diferenciados pero sin ser totalmente independientes, ya que encuentran correlaciones moderadas entre los tres factores lo que apuntaría hacia ciertos aspectos comunes o unidad.

Este modelo ha servido como marco de referencia en estudios posteriores habiendo sido replicado, por ejemplo, en poblaciones de edad avanzada (Vaughan y Giovanello, 2010), y otros estudios, aparte de los tres procesos mencionados, proponen factores adicionales. Fisk y Sharp (2004) hallan un factor de acceso a la memoria a largo plazo en el que cargan tareas de fluidez verbal, similar al factor denominado fluidez verbal por Pineda, Merchan, Rosselli y Ardila (2000) que, además, encuentran factores de organización-flexibilidad, control inhibitorio y velocidad de procesamiento. Este último factor es hallado por Ríos, Periañez y Muñoz (2004) dentro de los procesos ejecutivos de bajo nivel, mientras que los procesos ejecutivos de alto nivel comprenden memoria operativa, flexibilidad cognitiva y control de la interferencia. Verdejo y Pérez (2007) proponen un factor de toma de decisiones en el que satura Iowa Gambling Test (IGT), mientras que la otra prueba utilizada para evaluar los procesos de toma de decisiones, Cognitive Bias Task (CBT), carga en el factor de actualización.

Si bien los tres factores de actualización, alternancia (o flexibilidad cognitiva) e inhibición gozan de evidencia en la literatura, hay trabajos que ponen en duda la entidad de la inhibición como proceso ejecutivo diferenciado. Hull, Martin, Beier y Lane (2008) encuentran factores de actualización y alternancia pero no de inhibición; Adrover, Sesé, Barceló y Palmer (2012) proponen un modelo de dos factores (memoria de trabajo y acceso a la memoria a largo plazo) y un modelo de tres factores, que incluye también la flexibilidad cognitiva, pero no hallan un factor de inhibición, pese a utilizar pruebas consideradas medidas habituales de procesos inhibitorios. Hedden y Yoon (2006) proponen un factor de actualización-alternancia y otro factor de inhibición de la interferencia proactiva, pero no incluiría procesos de control inhibitorio de respuestas dominantes. En los últimos años, Friedman et al. (2008) han planteado dos modelos: un modelo jerárquico, en el que los tres factores (actualización, inhibición y alternancia) cargan dentro de un factor común de funciones ejecutivas, y un modelo de factores anidados, que comprende un factor común de funciones ejecutivas y dos factores específicos (actualización y alternancia), los cuales darían cuenta de la varianza no explicada una vez eliminada la varianza común. No encuentran un factor específico de inhibición, de modo que interpretan que los procesos inhibitorios son necesarios para la ejecución de tareas ejecutivas en general, más que un proceso requerido en un tipo específico de pruebas.

Por último, destacar trabajos que plantean factores ejecutivos novedosos lo cual, en parte, se podría explicar por el uso de paradigmas de evaluación que requieren la

implicación de procesos ejecutivos no considerados previamente. Weintraub et al. (2005) hallan un factor de control inhibitorio y un factor de planificación; este último también es propuesto por Brandt et al. (2009), además de procesos de memoria operativa y juicio. Ambos estudios emplean la prueba de Torre de Londres, uno de los paradigmas más utilizados para valorar los procesos de planificación. Testa, Bennett y Ponsford (2002) emplean 19 pruebas de evaluación neuropsicológica, sugiriendo factores ejecutivos relacionados con el análisis de la tarea, automonitorización/mantenimiento del set y generación de estrategias y regulación, además de memoria de trabajo prospectiva, inhibición de respuesta y alternancia/manejo de la interferencia.

Discusión

De acuerdo a la literatura revisada, los hallazgos apuntan hacia un acuerdo respecto a la multidimensionalidad de las funciones ejecutivas en la edad adulta, siendo los factores que han logrado mayor evidencia: actualización (equivalente a la memoria de trabajo), inhibición (denominado control de la interferencia en algunos estudios), alternancia o flexibilidad cognitiva y acceso a la memoria a largo plazo o fluidez verbal. Es interesante resaltar que en los primeros trabajos la inhibición aparece como un factor ejecutivo independiente pero más recientemente ha sido considerado un proceso más cercano a un factor general de funciones ejecutivas. Así, el hecho de no hallar un factor específico de inhibición no significa que no exista una capacidad de inhibición como tal, sino que las diferencias individuales se explicarían por la varianza común en las tareas que evalúan funciones ejecutivas.

En los últimos años, se han publicado estudios factoriales que utilizan un mayor número de pruebas para evaluar las funciones ejecutivas, algunas de ellas no utilizadas previamente, lo que ha permitido hallar nuevos componentes ejecutivos como la planificación o la generación de estrategias y regulación. Estos aspectos, no incluidos en los modelos factoriales anteriores, van en la línea de trabajos teóricos que consideran la autorregulación emocional-conductual como un proceso asociado a la actividad de los lóbulos frontales (Stuss, 2011).

Limitaciones del estudio

Los artículos revisados se han centrado en el estudio de funciones ejecutivas mediante varias tareas neuropsicológicas y análisis factorial, excluyendo trabajos que únicamente utilizan medidas de autoinforme. Este criterio puede haber sesgado los

resultados hacia componentes ejecutivos que pueden ser captados a través de paradigmas de evaluación más centrados en los denominados “procesos fríos” a expensas de perder información procedente de pruebas de autoinforme que permiten conocer el funcionamiento ejecutivo desde la perspectiva de la propia persona o de otros informantes, procesos que podrían relacionarse en mayor medida con los llamados “procesos cálidos”. Por este motivo, sería interesante considerar el análisis factorial de cuestionarios e inventarios de funcionamiento ejecutivo en futuros estudios.

Por otro lado, el análisis factorial posee debilidades, destacando el hecho de que hallar correlaciones bajas entre varias tareas consideradas ejecutivas puede no ser debido necesariamente a la existencia de múltiples procesos ejecutivos. Así, dichas tareas pueden requerir la intervención de otros procesos cognitivos que enmascaran los aspectos comunes entre las pruebas ejecutivas (Miyake y Shah, 1999). Por tanto, el análisis factorial es una metodología prometedora pero con limitaciones a la hora de conocer los distintos componentes ejecutivos, por lo que sería recomendable considerar la información aportada por otros métodos como los estudios de lesión y las técnicas de neuroimagen. En este sentido, estamos de acuerdo con la siguiente afirmación: para poder clarificar los sustratos neuroanatómicos del constructo de funciones ejecutivas, la aproximación óptima sería la de proponer hipótesis específicas basadas en la evidencia sobre la existencia de conexiones neuroanatómicas con su correspondiente correlato funcional y conductual y probar estas hipótesis combinando información procedente de estudios de lesión, estudios con diversas metodologías de neuroimagen (morfometría, conectividad funcional, tractografía de sustancia blanca) y modelos psicométricos y computacionales (Aron, 2007).

Referencias

- Adrover, D., Sesé, A., Barceló, F., y Palmer, A. (2012). A latent variable approach to executive control in healthy ageing. *Brain and Cognition*, 78, 284-299.
- Aron, A R. (2007). The neural basis of inhibition in cognitive control. *Neuroscientist*, 13, 214-228.
- Brandt, J., Aretouli, E., Neijstrom, E., Samek, J., Manning, K., Albert, M., y Bandeen-Roche, K. (2009). Selectivity of executive functions deficits in mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, 23(5), 607-618.

- Burgess, P. W. (1997). Theory and methodology in executive function research. En P. Rabbitt (Ed.), *Methodology of frontal and executive function* (pp. 81–116). Hove, UK: Psychology Press.
- Fisk, J. E., y Sharp, C. A. (2004). Age-related impairment in executive functioning: updating, inhibition, shifting, and access. *Journal of Clinical and Experimental Psychology*, 26(7), 874-890.
- Friedman, N. P., Miyake, A., Young, S. E., DeFries, J. C., Corley, R. P. y Hewitt, J. K. (2008). Individual differences in executive functions are almost entirely genetic in origin. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137(2), 201-25.
- Gilbert, S. J., y Burgess, P. W. (2008). Executive function. *Current Biology*, 18, R110-114.
- Hedden, T., y Yoon, C. (2006). Individual differences in executive processing predict susceptibility to interference in verbal working memory. *Neuropsychology*, 20, 511-528.
- Hull, R., Martin, R. C., Beier, M. E., y Lane, D. (2008). Executive function in older adults: A structural equation modeling approach. *Neuropsychology*, 22, 508-522.
- Lezak, M.D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281-97.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., y Howerter, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.
- Miyake, A., y Shah, P. (1999). Toward unified theories of working memory: Emerging general consensus, unresolved theoretical issues, and future research directions. En A. Miyake y P. Shah (Eds.), *Models of working memory: Mechanisms of active maintenance and executive control* (pp. 442–481). New York: Cambridge Univ. Press.
- Pineda, D. A., Merchan, V., Rosselli, M., y Ardila, A. (2000). Estructura factorial de la función ejecutiva en estudiantes universitarios jóvenes. *Revista de Neurología*, 31, 1112-1118.
- Ríos, M., Periañez, J. A., y Muñoz, J. M. (2004). Attentional control and slowness of information processing after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 18, 257-272.
- Stuss, D. T. (2011). Functions of the frontal lobes: relation to executive functions. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(5), 759-765.

- Testa, R., Bennett, P., y Ponsford, J. (2012). Factor analysis of nineteen executive function tests in healthy adult population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27(2), 213-224.
- Vaughan, L, y Giovanello, K. (2010). Executive function in daily life: Age-related influences of executive processes on instrumental activities of daily living. *Psychology and Aging*, 25, 343-355.
- Verdejo, A., y Pérez, M. (2007). Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: common and differential effects on separate executive components. *Psychopharmacology*, 190, 517-530.
- Weintraub, D., Moberg, P. J., Culbertson, W. C., Duda, J. E., Katz, I. R., y Stern, M. B. (2005). Dimensions of executive function in Parkinson's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 20(2-3), 140-4.

IMPACTO DE UN GRUPO PSICOEDUCATIVO EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON DEMENCIA

**Mireia Romero, M^a Isabel Martínez, M^a Teresa Abellán, Laura Molina, Lucía Pérez,
Carlos Cedrón, Eva González, Sonia González y M^a Dolores López**

EAIA-Trastorns cognitius. INAD-Parc de salut mar. Barcelona

Resumen

Objetivos A) Describir el perfil de los participantes de los grupos psicoeducativos (GP) para cuidadores de pacientes con demencia B) Evaluar los efectos de los GP en el malestar psicológico y los conocimientos y las habilidades para atender al familiar. **Método** *Sujetos* 42 cuidadores de pacientes en seguimiento en una unidad de trastornos cognitivos (EAIA) que ha participado en los GP. *Metodología* medidas sobre distintas variables socio-demográficas del paciente y del cuidador recogidas al inicio: Escala de Deterioro Global (GDS), Índice de Barthel (IB) y Cuestionario de Salud General (GHQ-12) y al final del grupo; (GHQ-12 y cuestionario de opinión) Los GP constan de 5 sesiones de 90 minutos de duración de frecuencia quincenal dónde se incluye información sobre la enfermedad curso, pronóstico, síntomas, tratamiento e impacto en el cuidador entre otros. **Resultados** Los asistentes fueron en su mayoría mujeres (67%), con una edad de $56,6 \pm 14,2$ (media \pm dt), cónyuge (50%) o hijos (50%) del paciente. Convivían en su mayoría con el paciente (90%) que tenía una edad de $73 \pm 10,3$, era mayoritariamente mujer (60%), diagnosticada enfermedad de Alzheimer (81%), con un GDS de 4 (60%) y una dependencia leve (Barthel 90 ± 12) Los resultados del GHQ-12 muestran disminución significativa ($p < 0,05$) del malestar psicológico expresado por los cuidadores mientras que los resultados del cuestionario de opinión indican que el 98% de los cuidadores están satisfechos con el contenido de los temas tratados y su aplicabilidad y han mejorado los conocimientos y habilidades para hacer frente al cuidado propio y del paciente. **Conclusiones** El perfil de cuidadores corresponde a hijas o esposas que conviven con un paciente con enfermedad de Alzheimer y dependencia leve. El malestar psicológico referido por los cuidadores disminuye después del grupo mientras que los conocimientos sobre la enfermedad y las habilidades para afrontarla mejoran.

Palabras clave: demencia, grupos psicoeducativos, cuidadores

EFFECT OF A PSYCHOEDUCATIONAL GROUP IN DEMENTIA PATIENTS CAREGIVERS

Abstract

Aim a) To describe features of participants of a psychoeducational group (PG) for caregivers of patients with dementia b) To assess the PG effects on caregiver's psychological distress and in knowledge and skills to take care of the patient. **Method** *Subjects* 42 caregivers of patients in medical follow-up in a unit of cognitive and behavioral disorders (EAIA) who participated in the PG. *Methodology* measures on different socio-demographic variables from patient and caregiver were collected at baseline: Global Deterioration Scale (GDS), Barthel Index (BI) and General Health Questionnaire (GHQ-12); and at the end of the group (GHQ-12, Opinion Questionnaire). PG consists of 5 fortnightly sessions of 90 minutes duration where it is provided information about the disease course, prognosis, symptoms, treatment and impact on the caregiver. **Results** Attendees were mostly women (67 %), with an age of spouse 56.6 ± 14.2 (mean \pm sd), spouse (50%) or children (50 %) of the patient. Caregivers lived mostly with the patient (90 %), who was 73 ± 10.3 (mean \pm sd) years old, mostly women (60 %) diagnosed with Alzheimer's disease (81%), with a GDS 4 (60%) and a slight dependence (Barthel 90 ± 12) The results of the GHQ- 12 show significant decrease ($p < 0.05$) of psychological distress expressed by caregivers while the results of opinion questionnaire indicate that 98% of caregivers were satisfied with the content of the issues and their applicability and they had improved the knowledge and skills to cope with self-care and patient. **Conclusions** The caregivers profile corresponds to daughters or wives living with a patient with Alzheimer disease's and mild dependence. The psychological distress reported by caregivers decreased after the group took place while knowledge about the disease and skills to address it improved.

Key words: dementia, psychoeducational groups, caregivers.

Introducción

Diversas revisiones sistemáticas respaldan la idea de que ser cuidador de un paciente con demencia es un factor de riesgo para el malestar psicológico (Cooper, Balamurali y Livingston, 2007; Cuijpers, 2005) Por este motivo, unido al incremento de la esperanza de vida de los pacientes y de la prevalencia de la demencia, diversas intervenciones

1137



centradas en los cuidadores informales han ido despertando interés desde la década de los 80. Entre las intervenciones disponibles que incluyen cuidadores (intervención psicosocial, terapia de familia, grupos de apoyo) destacan los grupos de tipo psicoeducativo. Los grupos psicoeducativos para pacientes con demencia tienen diversos objetivos que incluyen aportar información adecuada sobre la enfermedad, proporcionar estrategias para cuidar al paciente de una manera óptima y promover el autocuidado y las conductas de salud en el cuidador, disminuyendo así la sobrecarga (Espín, 2009)

Un reciente metarevisión sobre diversos tipos de intervención para cuidadores y pacientes con demencia encuentra en seis de las siete revisiones que incluían estudios sobre grupos psicoeducativos un efecto positivo en el bienestar psicológico del cuidador así como un aumento de los conocimientos y de las estrategias para hacer frente al cuidado del paciente. (Gilhooly et al., 2016) En la misma línea, el metaanálisis realizado por Vázquez et al en 2014 destaca la eficacia de este tipo de intervención en la reducción de sintomatología depresiva en los cuidadores, aunque con un efecto moderado y recordando la necesidad de mejorar las condiciones metodológicas de los estudios. Los efectos positivos de las intervenciones de los cuidadores se han encontrado incluso a nivel fisiológico, constatándose una disminución de los marcadores del estrés (Aboulaflia-Brakha, Gouveia-Paulino, Nitrini y Ptak, 2013) Esta eficacia de los grupos psicoeducativos, en concreto para disminuir los síntomas depresivos y la sobrecarga del cuidador, se ha constatado por encima de otras intervenciones como el counseling o los grupos de apoyo (Martín-Carrasco, Ballesteros-Rodríguez, Domínguez-Panchón y Muñoz-Hermoso, 2014).

Aún así, diversos autores señalan la dificultad para encontrar factores moduladores debido a la heterogeneidad de estudios e intervenciones (Martín-Carrasco et al., 2014; Vázquez et al., 2014) En concreto, un análisis de los estudios publicados en lengua castellana sobre grupos para cuidadores de distintos tipos entre los que se encuentran los grupos psicoeducativos (Losada-Baltar y Montorio-Carrato, 2005) señala la importancia de diseñar estudios metodológicamente fuertes en esta población, con tamaños muestrales amplios, ajustados a un marco teórico amplio y con medidas adecuadas sobre su eficacia, ya que los resultados de eficacia obtenidos en los países de habla no hispana no necesariamente serían generalizables a nuestro contexto.

El objetivo de este trabajo es describir el perfil de los participantes de un grupo psicoeducativo ambulatorio en una unidad de trastornos cognitivos y de la conducta así como evaluar los efectos en el malestar psicológico, en los conocimientos sobre la

enfermedad y en las habilidades para atender al familiar en un entorno clínico en nuestro país.

Método

Participantes

La muestra está formada por 42 cuidadores informales de pacientes diagnosticados de demencia cuyos familiares, en el momento del reclutamiento, hacían seguimiento en una unidad de trastornos cognitivos y de la conducta en Barcelona y aceptaron participar. Los cuidadores fueron principalmente mujeres (67%), en misma proporción esposos/as (50%) o hijos/as (50%) con una media de edad de $56,6 \pm 14,2$ años. Los pacientes a su cargo ($n=42$) eran en su mayoría mujeres (60%) con una media de edad de $73 \pm 10,3$ años y vivían en general acompañados del cuidador (90%), principalmente con el esposo/a (69%). Todos habían sido diagnosticados de demencia, principalmente de tipo Enfermedad de Alzheimer (81%) y tenían en su mayoría un deterioro cognitivo moderado (GDS=4, 60%) y una dependencia leve para las actividades de la vida diaria (Barthel 90 ± 12) (Tabla 1)

Tabla 1

Descripción de los participantes

<i>Cuidadores</i>	<i>N=42 (%)</i>
<hr/>	
<i>Sexo (mujeres)</i>	<i>28 (67)</i>
<i>Parentesco</i>	
<i>Esposo/a</i>	<i>21 (50)</i>
<i>Hijo/a</i>	<i>21 (50)</i>
<i>Edad</i>	<i>56,6±14,2 (media ± dt)</i>
<i>Pacientes</i>	<i>N=42 (%)</i>
<hr/>	
<i>Mujeres</i>	<i>25 (60)</i>
<i>Edad</i>	<i>73±10,3 (media± dt)</i>
<i>Viviendo con</i>	
<i>Pareja</i>	<i>29 (69)</i>
<i>Hijo/a</i>	<i>9 (21,5)</i>
<hr/>	

Tabla 1 (continuación)

	<i>Solo</i>	4 (9,5)
<i>Diagnóstico</i>		
	<i>Alzheimer</i>	34 (81)
	<i>Fronto-temporal</i>	6 (14,2)
	<i>Vascular+Alzheimer</i>	1 (2,4)
	<i>Otros</i>	1 (2,4)
<i>GDS</i>		
	<i>GDS 4</i>	25 (60)
	<i>GDS 5</i>	17 (40)
	<i>Barthel (media ± dt)</i>	90± 12

Materiales

-Escala de deterioro global (Global Deterioration Scale, GDS) (Reisberg, Ferris, de León y Crook, 1982). Es una escala que mide la presencia de deterioro cognitivo en una gradación que va de 0 (ausencia de deterioro cognitivo) a 7 (deterioro cognitivo muy grave).

-Índice de Barthel (IB) (Mahoney, 1965). Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse o vestirse, a las que se les asigna una puntuación en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. La puntuación final varía de 0 a 100, dónde 100 implica máxima independencia y 0 máxima dependencia.

-Cuestionario de salud general (GHQ-12) (Goldberg, 1992). Es un cuestionario autoadministrado de cribado que tiene como objetivo detectar trastornos psiquiátricos no psicóticos. Consta de 12 ítems con 4 opciones de respuesta y por su brevedad y propiedades psicométricas es de los más utilizados en entornos clínicos para valorar psicopatología y malestar psicológico.

-Cuestionario de opinión: se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 4 preguntas dónde se consulta a los participantes su opinión sobre la utilidad del taller en cuanto a contenido, mejora de los conocimientos sobre la enfermedad y el cuidado del paciente, mejora de habilidades prácticas y la aplicabilidad de los contenidos a la situación particular del cuidador.

Procedimiento

El programa psicoeducativo para cuidadores consta de 5 sesiones de una hora y media de duración, con una frecuencia inicialmente quincenal y posteriormente mensual. Es una adaptación del Programa Europeo de Formación y Promoción de la salud para los Cuidadores de Familiares de Personas con Enfermedad de Alzheimer o con Trastornos Mentales Relacionados (Aguilar, Badenes y Ruiz, s.f.) así como del Programa Psicoeducativo para el manejo de la Sobrecarga en el Cuidador del paciente con Demencia (EDUCA_DEM) (Martín, Domínguez, González y Muñoz, 2011), que se basa en el la Teoría del aprendizaje social. A continuación se describe el contenido de las sesiones:

Sesión 1. Introducción al programa y objetivos: presentación de los miembros del grupo así como del programa y de los temas a tratar. Se anima a los pacientes a compartir experiencias e inquietudes, destacando que se priorizarán las cuestiones que preocupen y ocupen a los presentes.

Sesión 2. Información sobre la enfermedad, curso clínico, síntomas y tratamiento: se informa sobre qué es la demencia y cuáles son sus síntomas, los principales tipos de demencia y los tratamientos, incluyendo estrategias farmacológicas y no farmacológicas. Se centra en la enfermedad de Alzheimer, intentando distinguir el deterioro cognitivo normal del causado por la demencia, así como instruir en la detección temprana de cambios cognitivos, conductuales y funcionales.

Sesión 3. Cambios emocionales y trastornos de conducta en la demencia. Solución de problemas: ayudar al cuidador a comprender los cambios conductuales y emocionales de la persona con demencia, capacitarlos para encontrar las soluciones más adecuadas a estos problemas, adoptando medidas que preserven su dignidad e identidad.

Sesión 4. Impacto de la enfermedad en el cuidador: identificar el impacto del cuidado en el cuidador, animar a compartir la experiencia, facilitar la expresión de emociones desagradables que surgen típicamente en la tarea (ansiedad, culpa, depresión, enfado) así como a tener en cuenta también los aspectos positivos del cuidado. Se fomenta el autocuidado en el cuidador, alentando al uso de estrategias como el aumento del tiempo de ocio o la relajación.

Sesión 5. Información sobre aspectos sociales y legales: se proporciona información práctica sobre los recursos asistenciales, económicos o informativos disponibles así como las vías habituales para conseguirlos. Se resuelven dudas y se programan visitas con la trabajadora social del centro cuando es necesario.

Diseño

El diseño del trabajo incluye un grupo pre- post- sin grupo control realizado en el ámbito clínico-asistencial. Los resultados agrupan los datos obtenidos de los 42 cuidadores que entre el año 2002 y el año 2016 asistieron a alguna de las ediciones del taller.

Previo al inicio de cada edición, se recogen datos sociodemográficos sobre cuidador y paciente y se administran las GDS, IB y GHQ-12 arriba descritas. Al finalizar el grupo, se administra al cuidador de nuevo el GHQ-12 así como el cuestionario de opinión.

Así se obtiene, por un lado, un perfil de los cuidadores así como de los pacientes a su cargo y, por otro, una medida objetiva del malestar psicológico que presenta el cuidador antes y después de asistir al taller (GHQ-12) Por último, los pacientes pueden puntuar la percepción que han tenido de la utilidad del grupo (cuestionario de opinión)

Resultados

Los resultados muestran un perfil de cuidador dónde predominan las mujeres (67%), con una edad de 56 años, cónyuge (50%) o hijos/as (50%) del paciente. Estas personas convivían en su mayoría con el paciente (90%) que tenía una edad de 73 años, era mayoritariamente mujer (60%), diagnosticada enfermedad de Alzheimer (80%), con un GDS de 4 (60%) y una dependencia leve (Barthel 90±12)

En cuanto al malestar psicológico de los cuidadores, la comparativa pre- post- (de las puntuaciones en GHQ-12 muestran disminución significativa ($p < 0,05$) del malestar psicológico expresado por los cuidadores. (Tabla 2)

Tabla 2

Resultados GHQ-12

GHQ-12 pre (media ± dt)	GHQ-12 post (media ± dt)	Significación
5,59±2,7	4,02±2,92	$p < 0,05$

Por último, los asistentes expresaron un 98% de satisfacción con el contenido de los temas tratados y su aplicabilidad y han mejorado los conocimientos y habilidades para hacer frente al cuidado propio y del paciente, expresado a través del cuestionario de opinión. (Tabla 3)

Tabla 3

Respuestas al cuestionario de opinión

	Grado de satisfacción referido por los participantes
Contenido del grupo	99%
Aumento de conocimientos	97%
Mejora de habilidades	97%
Aplicabilidad	99%

Conclusiones y Discusión

El perfil de cuidadores que asisten a los grupos psicoeducativos corresponde a hijas o esposas que conviven con un paciente con enfermedad de Alzheimer y dependencia leve. Este hecho podría indicar mayor interés por parte de las mujeres para asistir a este tipo de actividades así como el mayor número de mujeres que asumen el rol del cuidado. De la misma manera, es posible que las personas que conviven con el paciente, a diferencia de las que ejercen el cuidado sin la convivencia diaria, sean más conscientes de las necesidades y sufran más sobrecarga del cuidador, por lo que se interesen más y finalmente acudan con mayor probabilidad a este tipo de talleres.

El malestar psicológico referido por los cuidadores disminuye después del grupo según las respuestas de los cuidadores a diversos ítems que miden psicopatología, incluyendo síntomas de ansiedad y depresión. Estos resultados son coherentes con los de estudios anteriores, que apuntan que la disponibilidad de información sobre el proceso de enfermedad así como de herramientas para hacerle frente y la validación de sentimientos propios de la tarea de cuidado así como el fomento del autocuidado disminuyen la sobrecarga y el malestar psicológico asociado (Gilhooly et al., 2016; Vázquez et al., 2014)

Estos resultados se encuentran a pesar de la duración breve del grupo (5 sesiones) tal y como se ha encontrado en algunos trabajos que indican que mayor duración o frecuencia no necesariamente implica mayor eficacia (Martín-Carrasco et al., 2014)

Los participantes afirman que, tras cinco sesiones, el grupo ha sido útil, relevante, práctico y aplicable. Sería interesante añadir alguna otra medida objetivable de la eficacia del programa más allá del malestar psicológico y la percepción de los participantes, como el efecto sobre la frecuencia de los trastornos de conducta del paciente o en el uso de estrategias de afrontamiento en los cuidadores. Así mismo, podría añadirse un grupo

control tipo lista de espera para aumentar la validez interna sin comprometer aspectos éticos como el de no tratar a algunos pacientes en un entorno clínico-asistencial.

Referencias

- Aboulafia-Brakha, T., Suchecki, D., Gouveia-Paulino, F., Nitrini, R., y Ptak, R. (2014). Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 18(6), 801-808.
- Aguilar, M., Badenes, D., Ruiza, M. J. (s.f.). *Adaptación a la versión española del Programa Europeo de Formación y Promoción de la salud para los Cuidadores de Familiares de Personas con Enfermedad de Alzheimer o con Trastornos Mentales Relacionados*. Hospital Mútua de Terrassa.
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S., y Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19(02), 175-195.
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 9(4), 325-330.
- Espín, A. (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), 0-0.
- Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., Sullivan, M. P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., ...Crutch, S. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1.
- Goldberg, D. (1992). *General health questionnaire (GHQ-12)*. Windsor, UK: Nfer-Nelson.
- Losada-Baltar, A., y Montorio-Cerrato, I. (2005). Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 30-39.
- Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Martín, M., Domínguez, A. I., González, E., y Muñoz, P. (2011). *EDUCA_DEM Programa Psicoeducativo para el manejo de la Sobrecarga en el Cuidador del paciente con Demencia*. Barcelona: Novartis.
- Martín-Carrasco, M., Ballesteros-Rodríguez, J., Domínguez-Panchón, A. I., Muñoz-Hermoso, P., y González-Fraile, E. (2014). Intervenciones en el cuidador del

enfermo con demencia. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 42(6), 300-314.

Reisberg, B., Ferris, S. H., de León, M. J., y Crook, T. (1982). Escala de deterioro global para la evaluación de la demencia degenerativa primaria. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.

Vázquez, F. L., Hermida, E., Díaz, O., Torres, Á., Otero, P., y Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 178-188.

APLICACIÓN DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA E INTELIGENCIA EMOCIONAL (PETCI) EN UNA MUESTRA DE MUJERES MAYORES

M^a del Carmen Pérez-Fuentes y M^a del Mar Molero*

Universidad de Almería

Resumen

La trayectoria de envejecimiento demográfico a nivel mundial, ha dado lugar a un mayor interés por el estudio de la vejez. Con la edad, se producen cambios no solo a nivel físico, sino también de índole social, económica y cognitiva. Uno de los estereotipos asociados a la vejez es el deterioro cognitivo. Sin embargo, el modelo de envejecimiento en el que esta etapa del ciclo vital era vista como un período de deterioro inexorable, en la actualidad ya no se sostiene. Es por ello que se apuesta por el aprendizaje a lo largo de toda la vida y la posibilidad de mejorar y cambiar las pérdidas asociadas a la edad. El Programa Terapéutico de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional (PETCI) realiza un entrenamiento individual de las distintas áreas de la cognición a través de la estimulación y la inducción de emociones. Así, el PETCI ha demostrado ser una herramienta útil en la estimulación de aquellas áreas cognitivas que se ven afectadas en demencias como el Alzheimer (entre ella, memoria, lenguaje, atención, orientación y funciones ejecutivas). El objetivo es analizar los cambios producidos en la percepción de la salud y el optimismo en una muestra formada por 50 mujeres. Para la evaluación (pre-post) de la salud y el optimismo, se aplicó la versión española del SF-36 y el LOT-R. Los resultados mostraron mejoras en las dimensiones de salud y un incremento de las puntuaciones de optimismo. La primera implementación del PETCI, revela efectos positivos del entrenamiento emocional sobre la percepción de la salud, en personas mayores.

Palabras clave: Estimulación cognitiva, inteligencia emocional, salud, optimismo, mayores.

APPLICATION OF THE THERAPEUTIC PROGRAM OF COGNITIVE STIMULATION AND EMOTIONAL INTELLIGENCE (PETCI) IN A SAMPLE OF SENIOR WOMEN

Abstract

The trend of demographic aging worldwide has given rise to a greater interest in the study of old age. With age, changes occur not only physically, but also social, economic and cognitive. One of the stereotypes related to old age is cognitive impairment. However, the model of aging in which this stage of the life cycle was seen as a period of inexorable deterioration, is no longer supported. That is why it is committed to lifelong learning and the possibility of improving and changing the losses associated with age. Improvements after treatment with the Computer Medicine. Therapeutic Program of Cognitive Stimulation and Emotional Intelligence (PETCI in spanish) takes individual training in different areas of cognition through stimulation and induction of emotions. Thus, the PETCI has proved a useful tool in stimulating those cognitive areas that are affected by dementias like Alzheimer's (among them, memory, language, attention, orientation and executive functions). The objective is to analyze the changes produced in the perception of health and optimism in a sample of 50 women. For the (pre-post) evaluation of health and optimism, the Spanish version of the SF-36 and LOT-R was applied. The results showed improvements in health dimensions and an increase in optimism scores. The first implementation of the PETCI reveals positive effects of emotional training on the perception of health in the elderly.

Keywords: Cognitive stimulation, emotional intelligence, health, optimism, elderly.

Introducción

La investigación sobre las limitaciones cognitivas que acontecen con el paso de los años, goza de una larga trayectoria. En esta línea, existen trabajos que están dirigidos a la mejora de las funciones cognitivas en población mayor que presentan deterioro cognitivo (López-Higes, Rubio y Martín-Aragoneses, 2010; Teixeira et al., 2012) o demencia (Coen et al., 2011), o aquellos que manifiestan pérdidas a nivel cognitivo asociadas a la edad (Clemente, García-Sevilla y Méndez, 2015; Reijnders, van Heugten y van Boxtel, 2013). Asimismo, se observa una tendencia a analizar los efectos del enlentecimiento cognitivo que se produce durante la transición a la vejez (Plaza, Requena, Rosario y López, 2015) y

1147



que, en muchos casos, puede evidenciar cambios cognitivos durante los últimos años de la etapa adulta (Ferreira et al., 2015).

La percepción de un declive en su nivel cognitivo puede llevar al sujeto a valorar de forma negativa su desempeño en actividades cotidianas. Por ejemplo, Alameda, Salguero y Merchán (2015), observaron como la toma de decisiones se ve afectada negativamente en mujeres con deterioro cognitivo, en comparación con las que no presentaban deterioro. Limitaciones como éstas, cuentan con la consecuente afectación en el estado de ánimo y la disposición hacia el afrontamiento (Del Pino, Peñate, Fumero, Bethencourt y Zambrano, 2016; Etxeberria, 2016), donde la inteligencia emocional juega un papel primordial (Gázquez, Pérez-Fuentes, Molero, Mercader y Soler, 2015; Pérez-Fuentes, Molero, Gázquez y Soler, 2015).

El optimismo se presenta como una variable que refleja en qué grado las personas se forman expectativas positivas hacia su futuro, siendo relacionado con la adopción de medidas protectoras de la salud y un mejor bienestar subjetivo en períodos de cambio y/o de adversidades (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010). Según Warner, Schwarzer, Schütz, Wurm y Tesch-Römer (2012), los reportes de adultos mayores sobre su funcionamiento físico pueden estar sesgados por el optimismo, de manera que cuando valoran su estado de salud, no necesariamente queda reflejada de forma objetiva. Del mismo modo, la valoración de los sujetos menos auto-eficaces, podría estar más influenciada por el optimismo que por indicadores objetivos de salud, ejerciendo la autoeficacia percibida un papel modulador (Schönfeld, Brailovskaia, Bieda, Zhang y Margraf, 2016).

Para Ramírez-Fernández, Ortega-Martínez y Martos-Montes (2015), existen fortalezas en personas mayores, cuyo entrenamiento tendría como finalidad potenciar la satisfacción, a través de sus efectos en el funcionamiento emocional y la conducta. Por otro lado, desde un paradigma de envejecimiento exitoso, la salud física y el apoyo social tienen un peso importante como predictores del bienestar subjetivo y la satisfacción vital (Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho, y Oliver, 2016). En otros casos, a pesar de las discrepancias en cuanto a medidas de salud real/percibida en ancianos (Pérez-Fuentes, Molero, Mercader et al., 2015), en general, se obtienen datos donde un alto apoyo emocional se encuentra relacionado con la mejora de la salud objetiva y subjetiva (Iglesias-Parro y Arias, 2015).

En cuanto a las intervenciones cognitivas “tradicionales” con población mayor, Tardif y Simard (2011) proponen una serie de recomendaciones para su mejora, entre las que destaca la inclusión de contenidos significativos para el sujeto, para facilitar la

generalización de habilidades en su vida cotidiana, mejora de la autoestima y calidad de vida. En esta línea, el Programa Terapéutico de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional (PETCI), incluye innovadoras mejoras, tanto de contenido (con carga emocional) como a nivel metodológico.

El objetivo del presente trabajo es analizar los cambios producidos, tras la aplicación del PETCI, en la percepción de la salud y optimismo disposicional, en una muestra de mujeres mayores.

Método

Participantes

La muestra de estudio estuvo integrada por un total de 50 mujeres de entre 63 y 85 años, con una media de edad de 70,82 años ($DT=5,76$). En cuanto al estado civil, el 28% ($N=14$) son casadas, el 48% ($N=24$) viudas, el 14% ($N=7$) separadas/divorciadas, y el 10% ($N=5$) solteras. Según el nivel de formación, el 36,9% tiene estudios primarios ($N=17$), el 23,9% secundarios ($N=11$), el 34,8% universitarios ($N=16$), y el 4,4% ($N=2$) sin estudios.

Instrumentos

Para evaluar la percepción del estado de salud, se administró la adaptación española (Alonso, Prieto y Anto, 1995) del *Short Form-36 Health Survey* (SF-36; Ware y Sherbourne, 1992). Consta de 36 ítems que evalúan la salud percibida. Incluye 8 escalas (Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental) y un ítem de transición de salud. En cuanto a la fiabilidad del instrumento, Vilagut et al. (2005) realizan una estimación a partir de diversos estudios que utilizan el SF-36, obteniendo un $\alpha \geq,90$ para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional, y valores superiores a ,70 en el resto de dimensiones.

Como medida del optimismo, se utilizó el *Test de Orientación Vital Revisado* (LOT-R; Scheier, Carver y Bridges, 1994) en su versión adaptada al español por Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998). Integrado por 10 ítems, mide las dimensiones de pesimismo y optimismo, aunque recientemente (Cano-García et al., 2015) se identifica una estructura factorial de segundo orden “orientación vital”, que representa el nivel de optimismo disposicional, con una consistencia interna $\alpha=,73$.

Para la intervención, se aplicó el *Programa Terapéutico de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional (PETCI)*. Este programa, dirigido a personas mayores, combina

técnicas de estimulación cognitiva, y recursos para el entrenamiento de habilidades propias de la inteligencia emocional. Sus objetivos son: mantener y optimizar el rendimiento de las personas mayores, en tareas que requieren la puesta en marcha de las funciones ejecutivas, así como potenciar el uso de estrategias efectivas, en el manejo de las emociones. A través de una aplicación informática desarrollada para Tablet, la tarea del sujeto consiste en responder ante diferentes sesiones de juego, donde se proporciona *feedback* inmediato a las respuestas del jugador.

Procedimiento

Todos los sujetos firmaron un consentimiento informado antes de su participación en el estudio. En la fase de implementación del programa, los participantes debían completar 20 sesiones de 45 minutos, dos veces por semana.

Para la evaluación, se utilizó una versión digitalizada del cuestionario, integrada en la Tablet. La recogida de datos se llevó a cabo en dos momentos: una primera evaluación, antes de iniciar las sesiones de entrenamiento (pre₀); y, la segunda evaluación, una vez los sujetos completaron las 20 sesiones (post₂₀).

Se trata de un diseño transversal de corte cuantitativo. El tratamiento estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS .20, en el que se aplicó la prueba *t* para muestras relacionadas, para comparar las puntuaciones medias obtenidas por los participantes antes y después de la intervención con el programa.

Resultados

Tal y como se observa en la tabla 1, tras las sesiones con el PETCI (post₂₀), las puntuaciones obtenidas para la mayoría de las escalas del SF-36 son más altas, en comparación con las obtenidas al inicio de las sesiones (pre). Estas diferencias entre las puntuaciones pre-post intervención, resultan estadísticamente significativas para Función Física ($t=-4,69$; $p<,001$; $d=,90$), Rol Funcional ($t=-4,39$; $p<,001$; $d=,82$), Dolor Corporal ($t=-4,32$; $p<,001$; $d=,79$), y Salud General ($t=-3,01$; $p<,05$; $d=,43$). En la mayoría de estos casos, el estadístico *d* de Cohen indica un tamaño grande del efecto que oscila entre ,79 y ,90, excepto para la dimensión de Salud General, que ofrece un tamaño mediano de ,43.

Para las dimensiones Vitalidad ($t=-,78$; $p=,43$) y Salud Mental ($t=-,74$; $p=,46$), a pesar de no darse diferencias significativas entre las puntuaciones pre-post, en ambos casos, se observa una mejora en la puntuación media obtenida tras la intervención. Por último, las dos dimensiones de salud donde no se aprecia una evolución positiva de la

puntuación tras la intervención, son: la Función Social (Pre₀: $M=75,78$; $DT=28,20$ vs. Post₂₀: $M=75,60$; $DT=32,42$) y el Rol Emocional (Pre₀: $M=77,62$; $DT=35,68$ vs. Post₂₀: $M=67,33$; $DT=37,52$).

Tabla 1

Puntuaciones medias para las escalas del SF-36 y en optimismo (pre-post intervención)

SF-36	Pre ₀		Post ₂₀		<i>t</i>	Sig.	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Función Física	57,86	22,96	80,45	27,48	-4,69**	,000	.90
Rol Funcional	53,23	37,91	80,21	27,73	-4,39**	,000	.82
Dolor Corporal	61,98	26,95	81,78	23,57	-4,32**	,000	.79
Salud General	65,97	25,85	77,00	25,57	-3,01*	,004	.43
Vitalidad	70,25	24,46	73,38	28,56	-,78	,434	.12
Función Social	75,78	28,20	75,60	32,42	,03	,971	.01
Rol Emocional	77,62	35,68	67,33	37,52	1,76	,084	.28
Salud Mental	64,38	29,47	67,92	32,60	-,74	,460	.12
LOT-R Optimismo	2,89	1,05	3,44	,60	-2,13	,066	.65

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

Finalmente, en cuanto a las puntuaciones medias obtenidas en optimismo, los sujetos de la muestra presentan una media de 2,89 ($DT=1,05$) antes de la intervención, y una media de 3,44 ($DT=,60$), tras haber completado las sesiones, no resultando tales diferencias estadísticamente significativas ($t=-2,13$; $p=,66$).

Discusión/ Conclusiones

Tras la intervención con el PETCI, la valoración que hacen los sujetos de las dimensiones de salud: función física, rol funcional, dolor corporal y salud general, resulta significativamente más positiva tras la intervención que al inicio de las sesiones. Esto implica una percepción más positiva de su desempeño en las actividades de la vida diaria y la consecuente mejora de su autoestima (Tardif y Simard, 2011); ya que, aunque con el PETCI se trabajan un amplio repertorio de emociones, se hace especial hincapié en las emociones positivas (Ramírez-Fernández et al., 2015).

Otra de las ventajas con la que cuenta el PETCI, es la de ofrecer oportunidades al sujeto para tomar conciencia de su evolución en la tarea, su capacidad para la toma de decisiones (Alameda et al., 2015) y afrontamiento (Del Pino et al., 2016; Etxeberria, 2016). Esto repercute en un mayor nivel de autoeficacia percibido y, por tanto, a prestar más atención a indicadores objetivos de salud al valorar su estado (Schönfeld et al., 2016), lo que reduce el sesgo del optimismo (Warner et al., 2012). Por otro lado, se observa una mejora en optimismo disposicional, lo que puede ir en consonancia con la adopción de medidas protectoras de la salud (Carver et al., 2010).

Finalmente, a pesar de llevarse a cabo la implementación de tan solo 20 sesiones con el programa, los resultados obtenidos en esta fase inicial, ya revelan una mejora en la percepción de la salud de los participantes, motivada por el trabajo conjunto cognición-emoción (Gázquez et al., 2015; Pérez-Fuentes, Molero, Mercader et al., 2015) y reflejada en una puntuación general en salud percibida más positiva (Iglesias-Parro y Arias, 2015). Será necesario ampliar la muestra y el número de sesiones con el programa, para comprobar si los resultados en algunas de las dimensiones de salud analizadas y el optimismo disposicional, resultan significativos.

Agradecimientos

Este trabajo cuenta con la colaboración del Proyecto Almería Urban, cofinanciado por fondos FEDER y el Excmo. Ayuntamiento de Almería.

Referencias

- Alameda, J., Salguero, M. y Merchán, A. (2015). Mecanismos cognitivos de la toma de decisiones en mujeres mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 133-143.
- Alonso, J., Prieto, L. y Anto, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Cano-García, F. J., Sanduvete-Chaves, S., Chacón-Moscoso, S., Rodríguez-Franco, L., García-Martínez, J., Antuña-Bellerína, M. A. y Pérez-Gil, J. A. (2015). Factor structure of the Spanish version of the Life Orientation Test-Revised (LOT-R): Testing several models. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 139-148.

- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 879-889.
- Clemente, Y., García-Sevilla, J. y Méndez, I. (2015). Memoria, funciones ejecutivas y deterioro cognitivo en población anciana. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 5*(2), 153-163.
- Coen, R.F., Flynn, B., Rigney, E., O'Connor, E., Fitzgerald, L., Murray, C., ...Edgeworth, J. (2011). Efficacy of a cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *Irish Journal of Psychological Medicine, 28*(3), 145-147.
- Del Pino, T., Peñate, W., Fumero, A., Bethencourt, J. y Zambrano, S. (2016). La eficacia de la reexperimentación emocional: el papel del optimismo y la alexitimia. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 6*(3), 167-179.
- Etxeberria, I. (2016). Estudio descriptivo de algunas variables emocionales en las personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 6*(2), 57-69.
- Ferreira, D., Correia, R., Nieto, A., Machado, A., Molina, Y. y Barroso, J. (2015). Cognitive decline before the age of 50 can be detected with sensitive cognitive measures. *Psicothema, 27*(3), 216-222.
- Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Mercader, I. y Soler, F.J. (2015). Programa de estimulación cognitiva e inteligencia emocional para mayores (PECI-PM): beneficios en la memoria cotidiana. *Alzheimer: Realidades e Investigación en Demencia, 59*, 21-28.
- Iglesias-Parro, S. y Arias, A. (2015). Aspectos estructurales y funcionales del apoyo social y su impacto en la salud objetiva y percibida de los mayores de gran edad. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 5*(2), 243-252.
- López-Higes, R., Rubio, S. y Martín-Aragoneses, M.T. (2010). Comprensión gramatical en adultos mayores y con deterioro cognitivo: un estudio comparativo basado en el análisis discriminante y el escalamiento multidimensional. *Psicothema, 22*(4), 745-751.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Gázquez, J. J. y Soler, F. J. (2015). Estimulación de la Inteligencia Emocional en mayores: El programa PECI-PM. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 4*(3), 329-339.

- Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Mercader, I., Soler, F. J., Barragán, A. B., Calzadilla, Y. y Gázquez, J. J. (2015). Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años. *Enfermería Universitaria*, 12(2), 56-62.
- Plaza, M., Requena, C., Rosario, I. y López, V. (2015). La relación entre el tiempo no estructurado, el ocio y las funciones cognitivas en personas mayores. *European Journal of Education and Psychology*, 8(2), 60-67.
- Ramírez-Fernández, E., Ortega-Martínez, A. y Martos-Montes, R. (2015). Las fortalezas en personas mayores como factor que aumenta el bienestar. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 187-195.
- Reijnders, J., van Heugten, C. y van Boxtel, M. (2013). Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: a systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 263-275.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C. y Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1-10.
- Tardif, S. y Simard, M. (2011). Cognitive stimulation programs in healthy elderly: a review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2011, 1-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.4061/2011/378934>
- Teixeira, C.V.L., Gobbi, L.T.B., Corazza, D.I., Stella, F., Costa, J.L.R. y Gobbi, S. (2012). Non-pharmacological interventions on cognitive functions in older people with mild cognitive impairment (MCI). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 175-180.
- Tomás, J., Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P. y Oliver, A. (2016). Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico en envejecimiento con éxito. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(3), 139-149.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ...Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 en español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Warner, L. M., Schwarzer, R., Schüz, B., Wurm, S. y Tesch-Römer, C. (2012). Health-specific optimism mediates between objective and perceived physical functioning in older adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(4), 400-406.

ESTRÉS MINORITARIO, ESTIGMA, TRANSFOBIA INTERIORIZADA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

José Miguel Rodríguez-Molina*, ******, **Nuria Asenjo-Araque****, **Antonio Becerra-Fernández****, ******* y **María Jesús Lucio-Pérez****

**Universidad Autónoma de Madrid; **Unidad de Identidad de Género de Madrid;*

****Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid*

Resumen

Antecedentes: El concepto de transexualidad, como fenómeno emergente presenta numerosas indefiniciones. Uno de los aspectos más controvertidos es hasta qué punto sufren las personas transexuales y cuál es la causa de ese sufrimiento. Es habitual oír en los medios de comunicación noticias sobre este tema. Sin embargo, la realidad clínica es diferente. En el presente trabajo se lleva a cabo una revisión de este problema. También es controvertida, la presencia o no de psicopatología en estas personas. Existen evidencias que parecen ser contradictorias. El concepto de Disforia no es universalmente aceptado. Por el contrario, en la revisión de la literatura, se detecta el auge de dos conceptos. Por un lado el de Estigma y por otro el de Estrés Minoritario. Este último concepto parece incluir tanto aspectos internos) como externos. Entre los internos podemos destacar las valoraciones de las situaciones como peligrosas y las expectativas de sufrir acoso. Y por los externos podemos mencionar la presión social, la discriminación o la transfobia. **Método:** Se lleva a cabo un análisis de los conceptos anteriormente mencionados. Se establece una relación entre los conceptos de estigma y estrés minoritarios por un lado y la disforia y otros problemas psicológicos de las personas transexuales por otro. Se intenta clarificar la presencia o ausencia de psicopatología en estos pacientes. Se analiza el bienestar psicológico de las personas transexuales. **Conclusiones:** Las personas transexuales no presentan trastornos psicológicos como media. Sin embargo la prevalencia de estos trastornos es mayor en esta población que en la población general. Esto posiblemente se debe a la presencia del estigma interiorizado y al estrés minoritario que sufren.

Palabras clave: transexualidad, disforia, estrés minoritario, estigma, bienestar psicológico.

MINORITY STRESS, STIGMA, INTERNALIZED TRANPHOBIA AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

Abstract

Transgenderism as an emerging concept has many uncertainties. One of the most controversial aspects is how much transgender people suffer and what the cause of that suffering is. Hearing about this topic is common in the news media. However, the clinical reality seems to be different. In this study it is done a review of these problems.

It is also controversial, the presence or absence of psychopathology in these people. There is evidence that seem to be contradictory. The concept of Dysphoria is not universally accepted. However, in the literature review, it can be found increasingly two concepts. They are Stigma and Minority Stress. This concept includes both internal and external aspects. Among internal aspects we can include cognitive, assessing situations as dangerous and expectations of harassment. Among external factors we can include social pressure, discrimination and transphobia. Method: It is performed an analysis of the above concepts. A relationship between the concepts of stigma and minority stress with dysphoria and other psychological problems is established. It attempts to clarify the presence or absence of psychopathology in these patients. The well-being of these people is analyzed. Conclusions: Transgender people have no psychological disorders as average. However, the prevalence of these disorders is higher in this population than in the general population. This is probably due to the presence of internalized stigma and minority.

Keywords: transgenderism, dysphoria, minority stress, stigma, psychological wellbeing

Introducción

La primera definición de transexualidad (Benjamin, 1953) la describe como la “asociación entre la normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo y en consecuencia el deseo de cambiar de sexo”.

La transexualidad ha estado siempre incluida en las clasificaciones psiquiátricas de enfermedad mental. Así sucedía con la DSM-II (American Psychiatric Association, 1952), DSM-III (American Psychiatric Association, 1987), DSM-IV-T-R (American Psychiatric Association, 2002), y DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) que lo denomina Disforia de Género, pero incluyéndola como un trastorno. Además, no todas las personas transexuales manifiestan disforia.

Algo similar sucede con la Organización Mundial de la Salud, en su CIE-10 (2000), que incluye el transexualismo como un trastorno mental.

Por tanto, la Psiquiatría sigue considerando la transexualidad como un trastorno psicopatológico.

La entidad más relevante en este campo, la Asociación Mundial de Profesionales en Salud Transexual (WPATH por sus siglas en inglés) emitió un comunicado (World Professional Association for Transgender Health, Board of Directors, 2010) instando a la despatologización: “la expresión de las características de género, (...) que no están asociadas de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer, (...) no debe ser juzgado como inherentemente patológico”. Estas personas no están inherentemente enfermas, y la disforia de género, si está presente, sería un problema diferente de la transexualidad propiamente dicha (World Professional Association for Transgender Health [WPATH], 2011). La disforia de género se refiere al malestar que puede darse en algunas personas transexuales por la discrepancia entre la identidad sentida y el sexo asignado (Knudson, De Cuypere y Bockting, 2010; véase también el clásico Fisk, 1974).

Aunque la transexualidad no sea una enfermedad, existe una amplísima evidencia acerca de que muchas personas transexuales presentan problemas psicológicos (Bockting, Knudson y Goldberg, 2006; Gómez-Gil, Cobo-Gómez y Gastó-Ferrer, 2009; Murad, Elamin, Garcia, Mullan, Murad, Erwin y Montori, 2010; Nuttbrock, Hwahng, Bockting, Rosenblum, Mason, Macri y Becker, 2010).

Witcomb, Bouman, Brewin, Richards, Fernández-Aranda y Arcelus (2015), encontraron que la insatisfacción corporal (IC) es muy alta en población transexual y Dhejne, Vlerken, Heylens y Arcelus (2016) afirman que la depresión y los trastornos de ansiedad son más frecuentes en esta población.

Incluso desde una visión despatologizadora se acepta que esta población presenta mayor prevalencia de problemas psicológicos (Clements-Nolle, Marx, Guzman y Katz, 2001; Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás y Valdés, 2009; Hepp, Kraemer, Schynder, Miller y Delsignore, 2005).

Marshall, Claes, Bouman, Witcomb y Arcelus (2016) encuentran que el riesgo suicida es mucho más alto en personas transexuales que en la población general, siendo mayores las tasas de ideación autolítica, los intentos suicidas y los suicidios consumados.

A la vez, se ha encontrado una notable **ausencia de rasgos psicopatológicos** en estas personas como media (Rodríguez-Molina, Pacheco-Cuevas, Asenjo-Araque, García-Cedenilla, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2012).

Estas dos afirmaciones son compatibles: las personas transexuales no presentan, como media, trastornos psicológicos, luego la transexualidad no es una enfermedad mental, pero estos **trastornos son más prevalentes** que en la población general.

El **estigma**, es fruto de los prejuicios y la discriminación sociales y contribuye al abuso en las relaciones sociales y familiares, y estos a problemas psicológicos (Bockting et al., 2006).

La opinión mayoritaria es que los trastornos no son causados directamente por la transexualidad, sino por otras circunstancias, como sufrir acoso (Nuttbrock et al., 2010).

Estigma

La inclusión de la transexualidad en las clasificaciones psiquiátricas produce estigmatización, como sucede con los trastornos mentales (Corrigan, 2014). A esto se añade el desconocimiento social, que amplifica las dificultades de la persona transexual (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009).

Baams, Beek, Hille,, Zevenbergen y Bos (2013) .encuentran que la relación entre bienestar y transexualidad tiene como variable mediadora el estigma percibido: a mayor nivel de estigma, menor bienestar.

El estigma produce con cierta probabilidad aislamiento que acaba generando autoestigma: la autopercepción de ser diferente, lo que a su vez dificulta la integración social (Garay-Arostegui, Pousa-Rodríguez y Pérez-Cabeza, 2014).

A veces, la propia persona lleva a cabo un proceso de autoestigma, interiorizando la idea de ser “anormal”, generando la denominada transfobia interiorizada. Se ha encontrado que las creencias de género menos rígidas se relacionan con menores niveles de transfobia interiorizada y mayores de autoestima. Las personas transexuales se encuentran sometidas a una difícil elección: conformarse con las normas sociales les permite ser aceptadas pero también aumenta su disforia y rechazarlas produce rechazo social (Iantaffi y Bockting, 2011).

La habilidades psicológicas, especialmente las estrategias para la comunicación de la propia identidad y las de afrontamiento del estigma, está relacionada con bajos niveles de estigma y de transfobia interiorizada (Mizock y Mueser, 2014).

El Estrés Minoritario

Las personas transexuales suelen tener un alto estrés que se relaciona con problemas psicológicos (Meyer, 1995). En parte, esto es consecuencia de la IC (Hurtado, Gómez y

Donat, 2007), pero las personas transexuales tienen otras fuentes de estrés. Para Mizok y Lewis (2007) es habitual una historia previa de abusos en estas personas, aunque *“posterior a su transexualidad y como consecuencia de esta, no como causa de la misma”*. No hay una alta tasa de traumas antes de expresar su identidad sexual trans, sino en su caso después (Rodríguez-Molina, Asenjo-Araque, Becerra-Fernández y Lucio-Pérez, 2013).

Meyer (2003) desarrolló un modelo psicosocial de Estrés de Minoritario para abordar los efectos del estigma hacia las minorías. Las personas que forman parte de grupos minoritarios están expuestas a estresores sociales específicos: prejuicio, expectativas de rechazo, huida y ocultamiento. El estrés minoritario es: adicional al general, de base social, crónico y aumenta la vulnerabilidad para problemas de salud mental (Institute of Medicine, 2011).

La hostilidad social activaría la hipervigilancia por parte de la persona trans, derivada de la percepción objetiva de discriminación sobre todo su grupo social (en este caso minorías sexuales). A causa de esta hipervigilancia se anticipan cognitivamente reacciones aversivas del grupo mayoritario, aunque hace mucho que se sabe que no es preciso que el sujeto haya sido víctima directa (Allport, 1968; Goffman, 1968).

El estrés minoritario es el resultado de la activación crónica de los mecanismos adaptativos a eventos hostiles “objetivos” del ambiente, (la transfobia social) y a una decodificación “subjetiva” con respecto a algunas señales del entorno vividas como hostiles, (Terrasa, Mackintosh y Piñero, 2011). Está probado que existe un acoso objetivamente mayor sobre esta población (Reisner, Greytak, Parsons y Ybarra, 2015).

Bienestar psicológico

Podría pensarse que una población sometida a estrés crónico, es una población infeliz. Pero diversos estudios han encontrado un bienestar psicológico similar al de la población general (Rodríguez-Molina, Pacheco-Cuevas, Asenjo-Araque, García-Cedenilla, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2014).

La IC en personas transexuales es mayor que en la población general, aunque no con respecto al punto de corte clínico (Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina, 2015a). De hecho, las personas transexuales presentan menor IC que las personas con trastornos de la conducta alimentaria, aunque mayor que una población de deportistas en riesgo de Vigorexia (Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina, 2015b; Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina, 2015c).

Otros estudios han encontrado una mayor insatisfacción con la vida, así como un menor bienestar psicológico con respecto a la población general (Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina, 2015d).

Esta disparidad de resultados, puede deberse a que en el primer caso (bienestar alto) los datos se obtuvieron justo antes de iniciar el tratamiento, que implica reforzamiento, mientras que en los otros estudios (bajo bienestar) los pacientes llevaban ya tiempo en tratamiento, con lo que el de reforzamiento podría haberse extinguido y además, se habrían materializado las dificultades sociales y personales reales del proceso.

Conclusiones

La tendencia actual incluye las ideas de despatologización y alta prevalencia de problemas psicológicos, ya que aunque estas personas no presentan un perfil psicopatológico per se, padecen más problemas de salud mental que la población general.

Estos trastornos tienen que ver con la IC, pero también con el estigma social que se interioriza (transfobia interiorizada). Esto se relaciona con el estrés minoritario que aumenta la vulnerabilidad a diversos problemas psicológicos.

Referencias

- Allport, G. (1968). *La Naturaleza del Prejuicio* (3ª ed.). Buenos Aires: Eudeba.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders II Edition*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders III Edition - Revised*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IV-T-R Edition*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. England, London: American Psychiatric Publishing.
- Baams, L., Beek, T., Hille, H., Zevenbergen, F. C., y Bos, H. M. (2013). Gender nonconformity, perceived stigmatization, and psychological well-being in Dutch sexual minority youth and young adults: a mediation analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 765-773. Doi: 10.1007/s10508-012-0055-z
- Benjamin, H. (1953). Transvestism and transsexualism. *International Journal of Sexology*, 153, 391-6.

- Bockting, W.O., Knudson, G., y Goldberg, J.M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35–82.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman, R., y Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 91(6), 915-921.
- Corrigan, P.W. (2014). *Diapositivas publicadas en el National Consortium on Stigma and Empowerment*. Recuperado de <http://www.stigmaandempowerment.org/>
- Dhejne, C., Vlerken, R.V., Heylens, G., y Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57. Doi: 10.3109/09540261.2015.1115753.
- Fisk, N. M. (1974). Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.
- Garay-Arostegui, M., Pousa-Rodríguez, V., y Pérez-Cabeza, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 459-75. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000300002>.
- Goffman, E. (1968). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez-Gil, E., Cobo-Gómez, V., y Gastó-Ferrer, C. (2009). Aspectos históricos de la transexualidad. En E. Gómez Gil e I. Esteva de Antonio (Eds.), *Ser transexual* (pp. 73-102). Barcelona.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., y Godás, T., y Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392.
- Hepp, U., Kraemer, B., Schynder, U., Miller, N., y Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 259-261.
- Hurtado, F., Gómez, M., y Donat, F. (2007). *Transexualidad y salud mental*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 43-57.

- Iantaffi, A., y Bokting, W. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 13(3), 355-370. doi:10.1080/13691058.2010.537770.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Knudson, G., De Cuypere, G. y Bockting, W. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. Doi: 10.1080/15532739.2010.509215.
- Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. (2016). Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 58–69. doi:10.3109/09540261.2015.1073143.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265.
- Meyer, I.H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38-56.
- Mizock, L., y Mueser, K.T. (2014). Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(2), 146-58.
- Mizok, L. y Lewis, T.K. (2007). Trauma in Transgender Populations, Risk, Resilience, and Clinical Care. *International Journal of Transgenderism*, 8(3), 335-354.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Murad, M.H., Elamin, M.B., Garcia, M.Z., Mullan, R.J., Murad, A., Erwin, P.J., y Montori, V.M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., y Becker, J. (2010). Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life Course. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23.

- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rabito-Alcón, M.F., y Rodríguez-Molina, J.M. (2015a). Imagen corporal en personas con Disforia de Género. *Medwave*, 15(4), 1-8. Doi: 10.5867/medwave.2015.04.6138
- Rabito-Alcón, M.F. y Rodríguez-Molina, J.M. (2015b). Body Dissatisfaction: risks of an unhealthy body image. En M. Frenzi Rabito (Ed.), *Insatisfacción corporal: dismorfia muscular, trastornos de la conducta alimentaria y disforia de género*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Rabito-Alcón, M.F. y Rodríguez-Molina, J.M. (2015c). Relación entre la insatisfacción corporal y el bienestar y la satisfacción vital en diversos grupos de estudio. En M. Frenzi Rabito (Ed.), *Insatisfacción corporal: dismorfia muscular, trastornos de la conducta alimentaria y disforia de género*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Rabito-Alcón, M.F. y Rodríguez-Molina, J.M. (2015d). Satisfacción con la vida y bienestar psicológico en personas con disforia de género. *Actas Españolas de Psiquiatría*, en prensa.
- Reisner, S.L., Greytak, E.A., Parsons, J.T. y Ybarra, M.L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *The Journal of Sex Research*, 52(3), 243-256.
- Rodríguez-Molina, J.M., Pacheco-Cuevas, L., Asenjo-Araque, N., García-Cedenilla, N., Lucio-Pérez, M.J., y Becerra-Fernández, A. (2012). Perfil psicológico de personas transexuales. *Revista Internacional de Andrología*, 10(3), 126-133.
- Rodríguez-Molina, J.M., Pacheco-Cuevas, L., Asenjo-Araque, N., García-Cedenilla, N., Lucio-Pérez, M.J., y Becerra-Fernández, A. (2014). Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. *Revista Internacional de Andrología*, 12(1), 16-23.
- Rodríguez-Molina, J.M., Asenjo-Araque, N., Becerra-Fernández, A. y Lucio-Pérez, M. J. (2013). Causas de la transexualidad: El mito del trauma infantil. En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comps.), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 390-396). Santiago de Compostela: AEPC.
- Terrasa, S., Mackintosh, R., y Piñero, A. (2011). *Actualización: La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (primera parte)*. *Evid Act Pract Ambul*, 14(2), 57-62.

- Witcomb, G.L., Bouman, W.P., Brewin, N., Richards, C., Fernandez-Aranda, F., y Arcelus, J. (2015). Body Image Dissatisfaction and Eating-Related Psychopathology in Trans Individuals: A Matched Control Study. *European Eating Disorders Review*. Doi:10.1002/erv.2362.
- World Professional Association for Transgender Health. Board of Directors. (2010). *Depsycho-pathologisation statement*. Recuperado de http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17
- World Professional Association for Transgender Health. (WPATH). (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* (7^a version). WPATH. Recuperado de http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4380

LA ATENCIÓN A PERSONAS TRANSEXUALES DESDE LA RED DE SALUD MENTAL

Cristina García-Gibert*, **Julia Méndez Zapardiel ****, *******
y Rocío García Portero ****

Parc Sanitari Sant Joan de Déu; ** Unidad de Identidad de Género de Madrid; *
Universidad Autónoma de Madrid; **** Servicio de Psiquiatría del Hospital
Universitario Ramón y Cajal (Madrid)*

Resumen

Introducción: En España existe la atención especializada a personas Transexuales adultas desde hace décadas, en las Unidades de Identidad de Género, siendo más reciente la atención a menores de edad. Fuera de estas unidades, en los centros de Salud Mental, nos consta por nuestra experiencia, que son derivadas también personas en esta situación. **Objetivo:** Nuestro objetivo es hacer un análisis exploratorio respecto a la percepción de los profesionales de Salud Mental en centros no especializados respecto a tres puntos: cuál es la demanda de las personas transexuales que llegan a estos servicios, que acciones se llevan a cabo y si detectan necesidades en cuanto a la formación respecto a la atención a la Identidad de Género. **Método:** Se elaboró un cuestionario que fue administrado a diferentes profesionales de Salud Mental de centros no especializados en atención a la Identidad de Género, difundido por el método de bola de nieve. Posteriormente se analizaron los estadísticos descriptivos de las respuestas obtenidas. **Resultados:** Se elabora un listado, según los resultados obtenidos de la consulta a los profesionales de salud mental, de las demandas recibidas, acciones realizadas y necesidades percibidas. **Conclusiones:** Se presenta la realidad de los profesionales de Salud Mental no especializados en Identidad de Género.

Palabras clave: Transexualidad, Disforia de Género, Salud Mental.

CARE OF TRANSEXUAL PERSONS ON MENTAL HEALTH NETWORK

Abstract

Background: In the last decades in Spain transsexual adults are attended in specialized gender identity units, more recently these units also attend young people. We know that some transsexual people are also derived to general mental health units to treat them. The objective of this investigation is to explore the perception of mental health professionals (not specialized in gender identity) regarding three main topics: what demands do transsexual people have, what interventions were carry out take and if they feel they need any special formation in gender identity. **Method:** We designed and administered a questionnaire to different mental health professionals not specialized in gender identity. Afterwards we analysed the obtained data. **Results:** We generate a list of the demands they receive, the actions they take and their perceived needs. **Conclusions:** We present the actual perception of mental health professionals not specialized in Gender identity.

Key words: Transsexualism, Gender Dysphoria, Mental Health.

Introducción

En 1999 se crea la primera unidad especializada para la atención de personas transexuales en Málaga, España, recibiendo cada vez más usuarios, incluida población infanto-juvenil (Araque, Gibert, Molina, Fernández, Pérez y Grupo, G. I. D. S. E. E. N., 2015), desde entonces ha aumentado el número de estas unidades, repartiéndose por diferentes puntos del territorio español.

Las Unidades de Identidad de Género han debido ajustar y reelaborar su protocolo de abordaje durante todo este tiempo, dado que es un diagnóstico extenso, complejo y muy individualizado (Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2011; Bergero-Miguel et al., 2004; Spack et al., 2012).

Al trabajar en un ámbito de actuación relativamente joven, este ajuste ha tenido que ser constante, por el mayor conocimiento que se tiene acerca de la disforia de género derivada de la creciente investigación y por la experiencia clínica que se ha obtenido, así cómo también por la demanda propia de las personas que acuden a estas unidades que actualmente es mucho más amplia y variada (personas transexuales que desean someterse a una cirugía de reasignación genital, que no desean ningún tipo de cirugía, personas

disconformes con su género, pero que no desean ningún tratamiento quirúrgico ni hormonal, etc.).

En vista de este complejo y diversificado terreno, es crucial dar importancia a la preparación y conocimiento de los profesionales que atienden a estas personas.

Tanto en adultos como en la población infanto-juvenil el proceso de valoración previo es muy importante para poder adaptar el tratamiento que se ofrezca posteriormente (Bergero-Miguel et al., 2004; Vanderburgh, 2009).

Se considera que la actuación multiprofesional, la que se ofrece en las Unidades Especializadas de Atención a la Diversidad Sexual y de Género, centradas en la evaluación y tratamiento integral de los/as usuarios/as, mejora la calidad de vida, disminuye la comorbilidad en áreas de salud mental y la propia disforia de género (Coleman, 2009).

Fuera de estas unidades, en los Centros de Salud Mental (que atienden población adulta e infanto-juvenil), nos consta por nuestra experiencia, que también son derivadas y reciben tratamiento personas transexuales.

Debida a la actual demanda de una parte de la población transexual de descentralizar la atención de las unidades especializadas, se nos plantea la necesidad de llevar a cabo la presente investigación.

Nuestro objetivo con el estudio presente es hacer un análisis exploratorio respecto a tres puntos, a través de las respuestas de los profesionales que trabajan en centros no especializados. Estos son: si realmente existen derivaciones y cuál es la demanda de las personas transexuales que llegan a estos servicios, que acciones se llevan a cabo y si detectan necesidades en cuanto a la formación respecto a la atención a la Identidad de Género.

El objetivo último de esta investigación es conocer la realidad fuera de las unidades especializadas para poder adaptar la atención a este sector de la población.

Método

Participantes

Fueron profesionales de Psicología Clínica y Psiquiatría, ya que son los profesionales que reciben inicialmente las derivaciones, de Centros de Salud Mental que atienden a población adulta e infanto-juvenil. Los Centros de Salud Mental que

participaron eran de diferentes partes del territorio español, en su mayoría de la provincia de Barcelona.

Instrumentos:

Se elaboró un cuestionario con preguntas de opción múltiple.

Procedimiento

Se envió el formulario a diferentes profesionales vía internet y se difundió por el método de bola de nieve. Las respuestas eran totalmente anónimas, utilizando un identificador temporal para cada sujeto, según el momento en que era respondido el cuestionario.

Posteriormente se analizaron los estadísticos descriptivos de las respuestas obtenidas.

Diseño

Se utilizó un diseño exploratorio para la presente investigación.

Resultados

La muestra constó de 64 profesionales Salud Mental, de los cuales Psicología Clínica: 48 (75%) eran Psicólogos/as Clínicos/as y 16 (25%) eran Psiquiatras.

44 (69%) de ellos atendía a población adulta y 20 (31%) a población infanto-juvenil.

Se envió el formulario a diferentes puntos del territorio español, habiendo recibido 46 (72%) formularios de la provincia de Barcelona y 18 (28%) de otras provincias de España (Madrid, Las Palmas, Valladolid, A Coruña, Cádiz, etc.).

Las respuestas de los profesionales fueron las siguientes. Las desglosamos por las diferentes áreas consultadas.

1. Derivaciones de personas transexuales a centros de salud mental:

De los profesionales que respondieron al cuestionario, 31 (48.4%) habían recibido derivaciones de personas transexuales, 33 (51.5%) no habían recibido tales derivaciones.

De los profesionales que sí recibieron derivaciones, 21, (47.7%, del total de centros que atendían población adulta) atendían a personas adultas y 10 (50% del total de centros que atendían población infanto-juvenil).

-Se consultó el número de derivaciones de este tipo se habían recibido en los 2

últimos años para obtener datos que reflejaran mejor la realidad actual.

Se habían recibido en total 71 derivaciones, 49 de adultos y 22 en el ámbito infanto-juvenil.

2. Demandas de las personas atendidas:

Por orden de frecuencia, las demandas que recibieron estos profesionales fueron las siguientes: 30 (27.78%) Sintomatología asociada a la Disforia de Género (DG a partir de ahora en el texto) (ansiedad, depresión,..); 18 (16.67%) Trastornos de ansiedad no asociados a la DG; 15 (13.89%) Depresión no asociada a DG; 13 (12.04%) Demanda de valoración psicológica y/o psiquiátrica para trámites burocráticos relativos a la confirmación de género; 12 (11,11%) Información y/o Orientación sobre temas relativos a la DG; 9 (8.34%) Diagnóstico de DG; 8 (7.41%) Demanda de derivación a una unidad especializada en DG; 3 (2.78%) Otras demandas (presunta psicosis, comorbilidad con un Trastorno de abuso de alcohol, comorbilidad con un Trastorno Límite de Personalidad)

Se podrá ver que el número de demandas es mayor al número de pacientes que se atendieron, esto es porque se permitió dar más de una respuesta a esta pregunta, ya que una misma persona puede hacer varias demandas, lo que nos permite obtener datos más cercanos a la realidad.

El 69.29% de las demandas fueron relativas a la DG.

3. Intervenciones que se llevaron a cabo:

Por orden de frecuencia, estas son las intervenciones que se llevaron a cabo por parte de los profesionales: 35 (31.53%) recibieron atención psicológica; 27 (24.32%) fueron derivados a un servicio especializado; 21 (18.92%) recibieron atención psicológica y psiquiátrica; a 14 personas (12.61%) se les aportó información sobre asociaciones que facilitan información y atención a personas transexuales en concreto o LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales); 11 (9.90%) recibieron atención psiquiátrica; en 3 casos (2.70%) se llevaron a cabo otras intervenciones (atención familiar, orientación para cambio de nombre y coordinación con la escuela).

4. Conocimiento de las vías de derivación a servicios especializados:

Se consultó a los participantes si conocían las vías de derivación a las unidades especializadas de tratamiento para DG. Respondieron de forma afirmativa 27 (42.19%) profesionales; 32 (50%) no conocían las vías de derivación, pero sí su existencia; y 5

profesionales (7.81%).desconocían la existencia de estas unidades

Como dato relevante queremos destacar que, de los que sí recibieron derivaciones en los últimos dos años (31 profesionales), 13 (41.93% del total que sí recibieron derivaciones) no conocía la vía de derivación y 1 (3.22%) no sabía de la existencia de estas unidades.

5. Necesidad percibida de los profesionales de recibir formación en este ámbito:

Se consultó a los profesionales si consideraban la necesidad de recibir formación en relación a la DG, su valoración, tratamiento, etc., estas fueron sus respuestas: 46 (71.87%) consideran necesaria la formación, 15 (23.44%) consideran interesante recibir esta formación, aunque creen que la atención a personas transexuales debería ser competencia de servicios especializados y 3 (4.69%) consideran que no es necesaria formación en este ámbito.

Conclusiones

Esta investigación nos ha permitido hacer un esbozo de cual es la realidad fuera de las unidades especializadas de atención a la DG.

Cerca de la mitad de profesionales (48.4%) recibe derivaciones de este tipo (tanto de población adulta como infanto-juvenil, aproximadamente en el mismo porcentaje en los dos casos).

El 69.29% de las demandas relacionadas con la propia DG, siendo la demanda más prevalente (27.78%) el tratamiento de sintomatología asociada a la Disforia de Género (ansiedad, depresión,..).

Las intervenciones más frecuentes son las intervenciones por parte del servicio de Psicología Clínica (31.53%), elevándose al 60.35% si tenemos en cuenta las personas atendidas por parte de psicología y/o psiquiatría.

Tan solo un 24.32% de las personas transexuales que son atendidas en un centro de salud mental se derivan a un servicio especializado.

El 57.81% del total de profesionales no conocía las vías de derivación a unidades especializadas o su existencia, esta cifra es del 45.15% de entre los profesionales que sí recibieron derivaciones en los últimos dos años

Los profesionales consideran en un 71.87% que es una necesidad recibir formación respecto a valoración y tratamiento en esta área.

Podemos concluir que, efectivamente, más allá de nuestra experiencia con el contacto con los centros de salud mental, se reciben derivaciones de personas transexuales en estos centros.

Mucho más de la mitad de pacientes son atendidos para el abordaje de problemáticas referentes a la propia DG, a pesar de la necesidad de formación que percibe el profesional. Las vías de derivación a unidades especializadas son desconocidas por más de la mitad de profesionales, incluso por aquellos que han recibido derivaciones en los últimos dos años.

Este análisis de la realidad externa a las unidades especializadas en el ámbito de la DG nos ayuda a plantearnos diferentes cuestiones para abordar el panorama actual dentro de la atención a este sector de la población, especialmente respecto a la cuestión de la descentralización de la atención.

Debemos preguntarnos, por una parte, en caso de que se promoviera una atención desde los centros de salud mental:

-¿Estamos preparados los profesionales para poder atender a estas personas, es necesaria la formación? ¿Se debería ofrecer una formación, un reciclaje para aquellos profesionales que puedan recibir este tipo de derivaciones?

-¿Se consideran las demandas de las personas transexuales tributarias de atención en los centros de salud mental?

-¿Es factible dar esta atención en los centros de salud mental? ¿Qué recursos necesitarían para poder ofrecer una atención multidisciplinar y amplia (por ejemplo a familias)?

No debemos pasar por alto la elevada presión asistencial de muchos de estos centros y lo que se requiere de los profesionales para la atención y tratamiento de Trastornos Mentales Severos, dentro de los cuales no se incluye la atención a personas con problemáticas referentes a la DG.

Las mismas cuestiones se deben plantear en caso de que la opción fuera recibir atención en la red de primaria.

No podemos olvidar estos pasos previos de análisis y reflexión para poder elaborar un plan posterior de adaptación que garantice una atención de calidad y no caer en el espejismo de una atención más accesible y más amplia por el hecho de dar la posibilidad de atenderse en más centros y por más profesionales.

Igualmente la información extraída de nuestra investigación nos indica que, continuando con el mismo modelo, desde las unidades especializadas, sería necesario dar más información en primer lugar sobre las vías de derivación a servicios especializados y

tal vez plantearse la formación o reciclaje de estos profesionales para que pudieran dar una primera respuesta a los pacientes que les son derivados.

Por otra parte también se nos plantea la necesidad de ampliar la muestra de esta investigación para conocer mejor la realidad del territorio español, ya que la mayoría de datos analizados provienen de la provincia de Barcelona. Esto podría favorecer un análisis más específico, respecto a cómo está la situación en aquellos territorios que no tienen unidades especializadas en su cartera de servicios sanitarios, por ejemplo.

También sería interesante investigar la realidad de los profesionales de atención primaria, saber si los médicos de cabecera reciben demandas en este ámbito y qué actuaciones llevan a cabo, siempre con el objetivo de mejorar la atención de las personas que demandan ayuda y facilitar a los profesionales su trabajo a la hora de dar respuesta a estas demandas.

Referencias

- Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Pérez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid). *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 37(2), 87-92.
- Araque, N. A., Gibert, C. G., Molina, J. M. R., Fernández, A. B., Pérez, M. J. L., y Grupo, G. I. D. S. E. E. N. (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 33-36.
- Bergero-Miguel, T., Cano-Oncala, G., Giraldo-Ansio, F., Esteva-de Antonio, I., Ortega-Aguilar, M. V., Gómez-Banovio, M. y Gorneman-Schaffer, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(89), 9-20.
- Coleman, E. (2009). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1-7. Doi:10.1080/15532730902799912.
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A. y Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418-425.

Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135-154.

INTRODUCCIÓN DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS HACIA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL COMÓRBIDO A DISFORIA DE GÉNERO

Rocío Portero-García*, **José Miguel Rodríguez-Molina**,****, **Paula Rodríguez-Estrada ******, **Nuria Asenjo-Araque****

Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid); **Unidad de Identidad de Género de Madrid; *Universidad Autónoma de Madrid; ****Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares (Madrid)*

Resumen

Antecedentes. Los Programas de Continuidad de Cuidados (PCC) engloban la atención a través de diferentes recursos, para garantizar una atención integral, mediante actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación. La filosofía subyacente es asegurar la continuidad longitudinal y transversal de cuidados, reducir la hospitalización y mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida. Método. Se presenta un posible Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) para la atención de personas que presentan comorbilidad entre Trastorno mental y Disforia de Género. A lo largo del presente trabajo, se desarrollarán para este PCC una serie de objetivos y se establecerán unos contenidos que lo formen, mencionando herramientas y dispositivos necesarios para que se lleve a cambio su implantación. Además, puesto que todo programa de continuidad de cuidados debe contar con una forma de evaluación que se haya elaborado y previsto con anterioridad a su puesta en práctica, también elaboramos la nuestra propia. Resultados y Conclusiones. Este PCC se organiza como un proceso asistencial longitudinal, cuya misión es prestar a la persona la totalidad de ayudas necesarias, para que tenga la oportunidad de lograr la estabilización y comprensión de su enfermedad mental y la superación de su DG, a través de un proceso de tratamiento mantenido y de rehabilitación psicosocial, que le ayuden a superar o reducir sus síntomas y discapacidades, y alcanzar el máximo nivel posible de autonomía personal y participación social. Son indudables los beneficios que se obtendrían mediante el desarrollo de este tipo de programas dirigidos a proporcionar una atención integral ambulatoria a la persona.

Palabras clave: transexualidad, continuidad, cuidados, salud, tratamiento, prevención.

INTRODUCTION OF CONTINUITY OF CARE TO PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS COMORBID TO GENDER DYSPHORIA

Abstract

Background. Continuity of Care Programs (CCP) include the attention through different resources, to ensure comprehensive care through prevention, treatment and rehabilitation. Ensuring the longitudinal and cross-sectional continuity of care, reducing hospitalization and improving social functioning and quality of life is the underlying philosophy. La filosofía de estos programas es asegurar la continuidad de cuidados tanto longitudinal como transversal, reducir la hospitalización y mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida de las personas. Tienen cinco funciones básicas: evaluación, planificación personalizada, coordinación, seguimiento y defensa de los derechos de los la persona. The philosophy of these programs is to ensure the continuity of both longitudinal and transverse care, reduce hospitalization and improve social functioning and quality of life of people. They have five basic functions: assessment, customized planning, coordination, monitoring and defense of the rights of the person. Method. Our work presents a possible Continuous Care Program (CCP) for the care of people who have comorbidity between mental disorder and Gender Dysphoria. Throughout this work, it will be developed for this CCP some objectives and contents, mentioning tools and devices needed to be carried to it. In addition, since all continuing care program must have a form of evaluation that has been developed and established prior to its implementation, we also make our own. Results and Conclusions. There are undoubted benefits to be gained by developing such programs, to provide comprehensive outpatient care to the person.

Keywords: transsexuality, transgenderism, continuity care, health, treatment, prevention.

Introducción

Los Programas de Continuidad de Cuidados

Los Programas de Continuidad de Cuidados (PCC) engloban la atención de la persona diagnosticada de trastorno mental (TM) través de un entramado de recursos e instituciones, situados en diferentes contextos o sistemas organizativos, con el objetivo de garantizar una atención integral e integrada de la persona, a través de actividades de prevención, tratamiento, curación y rehabilitación. La atención primaria es clave en este proceso. La filosofía de estos

programas es asegurar la continuidad de cuidados tanto longitudinal (ininterrumpidamente a lo largo de la vida) como transversal (entre diferentes servicios intervinientes), reducir la hospitalización y mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida de las personas. Tienen “cinco funciones básicas: evaluación, planificación personalizada, coordinación, seguimiento y defensa de los derechos de los la persona” (Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, 2010).

La Transexualidad o Disforia de Género

Según el DSM-5, “la Disforia de Género se caracteriza por una marcada incongruencia entre el sexo sentido y el asignado” (American Psychiatric Association, 2014).

El término de *Transexualidad* se utiliza extensamente, a pesar de coexistir con otros muchos procedentes de las distintas clasificaciones psiquiátricas, como es el caso de “Disforia de Género” en la clasificación DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), Transexualismo, “Trastorno de Identidad de Género (TIG)” (American Psychiatric Association, 2005), ó *Síndrome de Harry Benjamin*.

Por su parte, el concepto de transgenerismo se refiere a aquellas personas que desean adoptar los roles del sexo contrario sin necesidad de modificar su cuerpo. Aunque “desde la psiquiatría se considera la transexualidad como una forma extrema de transgenerismo” (Martínez-Guzmán y Montenegro, 2010), hoy en día se tiende más a hablar de identidades transgénero, en plural, entendiendo que éstas son “realidades construidas por cada individuo y que no son dicotómicas” (Platero, 2014).

Problemas de la falta de implementación del PCC

La continuidad de los cuidados es fundamental para mantener la efectividad de los programas de atención comunitaria de salud mental. Se puede considerar que los principales problemas de la ausencia de PCC en pacientes con trastorno mental y DG son:

- 1.La posibilidad de que el paciente pierda citas ambulatorias y deba reiniciar algún proceso, especialmente en relación con su proceso transexualizador.
- 2.La inasistencia regular a algún programa de apoyo pautado desde otro dispositivo.
- 3.La falta de adherencia al tratamiento farmacológico, especialmente cuando hay tratamientos prescritos por médicos de diferentes dispositivos.
- 4.La falta de seguimiento de pautas marcadas.

5. La despersonalización de la atención, ya que cada nuevo dispositivo implica el contacto con nuevos profesionales con poca información previa sobre el paciente.
6. El aumento del riesgo de recaída.
7. El aumento del riesgo de abandono de los tratamientos.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es la elaboración de un PCC para la atención de personas que presentan comorbilidad entre TM y DG, incluyendo su implantación y evaluación.

Además, se realiza un análisis descriptivo de la situación actual en el sistema de Salud Pública, así como sus posibles virtudes y defectos y las dificultades que conlleva el hecho de que todavía no existiera un PCC, instaurado de forma estable, que se asegure su cumplimiento.

Material y métodos

En la actualidad, la situación de tratamiento, presenta un estado y rendimiento muy alejados de lo que resultaría ideal, con un gran número de problemas, que sería necesario y pretendemos cubrir parcialmente, mediante la elaboración del PCC que describiremos en este apartado.

Objetivos del PCC

Los objetivos del PCC propuesto son siete.

Se ha de posibilitar que el paciente pueda manejar sus síntomas. En este sentido, es de especial importancia el manejo de la medicación, minimizando los efectos secundarios y enseñando al paciente a sopesar síntomas, efectos secundarios, nivel de funcionamiento y medicación. Se utilizan técnicas de modificación de conducta y cognitivas.

Además, se debe permitir al paciente cubrir sus necesidades básicas y mejorar su calidad de vida, mediante experiencias in vivo se estimula al paciente a participar en la vida de la comunidad.

La estabilización de los síntomas es el requisito previo para que el paciente defina sus metas y adquiera su máxima integración en la comunidad.

Hay que garantizar la integración de los servicios de tratamiento, rehabilitación y apoyo social, única forma de asegurar la continuidad de cuidados. Para ello es imprescindible la coordinación entre los distintos recursos y profesionales.

Es necesario evitar la hospitalización prolongada, acortar la estancia hospitalaria cuando sea imprescindible y prevenir las recaídas. Para ello es crítica la intervención en crisis.

Hay que permitir al paciente adquirir un papel significativo y productivo en la sociedad. Las actividades de rehabilitación profesional son imprescindibles en este sentido.

Se debe conseguir la confianza del paciente. En este punto “es fundamental la orientación cultural del equipo, que debe estar configurado en función del área de referencia asignada” (García-Gibert, Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina y Belén López-Moya, 2015).

Contenidos del PCC

El PCC debe estar compuesto por cuatro tipos de actuaciones principales, que se definen a continuación.

La primera actuación consiste en actividades centradas en el paciente, como la evaluación y diseño del plan individualizado de intervención, que garantice un ajuste a las necesidades diferenciales de cada persona en particular; actuaciones de acompañamiento, asesoramiento y apoyo, adaptado a la situación personal y momento del proceso problemático en que se encuentre la persona; fomento y trabajo de la adhesión al tratamiento, para evitar el abandono del tratamiento de forma temprana, por parte de la persona afectada; Psicoeducación, que responda a las dudas y proporcione una buena comprensión del problema; Grupos de apoyo, donde los individuos puedan verse comprendidos, identificados e integrados; y visitas a domicilio.

En segundo lugar, las actividades centradas en el entorno, como actuaciones de asesoramiento, apoyo y psicoeducación con la familia; asesoramiento y apoyo a otras personas relacionadas con el usuario; mantenimiento y desarrollo de soportes comunitarios individualizados; asesoría y defensa del usuario; aporte de información sobre el beneficio de formar parte de asociaciones; contacto con el sistema judicial y seguimiento de incapacidades y tutelas.

Otro tipo son las actividades centradas simultáneamente en la persona y el entorno, como intervención en situaciones de crisis y evaluación y control de resultados.

Por último, actividades de coordinación y seguimiento con dispositivos sanitarios y sociales.

Hay que destacar que las necesidades de personas que presentan comorbilidad entre DG y EM requieren el trabajo de equipos siempre multidisciplinarios y por tanto, un PCC destinado a su adecuado tratamiento, debería englobar una amplia red de servicios, que garantizase el tratamiento integral de la persona. En este sentido, “un meta-análisis relevante en transexualidad, encontró datos que apoyan la conveniencia de un abordaje multidisciplinar y coordinado de los cuidados de salud de estas personas” (Esteve de Antonio y Gómez-Gil, 2013).

Formarían parte, de la red los siguientes: Centros de Atención Primaria (CAP), dispositivos que cuentan con un equipo multidisciplinar, que permite un tratamiento integral e integrado de la persona en diferentes etapas de la vida; Unidades de Identidad de Género (UIG), es decir, unidades especializadas, compuestas por un equipo multidisciplinar de profesionales, que abordan el proceso y seguimiento global e integrado de la persona con DG; los Centros de Salud Mental (CSM), dispositivos que cuentan con un equipo de profesionales experimentados y cualificados en el área de la Salud Mental y que permiten un tratamiento integral de personas con patología mental o dificultades psicosociales; Centros de Atención Integral a la Drogodependencia (CAID), esto es, dispositivos encargados de atender a personas con drogodependencia, con objetivo de lograr una deshabituación y remisión parcial, completa o resolución del problema; Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Reinserción Laboral (CRL) y Hospitales de Día de Salud Mental, que se trata de recursos socio-comunitarios dirigidos al segmento de la población con TM grave, que presenta deficiencias en sus funciones psicológicas, limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación en la comunidad. En estos dispositivos se realiza un trabajo dirigido a la integración socio-laboral plena y capacitación para el manejo y enfrentamiento autónomo de las demandas de la vida diaria; Mini-Residencias y Pisos Tutelados, que constituyen programas alternativos al domicilio familiar, para personas con TM grave que se encuentran en situación de carencia de un apoyo o entorno socio-familiar adecuados y Unidades de Hospitalización Breve (UHB) de Psiquiatría, orientadas al tratamiento y cuidado intensivo de personas con patología psiquiátrica aguda, en régimen de atención continuada de 24 horas al día, con dotación de equipos multiprofesionales especializados y con un tiempo de estancia media breve.

La primera puerta de entrada al sistema sanitario es el CAP, donde el Médico de Atención Primaria (MAP) derivará a la persona a la UIG del Hospital de referencia, mediante la solicitud con un parte de interconsulta (PIC). En alguna Comunidad la Ley

parece prever la posibilidad de que el usuario se trate en su endocrinólogo de zona, aunque esto está aún sin desarrollar. En la UIG, la persona será recibida por los diferentes profesionales que la componen, antes de comenzar un tratamiento. Psicología clínica de la UIG llevará a cabo un proceso de valoración. Con diferencias entre las distintas Comunidades, este proceso suele constar de tres partes: el acompañamiento en la toma de decisiones respecto a su identidad sexual, asegurándose de que el usuario tiene clara su autodeterminación, el diagnóstico diferencial y el cumplimiento de las normas de la WPATH antes mencionadas. La existencia de comorbilidad psiquiátrica no es un inconveniente absoluto para el tratamiento por DG, pero se debe evitar éste, si existe confusión entre la EM y la DG o si aun siendo distintas, el usuario está en pleno brote. A partir de finalizar el proceso de valoración, si se considera factible, se iniciará un tratamiento hormonal de duración indefinida y como mínimo de dos años con anterioridad al inicio de las cirugías de reasignación de sexo (CRS), tiempo durante el cual los diferentes profesionales de la UIG no cesan en su atención periódica con la persona. Una vez completados estos dos años, es posible realizar el cambio registral de nombre y sexo asignado en los documentos legales, así como realizar la preparación para las CRS, en caso de ser deseado por la persona, valorando la adecuación de las mismas, en cada caso y de forma individualizada. Además la persona se encuentra en todo momento coordinada con los dispositivos del área de Salud Mental: Centro de Atención Integral a la Drogodependencia (CAID), Mini-Residencias y Centro de Salud Mental (CSM), entre otros.

Evaluación del PCC

Puesto que “todo programa de continuidad de cuidados debe contar con una forma de evaluación que se haya elaborado y previsto con anterioridad a su puesta en práctica” (Ramos et al., 2012), a continuación nos disponemos a desarrollar el nuestro.

Resultaría fundamental e interesante evaluar y tener en consideración son una serie de indicadores:

El primer grupo, *Indicadores de proceso*, evaluaríamos una serie de puntos básicos como: el número de horas de trabajo de comunicación entre profesionales de diferentes dispositivos: que la historia clínica de los pacientes se encuentre adecuadamente actualizada: que se haya realizado una valoración por parte del profesional de enfermería; la existencia de un plan individualizado elaborado y actualizado para cada paciente; que cada paciente individualmente haya sido derivado a diferentes dispositivos, en función de

sus necesidades, y se especifique cuáles y el motivo de consulta; así como medir el tiempo transcurrido entre la atención de los diferentes profesionales.

El segundo grupo, *indicadores de resultado*, podría estar compuesto por la evaluación de los siguientes puntos: la frecuencia con la que los pacientes inscritos al PCC frecuenta urgencias, una vez se ha iniciado el programa; los reingresos y estancia hospitalaria tras la puesta en marcha del PCC; la satisfacción de usuarios, medida mediante una escala ad-hoc; la mejoría en la escala de calidad de vida; la retención de pacientes en el programa; evaluación de si la atención recibida y los profesionales que han atendido a cada paciente, en cada caso y momento particular, han sido los suficientes y han trabajado de forma eficiente.

En cuanto a la temporalidad y frecuencia de estos momentos de evaluación del PCC, se realizarán al menos cada dos años, analizando los resultados de cada una, así como la comparación con momentos o evaluaciones anteriores, con el objetivo de valorar tanto el funcionamiento del programa en un momento concreto, como los posibles cambios que puedan darse en el mismo a lo largo del tiempo.

Conclusiones

Resulta imprescindible que en nuestra red sanitaria se lleven a cabo esfuerzos para preservar la continuidad de cuidados, la rehabilitación y la adhesión al tratamiento de personas que presentan DG comórbido a TM, con el objetivo de garantizar la correcta utilización de los recursos existentes en la comunidad para tal fin y de mejorar la atención a estas personas. Así, dentro de este modelo organizativo, se hace necesario proporcionar una adecuada atención socio-sanitaria e integral a dicha población, abordando no solamente su DG, sino también su problemática psicológica, así como sus diversas necesidades sociales, con el fin de evitar situaciones de deterioro, aislamiento y marginación. Es indispensable proporcionar una atención integral e individualizada a la persona, de acuerdo con un modelo biopsicosocial, donde se preste un apoyo intenso y continuado a toda su problemática y sus dificultades.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2005). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.

- Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. (2010). *Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014*. Madrid: Consejería de Sanidad.
- Esteva de Antonio, I. y Gómez-Gil, E. (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: a multidisciplinary approach. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 20(6), 585-91.
- García-Gibert, C., Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J.M. y López-Moya, B. (2015, Noviembre). *Estrés minoritario en personas transexuales*. Comunicación presentada al VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica, Granada, 19 al 22 de noviembre. En prensa.
- Martínez-Guzmán, A. y Montenegro, M. (2010). Narrativas en torno al trastorno de identidad sexual: De la multiplicidad transgénero a la producción de trans-conocimientos. *Revista de Ciencias Sociales*, 4, 1-44.
- Platero, L. (2014). *Transexualidades*. Barcelona: Bellaterra.
- Ramos, R., Sánchez, E., Piñeiro, S., Currás, M., Pérez, M., Paz, Á., y Ferrer i Balsebre, L. (2012). Programa de continuidad de cuidados del servicio de psiquiatría de Santiago. *Avances en Salud Mental Relacional*, 11, 3.

EVOLUCIÓN DEL ESTADO PSICOLÓGICO A LO LARGO DEL TRATAMIENTO TRANSEXUALIZADOR

Belén López-Moya*, **Laura Portabales-Barreiro****, **Rocío Portero-García *****,
Águeda Binué-Morales**** y **José Miguel Rodríguez-Molina*******

Psicóloga Clínica en Servicio Madrileño de Salud Mental; **Psicóloga clínica en C.S.M San Blas; *Residente de Psicología Clínica de 4º año.H.U. Ramón y Cajal; ****Residente de Psicología Clínica de 3er año. H.U. Ramón y Cajal; *****Psicólogo Clínico en UIG. H.U.Ramón y Cajal; ***** Universidad Autónoma de Madrid*

Resumen

Introducción. El tratamiento de transexualización es un proceso largo, que en la mayoría de los casos supone ciertas dificultades para la persona. **Objetivo.** Exponer las dificultades más comunes por las que pasan las personas que entran en un proceso transexualizador, considerando diferentes variables, para así mejorar la intervención psicológica con este colectivo. **Método.** Se hace una revisión bibliográfica de diferentes estudios en relación a cómo suelen vivir las personas con disforia de género el tratamiento transexualizador, así como una exposición descriptiva de las dificultades que desde la Unidad de Identidad de Género se han detectado a lo largo de las diferentes fases. **Resultados.** Las personas que comienzan un tratamiento transexualizador pasan con frecuencia por diferentes estados. En esta presentación se hará un repaso de las diferentes fases, deteniéndonos en los síntomas y dificultades que suelen aparecer de manera común. Como fases se seguirán las que se consideran desde la unidad de identidad de género: evaluación, experiencia de vida real, cirugías de reasignación... Las personas transexuales no presentan más psicopatología asociada que la población general, pero por la propia condición y proceso transexualizador son más vulnerables a diferentes dificultades. **Conclusiones.** A lo largo del tratamiento transexualizador, con frecuencia, las personas con disforia de género sufren una serie de síntomas propios de un proceso adaptativo a una situación de alto estrés. La disforia de género en sí no está asociada a problemas psicológicos, las dificultades están más en relación a otros factores que facilitan o no el proceso transexualizador. Variables como la edad, el sexo y los pasos previos que la persona haya dado, afectan al estado psicológico en que la persona va a ir viviendo el proceso.

Palabras Clave: Disforia de género, transexualidad, proceso transexualizador, tratamiento hormonal, experiencia de vida real.

EVOLUTION OF THE STATE PSYCHOLOGICAL ALONG THE TRANSSEXUALIZATION TREATMENT

Abstract

Introduction. The transsexualization treatment is a long process, which poses certain difficulties for the person in the majority of cases. **Aim.** To expose the most common difficulties that pass people who come in a transsexualization process, whereas different variables, to improve the psychological intervention with this group. **Method.** There is done a bibliographical review of different studies in relation to how often live them people with dysphoria of gender the treatment transexualizador, as well as an exhibition descriptive of them difficulties that from the Unit of Gender Identity is have detected along the different phases. **Results.** The people that start a transsexualization process spend frequently by different states. In this presentation is will make a review of the different phases, stopping us in the symptoms and difficulties that tend to appear of way common. As phases should be followed which are considered from the Unit of Gender Identity: evaluation, experience of real life, reassignment surgeries... Them people transsexuals not present more psychopathology associated that the population general, but by her own condition and transsexualization process are more vulnerable to different difficulties. **Conclusions.** Along the transsexualization treatment, frequently, the people with dysphoria of gender suffer a series of symptoms themselves of a process adaptive to a situation of high stress. In gender dysphoria is not associated with psychological problems, the difficulties are more in relation to other factors that facilitate or does not transsexualization process. Variables such as age, sex, and the previous steps that the person has given, affect the psychological state in which the person will go live process.

Key words: Gender dysphoria, transsexuality, transsexualization process, Hormonal treatment, Experience of royal life.

Introducción

El tratamiento transexualizador es un proceso largo, que en la mayoría de los casos supone atravesar una serie de dificultades.

Nos parece importante profundizar en cómo afecta psicológicamente este proceso a las personas con disforia de género, para poder trabajar sobre las variables relevantes y poder intervenir así sobre la forma en que se vive cada una de las fases del tratamiento.

El objetivo de este trabajo es conocer mejor las dificultades que viven las personas con disforia de género para mejorar la intervención psicológica con este colectivo y favorecer así un mayor bienestar psicológico.

De forma genérica, podríamos decir que hay al menos tres ámbitos en los que las personas transexuales encuentran especiales dificultades: el ámbito familiar, el laboral o educativo y el de pareja. (Godás, 2006). Las personas transexuales tienen múltiples problemas además de los que tiene la población general. Otras veces sufren los mismos que ésta, pero exacerbados por la transexualidad (Rodríguez-Molina et al., 2014).

En los últimos años se están dando cambios importantes en el campo de la disforia de género, grandes avances positivos para esta población. Uno de ellos es el cambio de denominación que se ha dado en la última clasificación americana de las enfermedades mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), donde se ha pasado de llamarlo Trastorno de Identidad de Género (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2002) a Disforia de género, lo que supone un paso importante en la despatologización. Todavía queda mucho por avanzar y por investigar, para poder así mejorar la atención que se ofrece a este colectivo.

Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando la base de datos PubMed entre otras fuentes. No hemos encontrado estudios específicos sobre el proceso transexualizador y el estado psicológico de las personas con disforia de género en cada una de las fases. Sin embargo, sí hemos encontrado algunos trabajos sobre la salud mental en personas con transexualidad.

Otros estudios revisados, abordan la cuestión de la imagen corporal, antes y después del proceso así como el tratamiento hormonal, las cirugías de reasignación de sexo o la fase de experiencia de vida real. Aunque consideramos algunos resultados de los trabajos revisados, para este capítulo nos basamos principalmente en nuestra experiencia en la Unidad de Identidad de Género (UIG). Se exponen las diferentes fases del proceso transexualizador y las dificultades que suelen surgir en cada una de ellas, considerando las verbalizaciones que hacen las personas que atendemos en la unidad. Se trataría por lo tanto de un estudio descriptivo, exponiéndose los datos de una forma cualitativa.

Resultados

En cuanto a la psicopatología encontrada en personas transexuales, hay diferentes estudios, con resultados distintos, aunque en general, se puede concluir que las personas con disforia de género, no tienen más patología que la media (Rodríguez-Molina et al., 2014). Nuestra experiencia es que pueden aparecer más niveles de ansiedad y/o depresión asociados a las consecuencias derivadas de la condición de tener disforia de género.

El protocolo del proceso transexualizador que tiene más aceptación general entre los distintos equipos de tratamiento está basado en los estándares asistenciales propuestos desde la década de los años ochenta por la Asociación Internacional Harry Benjamin de Trastornos de la Identidad de Género (World Professional Association for Transgender Health [WPATH], 2012), que recomienda la terapia triádica (psicológica, hormonal y quirúrgica). Se marcan criterios específicos de elegibilidad y otros adicionales de obligado cumplimiento tanto para la terapia hormonal como quirúrgica.

En cada una de las fases del proceso transexualizador aparecen por lo general una serie de dificultades, que harán más probables ciertos estados psicológicos en las personas transexuales.

A continuación, pasamos a exponer cada una de las fases y las dificultades más frecuentes que se dan en cada una de ellas.

1.- Antes de decidirse a consultar con especialistas acerca de su disforia de género.

Antes de comenzar el proceso, habría una fase previa en la cual se toma la decisión de iniciar el proceso o solicitar ayuda. Pueden pasar años hasta que estas personas se deciden a hablar sobre lo que llevan sintiendo y padeciendo desde siempre. Normalmente lo hablan con las personas más cercanas de su entorno y pasa un tiempo variable hasta que deciden solicitar la ayuda de expertos y poder así recibir información y asesoramiento sobre su disforia de género. En algunos casos sin embargo, la primera vez que hablan sobre ello es al acudir a la unidad, no habiendo sido capaces de hablarlo previamente con nadie.

Serán muy importantes las vivencias que la persona haya tenido hasta este momento. En muchos casos han sufrido situaciones traumáticas y de discriminación y en otros no hay aceptación de esta condición por parte de sus familiares. Esta fase previa es clave, ya que dependiendo de cómo se desarrolle la misma, las siguientes fases también avanzarán de una forma u otra.

2.- Valoración inicial.

Esta es la primera fase del protocolo de la UIG. En la misma se hace una valoración en profundidad del caso. El objetivo es corroborar si realmente la persona tiene disforia de género, además de poder descartar psicopatología asociada incompatible con el paso a la siguiente fase.

La diferente sintomatología presentada por la persona en esta etapa de valoración, variará dependiendo de las circunstancias que haya vivido hasta ese momento, aunque según nuestra experiencia los síntomas ansioso-depresivos son comunes. En muchos casos puede aparecer ansiedad al hablar por primera vez sobre su situación. Pueden llegar con diferentes dudas, falta de información, así como con miedos en relación a lo que supone esta valoración inicial en la unidad.

3.- Tratamiento hormonal y Experiencia de Vida Real.

La fase de tratamiento hormonal dura dos años, antes de que se pueda pasar a la siguiente fase de cirugía, aunque el tratamiento hormonal debe seguir toda la vida.

La expresión del género sentido (EGS) es la adopción plena del rol del nuevo género en la vida cotidiana. Aunque técnicamente la EGS es considerada como un período de 2 años (como parte de un proceso protocolizado en la UIG antes del paso a las CRS), realmente es un proceso que dura toda la vida (López-Moya, Asenjo-Araque, García-Romeral, Rodríguez-Molina y Becerra-Fernández, 2011).

En esta fase son básicas las experiencias diarias vividas como mujer u hombre, de cara a superar adecuadamente las fases de tratamiento de la transexualidad, tal y como está publicado en los criterios de la Asociación de Harry Benjamin, eje regulador, a nivel mundial, de la atención y tratamiento de la disforia de género (Gooren, 2011).

Hay variaciones importantes respecto a cómo se vive esta fase, dependiendo de diferentes variables. En cuanto al sexo es posible que las mujeres sufran una mayor discriminación, quizás por ser más destacadas las características sexuales secundarias de su sexo biológico y más difíciles en algunos casos de cambiar.

Al inicio de esta fase y al comienzo de los primeros cambios en la imagen externa, es común cierto aislamiento social, por sentimientos de vergüenza o miedo al rechazo, hasta que los cambios físicos son más evidentes y acordes al sexo sentido.

Algunas personas hablan de una inhibición de su deseo sexual hasta este momento, que comienzan a pensar más en estas cuestiones, al ir viendo la evolución de su imagen externa y así ver más posibilidades de tener una relación de pareja y poder vivir su sexualidad desde el sexo sentido.

Conforme se va avanzando en esta fase, muchos pacientes hablan de la satisfacción que les supone percibir que los demás les van tratando de acuerdo a su identidad sexual.

Los efectos del tratamiento hormonal aparecen de forma gradual y se dan de forma diferente en cada persona. Además de los cambios físicos, con el tratamiento hormonal en mujeres transexuales, se puede observar: la disminución y casi desaparición de la capacidad de erección, los orgasmos eyaculatorios son menos intensos al disminuir la producción de semen. La satisfacción sexual es variable y subjetiva, y va a depender de cada caso. Suele darse un incremento de la emotividad, que depende mucho de las características psicológicas previas. Pueden aparecer, aunque con poca frecuencia, efectos no deseados o secundarios como depresión. En el caso del tratamiento hormonal de hombres transexuales, además de los cambios físicos, se observa con frecuencia un aumento de la actividad sexual, disminución de la fertilidad y desaparición de los ciclos menstruales. Suele haber un cambio de carácter, con un aumento de la agresividad, que depende mucho también de las características psicológicas previas (Becerra, 2002)

Conforme se avanza en esta fase, muchas personas refieren una mejoría de su estado de ánimo y de su sensación de bienestar. Tal vez las personas transexuales sufran como media más que la población general, pero al menos cuando acuden a tratamiento esto ya no parece ser así. Iniciar un tratamiento que en algunos casos llevaban años esperando, parece mejorar el estado psicológico en muchos casos (Rodríguez-Molina et al., 2014).

Hay diferencias importantes entre unas personas y otras, en relación a cómo se viven las diferentes fases descritas, tanto la espera hasta el comienzo del tratamiento hormonal como hasta las intervenciones quirúrgicas. Requiere un largo tiempo el avance en estas fases, por lo que la forma de tomarse estos tiempos de espera será importante a nivel psicológico.

4.- Cirugías para modificar las características sexuales.

Estas intervenciones tienen un gran impacto en las personas, por lo que es de suma importancia el apoyo en esta fase. Muchos pacientes tienen ansiedad anticipatoria, así como miedo a posibles problemas de las intervenciones y a los resultados.

Hay algunas diferencias en cómo se vive esta fase y la fase de tratamiento hormonal, dependiendo de los cambios externos logrados, la edad en que se realiza el tratamiento, etc.

5.- Fase postquirúrgica

Después de la cirugía el paciente se encuentra especialmente vulnerable y frágil ante la situación que se le presenta. Es una sensación de indefensión, descrita por muchos de

ellos como “volver a vivir una pubertad y posterior adolescencia” de cara al conocimiento corporal, relaciones de pareja, sexuales, etc. (Asenjo, Portabales, Rodríguez, Lucio y Becerra, 2013).

Tras la cirugía de reasignación sexual, se requiere una preparación para la vida real y la adaptación a la nueva identidad. Pueden surgir dificultades en relación a la sexualidad, así como problemas de pareja. Algunos pacientes manifiestan síntomas ansioso-depresivos o pensamientos obsesivos.

En ocasiones las personas transexuales tienen altas expectativas sobre los efectos del tratamiento hormonal o respecto a las cirugías, por lo que en muchos casos puede aparecer frustración por los resultados reales obtenidos o porque no aparecen tan rápido como desearían, de ahí la importancia de trabajar sobre estas expectativas previamente. Nos parece importante aclarar, que hay diferentes formas de llevar a cabo el proceso, ya que hay personas que no llegan a las últimas fases, decidiendo por ejemplo no someterse a las intervenciones quirúrgicas. Hay diferencias individuales importantes en este sentido.

Conclusiones

El proceso transexualizador se podría considerar como una situación de estrés mantenida en el tiempo, con diferentes efectos sobre las personas, aspectos positivos y de sensación de logros, y también momentos duros, que requieren de la persona grandes dosis de superación y afrontamiento. El apoyo social recibido durante el proceso nos parece un factor protector de suma importancia.

La dificultad de acceso para recibir atención desde la sanidad pública y las listas de espera para los diferentes tratamientos, hacen más largo y difícil el proceso hasta llegar a vivir plenamente con el rol sentido. A pesar de las dificultades asociadas al proceso y tratamiento, consideramos que es la única vía posible en la atención a estas personas.

Los estudios con estas personas reflejan que la autoaceptación se presenta como el elemento clave en las personas transexuales para la satisfacción con uno mismo y con las relaciones con los otros (Bureau, Beaudoin y Fallon, 1989). Se puede observar cómo la autoestima y la confianza en uno mismo aumenta cuando finaliza el proceso de reasignación sexual siempre que éste haya sido satisfactorio (Turner, Edlich y Edgerton, 1978).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. American Psychiatric Pub.
- Asenjo, N., Portabales, L., Rodríguez, J.M., Lucio, M.J., y Becerra, A., (2013). Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Revista Clínica Contemporánea*, 4(2), 161-170.
- Becerra, A. (2002). *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento*. Editado por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género. Madrid: SEEN.
- Bureau, J., Beaudoin, R., y Fallon, Y. (1989). *L'Adaptation socio-économique et interpersonnelle et la satisfaction psycho-sexuelle pré et post conversion sociale, hormonale et chirurgicale de transsexuel(le)s mâles et femelles*. Montréal: Université du Québec.
- Godás, T. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Medicina de Enlace*, 78, 21-23.
- Gooren, L.J. (2011). Care of Transsexual Persons. *The New England Journal of Medicine*, 364, 1251- 1257.
- López-Moya, B., Asenjo-Araque, N., García-Romeral, R., Rodríguez-Molina, J.M., y Becerra-Fernández, A. (2011). Experiencia de vida real en una paciente transexual femenina. En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comps.), *Situación actual de la Psicología Clínica* (pp. 357-360). San Sebastián: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Rodríguez-Molina, J. M., Pacheco-Cuevas, L., Asenjo-Araque, N., García-Cedenilla, N., Lucio-Pérez, M. J., y Becerra-Fernández, A. (2014). Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. *Revista Internacional de Andrología*, 12(1), 16-23.
- Turner, U., Edlich, R., y Edgerton, M. (1978). Male Transsexualism. A Review of Genital Surgical Reconstruction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 132, 119-132.
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming*

People, 7^a *version*. Recuperado de
[http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_a
ssociation_webpage=4380](http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4380)

DIFICULTADES SEXUALES Y DE PAREJA EN PERSONAS EN PROCESO DE CAMBIO TRANSEXUALIZADOR

Águeda Binué-Morales*, **Ana Pascual-Sánchez****, **Laura Portabales-Barreiro*****,
Belén López-Moya**** y **Rocío Portero-García*******

**Psicóloga Residente 3º año. Hospital Ramón y Cajal. Madrid; **Psicóloga Residente 2º
año. Hospital Ramón y Cajal. Madrid; ***Psicóloga Clínica. CSM San Blas. Madrid.*

*Colaboración con UIG; ****Psicóloga Clínica. CSM Ciudad Lineal. Madrid.*

*Colaboración con UIG; *****Psicóloga Residente 4º año. Hospital Ramón y Cajal.
Madrid*

Resumen

Antecedentes: una persona con disforia de género experimenta el deseo de pertenecer a un sexo determinado, física y psicológicamente contrario al sexo cromosómico que posee. Este deseo se acompaña de un profundo sentido de rechazo de las características sexuales primarias y secundarias propias. En muchos casos, estas personas comenzarán un proceso de cambio que va a reportar muchas dificultades, con el objetivo de que coincidan su sentimiento de pertenencia y la expresión del género con el sexo sentido. Los profesionales de la psicología debemos conocer dichas dificultades y estar preparados para abordarlas y afrontarlas con la persona que solicita ayuda. Método: se pretende realizar un estudio descriptivo en profundidad sobre el cuidadoso proceso de cambio que experimentan algunas personas con disforia de género, centrado en los problemas sexuales y de pareja, que estos individuos tienen que ir superando en diferentes fases de dicho proceso. A través de una amplia revisión bibliográfica, y la experiencia asistencial con pacientes con disconformidad de género, se pretende describir las dificultades a las que estos pacientes suelen enfrentarse, antes y después, del proceso de cambio y en el plano de las relaciones sexuales y de pareja más concretamente. Resultados: numerosas son las dificultades con las que una persona en proceso de cambio se encuentra en su rutina habitual, y de la misma forma, numerosos son los conflictos a abordar en sus relaciones sexuales y de pareja. Conclusiones: a pesar de todas estas dificultades, las investigaciones, parecen coincidir que el grado subjetivo de bienestar en el plano sexual y de las relaciones de pareja, aumenta tras el proceso de cambio incluyendo la cirugía de reasignación de sexo.

Palabras clave: disforia de género, sexo cromosómico, características sexuales primarias y características sexuales secundarias.

SEXUAL DIFFICULTIES AND PROBLEMS OF COUPLE IN PEOPLE IN PROCESS OF CHANGE TRANSGENDERISM.

Abstract

Background: A person with gender dysphoria experiences the desire to belong to a specific, physically and psychologically opposite sex to sex chromosome possesses. This desire is accompanied by a deep sense of rejection of primary and secondary sexual characteristics own. In many cases, these people begin a process of change that it will report many difficulties, with the aim of matching their sense of belonging and gender expression with sex sense. Psychology professionals must know these difficulties and be prepared to address and deal with the person seeking help. **Method:** it is intended to carry out a descriptive study in depth about the careful process of change experienced by some people with gender dysphoria, focused on sexual and relationship problems, these individuals must move through at different stages of the process. Through an extensive literature review, and the care experience with patients with disagreement gender, is intended to describe the difficulties that these patients often face, before and after the change process and in terms of sex and couple in particular.

Results: numerous are the difficulties that a person in the process of change in their usual routine, and in the same way, many are addressing conflicts in their sexual relationships and partner. **Conclusions:** Despite all these difficulties, research, seem to agree that the subjective level of well-being in the plane and sexual relationships, increased after the change process including sex reassignment surgery.

Keywords: gender dysphoria, chromosomal sex, primary sexual characteristics y secondary sex characteristics.

Introducción

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

sexuales primarias y secundarias propias (Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2010).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En muchos de estos casos, la persona con disforia de género, desea un proceso de cambio, con el objetivo de que su sentimiento de pertenencia y su apariencia de género confluyan, no obstante será un camino arduo, no exento de dificultades, retos y nuevos obstáculos, tanto para la persona que lo inicia como para las personas significativas con las que mantiene o mantendrá relaciones íntimas, como pudieran ser la pareja con la que tiene una relación significativa durante el proceso de cambio o posibles parejas futuras, que pondrán a prueba sus capacidades de afrontamiento y adaptabilidad.

Es importante poder definir, delimitar y pronosticar las posibles dificultades a las que las personas en proceso de cambio se enfrentan, antes, durante y después del mismo, ya que los profesionales de la salud debemos estar dispuestos a acompañar al paciente en

este proceso siendo capaces de predecir, sostener y fomentar sus propias capacidades o habilidades en momentos en los que se encuentren más dificultadas.

La marginación, la discriminación y la estigmatización de las personas transexuales existe en la cultura occidental, y estas personas experimentan mayores tasas de depresión, suicidio, abuso de sustancias, el VIH / SIDA, la falta de vivienda, y desempleo que las personas no transexuales (Clements-Nolle, Marx y Katz, 2006).

La literatura existente sobre las relaciones de la transexualidad es escasa. Gurvich (1991) encontró que las reacciones iniciales de sus o esposas tras la divulgación de transexualidad incluyen sentimientos de shock, la traición e ira, así como la creencia de que su relación podría fortalecer. También informan de confusión en la identificación de su propia orientación sexual, creyendo que las etiqueta como "lesbiana" y que son incongruentes con su propia visión. De manera similar, mujeres lesbianas identificadas como parejas femeninas de personas que realizan el proceso de mujer a hombre (FTM) experimentan confusión con respecto a su futuro, la sexualidad, y la relación después de la divulgación del transexualismo (Joslin-Roher y Wheeler, 2009).

Método

Participantes: se evaluaron a 101 pacientes asistentes de la Unidad de Identidad de Género (UIG) de la Comunidad de Madrid durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015.

Instrumentos: se recoge información inicial sobre datos sociodemográficos y de identidad de género a través del Inventario EVI de evaluación inicial (Rodríguez-Molina y Asenjo, 2009). La evaluación se realiza mediante la *Entrevista Psicológica para Personas Transexuales* (EPPT) (Rodríguez-Molina et al., 2015) y se recaban datos específicos respecto a la identidad de género del paciente, mediante la entrevista EDIG (Rodríguez-Molina, Asenjo-Araque, Lucio, Pérez-López y Becerra-Fernández, 2011), además de recogida de información cualitativa en forma de historia clínica durante las revisiones posteriores.

Diseño y Procedimiento: se realiza un estudio cualitativo con n=101 pacientes de la UIG entre los meses de enero-marzo 2015 recogiendo información sobre las dificultades surgidas durante el proceso de cambio en diferentes ámbitos y señalando las referidas al

plano de las relaciones de pareja y sexuales, además de una amplia revisión bibliográfica relacionada.

Resultados

Tras el proceso de evaluación de personas que cumplen criterios de disforia de género, se han detectado algunas dificultades que nos podemos encontrar, bien durante el acompañamiento de la persona que solicita ayuda, así comiencen el proceso de cambio como si no. Algunas de estas dificultades son: la veracidad de la información durante la atención, ya que la presión por el cambio puede llevar a adulterar la información proporcionada, las conductas de riesgo que pueden darse con el objetivo de conseguir el cambio de forma más apresurada debido a la desesperación, presión a profesionales, intervención familiar en muchos de los casos, el asunto de los menores no está exento de polémica, en ocasiones podemos recibir custodiados en la consulta, con el problema de intimidad que supone para el paciente, ya que en ocasiones las fuerzas de seguridad se niegan a ausentarse durante la consulta, casos de prostitución y la estigmatización que crean estas conductas minoritarias, la importancia del diagnóstico diferencial debido a su escasa reversibilidad, rechazo social (colegio, trabajo...), entre otras.

Hay al menos tres ámbitos en los que las personas transexuales encuentran especiales dificultades: el ámbito familiar, el laboral o educativo y el de pareja. (Godás, 2006). Pero posiblemente el ámbito que más dificultades ofrece es el de la pareja. De hecho la mayoría de las personas transexuales comunican su circunstancia antes a la familia que a una persona que les atraiga (Cano et al., 2004).

En las relaciones de pareja, además de hallarse los mismos problemas que en el resto de la humanidad, pueden encontrarse con algunos sobreañadidos que no resultan fáciles de afrontar, como por ejemplo:

- puede existir una tendencia a justificar ciertos problemas de la vida en pareja habitual con su proceso transexualizador, lo que puede no dar perspectiva a la situación de conflicto y que la pareja se sienta invalidada en sus razones para argumentar tal desacuerdo.

- existe el problema de la concepción, tanto en el varón como en la mujer transexual. Ya que sus órganos reproductores de una forma u otra, quedan anulados o extirpados tras el proceso de cambio por diferentes razones de salud.

- problemas con la ley (reproducción asistida).

- los padres de la pareja de la persona transexual suelen suponer todo un reto en la aceptación de dicha condición como pareja de su hijo/a, ya que entre otras cuestiones, para ellos, supone aceptar la pérdida de procesos evolutivos que consideran normales como por ejemplo tener nietos, además de todas las dificultades que anticipan en su relación, y en muchas ocasiones aunque no exista una transfobia explícita, no desean estas parejas para sus hijos/a.

- búsqueda de parejas heterosexuales según su sexo sentido. Les será difícil establecer relaciones con varones heterosexuales dado su aspecto externo no totalmente femenino o masculino e incluso por la presencia de genitales contrarios al sexo sentido. La preferencia de mantener relaciones con personas heterosexuales contribuye a la dificultad, ya que implica la comprensión y la aceptación de la condición transexual por la pareja. (Lobato et al., 2006).

- problemas en las relaciones sexuales, podemos encontrar tanto antes de las cirugías de reasignación de sexo (CRS), como después:

- - antes: repudio ante su desnudez, negativa ante la posibilidad de utilizar sus órganos sexuales durante las relaciones íntimas aunque este hecho sea aceptado y deseado por la pareja, parejas que confunden transexualidad con transvestismo fetichista y buscan en realidad esta segunda práctica incomodando a la persona con disforia de género, rechazo ante cualquier síntoma de la fase de excitación que conlleve respuestas fisiológicas como la erección, ansiedad de anticipación ante todas estas situaciones, síndrome del espectador.

- después: pueden existir problemas quirúrgicos que dificulten las relaciones aunque no es frecuente, experiencias dolorosas (dilataciones), faloplastia no funcional, comunicación a la pareja sobre la transexualidad cuando ya no resulta perceptible físicamente.

- Problemas para poner fin a las relaciones ante la anticipación de no aceptación por posibles futuras parejas y el afrontamiento de nuevo de todas las dificultades comentadas.

Conclusiones

En un estudio sobre la calidad de vida y la salud sexual en transexuales después de la cirugía de reasignación de sexo, encontraron, que la mayoría de los participantes informaron de una mejora en el bienestar sexual. La gran mayoría describe un aumento de la excitación sexual y frecuencia de la masturbación después de la CRS. En conclusión,

los datos del presente estudio confirmar los hallazgos de otros estudios retrospectivos de seguimiento, indican que la mayoría de los hombres transexuales suelen tener una buena calidad de vida y la experiencia de un funcionamiento sexual satisfactoria después de la cirugía de reasignación de sexo. (Katrien et al., 2011).

En la misma línea, otros estudios muestran resultados indican que la CRS tuvo un efecto positivo sobre diferentes dimensiones de la vida de los pacientes en los tres aspectos analizados: las relaciones sexuales, la vida conyugal y las relaciones familiares. Estos datos concuerdan con los de estudios previos que muestran los efectos beneficiosos de la CRS (Cohen-Kkettenis y van Goozen, 1997; Smith, Cohen y Cohen-Kettenis, 2002).

En conclusión, parece que los resultados de los estudios concuerdan con la experiencia subjetiva obtenida en la asistencia a pacientes con disconformidad de género en la Unidad de Identidad de Género de la Comunidad de Madrid (UIG) en la que parece que a pesar de las numerosas dificultades comentadas, tanto la relación de pareja como la práctica sexual mejora satisfactoriamente tras el proceso de cambio y las cirugías de reasignación de sexo.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Pérez, M. J. y Becerra-Fernández, A. (2010). Abordaje Multidisciplinar de la Transexualidad. En R. González, A. Valle, R. Arce Fernández y F. Fariña Rivera (Eds.), *Calidad de Vida, Bienestar y Salud*. A Coruña: PSICOEDUCA.
- Becerra-Fernández, A., Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N. y Lucio-Pérez, M. J. (2009). *EVI: Entrevista de Valoración Inicial* (Documento sin publicar). Madrid: UTIG. Hospital Ramón y Cajal.
- Cano, G., Bergero, T., Esteva, I., Giraldo, F., Gómez, M. y Goneman, I. (2004). La construcción de la identidad de género en pacientes transexuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 21-30.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., y Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: the influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of homosexuality* 51, 53-69.

- Cohen-Kkettens, P.T., y van Goozen, S.H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of de American Academy od Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 263-271.
- Godás, T. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Medicina de Enlace*, 78, 21-23.
- Gurvich, S. (1991). *The Transsexual husband: the wife's experience*. (Dissertation Abstract International). University Microfilms No. AAT 9203121.
- Joslin-Roher, E., y Wheeler, D. P. (2009). Partners in transition: the transition experience of lesbian, bisexual, and queer identified partners of transgender men. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 21, 30-48.
- Katrien, M. D., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedecker, D., Fleur Van de Peer, K., Weyers, S., ...T'Sjoen, G. (2011). Quality of Life and Sexual Health after Sex Reassignment Surgery in Transsexual Men. *International Society for Sexual Medicine*, 8, 3379-3388.
- Lobato, M. I., Koff, W. J., Manenti, C., da Fonseca Seger, D., Salvador, J., da Graça Borges, M., ...Henriques, A. A. (2006). Follow-up of sex reassignment surgery in transsexuals: a Brazilian cohort. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 711-715.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo, N., Lucio, M. J., Pérez-López, G., Rabito, M. F., Fernández-Serrano, M. J., ...Becerra, A. (2009). Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria, la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Revista Internacional Andrología*, 7(2), 112-120. Doi: 10.1016/S1698-031X(09)71616-4
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Lucio, M. J., Pérez-López, G. y Becerra-Fernández, A. (2011). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *SEMERGEN Medicina de Familia*, 37(2), 61-68.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M. J., Rabito-Alcón, M. F. y Pérez-López, G. (2015). Áreas de la entrevista para la evaluación psicológica de personas transexuales. *Acción Psicológica*, 12(2), 15-30. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5944/ap12.2.122915>
- Rodríguez-Molina, J. M., y Asenjo, N. (2009). *Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género* (Documento sin publicar). Madrid: UTIG. Hospital Ramón y Cajal.

Smith, Y.L., Cohen, L., y Cohen-Kkettenis, P.T. (2002). Postoperative psychological functioning of adolescent transsexual: A Rorschach study. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 255-261.